

Rede Viva: barreiras e acessos de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde

Letícia Parente Gonçalves

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

✉ leticiaparente@gmail.com

Clarissa Terenzi Seixas

Professora adjunta, Département Universitaire en Sciences Infirmières, Université Paris Cité, Paris, França.

Ricardo de Mattos Russo Rafael

Professor associado do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Fabiana Ferreira Koopmans

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Natália Estefânia Teixeira Gaze

Enfermeira de Família e Comunidade, Escola de Saúde Pública de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Tiago Braga do Espírito Santo

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Recebido em 9 de março de 2023

Aceito em 12 de setembro de 2023

Resumo:

A População em Situação de Rua (PSR) encontra diversas barreiras para acessar os serviços de saúde, resultado, em grande parte, dos preconceitos pelos seus modos de estar na vida, ampliando sua vulnerabilidade e exclusão social. Objetivo: Analisar a trajetória de saúde de pessoas em situação de rua a luz dos conceitos de acesso e barreira nos serviços de saúde. Método: Estudo qualitativo de caráter descritivo utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo de Bardin. Resultados e discussão: Três categorias analíticas emergiram do estudo: i) acesso à Rede de Atenção à Saúde; ii) barreiras à produção de saúde; iii) possibilidades descobertas no território - Rede Viva. Os serviços mais acessados pela PSR são emergenciais ou aqueles específicos para esta população. As barreiras aos serviços de saúde e produção de vida aparecem nas falas, revelando preconceito, negligência, vivências violentas nas instituições e situações onde o acesso foi negado ou dificultado. As redes vivas se mostram como potencialidades no território para auxiliar em suas necessidades básicas. Considerações finais: a concretização de políticas públicas específicas para a PSR e a reorganização dos serviços de saúde são condições para a oferta de um cuidado produtor de vida e que considere as particularidades dessa população.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua, Acesso aos Serviços de Saúde, Território Sociocultural, Redes Comunitárias, Atenção à Saúde.

O presente estudo é fruto de um Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "População em situação de rua e suas trajetórias e concepções de saúde: a perspectiva dos sujeitos do entorno da UERJ" sob orientação do Prof. Dr. Tiago Braga do Espírito Santo, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF-UERJ), defendido em 2019.

Rede Viva: barriers and access of homeless people to health services

Abstract:

The Homeless Population finds several barriers to accessing health services, as result, in large part, of prejudices about their ways of being in life, increasing their vulnerability and social exclusion. Objective: To analyze the health trajectory of a group of homeless people based on the concepts of access and barrier. Method: Qualitative descriptive study using semi-structured interviews and Bardin's content analysis. Results and discussion: Three analytical categories emerged from the study: i) access to the Health Care Network; ii) barriers to health production; iii) possibilities discovered in the territory - Rede Viva. The services most accessed by the Homeless Population are emergency services or those specific to this population. Barriers to health services and production of life appear in several speeches, revealing prejudice, negligence, violent experiences in institutions and situations where access was denied or made difficult. Living networks show themselves as potentialities in the territory to assist in their basic needs. Final considerations: The implementation of specific public policies for PSR and the reorganization of health services are conditions for offering life-producing care that takes into account the particularities of this population.

Keywords: Homeless Persons, Health Services Accessibility, Community Networks, Delivery of health Care.

Rede Viva: barreras y acceso de personas en situación de calle a los servicios de salud

Resumen:

La Población en Situación de Calle (PSR) encuentra diversas barreras para acceder a los servicios de salud, resultado, en gran parte, de prejuicios sobre sus modos de ser en la vida, aumentando su vulnerabilidad y exclusión social. Objetivo: Analizar la trayectoria de salud de un grupo de personas en situación de calle a partir de los conceptos de acceso y barrera. Método: Estudio descriptivo cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de Bardin. Resultados y discusión: Del estudio surgieron tres categorías analíticas: i) acceso a la Red de Atención a la Salud; ii) barreras a la producción de salud; iii) posibilidades descubiertas en el territorio - Rede Viva. Los servicios a los que más acceden los PSR son los de urgencia o los específicos de esta población. Las barreras a los servicios de salud y producción de vida aparecen en varios discursos, revelando prejuicios, negligencias, experiencias violentas en instituciones y situaciones de negación o dificultad de acceso. Las redes vivas se muestran como potencialidades en el territorio para atender sus necesidades básicas. Consideraciones finales: La implementación de políticas públicas específicas para la RSP y la reorganización de los servicios de salud son condiciones para ofrecer cuidados productores de vida que tengan en cuenta las particularidades de esta población.

Palabras clave: Personas sin hogar, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Territorio Sociocultural, Redes Comunitarias, Atención a la Salud.

INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR), em tendência crescente no Brasil, encontra dificuldades no que tange ao acesso à saúde. A contagem oficial da população brasileira, realizada pelo Censo, não integra a PSR, gerando dificuldades de sua inclusão no planejamento governamental e prejudica o planejamento em saúde. Uma estimativa aponta que 221.869 pessoas se encontram em situação de rua no território nacional, o que representa

um aumento de 140% de setembro de 2021 a março de 2020 (NATALINO, 2020). Apesar das estimativas nacionais serem escassas, alguns municípios têm desenvolvido ações pontuais no reconhecimento e tentativa de recenseamento dessa população.

