



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Letícia Parente Gonçalves**


**O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de  
Rua**

**Rio de Janeiro**

**2024**

Letícia Parente Gonçalves

**O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiana Ferreira Koopmans

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

G635 Gonçalves, Letícia Parente.  
O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua / Letícia Parente Gonçalves. - 2024.  
103 f.

Orientadores: Ricardo de Mattos Russo Rafael  
Fabiana Ferreira Koopmans.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Pessoas mal alojadas. 3. Redes comunitárias. 4. Equidade no acesso aos serviços de saúde. 5. Acesso universal aos serviços de saúde. 6. I. Rafael, Ricardo de Mattos Russo. II. Koopmans, Fabiana Ferreira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU  
614.253.5

Kárin Paz CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Letícia Parente Gonçalves

## **O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em: 21 de fevereiro de 2024.

Coorientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiana Ferreira Koopmans

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael (Orientador)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Clarissa Terenzi Seixas

Université Paris Cité

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sonia Acioli de Oliveira

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2024

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que hoje estão e perpassam as ruas da cidade do Rio de Janeiro. Pensar em cidadania e direito é pensar sobre populações vulneráveis, e pensar o quanto ainda falhamos em garantir a essas pessoas seus direitos. Dedico a todos que nos incomodam e nos tiram do lugar de conforto para ter um olhar ampliado. O incômodo deve ser uma potência.

## **AGRADECIMENTOS**

Para iniciar este singelo agradecimento, começo pelos meus pais. Sem eles eu não conseguiria ter chegado até aqui e conseguido finalizar. Todo o apoio e parceria que eles têm comigo, me fazem ser mais forte e seguir com os meus planos e sonhos. Agradeço a vocês por tudo hoje e sempre. Sou o que sou porque vocês estão comigo. Minha gratidão é infinita e não cabe em palavras. Essa vitória é nossa!

Quero incluir também meu irmão, a quem recorro para me alegrar e tornar meus dias mais leves. Obrigada por ser ouvinte e me ajudar a enxergar as coisas de uma forma mais bonita e feliz. Estamos juntos!

Agradeço aos meus amigos-primos-família pelas infinitas conversas sobre toda a dificuldade que é ser trabalhadora do SUS e estudante ao mesmo tempo. Obrigada pelas palavras e por me lembrarem que estar aqui é um posicionamento político em prol do que acredito! Agradeço também ao Raphael, por todas as horas de conversas em que você me ouviu e me apoiou, independente das minhas escolhas. Obrigada por estar do meu lado sempre!

E como não agradecer àqueles que não me deixarem desistir. Ricardo e Fabiana, eu sou grata por ter tido vocês como orientadores. Por poder aprender um pouco mais sobre pesquisa, sobre política e sobre persistir. Obrigada por me mostrarem sempre saídas possíveis e me ajudarem a chegar até aqui. Vocês são inspiração para mim!

[...] Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo.

*Sérgio Arouca, 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986*

## RESUMO

GONÇALVES, L. P. **O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua**. 2024. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O presente estudo tem como objeto o acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua e como objetivo: analisar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro. Metodologia: trata-se de um estudo transversal a partir de uma análise secundária dos dados do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro, do ano de 2022. A análise dos dados foi realizada por métodos estatísticos, tendo como variável desfecho do estudo o uso dos serviços de urgência e emergência, em contrapartida aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Resultados: Os dados demonstram que homens, jovens, com emprego e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas têm maior chance de procurar por serviços de urgência e emergência. Em contrapartida, mulheres e outras identidades de gênero, pessoas que possuem auxílio governamental, tem acesso a serviços da assistência social, e possuem algum problema de saúde relatado tendem a buscar mais por serviços de APS/CAPS. Estes dados corroboram com estudos realizados em outras partes do mundo sobre esse grupo populacional e seu acesso à saúde, assim como reforçam as barreiras de acesso que existem na busca por cuidado. Conclusão: Ainda que o estudo apresente limitações, fica nítido a necessidade olhar para as políticas públicas existentes e sua implementação na prática, assim como para as mais diversas iniquidades enfrentadas no cotidiano dessa população, com vista a melhorar as condições de vida e acesso à saúde da população em situação de rua.

Palavras-chave: pessoas em situação de rua; pessoas mal alojadas; acesso aos serviços de saúde; redes comunitárias; equidade no acesso aos serviços de saúde; acesso universal aos serviços de saúde.



## ABSTRACT

GONÇALVES, L.P. **Access to health services for the Homeless Population.** 2024. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The purpose of this study is access to health services by the Homeless Population and its objective is to analyze the access of homeless people to health services in the city of Rio de Janeiro. Methodology: this is a cross-sectional study based on a secondary analysis of data from the Homeless Population Census in the city of Rio de Janeiro, from the year 2022. Data analysis was carried out using statistical methods, with the variable the outcome of the study was the use of urgency and emergency services, in contrast to Primary Health Care (PHC) and Psychosocial Care Centers (CAPS) services. Results: The data demonstrate that men, young people, those with employment and people who use alcohol and other drugs are more likely to seek urgent and emergency services. On the other hand, women and other gender identities, people who have government assistance, have access to social assistance services, and have a reported health problem tend to seek more APS/CAPS services. These data corroborate studies carried out in other parts of the world on this population group and their access to health, as well as reinforcing the access barriers that exist in the search for care. Conclusion: Even though the study has limitations, there is a clear need to look at existing public policies and their implementation in practice, as well as the most diverse inequities faced in the daily lives of this population, with a view to improving living conditions and access to health of the homeless population.

Keywords: ill-housed persons; health services accessibility; community networks; equity in access to health services; universal access to health care services.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da distribuição da população em situação de rua pelo município do Rio de Janeiro com base nos dados do Censo 2020.....	27
Figura 2 -	Distribuição referente ao gênero da população em situação de rua do município do Rio de Janeiro com base nos dados do Censo 2020.....	27
Figura 3 -	Distribuição referente à faixa etária da população em situação de rua do município do Rio de Janeiro com base nos dados do Censo 2020.....	28
Figura 4 -	Distribuição referente aos motivos de ida para a rua da população em situação de rua do município do Rio de Janeiro com base nos dados do Censo 2020.....	29
Figura 5 -	Áreas Programáticas - Município do Rio de Janeiro com base na Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental – 2012.....	77

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Categoria características pessoais, suas respectivas variáveis e questões com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022.....	52
Tabela 2 -	Categoria redes de cuidado e saúde, suas respectivas variáveis e questões com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022.....	54
Tabela 3 -	Categoria dados da coleta e características da rua e território, suas respectivas variáveis e questões com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022.....	55
Tabela 4 -	Variável despecho, sua respectiva variável e questão com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022.....	56
Tabela 5 -	Análise univariada das variáveis da categoria características pessoais do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022.....	59
Tabela 6 -	Análise univariada das variáveis das categorias local da coleta de dados, redes de cuidado e saúde, características da rua e território e variável despecho do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022.....	61
Tabela 7 –	Análise bivariada das variáveis da categoria características pessoais do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022.....	63

Tabela 8 -	Análise bivariada das variáveis das categorias local da coleta de dados, redes de cuidado e saúde, características da rua e território do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022.....	65
Tabela 9 -	Análise bivariada de razão de prevalência bruta no uso dos serviços de urgência e emergência <i>versus</i> APS/CAPS das variáveis da categoria características pessoais do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022.....	67
Tabela 10 -	Análise bivariada de razão de prevalência bruta no uso dos serviços de urgência e emergência <i>versus</i> APS/CAPS das variáveis das categorias rede de cuidado e saúde e características da rua e território do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022.....	69
Tabela 11 -	Análise bivariada de razão de prevalência ajustada inicial no uso dos serviços de urgência e emergência <i>versus</i> APS/CAPS do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022.....	70
Tabela 12 -	Análise bivariada de razão de prevalência ajustada final no uso dos serviços de urgência e emergência <i>versus</i> APS/CAPS do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022.....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CnaR	Consultório na Rua
EC 95	Emenda Constitucional nº 95
eCR	Equipe de Consultório na Rua
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC	Intervalo de Confiança
IPP	Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LI	Limite Inferior
LS	Limite Superior
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua

PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPa	Razão de Prevalência Ajustada
RPb	Razão de Prevalência Bruta
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
1.1	<b>População em Situação de Rua: invisibilidades, vulnerabilidades e conquistas</b> .....	19
1.1.1	<u>Contexto histórico-social</u> .....	19
1.1.2	<u>Singularidades do modo de viver na rua</u> .....	23
1.1.3	<u>Marcos Legais para a efetivação do direito à saúde</u> .....	30
1.2	<b>Compreendendo o acesso: desafio para a População em Situação de Rua e para os serviços de saúde</b> .....	34
1.2.1	<u>Saúde: um direito a ser reconquistado</u> .....	34
1.2.2	<u>Conceituando e expandindo a compreensão sobre acesso aos serviços de saúde</u> .....	36
1.2.3	<u>Acesso e barreira enfrentados pela População em Situação de Rua</u> .....	39
1.3	<b>Redes de Cuidado e Redes Vivas como dispositivos de potência no cuidado</b> .....	43
1.3.1	<u>Redes de cuidado e Redes Vivas: tecidas e construídas no caminhar</u> .....	44
1.3.2	<u>Redes de cuidado e Redes Vivas para a População em Situação de Rua: potência ou ausência de alternativas?</u> .....	45
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	48
2.1	<b>Desenho do estudo</b> .....	48

2.2	<b>Dados do estudo primário - Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022</b> .....	48
2.2.1	<u>Metodologia do Censo</u> .....	48
2.2.2	<u>Cenário do estudo do Censo</u> .....	49
2.2.3	<u>População do estudo do Censo</u> .....	50
2.2.4	<u>Técnica de coleta de dados do Censo</u> .....	50
2.3	<b>Percurso analítico da dissertação</b> .....	51
2.3.1	<u>Critérios de seleção do estudo</u> .....	51
2.3.2	<u>Variáveis do estudo</u> .....	52
2.3.3	<u>Análise de dados</u> .....	56
2.3.4	<u>Aspectos éticos</u> .....	57
3	<b>RESULTADOS</b> .....	58
4	<b>DISCUSSÃO</b> .....	74
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	89
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	92



## INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema o acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua (PSR), grupo de pessoas que apresentam particularidades devido ao contexto social em que acabam por vivenciar. A população em situação de rua se constitui como um grupo diverso mas que têm em comum a situação de pobreza, de rompimento ou fragilidade de vínculos familiares e ausência de moradia convencional (Brasil, 2009b). Desta forma, a PSR se torna um grupo vulnerável pelas adversidades e dificuldades enfrentadas no contexto da rua, que se estendem para a não garantia de sua cidadania.

O preconceito e a discriminação sofridas por esse grupo, devido a fatores como vestimenta, higiene, documentação, orientação sexual e experiências passadas de mau atendimento, afetam na procura dos serviços de saúde. Isso resulta na desmotivação da PSR em buscar assistência, buscando apenas em situações extremas e levanta a reflexão sobre a satisfação dos serviços está ligada a padrões menos exigentes e se o atendimento é percebido como um direito ou como caridade (Prado *et al.*, 2021). Deste modo, observa-se que o acesso da população em situação de rua pode se tornar uma barreira.

Com o objetivo de olhar para essa população em relação a garantia de seus direitos, o Ministério da Saúde, promove a campanha “Políticas de Equidade - Para cuidar bem de todos” em 2015, abordando a necessidade de valorizar a saúde como um direito humano, e ressaltando que a População em Situação de Rua tem o direito a ser atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2015). Essa campanha visou reforçar a necessidade de se olhar para o acesso dessa população aos serviços de saúde, demonstrando que a PSR ainda não consegue ter o seu direito à saúde garantido. Diante de tal exposição, surgem algumas questões: quais serviços de saúde a PSR busca quando necessita de atendimento? Quais redes essa população acessa? Quais são os fatores associados a esse acesso?