Uma dessas experiências é o Censo de População em Situação de Rua da Prefeitura do Rio de Janeiro que, em 2020, identificou 7.272 pessoas em situação de rua. Dessas, 1.190 se encontravam em cenas de uso de álcool e outras drogas e 1.803 acolhidas em unidades próprias e conveniadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em Comunidades Terapêuticas. O Censo também revelou que a maioria era composta por homens, pretos ou pardos (79,6%), entre 31 e 49 anos, demarcando bem a raça/cor, gênero e classe das pessoas que se encontram em situação de rua. A geografia da ocupação do território-rua também é reconhecida, sendo o Centro do município a região mais populosa. Os principais motivos que levaram essas pessoas para a situação de rua foram os conflitos familiares e a perda de emprego e moradia, cenário que se acentuou durante a pandemia (RIO DE JANEIRO, 2020).

Na Rua, a própria noção de cidadania e os direitos sociais fundamentais são colocados em xeque a todo momento, a começar pelo direito à moradia (BRASIL, 1988). Nessa direção, não é difícil compreender que o direito universal à saúde, como bem inalienável do cidadão e obrigação do Estado, também está colocado em perspectiva, já que a PSR encontra barreiras ao atendimento pelos profissionais dos serviços de saúde, por não terem domicílio cadastrado e documentação (TEIXEIRA *et al.*, 2019). Garantir a saúde como um “direito de todos” convoca a reflexões acerca do espaço geográfico e das extremas desigualdades sociais existentes, que são injustas, sistemáticas e evitáveis (VIEGAS *et al.*, 2021), a fim de assegurar a inclusão das diversas culturas, cores, raças, crenças e costumes. Alinha-se, assim, ao princípio da equidade, que tem por objetivo diminuir as desigualdades nos serviços de saúde, partindo da compreensão de que as pessoas são diferentes e, consequentemente, também diferem em suas necessidades (BRASIL, 2020).

Dentre as várias necessidades populacionais, este estudo centra esforços no debate sobre o acesso aos serviços de saúde, o reconhecendo em sua complexidade e multidimensionalidade, aqui compreendido que acessar não se restringe ao uso dos serviços de saúde, mas sim à liberdade de utilizá-los de modo a produzir cuidado articulado às suas necessidades e demandas. Nessa compreensão, acessar um serviço não é garantia de acesso à saúde. As barreiras, portanto, são produto da associação de múltiplos fatores, internos e

externos aos dispositivos de saúde e seus processos de trabalho, que impedem ou prejudicam que uma pessoa ou população utilize um serviço quando necessário e/ou a partir de suas singulares necessidades (CASTRO *et al.*, 2021); (LIMA *et al.*, 2021)

Desta forma, o estudo tem o objetivo de analisar a trajetória de saúde de pessoas em situação de rua a luz dos conceitos de acesso e barreira nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo baseado no método cartográfico, na medida em que se pretende exercitar a liberdade de compreensão dos indivíduos ou grupos participantes do estudo, permitindo que as singularidades das pessoas, em suas formas de viver e pensar, possam ser lidas como possibilidades de influenciar nas suas respostas e no modo como vivem e compreendem a saúde (MINAYO, 2012). Para o desenvolvimento da pesquisa e construção deste artigo, foi utilizado o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) conforme descrito por Souza *et al.* (2021).

A região do entorno da Universidade do Estado do Rio de Janeiro foi utilizada como cenário de investigação, tendo como participantes as pessoas que se encontravam em situação de rua neste local. O espaço foi escolhido por ter apresentado um aumento significativo no quantitativo de pessoas em situação de rua na última década (ESPÍRITO SANTO *et al.*, 2021). Os critérios de inclusão foram: pessoas em situação de rua maiores de 18 anos, ainda que estivessem entre a casa, abrigo e rua. Os critérios de exclusão foram as pessoas que se recusaram ou que não estavam em condições de participar.

O número de participantes entrevistados (13) foi alcançado a partir da quantidade de pessoas que se encontravam em situação de rua no território delimitado, encontravam-se dentro dos critérios de inclusão, e que, após a abordagem da equipe da pesquisa, dispuseram-se a participar do estudo. Foram abordadas as pessoas que estavam nas ruas e reconheciam os espaços públicos como local de moradia permanente ou temporária. A abordagem também ocorreu com aqueles que demonstraram interesse em participar, após observarem a entrevista de outra pessoa em situação de rua. A aproximação da equipe ao cenário ocorreu

pela circulação das pesquisadoras no território. Após diversas tentativas em horários diferentes, percebeu-se o final da tarde como mais adequado para a aproximação por ser o momento no qual as pessoas não estavam desenvolvendo suas atividades de trabalho ou dos meios de sustentação material da vida cotidiana. A fim de garantir o anonimato, os entrevistados receberam codinomes de ruas do território do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (ARAÚJO *et al.*, 2013; MANZINI, 2004), com duração média de 40 minutos, entre janeiro e abril de 2019, totalizando 13 entrevistas. Precedeu à inserção no cenário a realização de orientações, reuniões e oficinas entre os membros da equipe de pesquisadoras e o grupo de pesquisa no qual estavam inseridos. Estes encontros objetivaram a construção do questionário semiestruturado, composto por duas etapas.

A primeira, relaciona-se aos dados sociodemográficos (idade, identidade de gênero, identificação racial, grau de escolaridade, religião, filhos, ocupação, uso ou não de substâncias psicoativas e posse ou não de documentos de identificação); a segunda, trata das questões relacionadas ao tempo em situação de rua, sua trajetória e experiências de busca pela produção da saúde. É abordada, também, qual a compreensão de saúde do entrevistado, bem como se este teve algum o acesso facilitado ou negado aos serviços de saúde. Devido o limite de laudas e necessidade de aprofundar a discussão das categorias encontradas, a primeira etapa do questionário não será apresentada como resultado neste estudo.

As entrevistas foram gravadas em gravador de áudio e transcritas, estando os arquivos em posse da equipe de pesquisa. Não houve repetição das entrevistas e os participantes não forneceram feedback sobre os resultados. A equipe de pesquisadores de campo foi composta por duas graduandas do curso de enfermagem e dois enfermeiros doutores e professores universitários que estiveram como orientadores do estudo. O relacionamento com os participantes foi estabelecido no momento da abordagem, tendo sido apresentada as razões para o desenvolvimento do estudo e as motivações pessoais e acadêmicas que incentivaram o desenvolvimento da pesquisa.

A análise de dados foi baseada no método de análise de conteúdo (BADIN, 2016) que possibilitou a identificação de seis categorias: i) acesso à Rede de Atenção à Saúde; ii) barreiras à produção de saúde; iii) saúde como processo psicossocial; iv) saúde como processo biológico;

v) história da doença/agravo no contexto da rua; e vi) possibilidades descobertas no território - Rede Viva. No presente estudo, para assegurar um maior aprofundamento e pelo limite de laudas, abordaremos as categorias: acesso à Rede de Atenção à Saúde, barreiras à produção de saúde, e possibilidades descobertas no território - Rede Viva.

Os critérios éticos foram respeitados segundo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Nos casos em que as pessoas que não sabiam ler ou escrever, o termo foi lido e a assinatura ocorreu por meio do carimbo da digital. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP) e aprovado sob o número de protocolo: (omitido para fins de revisão por pares).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acesso à Rede de Atenção à Saúde

A primeira categoria reúne os relatos acerca do acesso aos serviços de saúde e aos tratamentos para os agravos ou doenças pelos quais o grupo abordado estavam acometidos. Ressalta-se que esta categoria foi construída a partir do relato dos entrevistados e, portanto, de sua compreensão sobre a efetivação - ou não - do acesso ao cuidado nos diversos serviços de saúde pelos quais passaram. Não houve, intencionalmente, qualquer tentativa de delimitar ou homogeneizar um conceito de acesso junto aos entrevistados.

A concepção de acesso na qual se baseou o estudo é a apresentada por Feuerwerker e Merhy (2016) que afirmam que o acesso não pode se dar somente pela utilização dos serviços de saúde, mas sim pela sua capacidade de produzir vida, atentando para suas singularidades. Caso contrário, o acesso pode vir a se tornar uma barreira à produção do cuidado.

Estudos afirmam que o acesso da PSR aos serviços de saúde ocorre geralmente em serviços emergenciais para dar conta de uma necessidade momentânea ou por meio de dispositivos como o Consultório na Rua e o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (OLIVEIRA *et al.*, 2021); (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016). Principalmente quando não há serviços específicos em território com pessoas em situação de rua, como o Consultório na Rua, esse

cuidado acontece com maior frequência nos serviços de emergência, corroborado pela fala de Felipe Camarão:

Minha perna soltou aqui (...) lá nesse lugar (emergência) tem atendimento, fiquei até 4 da manhã. Quando tava melhor, saí (...) fiquei só um tempo lá. Só um dia, ajeitou a perna, botou no lugar. (Felipe Camarão).

Neste sentido, é imprescindível elaborar ações de saúde que considerem as necessidades específicas dessa população, garantindo um cuidado oportuno e efetivo ao usuário. Essa forma de atuação considera um modelo de cuidado integral e ampliado, na perspectiva de que tempo e oportunidade são centrais para realização desse cuidado (ENGSTROM *et al.*, 2019), que é o objetivo do programa Consultório na Rua. Assim, ao olhar a pessoa apenas como uma “perna que soltou”, perde-se a oportunidade de uma abordagem integral que acolhe, agencia relações intersetoriais e pode produzir cuidado a partir e para além do atendimento emergencial.