O direito à saúde está previsto no artigo nº 196 da Constituição de 1988 e é descrito como direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido por políticas econômicas e sociais que objetivam redução de riscos e agravos, além do acesso equânime e universal às ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde (Brasil, 1988). Com a criação do Sistema Único de Saúde,

regulamentado pela Lei 8.080, de 1990, a garantia da saúde para todos fica ainda mais evidente, a partir dos princípios doutrinários e organizativos estabelecidos nesta lei.

O princípio da universalidade requer destaque neste estudo, visto que é o princípio que garante o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde, sem distinção de sexo, raça, ocupação, condição social e características pessoais (Brasil, 2020). Cabe ressaltar que a Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre o Sistema Cartão Nacional de Saúde, prevê a garantia do acesso à saúde da PSR por meio do parágrafo um do artigo nº 23 que versa sobre a não obrigatoriedade do endereço domiciliar para grupos como os ciganos, nômades e pessoas em situação de rua (Brasil, 2011a). Contudo, mesmo que o acesso seja assegurado por lei, na realidade do cotidiano a PSR encontra diversas barreiras para a assistência, muitas vezes reforçadas pelos profissionais de saúde, por não possuírem documentos e domicílio cadastrado (Teixeira *et al.*, 2019).

Sendo assim, a garantia da saúde como um direito exige análises e considerações sobre o espaço geográfico e as profundas desigualdades sociais, evitáveis, injustas e sistemáticas (Viegas *et al.*, 2021), visando assegurar a inclusão das diferentes crenças, costumes, raças e culturas.

Uma lacuna importante que se apresenta em relação ao tema, é a baixa produção de pesquisa e bibliografias referentes aos grupos populacionais vulneráveis, ressaltando a importância de se investigar um dos direitos básicos, que é o acesso à saúde. Essas reflexões levam ao objeto de estudo: acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua.

Barbara Starfield (2002) discute que o acesso é uma das metas principais dos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir as disparidades entre os diversos grupos populacionais e alcançar um ótimo nível de saúde dos indivíduos. O acesso pode ser compreendido como uso dos serviços de forma conveniente para alcance dos melhores efeitos na saúde, sendo aprofundado com uma discussão que o divide entre acessibilidade e utilização.

Engstrom *et al.* (2019) reforçam a importância de se oportunizar o contato desse usuário com o serviço para garantir cuidado, visto a urgência das demandas apresentadas por eles. Os serviços mais procurados pela PSR ainda são os serviços emergenciais, que não garantem a continuidade do cuidado, mas acabam por ser os serviços que são possíveis de serem acessados (Engstrom *et al.*, 2019).

É visível que essas barreiras ao acesso à saúde enfrentadas pela População em Situação de Rua são mais intensas, ocorrendo a violação dos direitos e das leis existentes, e influenciando diretamente na produção de saúde. Essa se vincula a uma necessidade de olhar para os detalhes do dia a dia vivenciado, observar o imediatismo e as coisas que se apresentam no não dito e que, mesmo indiferentes para alguns, transbordam sentidos para o cuidado (Viegas *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado sobre a estimativa da População em Situação de Rua no Brasil, entre setembro de 2012 e março de 2020, obteve-se como número estimado 221.869 pessoas. O país não faz uma contagem oficial da PSR a nível nacional desde 2008, último Censo realizado, demonstrando que os dados conhecidos estão defasados e assumindo que é inviável incluir esse grupo no planejamento governamental e no cenário de atenção pública. No município do Rio de Janeiro, em 2020, o Instituto Pereira Passos apresenta o Censo da População em Situação de Rua, com resultado de um total de 7.272 pessoas em situação de rua (Instituto Pereira Passos, 2020; Natalino, 2020).

Visando modificar o cenário nacional de violação de direitos à população em situação de rua, o governo federal elabora o Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua. O objetivo deste plano é viabilizar a implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), propondo medidas de amplo alcance que abarcam 7 eixos: 1) assistência social e segurança alimentar; 2) saúde; 3) violência institucional; 4) cidadania, educação e cultura; 5) habitação; 6) trabalho e renda; e 7) produção e gestão de dados (Brasil, 2023).

Para o eixo referente à saúde dessa população, é proposto o aprimoramento do atendimento em saúde, fortalecimento das equipes de Consultório na Rua e rearticulação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua. Desta forma, o governo pretende articular as ações e eixos para que se alcance a efetivação da PNPRS, com vista a melhorar as condições de vida da população em situação de rua no território nacional (Brasil, 2023).

Esse plano já se configura como estratégia para modificar o cenário atual da PSR, mas as dificuldades ainda seguem sendo vivenciadas até que as ações propostas consigam reverter tal situação. Deste modo, a hipótese que se configura na pesquisa é que a PSR acessa mais serviços que buscam resolver a demanda

imediate de saúde (emergências) quando comparado a serviços que oferecem acompanhamento (Atenção Primária à Saúde).

O estudo se justifica por se relacionar a um grupo populacional vulnerável que tem seus direitos violados e lidam com uma realidade de exclusão social e preconceito. A PSR encontra dificuldade para acessar a saúde nos mais diversos serviços existentes, reforçando a necessidade dessa população ser visibilizada tanto pela saúde, como também pelas diversas áreas que trabalham em acordo com os direitos humanos. Por fim, a pesquisa auxiliará com dados que contribuam para repensar a organização dos serviços de saúde e refletir sobre a prática dos profissionais de enfermagem e a necessidade de construção de estratégias para o acesso da PSR à saúde.

O estudo define como objetivo geral: analisar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro.

Como objetivos específicos, tem-se:

- a) Identificar os serviços de saúde acessados e utilizados pelas pessoas em situação de rua;
- b) Investigar os fatores associados ao acesso aos serviços de saúde pela PSR.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

Fundamentada em aprofundar a compreensão sobre a População em Situação de rua e o acesso aos serviços de saúde e redes de cuidado, esta revisão se propõe a aprofundar as questões já conhecidas e publicadas acerca desta temática, que serão: População em Situação de Rua: invisibilidades, vulnerabilidades e conquistas; compreendendo o acesso: desafio para a População em Situação de Rua e para os serviços de saúde; e Redes de cuidado e redes vivas como dispositivos para o cuidado.

### 1.1 População em Situação de Rua: invisibilidades, vulnerabilidades e conquistas

#### 1.1.1 Contexto histórico e social

A história de pessoas que vivem no contexto da rua se inicia na época da instituição da sociedade moderna, na qual o sistema capitalista começa a ser estabelecido. Para compreender essa relação entre a sociedade e o capitalismo é necessário que se abordem alguns assuntos que acrescentam à discussão.

O conceito de sociedade pode ser entendido como o conjunto de relações sociais vigentes em determinada época e local. O modo de produção dominante tem papel substancial para determinar essas relações e ajudar a entender a divisão social do trabalho presente naquele momento (Ceolin; Terra; Camona, 2020).

Dentro da divisão social do trabalho em uma perspectiva marxista, cada classe vai ocupar uma posição. Nesta concepção, as duas classes sociais fundamentais são a produtora/explorada em oposição a dominante/exploradora. O meio de produção dominante gera essas duas classes sociais elementares, enquanto os demais meios de produção estabelecidos vão gerar outras classes sociais (Viana; Soares; Campos; 2013).

No capitalismo tem-se o proletariado (classe trabalhadora/explorada) e a burguesia (classe capitalista/exploradora) como classes principais. As demais se constituem de trabalhadores improdutivos - não produzem bens materiais apropriados pela classe dominante e necessários para a sociedade - e são denominadas de auxiliares da classe dominante e subalternas. Essas executam o trabalho de reprodução das relações de produção dominantes e atividades subordinadas que visam à reprodução geral da sociedade, respectivamente (Viana; Soares; Campos; 2013).

Viana, Soares e Campos (2013) apresentam ainda as classes marginais, que são compostas por um exército industrial de reserva (empregados temporários ou desempregados), que buscam diferentes formas e estratégias de sobrevivência, como subemprego, prostituição, mendicância, criminalidade e outros.

No Brasil desde o período de 1930, quando a industrialização teve um grande impacto na sociedade, impulsionado pelo governo Vargas, começou a ser observado o aumento no número de desempregados e um acentuado processo de exclusão social. Com isto, a pobreza extrema faz com que aqueles que não têm como garantir sua renda para meios de sobrevivência, se tornem marginalizados e busquem as ruas como possibilidade de habitação (Ceolin; Terra; Camona, 2020).

O processo histórico da população em situação de rua no Brasil se inicia desde a década de 1960, mas é a Constituição Federal de 1988 que se torna uma potência para fomentar políticas públicas sociais voltadas para este grupo populacional. O artigo 5º da Constituição aborda que todos são iguais perante a lei, não havendo distinção de qualquer natureza e não podendo ser violado o direito à liberdade, à segurança, à igualdade, à propriedade e à vida. A Cartilha para Formação Política do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) vem reforçar que toda pessoa que está em situação de rua é um cidadão e, portanto, tem seus direitos e obrigações findados na Constituição (Brasil, 2010a).

Nos anos de 1960 houveram organizações e iniciativas da PSR em algumas cidades do Brasil, porém é apenas nas décadas seguintes que há um apoio de organizações sociais, possibilitando que esse grupo realizasse manifestações e mobilizações para lutar por melhores condições de vida e políticas públicas que possibilitassem sua autonomia. As primeiras organizações formadas foram associações e cooperativas de catadores, englobando uma parte da PSR que

trabalhava com material reciclável, e que posteriormente vão se organizar e formar o Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (Brasil, 2010a).

Seguindo na luta e com o intuito de tornar visíveis as difíceis condições de vida na rua, aos poderes públicos e a sociedade, aconteceram diversas mobilizações nas principais cidades brasileiras entre os anos finais de 1990 e iniciais de 2000. A partir disso começaram a se firmar parcerias por meio de manifestações públicas e fóruns, conquistando a presença de pessoas em situação de rua nos Conselhos de Assistência Social e Monitoramento (Brasil, 2010a).

A Cartilha para Formação Política (2010a) conta que em 2004 aconteceu a barbárie conhecida como chacina da Praça da Sé, em São Paulo, que matou sete moradores de rua e foi seguida por outras ações similares em outros lugares do país. Após esse acontecimento, grupos de PSR de Belo Horizonte e de São Paulo iniciaram uma mobilização para estabelecer o Movimento Nacional de População de Rua. Esse movimento se caracteriza por uma organização de pessoas em situação de rua com o objetivo de enfrentar os riscos na rua, o preconceito, a discriminação e a violação dos direitos humanos.

Em 2005, no 4º Festival do Lixo e Cidadania, as pessoas em situação de rua de Belo Horizonte foram convidadas, e mobilizaram seus parceiros de outras cidades, para lançar o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). No ano de 2008, com o primeiro representante de movimento popular eleito, o MNPR tem um representante dentro do Conselho Nacional de Assistência Social (Brasil, 2010a).

Seguido a isso, outras conquistas importantes se atrelaram devido a luta do MNPR, como a Pesquisa Nacional de Contagem de População em Situação de Rua em 2008, que teve como público-alvo pessoas com 18 anos ou mais vivendo em situação de rua e totalizou 31.922 pessoas. Essa pesquisa foi fundamental para se pensar e elaborar políticas públicas para este grupo e ainda é o maior estudo já realizado (Brasil, 2009a).

Em 2009 foi criado o Decreto nº 7.053 que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. A política apresenta como princípios: equidade; igualdade; respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado; respeito às condições sociais e diferenças de origem, idade,

nacionalidade, raça, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (Brasil, 2009b).

As diretrizes que vigoram na PNPSR são: I - promoção de direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; II - responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento; III - articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal; IV - integração das políticas públicas em cada nível de governo; V - integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução; VI - participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organização da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas; VII - incentivo e apoio à organização da população em situação de rua e à sua participação nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas (Brasil, 2009b).