Outras falas evidenciaram que serviços efetivaram um acesso satisfatório, reforçando a possibilidade de produção de vida ao considerar a singularidade do sujeito, como nas falas de Hipólito da Costa “*Tem um lugar lá em Bonsucesso, da prefeitura, que a gente pode tomar banho, tem farmácia, eles dão remédio pra gente. Tratam bem.* (Hipólito da Costa” e de Pereira Nunes:

Lá na Cruz Vermelha tem o Tá na Rua (...) um atendimento, um ambulatório ao povo de rua. Aonde você não tem documento, você é atendido. Com o nome da sua mãe, seu nome todo, sua idade (...) é dentro do hospital, mas é uma área pro povo de rua. (Pereira Nunes)

A partir dos encontros e entrevistas, pode-se afirmar a satisfação presente nas falas dos usuários ao se referirem aos serviços em que houve um acesso apropriado, enfatizando que nem sempre é o que ocorre. Outra fala que demonstra satisfação é: “*O atendimento ali é legal, é tipo pra acolher a comunidade mesmo, ali é um dos melhores UPA que tem*” (Justiniano da Rocha).

Entretanto, percebe-se nas falas que poucos entendem que o acesso aos serviços de saúde deveria ser realizado de forma acolhedora, com produção de vida, com integralidade em todos os serviços de saúde, sem exceção (Seixas *et al.*, 2016). Os relatos reforçam o que foi evidenciado por outros estudos acerca da procura por serviços de saúde que sejam de caráter

emergencial, de forma pontual, sem um movimento de acesso à saúde e a produção de um cuidado que seja produtor de mais vida nas vidas vividas. Mesmo em relatos que revelam satisfação, a continuidade da atenção não aparece como um critério constituinte do acesso de forma mais ampla e de um cuidado atento às particularidades dessa população.

Barreiras à produção de saúde

A segunda categoria diz respeito às falas dos entrevistados acerca das insatisfações com os serviços de assistência social e de saúde, relacionadas às dificuldades ou negação de acesso encontradas por estes. A dificuldade de acesso, insatisfações e negação do atendimento nos serviços de saúde tiveram significativa importância nos relatos das entrevistas. Destacam-se, também, as vivências violentas nas ruas e nas instituições de saúde e de assistência social por produzirem interdições ao acesso à produção de saúde.

Teixeira *et al.* (2019) apontam que os serviços de saúde dispõem de exigências que prejudicam sobremaneira o acesso dessa população, como a necessidade da apresentação de documentos, requerimento de comprovante de residência, condições de higiene consideradas adequadas, negligência e preconceito dos profissionais, que acabam por constituir mais uma resistência a ser vencida pela PSR. A fala de Pereira Nunes evidencia a questão:

(...)você vai no SUS, você não tem documentos, você morando na rua. (...) Precisa de identidade pra fazer alguma coisa, pra você ser atendido aqui no SUS. (Pereira Nunes)

A Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, traz em seu 23º artigo que:

Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento.
§ 1º **Não estão incluídos na exigência** disposta no caput os ciganos nômades e **os moradores de rua** (BRASIL, 2011a, Art. 23, Parágrafo 1º. grifo nosso).

A fala de Pereira Nunes revela o quanto as questões apresentadas são pertinentes para a PSR, indicando que os serviços não estão organizados para atender esse grupo. Estudos evidenciam que os usuários encontram dificuldades para realizar o cadastramento por não

terem residência fixa. Soma-se a isso a obrigatoriedade por atendimento dentro do período de funcionamento das unidades e em horários pré-agendados para as consultas. Esta última questão coloca em jogo uma contradição que se apresenta como barreira para a produção de saúde: os horários regulares e marcados são inviáveis para aqueles que estão trabalhando nas ruas para a sua sustentação (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

A dificuldade no atendimento é mobilizada pelo modo próprio de andar na vida que contradiz o que é estabelecido pela normalidade. Para além da interdição burocrática da demanda da documentação, viver na rua, por si só, já dificulta o acesso à saúde. Sobre isso, Radial Oeste nos conta que foi: “*pro hospital, só que aí foi difícil deles me atenderem, porque morador de rua, não queriam*” (Radial Oeste).

Afirma-se, portanto, que acessar um serviço se torna barreira pela não produção de vida. Esta assertiva é evidenciada pela fala de Boulevard 28 de setembro quando conta que:

Eles causavam uma tortura, o SUS é um tremendo susto (...) eu fiquei quase dois anos com uma sonda vesical. (Boulevard 28 de setembro)

Eles não me deram a cirurgia até hoje. (Gonzaga Bastos)

As falas demonstram que mesmo tendo entrado no fluxo instituído pelos serviços de saúde, a PSR tem sua produção do cuidado interdita. Alega-se, portanto, que estar nos dispositivos de saúde não significa ter resolubilidade das demandas apresentadas. A PSR, historicamente à margem da sociedade, é invisível para o próprio SUS por conta da dificuldade de acessar com efetividade os serviços (ENGSTROM *et al.*, 2019). Este fato é evidenciado pelo não aparecimento da PSR no Sistema de Informação de Atenção Básica, acentuando ainda mais a exclusão desse grupo nos serviços de saúde e demonstrando uma fragilidade estrutural que não integra a PSR como uma população específica (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde da PSR, foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, a estratégia Consultório na Rua, compreendida como equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população de modo itinerante e em parceria com as Unidades Básicas de Saúde do território (BRASIL, 2011b). Deste modo, pensar a estratégia é

comprometer-se com a reconfiguração do modo de compreender a saúde em vistas a concretização dos princípios do SUS.