Seguidas por: VIII - respeito às singularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos legais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas; IX - implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e por fim, X - democratização do acesso e fruição dos espaços públicos. A política traz ainda os seus objetivos, o padrão básico para a rede de acolhimento temporário e a instituição do Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos para a População em Situação de Rua pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (Brasil, 2009b).

Desta forma, o MNPR foi conquistando alguns avanços para a população em situação de rua, assim como foi se estruturando em diversas cidades do país, fortalecendo a capacidade de mobilização deste grupo. O MNPR alcança também espaços em instâncias de participação e deliberação política, como Conferências e Conselhos de Saúde e Assistência Social (Brasil, 2010a).

A Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020, dispõe sobre as diretrizes para a promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Esta se destina a estabelecer diretrizes que devem ser garantidas pelo Estado por meio do acesso às políticas públicas e aos órgãos do sistema de justiça e defesa de



direitos (Brasil, 2020). A publicação de uma resolução 11 anos após a PNPSR reforça a dificuldade que a PSR ainda enfrenta para ter a garantia dos seus direitos.

Com isto, fica nítida a necessidade do MNPR seguir se mobilizando e articulando a luta organizada em defesa dos direitos e de políticas públicas para essa população, visando combater as violações de direitos e buscar condições dignas de vida. É visível que ainda há muito a ser conquistado pela PSR, e como sociedade é preciso estar em prol da luta por todos os cidadãos e seus direitos, assim como por um país com menores desigualdades sociais.

### 1.1.2 Singularidades do modo de viver na rua

É preciso apresentar e contextualizar as diversas características que a PSR possui ou que lhe são dadas para que seja possível refletir e repensar acerca das práticas sociais. Iniciando pela nomenclatura, essa é utilizada socialmente para se referir a população em situação de rua e os termos transitam por trecheiros, moradores de rua, sofredores de rua, mendigos, vagabundos, loucos, cracudos, andarilhos, vadios, drogados, entre outros. Essas nomeações contribuem para legitimar a violência e para edificar uma concepção de identidades pessoais da PSR. Com isto, é observado a construção de um distanciamento e barreiras entre esse grupo e a população em geral, intensificando atitudes preconceituosas, desconhecimento, hostilidade, perversidade e desprezo (Bezerra *et al.*, 2015; Brito; Silva, 2022; Hungaro *et al.*, 2020).

Uma conquista da PNPSR e também do MNPR foi a definição da População em Situação de Rua como sendo:

[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009b, Art. 1º, parágrafo único).

Contudo, apesar desse avanço em seu conceito, ainda é visível que os preconceitos permanecem socialmente enraizados e impactam para o agravamento das condições sociais e dos estigmas. O número de pessoas em situação de rua

tem aumentado e, com isso, a visibilidade que está sendo alcançada pelo restante da sociedade é a relação desse grupo com a criminalidade, violência urbana e uso de crack, reforçando a ideia da PSR como incapazes de conviver, sendo um risco para a sociedade, e fortalecendo argumentos em prol da construção de políticas arbitrárias e repressivas (Brito; Silva, 2022).

Valla (2000) aponta um debate importante acerca dos impactos mais nocivos decorrentes da ineficiência dos serviços públicos no Brasil, que é o fenômeno conhecido como culpabilização da vítima. Esse fenômeno cria uma narrativa em torno das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, o que em parte justifica a falta de qualidade nos serviços públicos destinados a esses segmentos da sociedade. Essa tendência de individualizar a culpa acaba por obscurecer a natureza coletiva dos problemas, desviando o foco de uma prática que afeta a sociedade como um todo.

Seguindo nessa perspectiva dos problemas, pensar o motivo da ida para as ruas é um ponto importante para que a sociedade em geral possa construir um entendimento acerca dos diversos problemas que fazem uma pessoa se tornar um sujeito “da rua”. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2009) traz dados acerca dos motivos de ida para a rua apontados pela PSR e os resultados foram: 35,5% por problemas de alcoolismo e/ou drogas; 29,8% pelo desemprego e 29,1% por desavenças familiares. Vale ressaltar que o estar na rua também intensifica e favorece ainda mais a perda do vínculo familiar (Brasil, 2009a; Cervieri *et al.*, 2019).

Existem dois tipos de pessoas que habitam nas ruas, aqueles que ainda possuem contato com seus familiares, mas permanecem na rua por pequenos períodos e aqueles que têm a rua como seu lugar. Há ainda os que se dividem entre albergues, abrigos e casas de repousos e os que não se adaptam às regras desses lugares e tem a rua como preferência (Cervieri *et al.*, 2019).

É preciso analisar as mudanças econômicas, políticas e tecnológicas que envolvem a sociedade contemporânea, as quais parecem estar progressivamente excluindo setores da população e dificultando o acesso a condições de trabalho dignas, impactando diretamente as relações familiares. Em decorrência de rupturas ou enfraquecimento dos laços, mudanças substanciais estão ocorrendo na vida das pessoas, gerando isolamento, nomadismo e outras formas alternativas de reprodução da vida social. Essas transformações têm um impacto profundo e estão

reconfigurando significativamente a dinâmica social e as interações individuais (Medeiros, 2022).

Na vivência da rua há uma dificuldade extrema de satisfazer as necessidades básicas, como higiene e alimentação todos os dias, levando ao prejuízo da saúde, preconceitos e discriminação, que vão se ampliar também para o acesso aos serviços de saúde. Vivenciar experiências constrangedoras e preconceituosas faz com que a PSR não tenha esperança de mudar a sua condição, mesmo que a deseje (Cervieri *et al.*, 2019).

Brito e Silva (2022) trazem uma reflexão acerca do aut preconceito, quando o próprio sujeito, que faz parte de um grupo ou atividade, julga moralmente os seus pares, representando um interesse daquele sujeito de se diferenciar e não ser entendido como parte daquele grupo. Esse movimento é representado pelos valores e regras que a sociedade atual internaliza em todas as pessoas, até as que estão em situação de rua. A reprodução desses preconceitos e discriminações por parte da sociedade e deles mesmos levanta a indagação sobre a PSR estar à margem da sociedade na garantia dos seus direitos.

As condições de vida na rua são extremamente desfavoráveis, como a convivência com a violência (algumas pessoas já estiverem em situação de cárcere), falta de comida, falta de saneamento básico, ausência de locais para higienização, perda do contato familiar e a falta de leito em abrigos ou casas de acolhimento. Além disso, as pessoas que estão em situação de rua passam de uma situação temporária para permanente de forma corriqueira, fazendo com que este processo da rua seja uma determinação, uma situação social que pouco proporciona em termos de superação (Hungaro *et al.*, 2020).

Todo esse contexto de adversidade traz relatos referentes ao consumo de álcool, cigarro e outras drogas, também tidos como motivo da ida para a rua. Contudo é preciso ter cautela acerca da generalização do discurso sobre as pessoas estarem em situação de rua pelo uso de substâncias psicoativas, visto que é complexo avaliar se o uso é a “causa” ou a “consequência” que culmina nesta condição (Cervieri *et al.*, 2019; Hungaro *et al.*, 2020).

As atividades de ocupação realizadas por esse grupo também fazem parte de um discurso socialmente produzido, no qual são perpetuadas falas sobre a PSR sobreviver por mendicância. Estudos demonstram que as atividades laborais mais praticadas por este grupo são as de “flanelinha”, trabalhos na construção civil e as

de catador de materiais recicláveis, funções que possuem uma remuneração, mas estão dentro da chamada “economia informal”. Este estudo traz ainda que é por meio dessa remuneração que é possível ter acesso à alimentação. Contudo, nos momentos em que não é possível pagar por comida, a PSR procura conhecer pontos de distribuição para que consiga garantir sua alimentação (Hungaro *et al.*, 2020).

As questões e dificuldades enfrentadas pela PSR se dão pela heterogeneidade, dificuldade de concretizar os direitos fundamentais, violência e dificuldade de sair da situação em que se encontra. A partir disso, é estabelecido um ciclo na vida dessas pessoas: desemprego, falta de moradia, dificuldade em estar fisicamente apresentável, alimentado e limpo. Firma-se assim, a inviabilidade em manter um emprego formal e estável, intensificando os problemas emocionais e possível uso e abuso de substâncias psicoativas. É importante evidenciar que a PSR está entre os grupos com maior vulnerabilidade no país e o que se observa é uma importante negligência do Estado quanto à garantia dos direitos dessa população (Ceolin; Terra; Camona, 2020).

É preciso ter a dimensão das particularidades vivenciadas pela população que se encontra nas ruas e desmistificar os diversos preconceitos propagados pela sociedade e pelas mídias, com o intuito de invisibilizar ainda mais este grupo.

Em 2020, o município do Rio de Janeiro realizou o Censo da População em Situação de Rua, após uma década da única pesquisa censitária realizada com essa população no país. Como resultado, obteve-se que o município tem um total de 7.272 pessoas em situação de rua, sendo 5.469 (75,2%) nas ruas e 1.803 (24,8%) acolhidos. Das pessoas que se encontram nas ruas, há a possibilidade de estarem em cenas de uso (1.190 / 21,8%), hospitais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (34 / 0,6%) ou nas ruas (4.245 / 77,6%). Dos que estão acolhidos, têm-se as opções de estarem em unidades de acolhimento (1.598 / 88,6%) ou comunidades terapêuticas (205 / 11,4%) (Instituto Pereira Passos, 2020).

A distribuição dessas pessoas pela cidade está apresentada no mapa fornecido também pela pesquisa (Figura 1):

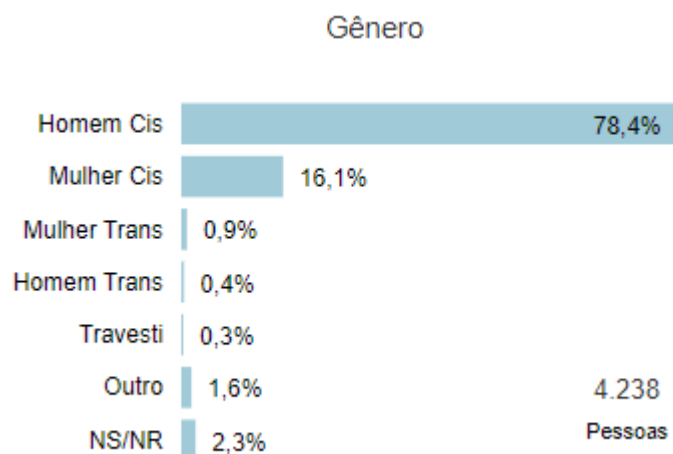
Figura 1 - Mapa da distribuição da população em situação de rua pelo município do Rio de Janeiro com base nos dados do Censo 2020



Fonte: Instituto Pereira Passos, 2020.

Dos entrevistados pelo Censo, 5.871 (80,7%) se declararam homens e 1.360 (18,7%) mulheres. Em relação à raça/cor 5.535 (76,1%) se declararam pretos ou pardos, 1.309 (18%) brancos, 92 amarelos (1,3%) e 19 indígenas (0,3%). Dos 7.272, apenas 885 possuíam residência fixa. Outros dados como gênero e faixa etária serão apresentados por imagens retiradas do estudo, entendendo que nem todas as avaliações contaram com o total sendo 7.272 pessoas (Instituto Pereira Passos, 2020).

Figura 2 - Distribuição referente ao gênero da população em situação de rua do município do Rio de Janeiro com base nos dados do Censo 2020

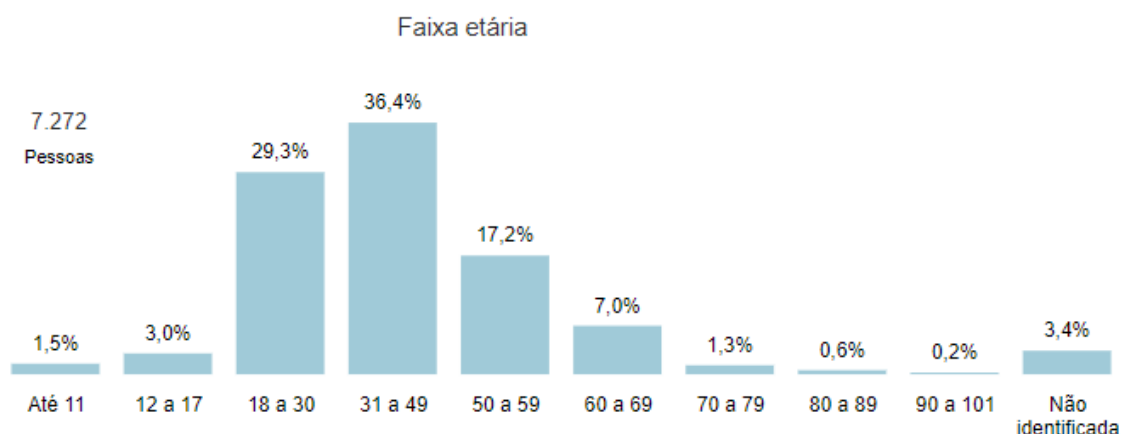


Fonte: Instituto Pereira Passos, 2020.

Em relação ao gênero declarado pelos participantes do Censo, 78,4% eram homens cis, seguidos por 16,1% de mulheres cis. Os demais tiveram um número pouco expressivo, mostrando que a maior parte das pessoas que se encontram em situação de rua são homens. Referente a faixa etária, a maior porcentagem estava

na faixa entre 31 e 49 anos, seguida pela faixa de 18 a 30 anos e 50 a 59 anos, ficando perceptível que as pessoas em idade funcional são a maior parte nas ruas.

Figura 3 - Distribuição referente à faixa etária da população em situação de rua do município do Rio de Janeiro com base nos dados do Censo 2020

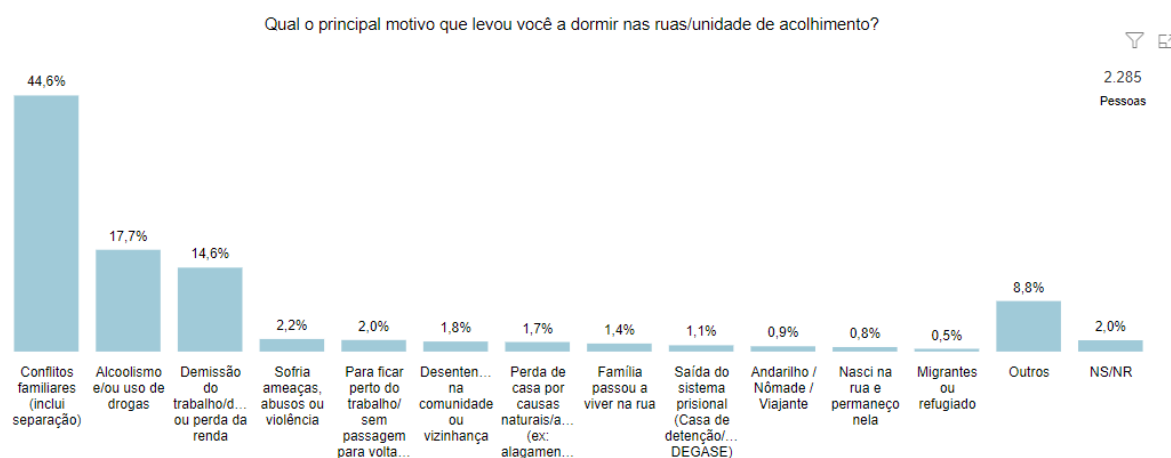


Fonte: Instituto Pereira Passos, 2020.

Relacionado à escolaridade, 1,6% tinham ensino infantil, 63,1% ensino fundamental incompleto, 6,4% fundamental completo, 13,7% médio completo, 9,2% médio incompleto, 2,3% superior incompleto e 1,8% superior completo e 2% não responderam ou não sabiam (Instituto Pereira Passos, 2020).

A maior parte dos participantes (59,3%) nasceram no município do Rio de Janeiro e dos que não nasceram, 59,5% não tem desejo em voltar para a cidade natal, mesmo que estejam em situação de rua. Relacionado ao contato com familiares os dados ficaram bem divididos, com 51,9% tendo contato e 44,7% não tendo contato. Sobre os motivos de ida para a rua, a maior parte inclui conflitos familiares, seguido por alcoolismo e/ou uso de drogas, estando os dados mais detalhados na Figura 4 (Instituto Pereira Passos, 2020).

Figura 4 - Distribuição referente aos motivos de ida para a rua da população em situação de rua do município do Rio de Janeiro com base nos dados do Censo 2020



Fonte: Instituto Pereira Passos, 2020.

Os dados apresentados acerca das características da população em situação de rua vão de encontro aos estudos realizados em outras partes do país, assim como de encontro ao Censo realizado em 2008. Diante disso, fica evidente que o perfil das pessoas que estão na rua não se modificou, trazendo um reflexo da sociedade excludente e preconceituosa que se perpetua até os dias atuais e da ausência de políticas públicas que visem diminuir a desigualdade social existente.

Essa sociedade é moldada ideologicamente para reproduzir as relações de dominação que são vigentes. Na sociedade de classes atual predomina a relação material, tendo como origem os interesses particulares da burguesia, que os coloca como coletivos para que sejam apoderados pela sociedade. Desta forma, a burguesia mantém seu *status quo* de dominação sobre as demais classes, provocando a unificação daquela classe por meio do maior uso do convencimento e menor uso de violência, e alcançando o objetivo de dissimular a realidade e possibilitar sua soberania (Ceolin; Terra; Camona, 2020).

Visando modificar esse cenário de preconceitos, desigualdades e injustiças que a PSR enfrenta, é preciso informar e perpetuar informações acerca de quem são as pessoas que estão em situação de rua e reforçar que são sujeitos de direito como todos os demais cidadãos. Como a saúde é um desses direitos previstos em lei, cabe apresentar algumas legislações conquistadas por essa população.

### 1.1.3 Marcos Legais para a efetivação do direito à saúde

Tendo em vista a compreensão e entendimento das particularidades vivenciadas pela PSR e toda a sua trajetória em busca de garantia dos seus direitos, algumas conquistas devem ser ressaltadas e reforçadas neste trabalho objetivando expor as estratégias e meios para alcançar o direito à saúde.

A Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, institui o Comitê Técnico em Saúde para a População em Situação de Rua e apresenta como atribuições: propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS; participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua (Brasil, 2009c).

Em 2011 foi publicada a Portaria nº 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desenvolvida com um alto nível de capilaridade e descentralização e devendo ser a principal porta de entrada, centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e contato preferencial dos usuários. Em razão destes pressupostos é essencial que a PNAB se norteie pelos princípios da acessibilidade, universalidade, continuidade do cuidado, vínculo, responsabilização, equidade, integralidade da atenção, humanização e participação social. Nesta publicação há a consolidação das equipes de atenção básica para populações específicas, tendo como uma delas as Equipes de Consultório na Rua (Brasil, 2012a).

É importante destacar que a responsabilidade pela atenção à saúde da PSR é de todo e qualquer profissional do SUS, com enfoque na Atenção Básica. As equipes de consultório na rua têm o objetivo de ampliar o acesso deste grupo à RAS e ofertar de forma mais satisfatória uma atenção integral à saúde, realizando suas atividades de maneira itinerante, com ações nas ruas, instalações específicas, unidades móveis e nas unidades básicas de saúde (UBS) do território. Essas



equipes devem articular e desenvolver ações com outras UBS, com o Centro de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência e outros serviços do SUS e Sistema Único de Assistência Social, além de instituições da sociedade civil (Brasil, 2012a).

A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, vem para definir as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR). No parágrafo único do art. 1º é apresentado que as eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e realizam ações de atenção básica guiados pelas diretrizes e fundamentos da PNAB. As equipes são multiprofissionais e devem lidar com as diversas necessidades e problemas de saúde da PSR, e entre as atividades realizadas pela eCR estão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas (Brasil, 2011b).

Os profissionais trabalhadores têm a possibilidade de processo de educação permanente com enfoque na abordagem das diferentes necessidades de saúde dessa população e do desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. Este documento traz ainda as três modalidades de equipe de consultório na rua, os profissionais que devem compor cada modalidade, as cargas horárias de trabalho e o incentivo financeiro destinado a cada uma (Brasil, 2011b).

Por essas equipes fazerem parte da RAPS, faz-se necessário abordar como é estruturada essa rede. A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é a responsável pela instituição da 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 SUS (Brasil, 2011c).

A finalidade da RAPS é de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tem como diretrizes para seu funcionamento o respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e liberdade para as pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais de saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; e a diversificação das estratégias de cuidado (Brasil, 2011c).

Em continuidade às suas diretrizes, tem ainda o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de

autonomia e exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011c).

Dentre os componentes que compõem a RAPS tem-se: I - atenção básica em saúde; II - atenção psicossocial especializada; III - atenção de urgência e emergência; IV - atenção residencial de caráter transitório; V - atenção hospitalar; VI - estratégias de desinstitucionalização; e VII - reabilitação psicossocial. As eCR estão dentro do primeiro eixo fazendo parte da equipe de atenção básica para populações específicas (Brasil, 2011c).

Apesar das portarias e legislações anteriores versarem e reforçarem o direito à saúde da população em situação de rua, as barreiras enfrentadas seguem presentes no dia a dia desta população. A resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, define diretrizes e estratégias para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua no âmbito do SUS.

A resolução traz como objetivos gerais: a garantia de acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde, visando a melhoria do nível de saúde dessa população por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, idade, etnia, orientação religiosa e orientação sexual, com atenção especial às pessoas com deficiência; redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida, tais como falta de higiene adequada, exposição à baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular e exposição a intempéries; e por último, a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida PSR (Brasil, 2013).

O processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades deve acontecer por meio da articulação intra e intersetorial e pela transversalidade no desenvolvimento de políticas e ações prioritárias. Os fundamentos que vão embasar esse processo também são apresentados pela resolução, assim como, os princípios

e diretrizes da PNPSR e os cinco eixos que devem ser implementados pelas esferas de gestão do SUS (Brasil, 2013).

Finalizado a apresentação de alguns marcos legais importantes para a PSR conquistar o seu direito à saúde, é indispensável a apresentação de um documento publicado para e com a população de rua a respeito do seu modo de estar na vida e a interferência dele na sua saúde. Este documento é o Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua, divulgado no ano de 2012, que traz como conteúdos o contexto político e histórico da PSR, suas características, a importância do vínculo no atendimento, os territórios, as atribuições de uma equipe multiprofissional, as especificidades no atendimento, problemas clínicos mais comuns, estratégias de suporte ao cuidado e experiências bem sucedidas (Brasil, 2012b).

O manual foi construído junto da população, trazendo em seu conteúdo falas, vivências, percepções e criações de pessoas em situação de rua, como um poema no início do material. A importância desta publicação para o cuidado da população em situação de rua é imensurável e traz reflexões acerca do cuidado que é demandado e o que é oferecido pelos serviços, enfatizando, ainda mais, o consultório da rua como uma estratégia que está mais preparada para acolher e produzir cuidado junto à PSR, grupo com intensa vulnerabilidade e exposição.

Desta forma, é necessário abordar a determinação social do processo saúde-doença, visto que as condições e estilo de vida vivenciados por essa população podem ser afetados pela forma como compreende a sua saúde. Sendo assim, a determinação social do processo saúde-doença é fundamentada na discussão acerca da relação entre os processos sociais e biológicos, permitindo explicitar que não somente o caráter social desencadeará processos biológicos, mas que sua influência é determinante para tal. A formação social vivenciada por cada classe, através dos seus modos de vida e de relações cria um determinado paradigma de reprodução e desgaste, influenciados pelas condições de trabalho, formação cultural, habitação, representações, valores, acesso aos meios de consumo e preferências alimentares, levando a construção de um processo saúde-doença específicos para cada grupo (Laurell, 1990; Viana; Soares; Campos, 2013).