Uma importante particularidade da PSR encontrada pelas eCR é o considerável quantitativo de usuários em sofrimento psíquico e/ou que fazem uso danoso de álcool e outras drogas, sendo a questão mais significativa nesse grupo do que na população em geral (SILVA *et al.*, 2021); (WHO, 2005). Afirma-se, portanto, a necessidade de ações intersetoriais que auxiliem o acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico, associado ou não ao uso de drogas (WIJK, 2019). Para lidar com esta demanda, a eCR conta com uma rede mais ampla: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Instituída pela Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011, a RAPS é voltada para o acompanhamento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. O documento traz como proposta a livre circulação de pessoas em sofrimento psíquico e em uso abusivo e/ou danoso de substâncias pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, estabelecendo os pontos de atendimento para essas pessoas no SUS (BRASIL, 2011c). Dentro desta Rede, os pontos de atenção mais utilizados pela PSR são o Consultório na Rua, dentro do componente atenção básica em saúde, e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, da atenção psicossocial especializada. Esses dois serviços se tornaram a principal porta de entrada da População em Situação de Rua para o SUS (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Entretanto, a determinação normativa de uma rede e a possibilidade de acesso aos seus serviços não significa efetividade no seu funcionamento, sendo necessários avanços no que tange às ações intersetoriais. Um estudo realizado com a PSR aponta que o fazer das eCR são muito vinculados às demandas imediatas da manutenção da vida das pessoas, deixando em segundo plano as ações que impactam nas suas condições de existência. As ações intersetoriais, voltadas à promoção da saúde e ao acesso aos direitos sociais básicos são negligenciados, colocando em xeque as possibilidades de criação de outras possibilidades de estar no mundo (VIEGAS *et al.*, 2021).

A negligência pode ser compreendida como falta de cuidado e displicência, relacionando-se, nestes casos, com as políticas públicas, com as vulnerabilidades e com o sofrimento humano, uma vez que as populações excluídas do processo de geração e distribuição de riquezas são condicionadas a utilização precária dos bens públicos (BECHARA,

2017) (OLIVEIRA, 2018). Agravando ainda mais o cenário, soma-se à esta discussão o Art. 186 do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002) ao referir que: “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Nessa direção, um exemplo de negligência é apresentado por Hipólito da Costa, que não conseguiu ter seu cuidado efetivado: “ela me furou pra pegar a veia e não conseguiu. (...) e não tentou de novo. Aí me irritei e fui embora” (Hipólito da Costa).

Portanto, nesse contexto, pensar a negligência na saúde da PSR é ir ao encontro do debate sobre acesso/barreira apresentado por Feuerwerker e Merhy (2016) quando apontam que acessar um serviço, mas não ser de fato acolhido, escutado e atendido em suas demandas, pode significar barreiras à produção do cuidado.

As falas dos entrevistados apontam para outro importante elemento que, somado à negligência, interdita a produção do cuidado mesmo quando o acesso ao serviço é garantido: o preconceito perpetrado no interior das instituições de saúde. Sobre este tema, Pereira Nunes, de Professor Manoel de Abreu e de São Francisco Xavier informam que:

Ter HIV dentro de um abrigo (...) você tem preconceito dos próprios comandantes do abrigo que não aceitam (...) ah, quer copo separado, essas coisas. (...) Doença não dá em poste, dá em você. (Pereira Nunes)

Eles são muito mal educados, tratam a gente como lixo (...) experimenta fazer um experimento e ser tratada como uma moradora de rua para você ver. Não precisa você ir toda suja, a caráter não. Pode ir do jeito que você está. Pode ir limpo, direitinho e falar que mora na rua, para ser assistido por eles, para você ver o tratamento como é. (...) tudo é fonte de renda para quem quer que esteja por trás daquele programa, é mó complicado. (Professor Manoel de Abreu)

As pessoas olham a gente como bicho. Não falam, passam longe. (São Francisco Xavier)

É dentro do hospital, mas é uma área pro povo de rua. Porque tem pessoas que têm preconceito com moradores de rua em hospital. (Pereira Nunes).

Preconceito é definido como comportamentos individuais e sociais materializados por meio de práticas discriminatórias para com o outro, causando impactos na estrutura psíquica de quem é afetado (LAGES *et al.*, 2017). Esta configuração se apresenta como um dos principais fenômenos relatados pela PSR, assim como a burocratização do acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Neste sentido, as barreiras à produção do cuidado são instauradas pelas violências que acometem essa população. A negligência e o preconceito apareceram nas falas dos entrevistados como forma de reafirmar esse fenômeno, interferindo, também, em suas produções de vida. As situações de violência, ancoradas nas violações de direitos e das legislações vigentes, resultam em importantes barreiras enfrentadas pela População em Situação de Rua.