Os problemas clínicos mais frequentes apresentados no manual são problemas nos pés, infestações, tuberculose, IST, HIV e AIDS, gravidez de alto risco, doenças crônicas, álcool e drogas e saúde bucal (Brasil, 2012b). Todos os

problemas anteriores estão vinculados a determinação social do processo saúde-doença vivenciado por essa população e pela não garantia de acesso aos seus direitos.

## **1.2 Compreendendo o acesso: desafio para a População em Situação de Rua e para os serviços de saúde**

Os conteúdos supracitados tiveram o intuito de apresentar a população em situação de rua dentro do seu contexto, da rede existencial, das suas relações e enfrentamentos para que alcançar os seus direitos. Um dos direitos a serem aprofundados nesta revisão, é o direito à saúde e o acesso aos serviços de saúde, visando compreender as diferentes dimensões do acesso e as barreiras enfrentadas por este grupo.

### **1.2.1 Saúde: um direito a ser reconquistado**

A luta pela saúde como direito teve seu início entre os anos de 1970 e 1980, quando os estudos direcionaram para a necessidade de uma reforma na saúde em vista da crise que estava acontecendo na sociedade brasileira e as mudanças de porte mundial. A partir de reivindicações realizadas pelos setores organizados da sociedade, foram implementados serviços que viabilizam a descentralização do sistema de saúde e a investida de universalizá-lo com respaldo estatal (Silva, 2012).

Uma importante conquista a nível mundial foi a promulgação da Carta de Ottawa em 1986, em consequência às expectativas que se configuraram em torno de uma nova saúde pública a nível mundial. Nesta conferência foi abordado o tema da promoção da saúde, pré-requisitos para a saúde, defesa de causa, capacitação, mediação e debates sobre como colocar em prática essa nova ideiação (OMS, 1986).

Para este estudo, faz-se importante trazer um foco nos pré-requisitos para a saúde que são apresentados, visto que influenciam diretamente no processo de

cada indivíduo e sua construção de saúde. Os pré-requisitos para a saúde são habitação, paz, alimentação, renda, educação, recursos sustentáveis, ecossistema estável, equidade e justiça social. Todos esses fatores podem favorecer ou prejudicar a saúde das populações, grupos ou indivíduos e por isso são importantes pontos a serem investidos e melhorados na sociedade (OMS, 1986).

Outras conquistas foram alcançadas gerando ações como: as Ações Integradas de Saúde (AIS), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e a promulgação do texto constitucional em 1988 (Silva, 2012).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no ano de 1986 e neste espaço foi apresentado o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a proposta de instituição de um sistema único de saúde. Também foi discutido e ampliado o conceito de saúde, a partir do entendimento de que este é influenciado pelos modos de organização social e das desigualdades que se apresentavam em função disso, sendo a saúde então: “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986, p. 04; Silva, 2012).

Dois anos após a conferência, é promulgada a Constituição de 1988 que traz em seu artigo nº 196 da Seção II da Saúde, o direito à saúde, sendo descrito de tal forma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Capítulo II da Seguridade Social, Seção II da Saúde, Art. 196).

O acesso à saúde está presente na descrição do artigo nº 196 e posteriormente é reforçado na Lei 8.080, lei de criação do Sistema Único de Saúde, como sendo um dos princípios doutrinários do sistema. Neste, o acesso é explicitado a partir do princípio da universalização que versa sobre a saúde ser um direito de todas as pessoas e dever do Estado assegurá-lo. Este acesso deve ser garantido sem que haja nenhuma distinção relacionado à sexo, ocupação, raça ou outras características pessoais e sociais (Brasil, 2020; Paim; Silva, 2010).

Os demais princípios doutrinários se incorporam ao da universalização para que a assistência ao usuário seja plena, como o princípio da equidade, que tem

como finalidade diminuir as desigualdades através do entendimento de que as pessoas não são iguais, assim como suas necessidades em saúde. O princípio da integralidade olha para o usuário em sua totalidade, buscando integrar as ações e serviços de saúde para alcance da melhoria na qualidade de vida e saúde (Brasil, 2020; Paim; Silva, 2010).

Esses três princípios visam oferecer ao indivíduo, família e sociedade o acesso aos serviços com uma assistência que seja capaz de promover saúde dentro das concepções que cada grupo e pessoa vivenciam. Para tanto o acesso pode ser compreendido com algumas vertentes de interpretação, sendo também fatores que influenciam no acesso pleno aos serviços de saúde.

### 1.2.2 Conceituando e expandindo a compreensão sobre acesso aos serviços de saúde

Aprofundando as discussões sobre acesso, é relevante abordar que a sua definição é um importante objeto de interesse, por ser fundamental para pensar o desenvolvimento de planos e metas para a saúde. Mas em contraponto, com o decorrer do tempo e análise de diferentes autores, o acesso à saúde se tornou um conceito complexo e de difícil mensuração (Sanchez; Ciconelli, 2012).

Em 1973, Ronald e Newman trouxeram o debate sobre os determinantes individuais intervirem no acesso à saúde, considerando que a população pode ter diferentes características, como a estrutura social a que está exposto, atitudes diante do cuidado e a renda, gerando uma expressão da determinação social. Aday e Andersen (1974) apresentam a disponibilidade geográfica e organizacional dos sistemas de saúde e as características dos usuários como as questões influenciadoras para o acesso.

Esses últimos autores ainda abordam três dimensões que podem influenciar positivamente ou negativamente o acesso aos serviços de saúde. A disponibilidade - ou seja, oferta de serviços; acessibilidade - diz respeito à facilidade de fluxos, horários, rotinas, prioridades técnicas e proximidade geográfica e, por último, aceitabilidade - que se relaciona com as particularidades da população, isto é, suas

crenças, valores, satisfação com os serviços prestados, condições socioeconômicas, entre outros (Frank, 1992; Aday; Andersen, 1974).

Penchansky e Thomas (1981) definem o acesso como a interação dos usuários com os serviços de saúde, sendo os indicadores os responsáveis por exibir a passagem dos indivíduos pelo sistema. Para esses autores, o acesso unifica algumas dimensões específicas, como acolhimento, acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e capacidade de compra.

Outro autor importante na discussão sobre acesso é Donabedian (1973), que utiliza o termo acessibilidade, com o argumento de que abarca uma maior sucessão de significados, pois se conecta a uma oferta de serviços que está para além da simples disponibilidade dos recursos, mas que responde às necessidades da população. Donabedian apresenta dois aspectos importantes da acessibilidade: geográfico e sócio-organizacional. A acessibilidade geográfica se relaciona a função do tempo e espaço, como a distância física dos serviços e dos usuários, enquanto o aspecto sócio-organizacional traz questões das condições cultural, econômica, educacional e social dos indivíduos como importante influenciador do acesso à saúde (Donabedian, 1973).

Discute-se ainda sobre o acesso ser significativo motivador para o uso dos serviços de saúde, ainda que este também esteja associado a variados fatores, como fatores contextuais e relativos ao cuidado ofertado e fatores individuais. Esses influenciam na efetividade e no uso do cuidado por meio do acesso. A continuidade é fator que deve ser olhado, mas que se difere das situações que levaram ao acesso, reforçando uma necessidade em se olhar para as particularidades dessas, visto que influenciam para que o indivíduo siga acessando e utilizando os serviços de saúde (Travassos; Martins, 2004).

Na discussão apresentada por Barbara Starfield (2002), o acesso pode ser compreendido a partir dos tipos de acessibilidade, sendo o primeiro em relação ao tempo, que traz a reflexão sobre os horários de disponibilidade dos serviços. O segundo traz a acessibilidade geográfica, refletindo acerca da distância do serviço e transportes. E a terceira discorre sobre a acessibilidade psicossocial, tencionando as barreiras culturais e linguísticas existentes entre os profissionais, instalações e indivíduos.

Outra abordagem que a autora traz sobre acesso é o conceito de utilização. A utilização dos serviços é pensada em relação ao tipo de uso e à extensão dos

serviços. Esta pode estar atrelada à compreensão do sujeito de necessidade de uma consulta ou a identificação pelos profissionais de saúde, quer seja pelo acompanhamento de um problema antigo ou de um novo, quer seja para serviços preventivos (Starfield, 2002).

Intrinsecamente vinculado ao acesso está a atenção ao primeiro contato - acessibilidade e uso do serviço quando se tem um novo problema ou novo episódio de um problema anterior -, que só é passível de acontecer quando o usuário percebe o serviço como acessível e isso refletirá na sua utilização desse. Logo, a avaliação da atenção ao primeiro contato é realizada por meio de dois elementos referentes ao acesso, a acessibilidade (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual) (Starfield, 2002).

O acesso pode ser entendido, também, como um conceito com múltiplas faces e abarcando as dimensões econômica-social, política, técnica, organizativa e simbólica. Por ser um conceito complexo e que varia de acordo com autores, o acesso foi se transformando com o tempo e o contexto. A terminologia empregada pode variar, utilizando-se da palavra acesso como entrada e ingresso, ou da palavra acessibilidade como condição do que é acessível, porém ambas querendo expressar o nível de facilidade para conseguir um atendimento de saúde (Oliveira *et al.*, 2021; Valle; Farah, 2020).

Além disso, há outros aspectos do acesso que são estudados, como os determinantes da demanda e determinantes da oferta. Relacionados à demanda tem-se que o estado ou necessidade de saúde são os principais fatores para uso dos dispositivos, enquanto na oferta a existência dos serviços é o ponto chave. Portanto, o acesso é estabelecido pela interatividade entre: acessibilidade - custos de transporte, taxas e perda de produtividade; disponibilidade - prestação dos serviços em determinado horário e local para atender às necessidades dos indivíduos; e aceitabilidade - associação entre as atitudes do profissional e do usuário e suas expectativas (Oliveira *et al.*, 2021).

Sanchez e Ciconelli (2012) reforçam que há ainda um extenso debate sobre o conceito de acesso à saúde, mas que em sua maioria os autores que fundamentam o campo estão concordância sobre este não está apenas vinculado à simples utilização do serviço de saúde. É preciso focar na descrição do acesso como sendo a oportunidade de utilização em condições que proporcionem o uso adequado dos serviços.



Desta forma, com a evolução dos debates e da sociedade, o acesso à saúde tem sido discutido sob a vertente da justiça social e equidade como foco. E partir disso, é preciso caminhar para pensar as questões do acesso à saúde e da equidade por meio de ações transversais e intersetoriais, que incorporem políticas econômicas e sociais, fortaleça cidadania, distribuição de renda e melhoria nas condições de habitação e educação, reforçando a necessidade de não ficar apenas em ações que contemplem o nível de atuação dos sistemas de saúde (Sanchez; Ciconelli, 2012).

As contribuições apresentadas enfatizam o quanto o acesso é fundamental e elementar para que outros aspectos importantes do cuidado e da atenção à saúde sejam efetivados. Porém, em completude ao debate, traz-se a reflexão sobre as condições de vida ofertadas a população e que também são influenciadores do acesso e utilização dos serviços de saúde.

### 1.2.3 Acesso e barreira enfrentados pela População em Situação de Rua

O acesso aos serviços de saúde pela PSR está acrescido de significados pessoais e das vivências de cada indivíduo. O acesso pode ser entendido como efetivo apenas por ter um atendimento com um profissional de saúde, ou ter o acesso, mas entender que, junto dele, estavam situações de preconceito, ou ainda, ter a negação do acesso em vista das particularidades apresentadas por ser uma pessoa em situação de rua.

Três dimensões complementares podem ser analisadas como determinantes para o acesso: vulnerabilidade programática, vulnerabilidade coletiva e vulnerabilidade individual. A vulnerabilidade programática está relacionada aos aspectos das políticas públicas e das respostas sociais aos problemas de saúde. A vulnerabilidade coletiva está intrínseca às condições de inserção social dos grupos ou indivíduos no processo reprodutivo e produtivo da sociedade. A última, vulnerabilidade individual, aborda as características sociobiológicas e demográficas de cada um. A condição a qual a PSR está sujeita leva a desvantagem nas três dimensões (Oliveira *et al.*, 2021).

A saúde é compreendida pela PSR como a ausência de doenças e dores, mas também como interligada à qualidade de vida, com fatores influenciadores como o trabalho, moradia, alimentação, família, entre outros, que estão negligenciados no contexto de vida da rua. O encontro e vivências com ambientes hostis e vulneráveis são enfrentados pela pessoa que passa a viver nas ruas, recolocando-a como uma nova pessoa em um novo meio social (Prado *et al.*, 2021).

Devido à vulnerabilidade social e exposição a fatores que interferem diretamente na saúde, o acesso pela PSR aos serviços de saúde é premissa crucial para o alcance da dignidade desse grupo. O processo saúde-doença vivenciado por esta população está influenciado pela vulnerabilidade e exposição, aumentando as chances de prevalência de agravos crônicos e agudização desses, além de agravos transmissíveis. Outros agravos que fazem parte do dia a dia na rua são a violência, atropelamentos e uso abusivo de álcool e drogas (Junior; Aguiar, 2020; Valle; Farah, 2020).

Oliveira *et al.* (2021) abordam que ao se sentirem mal fisicamente, a PSR varia suas escolhas e estratégias, desde a ida a um serviço de saúde, procura por um albergue, intensificação do uso de substâncias, até não fazer nada a respeito. Quando escolhem ir a um serviço, optam pelos serviços de emergências, fazendo essa busca apenas quando os sintomas já não são mais suportáveis e interferem na vida na rua e no trabalho (Prado *et al.*, 2021; Valle; Farah, 2020).

O preconceito e a discriminação estão vinculados às questões como a vestimenta, condições de higiene, odor fétido, falta de documentação e orientação sexual, levando a desmotivação da PSR pela procura aos serviços e sua ida somente em situações extremas, além de outras vivências prévias de mau atendimento e até proibição de entrada em alguns espaços. Cabe uma reflexão com relação ao entendimento da PSR sobre as vivências positivas nos serviços, pensando se essa satisfação está ligada a padrões menos exigentes, baixas expectativas e ao fato de conseguirem um atendimento. Outra questão é a compreensão do atendimento como mérito ou caridade, e não um direito (Prado *et al.*, 2021).

Esses fatos geram a construção de uma autoimagem negativa da PSR, que passa a se sentir indesejada e indigna, podendo levar a perda da condição mais importante: ser humano. Por estarem colocados neste lugar, perde-se o direito à vida e à cidadania (Brito; Silva, 2022).

O despreparo dos profissionais de saúde que compõem a RAS no atendimento a esse grupo também é fator dificultador do acesso, levando ao afastamento e rompimento do vínculo daquele usuário com o serviço. Muitos profissionais impõem burocracias para acesso, além de realizar encaminhamentos, solicitar exames e não considerar a distância dos dispositivos e o relato dos próprios indivíduos quanto ao seu estado de saúde. Essas atitudes vão corroborar para a não procura dos serviços por solidificar condutas inadequadas, baixa escuta profissional, julgamentos, falta de confiança nos profissionais de saúde e falta de empatia (Júnior; Aguiar, 2020; Oliveira *et al.*, 2021).

Retomando para os serviços mais procurados e acessados pela PSR, destacam-se os serviços de urgência e emergência (hospitais e unidades de pronto-atendimento) em situações de demandas espontâneas. Apesar de terem agravos crônicos diagnosticados, os usuários ou iniciaram o acompanhamento, mas não deram continuidade, ou não faziam nenhum tratamento, com exceção dos portadores de HIV. Devido a isto, mantém-se a procura por serviços apenas em momentos de emergência também por agudização dos problemas crônicos.

O acesso aos serviços como CAPS e atendimentos especializados acontecia quando havia mediação do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), do Consultório na Rua (CnaR) e dos albergues, serviços capacitados para atender essa população. As UBS são os serviços com maior dificuldade de acesso pela PSR devido a organização do serviço, despreparo na condução dos casos, exigência de comprovante de residência e restrição no número de atendimentos, caminhando no sentido oposto e promovendo iniquidade (Valle; Farah, 2020).

Outro entendimento que vale a reflexão no estudo é quando o acesso pode vir a se tornar uma barreira, dependendo do ponto de vista a ser avaliado. Feuerwerker e Merhy (2016) abordam essa problemática quando se fala de PSR, pois esse grupo possui suas próprias dinâmicas e um “modo de andar na vida” que não está alinhado à maneira como os serviços estão organizados para a assistência.

Gradualmente, houve uma compreensão mais profunda de que a dinâmica entre acesso e barreiras não se restringe apenas a limitações geográficas específicas. Emergiu o reconhecimento de que essa dinâmica está intrinsecamente ligada aos métodos de cuidado, à definição do que é considerado um plano de cuidado e às estratégias de cuidado que cada membro da equipe identifica e valida

como pertinentes. Diversos elementos desempenham um papel fundamental na facilitação ou obstrução do acesso à rede de cuidados de saúde, isso inclui agentes institucionais, profissionais de saúde, estabelecimentos médicos, discursos institucionais e arranjos organizacionais que se tornam tecnologias de cuidado que podem restringir ou ampliar o acesso às necessidades de saúde (Gomes; Merhy, 2014).

Deste modo, é preciso que o acesso e o cuidado não sejam impeditivos de produção de vida, complexificando ainda mais a questão referente apenas a utilização do serviço de saúde. Os autores acrescentam a provocação sobre a utilização ser capaz de criar vínculos e produzir vida para o usuário, considerando que cada um terá suas particularidades e que: “Coisas que faziam sentido para uns, eram, para outros, justificativas para afastamento” (Feuerwerker; Merhy, 2016, p. 18).

É essencial reavaliar o conceito de acesso e barreira diante de uma abordagem de cuidado que valoriza a diversidade e a criação de novas conexões para gerar uma vida muito além do simples ingresso ou exclusão dos serviços disponíveis. O objetivo é explorar as inúmeras e transitórias formas de interligação nas redes de existência desses indivíduos. Ao compreendê-las, abre-se espaço para a criação de múltiplos métodos de prestação de cuidados e acolhimento. A noção de acesso e barreira vai além da simples expansão da cobertura de serviços de saúde ou da oferta de determinados tratamentos aos usuários; ela traz à tona toda a complexidade do campo da vida e da ética. Isso reflete o tipo de compromisso que a rede de cuidados estabelece e desafia: a promoção de uma vida mais plena ou não, influenciando o enriquecimento ou empobrecimento das interações existenciais das pessoas (Gomes; Merhy, 2014).

Para se alcançar um atendimento adequado é preciso conhecer a “cultura da rua” e questões relacionadas a quem são, como vivem e o sentido que concedem às suas vidas. O entendimento acerca de suas concepções do processo saúde-doença e suas trajetórias, alinhado a um cuidado com humanidade, tem capacidade de transformar e melhorar a realidade de saúde vivenciada por esta população.

Embora o acesso à saúde tenha sido alcançado como um direito universal, por meio da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080/90, é preciso estar atento e crítico sobre o acesso das populações em situação de vulnerabilidade à promoção da equidade, com vista a almejar a adequação das ações e serviços existentes.

Apesar dos inúmeros estudos e tentativas de problematizar e olhar para as barreiras encontradas pela PSR ao acesso à saúde, visando garantir o direito à saúde dessa população, o país vivencia uma crise política e econômica que acentua ainda mais as desigualdades sociais, fazendo com que mais pessoas demandem e necessitem dos serviços públicos, entre eles os serviços de saúde (Prado *et al.*, 2021; Valle; Farah, 2020).

Cabe trazer para a explicitação as políticas de austeridade promovidas pelo governo brasileiro, dentre elas a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 15 de dezembro de 2016. Esta emenda impõe um limite de gastos estatais pelos próximos 20 anos, o que levará ao sucateamento de políticas sociais, principalmente as de saúde e educação. Sendo assim, o cenário de faltas de políticas públicas e dificuldade de garantia das políticas já existentes para a PSR está ainda mais distante de ser transformado (Prado *et al.*, 2021).

A defesa pelo direito à saúde, por um SUS público e universal e por governos que governem para a população se faz ainda mais necessário por parte dos diversos segmentos sociais. Exercer a cidadania e lutar por direitos é um dever de todos cidadãos. Cabe ressaltar que com a mudança do governo em 2023, propostas de retomada e ampliação das políticas públicas de saúde voltaram a ser prioridades para pensar o cuidado e acesso da população (Gotlib, 2023).

### **1.3 Redes de Cuidado e Redes Vivas como dispositivos de potência no cuidado**

A partir das bibliografias fica perceptível que a PSR enfrenta múltiplas barreiras para acessar os serviços de saúde, fazendo com que busque outras formas de potência de cuidado dentro dos seus mundos existenciais. As redes de Cuidado e Redes Vivas se apresentam como importantes dispositivos encontrados para fortalecer a vida nas ruas e as dificuldades que se apresentam nesse contexto.

### 1.3.1 Redes de Cuidado e Redes Vivas: tecidas e construídas no caminhar

Para compreender o que as redes de cuidado e as redes vivas significam e pretendem ser, é preciso pensar no sentido das palavras que compõem esse termo. A palavra rede é carregada de diversos significados, como o de acolher, amortecer, amparar e sustentar alguma pessoa ou objeto. No sistema de saúde, essa palavra está vinculada à rede que compõe o SUS, relacionada às diretrizes, níveis de complexidade e funcionamento dos equipamentos públicos, indicando uma rede sólida, inteira, como se decorresse de um controle de governabilidade com previsibilidade definida (Cruz, 2021; Merhy *et al.*, 2014).

A outra palavra deste termo é cuidado, que tem na sua concepção uma permeabilidade de definições e complexificações ao longo dos estudos em saúde, e podendo ser definido como tomar conta, cuidar, velar e realizar ações com objetivo de manter a vida dos seres vivos. Relacionado à saúde, o cuidado é configurado pela escuta, olhar e toque, mecanismos capazes de ultrapassar os aspectos técnicos. Com seu aprimoramento, o cuidado em saúde passa de técnicas curativas e individuais para condutas coletivas e integrais, abrangendo a conexão entre o sujeito cuidado e a pessoa que cuida e abarcando o contexto socioeconômico, cultural e político presentes (Acioli *et al.*, 2014).

Ao pensar na rede de cuidado em saúde, alguns autores debatem que essa rede não é capaz de englobar, por si só, toda a complexidade que o cuidado demanda. Cabe ressaltar que este, frequentemente, atravessa a organização dos serviços e se consoma “fora dos circuitos da saúde” (Ferreira; Costa, 2017).

O universo da rede de cuidado é guiado pelo propósito de uma centralidade nas próprias lógicas de saberes da saúde, fazendo do outro uma pessoa destituída de experiências e conhecimentos. No entanto, quem solicita as redes, em geral, são os usuários, que as tecem a partir de suas escolhas, e não da rede que está dada como uma estrutura a ser ocupada por estes. Com isto, apresenta-se a discussão de que os indivíduos são as redes vivas de si próprios e encontram-se elaborando saberes, produzindo movimentos, compartilhando e construindo cuidado o tempo todo (Merhy *et al.*, 2014).

As redes vivas estão em acontecimento, são fragmentárias, hipertextuais, se montando e se desmontando, não precisando estar sob a lógica das redes

analógicas. Sendo assim, as redes institucionalizadas como analógicas - rede primária e secundária de cuidado - podem ser disparadoras de um processo de cuidado mas vão ser atravessadas por outras redes não analógicas. Portanto é preciso que o profissional conheça o usuário, produzindo conexões e trocas, para que se alcance o conhecimento de outros delineamentos que fazem parte da existência daquele indivíduo (Merhy *et al.*, 2014).