Compreender a pessoa, valorizar o cuidado em rede, o cuidado emancipador e o profissional que cuida são componentes fundamentais para o cuidado à População em Situação de Rua. Do mesmo modo, a valorização da escuta, da autonomia, do saber e das narrativas do outro são elementos políticos que afastam as ações em saúde de uma atuação pré-determinada. Para tanto, é preciso abandonar as normativas prescritivas e, por consequência, os preconceitos, para que seja possível compreender as necessidades do sujeito, tornando-os co-participantes do seu projeto de cuidado (KOOPMANS *et al.*, 2019).

Produzir cuidado é confrontar as violências sofridas pela População em Situação de Rua, garantindo seus direitos, mas, também, extrapolar o imediatismo da resolubilidade da demanda objetiva das doenças, agravos e diversas questões cotidianas que atravessam esta população. É preciso trazer para dentro das práticas de saúde a lógica do desenvolvimento das histórias de vida e, com isso, a compreensão da singularidade de cada pessoa em cada detalhe do seu cotidiano (VIEGAS, 2021). O olhar atento às singularidades e o respeito ao conjunto das nuances da vida pode provocar a superação do preconceito e da negligência, possibilitando o acesso à saúde e aos direitos humanos fundamentais das Pessoas em Situação de Rua.

Rede Viva: possibilidades descobertas no território

A terceira categoria aborda as possibilidades descobertas no território, contribuindo para a construção de cuidado à PSR. Nesta, foram apresentadas as narrativas relacionadas às maneiras pelas quais os entrevistados acessam as potências do território em que vivem e circulam, a partir do agenciamento de redes em prol da satisfação de suas necessidades e das experiências vivenciadas no cotidiano.

Pela trajetória nas ruas, essa população constrói territórios existenciais, no qual atua e produz existência. Por efeito dessa existência, os indivíduos levam consigo um mundo de possibilidades, que podem ser compreendidas como Redes Vivas (MERHY *et al.*, 2014). Essas vivências no território enunciam muito sobre as dificuldades do modo de viver desse grupo, sinalizando as soluções encontradas para conquistar uma produção de vida.

É necessário lançar um olhar diferente sobre o espaço no qual a População em Situação de Rua constrói seu existir cotidiano. Para isso, deve-se entender que a rua é um espaço público e, ao mesmo tempo, privado. Esta população executa atividades, como higiene pessoal, alimentação, vida sexual e sono, consideradas privadas pela sociedade moderna, em exposição na rua. Assim, suas noções de regras, privacidade, acolhimento e limites se constroem permeadas pelas vulnerabilidades e fragmentação que constituem o movimento e o tempo da rua (MONTEIRO; MONTEIRO, 2010).

Na rua, o tempo se fixa no presente, nas urgências da sobrevivência e fluidez dos acontecimentos. O tempo está relacionado com o imediatismo e resolutividade que se fazem presentes constantemente (VIEGAS *et al.*, 2021). Nesta fala é visível essa dinamicidade dos acontecimentos de quem se encontra em situação de rua: “tem pontos na cidade que dá pra tomar banho. (...) pontos na cidade, tipo um rio, essas coisas assim” (Professor Manoel de Abreu).

Nas falas dos entrevistados é possível perceber a criação das relações no território para a realização de suas necessidades. As pessoas entrevistadas trazem em suas falas, experiências resilientes e de adaptação às opções que encontravam no território. Um exemplo, são as falas abaixo que relataram utilização do espaço físico das instituições de saúde e não seus serviços: “Só entro pra beber água e fazer minhas necessidades. (...) entro nos hospitais, até particular” (Visconde de Abaeté); e “Já fui na clínica da família, mas só pra tomar banho” (Maracanã).

As vivências apresentadas representam a circulação no território em busca de um local onde seja possível realizar essas atividades básicas e, no qual, ainda assim, dependem da colaboração de outros, como:

(...)às vezes lá no Maracanã, que tem uma obra com um cano que fica jorrando água direto lá, aí os caras deixam a gente tomar banho, mas só depois das 18 horas senão pega mal pra prefeitura. (São Francisco Xavier).

Entender o território como um campo de produção de vida, com seus atores e instituições variadas que criam relações entre si é fundamental. Nesse sentido, o território não é estático, pois é composto pelas pessoas que o circulam (moradores, trabalhadores, polícia, pessoas em situação de rua, transeuntes) e pelas coisas e lugares que o integram (calçadas, estabelecimentos, arte, serviços de saúde, etc). Para perceber suas funções e como elas se relacionam precisa-se entender as relações de inclusão, cuidado e promoção e violação de direitos (PASSOS, 2014).

As informações coletadas acerca da PSR apontam para a violação dos Direitos Humanos como os direitos à saúde, à cidade, à água, ao esgoto sanitário e à moradia. Essa violação repercute de forma negativa, aumentando a exclusão e discriminação, acentuando a vulnerabilidade e afetando as condições sociais e econômicas dessa população (SILVA; MARTINS; HELLER, 2018).