Essas redes vivas de cuidado merecem destaque, entendendo que as redes de apoio e sociais são capazes de potencializar ações e assegurar a ocupação de outros espaços na comunidade, ampliando a concepção da produção do cuidado em saúde. Deve-se incorporar na dimensão do cuidado, a concepção de territórios existenciais, se atentando não só para os fatores subjetivos dos sujeitos, mas também para a subjetividade dos trabalhadores de saúde. Soma-se ao debate, a compreensão de que estes territórios são coletivos e se desconfiguram/configura/reconfiguram através dos agenciamentos, relações e possibilidades que são estabelecidos entre as pessoas e os grupos (Ferreira; Costa, 2017).

Vale e Vecchia (2020) trazem uma reflexão que incorpora a discussão, a saber: “o que move a ação humana é o desejo de desenvolver sua potência de ação para a sobrevivência física e a emancipação de si” (Vale; Vecchia, 2020, p.2). Diante do exposto, fica nítida a construção de relações intrínsecas ao viver e as conexões que vão se apresentando, estabelecendo as Redes Vivas como potência de cuidado e de vida.

### 1.3.2 Redes de cuidado e Redes Vivas para a População em Situação de Rua: potência ou ausência de alternativas?

A vista das situações vivenciadas no cotidiano da PSR, esta vai em busca de ações de resistência que ajudem na sobrevivência nas ruas diante da negação do direito à saúde. A rua possibilita a vivência de dores, desafios, dissabores e alegrias, e é repleta de diversos sentidos, significações e sinais que são naturalizados nos encontros com as contradições que se apresentam. Esses sinais que vêm da rua

invadem toda a sociedade, porque esta é também a rua (Merhy *et al.*, 2014; Vale; Vecchia, 2020).

Merhy *et al.* (2014) apresenta que ao adentrar os serviços de saúde, os usuários trazem consigo um mundo de possibilidades, visto que as ruas são lugares nos quais as existências se produzem e atuam como redes vivas, além de ser um território existencial. As dimensões macro e micropolíticas se articulam, mas a macropolítica não terá potência no olhar para o cuidado de saúde, se não abarcar a micropolítica das vivências cotidianas.

É preciso incorporar a dimensão micropolítica - lugares onde as existências e vivências cotidianas furam os muros institucionais - para o debate sobre as redes de cuidado em saúde, pois caso contrário, a macropolítica não dará conta do universo singular de cada indivíduo. Um problema grave nos processos de produção de cuidado em saúde é a anulação das alternativas de vida que coabitam os sujeitos e a troca por produções identitárias universais ou estigmas que vão representar as suas existências e sugestões terapêuticas (Merhy *et al.*, 2014).

Para isso, é indispensável assumir a singularidade de cada indivíduo, utilizando da sua multiplicidade para proporcionar a procura por diferentes estratégias para o cuidado das mais diversas vidas que habitam um só sujeito. A partir do entendimento de um ser que é múltiplo e abrange “mundos de existência”, as práticas de saúde devem agregar esses mundos e admitir o outro como um ser cultural, cidadão e social (Ferreira; Costa, 2017).

As pessoas que estão na rua precisam da autonomia de seus corpos para circular à procura do seu sustento, que é o pilar para conseguirem se manter nessa situação, e se o cuidado não for voltado para apoiar essas particularidades, ele não será incorporado por este grupo. As redes que são acionadas pela PSR se intercalam entre formais e informais, em uma busca pela complementaridade entre elas.

Nesse sentido cabe ressaltar, também, que nos percursos de cuidado da PSR aparece a necessidade de afastamento das ruas como condição para alcance do cuidado almejado. Diante da ausência de políticas que garantam uma moradia, esse grupo vai em busca de outros dispositivos, sendo o mais comum entre eles, as Comunidades Terapêuticas (CT) (Vale; Vecchia, 2020).

Ainda que o país conte com uma rede de serviços de saúde voltadas para o atendimento a essa população, como os CAPS, CnaR, Centro Pop e outros, as



questões relacionadas à dificuldade de construir um cuidado promotor de vida que incorpore todas as dimensões de necessidade, levam a busca pelas CTs. Ainda que essas também não ofereçam um cuidado promotor de vida, a sua busca pode-se relacionar com a disponibilidade de alimentação, abrigo e condições de higiene que são ofertados por esse serviço. É discutido em diversos estudos que o tratamento ofertado favorece a exclusão social, e faz com que essas pessoas criem um ciclo de rompimento e retorno com essas instituições (Rossi; Tucci, 2020).

As CTs são um modelo de serviço que é questionado por diversos especialistas, pois se pautam na lógica proibicionista, com viés religioso e que traz a abstinência como resultado a ser alcançado, sendo então, uma ideologia moralista e que ignora a redução de danos como um processo de cuidado aos usuários de substâncias. Cabe destacar a ocorrência de um aumento no financiamento público dessas instituições, apresentando e reafirmando o entendimento do governo acerca do uso de substâncias psicoativas pela vertente conservadora e moralista (Rossi; Tucci, 2020).

Para além, cabe ressaltar que o suposto papel das CTs, como um lugar para tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de SPA, vai se confundindo e se misturando com o uso do local para a recuperação de saúde e outras questões. Com isto, utiliza-se deste dispositivo como forma de cuidado em saúde, ultrapassando e ludibriando a real função destas, ou seja, construindo redes de cuidado que fazem parte dos seus mundos existenciais e suas particularidades (Vale; Vecchia, 2020).

É necessário reconhecer, nos sinais da rua, um conjunto vivo de modalidades, estratégias, formas de criar sentido, produção de outras redes e de outros territórios existenciais, e assim produzir múltiplas redes de conexões. Uma estratégia essencial é deslocar os mundos existenciais para o interior dos serviços, possibilitando a criação de outros mundos dentro deste, mas sem sair do campo da saúde, inserindo nas experiências às lógicas metodológicas e epistemológicas do campo (Merhy *et al.*, 2014).

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal sobre acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde.

Os estudos transversais pretendem compreender determinado fenômeno em uma população. Tem como finalidade estimar os parâmetros de uma população-alvo e verificar, em uma amostra populacional, as possíveis associações entre a variável de desfecho e as variáveis que provavelmente estão relacionadas a ele (Lopes, 2018).

Os estudos transversais possuem três atributos, são eles: 1) serem oportunos para delinear variáveis e seus padrões de distribuição; 2) a mensuração é realizada em um único período de tempo; e 3) é o único desenho de estudo que viabiliza a identificação da prevalência em um fenômeno de interesse (Bonita; Beaglehole; Kjellström, 2010; Lopes, 2018).

Os dados utilizados no estudo pertencem ao Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (Data Rio, 2022), e foram analisados a partir de uma análise secundária.

### 2.2 Cenário, população e coleta de dados do estudo primário - Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022

#### 2.2.1 Metodologia do Censo

O levantamento dos dados do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 foi conduzido usando a ferramenta de pesquisa Survey 123 do Sistema Municipal de Informações Urbanas (SIURB). Foram aplicados três tipos de questionários com base na situação das pessoas (Rua,

Cenas de Uso, Instituições), além de um para crianças menores de doze anos. Em situações onde entrevistas não eram possíveis, informações foram obtidas por observação ou instituições. A duração da pesquisa foi determinada considerando o tamanho do questionário, número estimado de respondentes, extensão territorial e complexidade da cidade (Data Rio, 2022).

### 2.2.2 Cenário do estudo do Censo

O cenário do estudo do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 é o município do Rio de Janeiro, e teve como objetivo definir o perfil da população em situação de rua, apresentando também características, anseios e visões sobre os serviços oferecidos, a partir da compreensão de que são pessoas de direito (Data Rio, 2022).

Em 2019, o decreto municipal nº 46.483 instituiu a obrigatoriedade da realização de um Censo acerca da população em situação de rua a cada dois anos, devendo ser realizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) em parceria com o Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP) (Data Rio, 2022).

O Censo tinha o propósito de não apenas definir o perfil da população em situação de rua (PSR), mas também de explorar aspectos subjetivos ligados a essa realidade, como necessidades, desejos e percepções dos serviços oferecidos. A pesquisa reconheceu a PSR como sujeitos com direitos, coletando dados detalhados que proporcionaram insights precisos sobre suas condições. Essas informações podem embasar políticas públicas e serviços direcionados, visando atender às demandas dessa população de maneira mais eficaz. Adicionalmente, o censo desempenha o papel de monitorar a evolução e distribuição geográfica da PSR ao longo do tempo, assim como avaliar a eficácia das iniciativas e programas destinados a esse grupo (Data Rio, 2022).

### 2.2.3 População do estudo do Censo

A população do estudo do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 são pessoas que se encontram em situação de rua no município do Rio de Janeiro. Com base no decreto federal nº 7.503/2009, que estabelece a Política Nacional para a População em Situação de Rua, essa população é dividida em dois grupos: aqueles vivendo na rua e os acolhidos em instituições (Data Rio, 2022).

Para operacionalizar essa definição complexa, foram aplicados critérios específicos no recenseamento. Pessoas que passaram pelo menos uma noite na rua nos últimos sete dias antes da coleta de dados foram consideradas no recenseamento, excluindo situações eventuais. Para compreender as diferentes condições socioespaciais, categorias foram definidas: "Na Rua" abrange indivíduos dormindo na rua ou em áreas de uso de drogas. "Em Instituições" inclui aqueles em unidades de acolhimento, comunidades terapêuticas, hospitais ou CAPS, todos classificados como pessoas em situação de rua e em tratamento (Data Rio, 2022).

### 2.2.4 Técnica de coleta de dados do Censo

A coleta de dados do Censo foi realizada por empresa especializada, com foco em aspectos como demografia, saúde, educação, trabalho, renda, percepções sobre serviços públicos e uso de drogas. O mapeamento das localizações foi crucial para o planejamento logístico, feito em colaboração com equipes da Assistência Social e Saúde. Foram realizadas oficinas para validar e atualizar os roteiros de entrevista e observação, e as informações espaciais foram usadas em um aplicativo de geolocalização compartilhado pelas equipes (Data Rio, 2022).

O trabalho de campo do Censo ocorreu entre 21 e 25 de novembro de 2022, seguindo um plano de coleta organizado geograficamente. O plano traz ainda que o primeiro dia se concentrou na região central, o segundo na zona sul, o terceiro na zona norte (incluindo Tijuca e Vila Isabel) e o último na zona oeste, Jacarepaguá e

Barra da Tijuca. Foram realizados levantamentos em um total de 1.872 trajetos de rua e 57 cenas de uso de drogas (Data Rio, 2022).

O Censo utilizou diferentes questionários para abordar diversas situações envolvendo indivíduos em situação de rua. Quando não foi possível realizar entrevistas diretas, foram feitas observações e anotações das características básicas, como sexo, faixa etária e cor/raça. O estudo tinha como principais objetivos responder a várias perguntas sobre esse público-alvo, incluindo o número de pessoas, quem são elas, suas origens, trajetórias na cidade, sobrevivência econômica, saúde, razões para estarem em situação de rua e avaliação dos serviços públicos destinados a eles. Foram formulados três tipos de questionários principais (Rua, Institucional e Cenas de Uso), com a inclusão de um questionário para crianças em dois deles. Além disso, unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas não visitadas receberam um Formulário Institucional para ser preenchido por um responsável da instituição sobre as pessoas abrigadas que se enquadraram no perfil da pesquisa.