O fortalecimento de uma visão preconceituosa, moralista e negativa sobre o modo de estar na vida e os comportamentos que esses grupos vulneráveis operam, reforça a barreira ao acesso e à continuidade do cuidado. Em consequência, produz no usuário a perda da autoestima, piora da qualidade de vida e isolamento social (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Sendo assim, as práticas de saúde voltadas para a PSR devem incorporar a dimensão técnica do cuidado e as habilidades gerenciais e clínicas, mas, conjuntamente, a tecnologia leve relacional, a escuta atenta, o acolhimento e o respeito por suas histórias, visando fortalecer a autonomia do sujeito e minimizando o sofrimento. Por meio dessas práticas, é possível pensar um cuidado integral que considere as complexidades e vulnerabilidades desta população (ENGSTROM *et al.*, 2019).

É, portanto, fundamental produzir dados, reflexões e propostas que atendam às demandas da PSR por moradia, trabalho e acesso aos serviços públicos. Estes elementos são essenciais para reconstruir a dignidade e cidadania desse grupo, que, junto da percepção da heterogeneidade da PSR, também evidenciam a complexidade das relações sociais e as possibilidades de estar e existir no mundo (ESPÍRITO SANTO *et al.*, 2021). Existir na diferença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia que as barreiras de acesso, em geral, ocorrem no dia-a-dia dos serviços de saúde, reforçando a importância de planejar políticas públicas para a PSR e reorganizar os serviços para que se tornem mais aptos para compreender e atender as demandas dessa população. A barreira aos serviços perpassa por vivências de não atendimento, mau atendimento, preconceito e negligência. O acesso se concentrou nos serviços de emergência ou naqueles que são específicos para a PSR, reforçando ainda mais a dificuldade dos demais serviços em ofertar acesso e cuidado de modo ampliado e colocando em questão quão universal de fato é a universalidade da saúde.

Considerando que os relatos acerca da promoção de saúde e prevenção de agravos foram inexistentes, a análise acerca do acesso aos serviços aponta para a defasagem da Atenção Básica, ao menos neste território, o que certamente já expressa um limite desta investigação. Faz-se, portanto, fundamental repensar a atuação da Atenção Básica, a partir de um processo de formação em serviço que sensibilize os trabalhadores e trabalhadoras no desenvolvimento das tecnologias leves de alta densidade relacional e em uma maior inserção das equipes nos territórios (geográficos e existenciais) para o agenciamento de ações que ofereçam um cuidado que seja produtor de vida.

A dificuldade de acesso expõe a urgência em cumprir com as legislações conquistadas por essa população para que se minimize os obstáculos enfrentados em relação à saúde e aos direitos humanos. É imperativo repensar a abordagem à PSR para evitar que o acesso se torne uma barreira à produção da saúde, ampliando a possibilidade de um cuidado capaz de produzir mais vida a partir da consideração das particularidades da PSR e das singularidades das vidas vividas.

Compreender a singularidade de cada indivíduo, sua autonomia e conexão com a vida são indispensáveis para se fazer saúde com esse grupo. Deve-se respeitar suas decisões e escolhas, e construir projetos terapêuticos individuais e coletivos que sejam capazes de considerar todas as suas particularidades, estreitando, assim, o vínculo com a equipe de saúde e alcançando a produção de vida no cuidado.

REFERÊNCIAS:

- ARAÚJO, L. F. S.; DOLINA, J. V.; PETEAN, E.; et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v. 15, n. 3, p. 53-61, jun-set 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/335248368_Diario_de_pesquisa_e_suas_potencialidades_na_pesquisa_qualitativa_em_saude> Acesso em 2 fev. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BECHARA, E. **Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa**. 5.^a edição. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Letras, 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título VIII da Ordem Social, Cap II, Seção II, Artigo 196**. Brasília: DF. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 30 dez 2022.
- BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF. Ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002. Disponível em: <<https://prespublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91577/codigo-civil-lei-10406-02>> Acesso em 7 nov 2022.
- BRASIL. Portaria nº 940. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), de 28 de abril de 2011. Brasília: **Ministério da Saúde**. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html> Acesso em 8 nov 2022.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 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). Brasília: **Ministério da Saúde**. 2011b. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3232.pdf>> Acesso em 15 nov 2022.
- BRASIL. Portaria nº 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de 23 de dezembro de 2011. Brasília: **Ministério da Saúde**. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 15 nov 2022.
- CASTRO, A. M. M.; SILVA, J. S.; MACEDO, L. C. S. A. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**. Salvador, v. 2, e11351, p. 1-25, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>> Acesso em 10 dez 2022.
- ENGSTROM, E. M.; LACERDA, A.; BELMONTE, P. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 50-61. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RNRHQqBXwryZv9JVR5mCKHy/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 15 nov 2022.
- ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/P93ybrPWRqCHtFHh4T7JkxB/abstract/?lang=pt>> Acesso em 20 nov 2022.
- ESPIRITO SANTO, T. B.; GONÇALVES, L. P.; TEIXEIRA, N. G. E.; et al. Pessoas em Situação de Rua pelo olhar da imprensa. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 4, p. 1-12. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14196/12795>> Acesso em 10 dez 2022.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E.; SILVA, E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis. p. 10-24, 2016. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o->

[cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/at_download/file](#)> Acesso em 24 nov 2022.

KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V.; ACIOLI, S.; et al. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 1, p. 220-229, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/5f7YfwVbzfjRHLLvKkDy7KR/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 26 nov 2022.

LAGES, S. R. C. O preconceito racial como determinante social da saúde - a invisibilidade da anemia falciforme. **Revista Interinstitucional de Psicologia.** Minas Gerais, v. 10, n. 1, p. 109-122, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v10n1/11.pdf>> Acesso em 24 nov 2022.

LIMA, C.; PALKO, N.; ESPÍRITO SANTO, T. B.; CHAGAS M. Narrativa materna da produção das redes vivas – bem-amado: a criança com microcefalia na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. In: BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E.; CRUZ, K. S.; SANTOS, M. L. M.; ROSA, N. S. F. **O CER que precisa Ser: os desafios perante as vidas insurgentes.** Porto Alegre. RS: Editora Rede Unida, p. 108-127, 2021. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/o-cer-que-precisa-ser-os-desafios-perante-asvidas-insurgentes/>> Acesso em 26 nov 2022.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v. 18, p. 919-930, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/XkbsZ77y6Sy6njs8VxjsWfQ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 26 nov 2022.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos**, 2004, Bauru. Anais, Bauru: USC, v. 1, p. 1-10, 2004. Disponível em: <<http://www.eduinclusivapesq-uerj.pro.br/images/pdf/manzinibauru2004.pdf>> Acesso em 10 dez 2022.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; et al. Redes Vivas: multiplicidades girando como existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulg. Saúde Debate.** v. 53, p. 153-164, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/305808534_Redes_Vivas_multiplicidades_girando_as_existencias_sinais_da_rua_Implicacoes_para_a_producao_do_cuidado_e_a_producao_do_conhecimento_em_saude> Acesso em 18 dez 2022.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/abstract/?lang=pt>> Acesso em 16 dez 2022.

MONTEIRO, L. F.; MONTEIRO, A. M. C. Módulo para Capacitação dos Profissionais do Projeto Consultório de Rua. Salvador, cap. 6, p. 34-42, 2010. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo_profissionais.pdf> Acesso em 18 dez 2022.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Nota Técnica n. 73. Brasília: IPEA, jun 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/342248443_ESTIMATIVA_DA_POPULACAO_EM_SITUACAO_DE_RUA_NO_BRASIL_SETEMBRO_DE_2012_A_MARCO_DE_2020> Acesso em 14 dez 2022.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde Soc.** v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jk43cn6rHKzGFNzYSnTHsKL/?lang=pt>> Acesso em 25 nov 2022.

OLIVEIRA, M. A.; BOSKA, G. A.; OLIVEIRA, M. A. F. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 55, e03744, p. 1-7, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/J5B4q6h6HFm5rCmjCJMZF8x/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 28 nov 2022.

PASSOS, E. Equipe Pop Rua 2012/2013 & Grupo de Pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado”. Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no Pop Rua. Universidade Federal Fluminense. 2014. Disponível em:

<<https://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/Diretrizes-metodologias-e-dispositivos-do-cuidado-no-POP-RUA.pdf>> Acesso em 8 dez 2022.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Censo de População em Situação de Rua 2020. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://psr2020-pcrj.hub.arcgis.com/>> Acesso em 4 dez 2022.

SEIXAS, C. T.; MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SLOMP JUNIOR, H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. **Salud Colectiva**. v. 12, n. 1, p. 113-123, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652016000100113> Acesso em 6 dez 2022.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; SILVA, R. A.; et al. Saúde mental de pessoas em situação de rua: comportamentos e vulnerabilidades no contexto urbano. **Revista Saúde**. v. 15, n. 3-4, p. 30-41, 2021. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/4667/3320>> Acesso em 6 dez 2022.

SILVA, P. N.; MARTINS, G. I.; HELLER, L. “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. **Cad Saúde Pública**. Belo Horizonte, v. 34, n. 3, p. 1-10, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00024017.pdf>> Acesso em 15 dez 2022.

SOUZA, V. R.; MARZIALE, M. H.; SILVA, G. T.; et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm**. V. 34, eAPE02631, 2021. Disponível em: <<https://acta-ape.org/en/article/translation-and-validation-into-brazilian-portuguese-and-assessment-of-the-coreq-checklist/>> Acesso em 8 dez 2022.

TEIXEIRA, M. B.; BELMONTE, P.; ENGSTROM, E.M. et al. s invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde Debate**. v. 43, n. 7, p. 92-101, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HvKgJxk3zpktCHBKFMn6tz/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 5 dez 2022.

VIEGAS, S. M .F.; NITSCHKE, R. G.; BERNARDO, L.A.; et al. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. **Esc Anna Nery**. v. 25, n. 3, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/qfjYwnLCgmtCVdndNhnVz7x/?lang=pt>> Acesso em 15 dez 2022.

WIJK, L. B.; MÂNGIA, E. F. Atenção Psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Colet**. v. 24, n. 9, p. 3357-3368, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/jkVXqj4J7w4FmxXVZ3YnWFy/abstract/?lang=pt>> Acesso em 6 dez 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people? Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74682/E85482.pdf> Acesso em 25 nov 2022.



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).