## **2.3 Percurso analítico da dissertação**

### **2.3.1 Critérios de seleção do estudo**

Os critérios de inclusão no presente estudo, foram somente pessoas incluídas no Censo por meio de entrevistas. Os critérios de exclusão foram as pessoas incluídas no Censo por meio das observações. Raça/cor amarela, indígena e sem relato sobre cor também foram excluídas devido ao “n” não ser representativo. Os respondentes que tenham sinalizado, na variável desfecho (uso dos serviços de saúde), outros equipamentos de saúde sem especificá-los ou que não souberam responder este item, foram excluídos da análise do estudo, assim como, os sem informação sobre identidade de gênero e menores de 12 anos.

### 2.3.2 Variáveis do estudo

As variáveis foram tratadas no estudo de acordo com os objetivos definidos, e para tal foi realizado uma definição de variáveis a partir da unificação de algumas delas. As 19 variáveis que compuseram o estudo são: área programática, uso de serviços de saúde, faixa etária, raça/cor, identidade de gênero, atividade remunerada, outras fontes de renda (auxílios governamentais), naturalidade, contato familiar, residência fixa, tempo em situação de rua, acesso a algum equipamento da assistência social, insegurança alimentar (fome - no dia), possui algum documento, gestante, problema de saúde relatado, tabagismo, uso de álcool e uso de outras drogas.

Sendo assim, as variáveis analisadas estão agrupadas em categorias para permitir uma melhor análise dos dados, trazendo relação entre essas categorias e seus resultados. As categorias são dados da coleta, características pessoais, características da rua e território e questões de saúde. A variável desfecho do estudo é a procura por unidade de saúde quando necessita de atendimento médico.

Segue abaixo tabelas com a descrição das categorias, as variáveis do estudo e as questões utilizadas nas entrevistas do Censo.

Tabela 1 - Categoria características pessoais, suas respectivas variáveis e questões com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (continua)

<b>CATEGORIAS</b>	<b>VARIÁVEIS FINAIS</b>	<b>Itens/Questões do Censo</b>
Características pessoais	Faixa etária	Idade
	Raça/cor	Cor/raça
	Identidade de gênero	Gênero
	Atividade Remunerada	Faz alguma atividade para obter renda?
	Outra fonte de renda (auxílios governamentais)	Outras fontes de renda: Bolsa Família?  Outras fontes de renda: Auxílio Emergencial?

Tabela 1 - Categoria características pessoais, suas respectivas variáveis e questões com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

		Outras fontes de renda: Benefício de Prestação Continuada (BPC)?
		Outras fontes de renda: aposentadoria/pensão?
		Outras fontes de renda: auxílio doença?
		Outras fontes de renda: Auxílio Habitacional Temporário (AHT) / Aluguel Social?
Naturalidade		Onde nasceu?
		Estado de nascimento?
		Município de nascimento?
Contato Familiar		Possui família com quem mantém contato?
		Possui família fora do abrigo com quem mantém contato?
Residência Fixa		Possui residência fixa?
Insegurança alimentar (fome - no dia)		Ficou um dia inteiro sem comer na última semana?
Possui algum documento		Possui documentos: certidão de nascimento?
		Possui documentos: CPF
		Possui documentos: carteira de identidade
		Possui documentos: carteira de trabalho
		Possui documentos: título de eleitor
		Possui documentos: passaporte
		Possui documentos: Registro de Extravio de Documento (RED)

---

Fonte: A autora, 2024.

Tabela 2 - Categoria redes de cuidado e saúde, suas respectivas variáveis e questões com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (continua)

CATEGORIAS	VARIÁVEIS FINAIS	Itens/Questões do Censo	
Redes de cuidado e saúde	Acesso a algum equipamento da assistência social	Nos últimos 6 meses, foi atendido pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)?	
		Nos últimos 6 meses, foi atendido pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)?	
		Nos últimos 6 meses, foi atendido pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)?	
		Nos últimos 6 meses, foi atendido pela Equipe de Abordagem Social?	
		Nos últimos 6 meses, foi atendido pelo Conselho Tutelar?	
		Nos últimos 6 meses, foi atendido em uma Unidade de Acolhimento?	
		Nos últimos 6 meses, foi atendido em uma Central de Recepção?	
		Nos últimos 6 meses, foi atendido em um Hotel?	
		Nos últimos 6 meses, foi atendido pela Defensoria Pública?	
		Algum problema de saúde detectado	Tem problema de saúde: diabetes?
			Tem problema de saúde: pressão alta / doença no coração?
			Tem problema de saúde: HIV / AIDS?
			Tem problema de saúde: sífilis ou outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)?
			Tem problema de saúde: Sífilis?
Tem problema de saúde: Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)?			
Tem problema de saúde: Hanseníase?			
Tem problema de saúde: asma / bronquite / pneumonia?			
Tem problema de saúde: tuberculose?			
Tem problema de saúde: câncer / tumores?			



Tabela 2 - Categoria redes de cuidado e saúde, suas respectivas variáveis e questões com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

	Tem problema de saúde: hepatite?
	Tem problema de saúde: epilepsia?
	Tem problema de saúde: Problemas Psiquiátricos?
	Tem problema de saúde: lepra ou outras doenças de pele?
	Tem problema de saúde: Sarna ou outras doenças de pele?
	Tem problema de saúde: infecção urinária?
	Tem problema de saúde: ferimentos, fraturas ou outros traumas físicos?
Gestante	Está grávida?
Tabagismo	Uso de drogas: tabaco?
Consumo de Álcool	Uso de drogas: álcool?
Outras drogas	Uso de drogas: maconha / haxixe
	Uso de drogas: crack / similares
	Uso de drogas: cocaína
	Uso de drogas: inalantes / cola / solvente / tiner

Fonte: A autora, 2024.

Tabela 3 - Categoria dados da coleta e características da rua e território, suas respectivas variáveis e questões com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022

CATEGORIAS	VARIÁVEIS FINAIS	Itens/Questões do Censo
Dados da coleta	Área Programática	Área de Planejamento (AP) da coleta de dados?
Características da rua e território	Tempo em situação de rua	Há quanto tempo dorme nas ruas da cidade do Rio de Janeiro?

Fonte: A autora, 2024.

Tabela 4 - Variável desfecho, sua respectiva variável e questão com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022

CATEGORIAS	VARIÁVEL FINAL	Itens/Questões do Censo
Variável desfecho	Uso de serviços de saúde	Quando precisa de atendimento médico, qual tipo de unidade de saúde procura?

Fonte: A autora, 2024

### 2.3.3 Análise de Dados

O banco de dados do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 foi ajustado para o formato de leitura do software Stata SE 15 (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*), no qual foi realizada a análise.

A análise será apresentada em tabelas univariada, bivariada por porcentagem, bivariada com razão de prevalência bruta (RPb) e bivariada inicial e final com razão de prevalência ajustada (RPa). A variável desfecho do estudo busca entender a relação do uso de serviços de urgência e emergência em contrapartida ao uso dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A tabela univariada traz a apresentação em números brutos, as porcentagem e seus intervalos de confiança (IC) com limites inferiores (LI) e limites superiores (LS). Na tabela bivariada apresenta-se as variáveis do estudo correlacionadas a variável desfecho, uso dos serviços de saúde, com os números brutos e porcentagens relacionadas ao uso dos serviços de APS/CAPS e serviços de urgência/emergência. Traz o p-valor de cada variável, medida estatística que indica a significância da associação entre as variáveis. Os p-valores foram calculados usando o teste qui-quadrado.

As análises bivariadas foram analisadas a partir de regressão logística para observar as razões de prevalência de associação das variáveis. Apresenta-se tabelas de razão de prevalência bruta (RPb) e razão de prevalência ajustada (RPa). Essa segunda traz a RPa inicial e final, com o objetivo de controlar as variáveis confundidoras da análise.

A partir dessa análise é possível compreender como a variável desfecho se apresenta no grupo populacional estudado e como as demais variáveis selecionadas podem influenciar ou não para este dado.

#### 2.3.4 Aspectos éticos

O estudo tratou dados públicos do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 que estão disponíveis no site do Data Rio do Instituto Pereira Passos, que pertence à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e, portanto, tem dispensa de Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3 RESULTADOS

O Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022 identificou 7.865 pessoas em situação de rua na cidade, considerando tanto aqueles nas ruas quanto em instituições. Do público-alvo, cerca de 80% estavam nas ruas e somente 20% em instituições. Dentro do primeiro grupo, 5.026 pessoas (64% do total) estavam na rua, enquanto 1.227 (16% do total) estavam em cenas de uso de drogas. Das 1.612 pessoas em instituições, a maioria (1.372 pessoas ou 17% do total) estava em Unidades de Acolhimento. Indivíduos em comunidades terapêuticas e hospitais constituíam cerca de 3% dos recenseados (Data Rio, 2022).

Dos 7865 registros presentes no banco do estudo primário, foram excluídos 3718 registros em função de terem sido realizadas apenas observações (sem entrevistas), 16 que se declararam amarelo, 11 por serem indígenas e 29 sem identificação da cor/etnia. A ausência de informações sobre identidade de gênero foi identificada em 3 registros e excluíram-se 27 eram menores de 12 anos. 521 registros foram excluídos por terem sinalizado outros equipamentos de saúde sem especificá-los (n=335) ou sem informação (n=186). O banco final analisado foi composto por 3540 registros. Neste sentido, foram considerados válidos e, conseqüentemente, analisados, 85,36% dos registros de entrevistas.

A Tabela 5 apresenta as características pessoais da amostra, observando-se que a população em situação de rua se concentra na faixa etária de 30 a 49 anos (n=1970; 55,65%). Em relação a raça/cor, a maioria dos entrevistados se declararam pretos ou pardos (n=3014 ; 85,14%), o mesmo acontece com relação a identidade de gênero, com homens (cis e trans) em maior quantidade (n=2929; 82,74%) .

Acerca da atividade remunerada, tem-se maior número de pessoas com algum emprego, seja ele formal ou não (n=2464; 69,84%). Em relação ao recebimento de auxílios emergenciais, 1970 pessoas recebem (55,65%).

É predominante nas ruas, pessoas que nasceram no Estado do Rio de Janeiro (n=2673; 75,74%). Pouco mais da metade dos entrevistados possui contato familiar (n=1925; 54,56%) e não tem residência fixa (n=2831; 80,52%).

Outro dado importante é que a maior parte das pessoas que participaram do estudo relataram que não sofrem de insegurança alimentar (fome - no dia) (n=1455; 66,93%), e possuem algum documento (n=2382; 67,29%).

Tabela 5 - Análise univariada das variáveis da categoria características pessoais do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Variáveis	n	%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Faixa etária</b>				
De 12 a 18 anos	87	2,46	2,00	3,02
De 19 a 29 anos	598	16,89	15,69	18,16
De 30 a 39 anos	1.031	29,12	27,65	30,64
De 40 a 49 anos	939	26,53	25,10	28,01
50 a 59 anos	583	16,47	15,28	17,73
60 anos e mais	302	8,53	7,65	9,50
<b>Raça/Cor</b>				
Branca	526	14,86	13,72	16,07
Parda	1.749	49,41	47,76	51,05
Preta	1.265	35,73	34,17	37,33
<b>Identidade de gênero</b>				
Homens (cis e trans)	2.929	82,74	81,46	83,95
Mulheres (cis e trans)	542	15,31	14,16	16,54
Outras identidades	69	1,95	1,54	2,46
<b>Atividade Remunerada</b>				
Sem	1.064	30,16	28,67	31,70
Sim, com emprego formal	129	3,66	64,61	67,73
Sim, sem emprego formal	2.335	66,18	3,08	4,33
<b>Outra fonte de renda (auxílios governamentais)</b>				
Não	1.570	44,35	42,72	45,99
Sim	1.970	55,65	54,01	57,28
<b>Naturalidade</b>				
No município do RJ	2.132	60,41	58,79	62,02
Em outro município do Estado do Rio de Janeiro	541	15,33	14,18	16,56

Tabela 5 - Análise univariada das variáveis da categoria características pessoais do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

Em outro Estado/país	856	24,26	22,87	25,70
<b>Contato familiar</b>				
Não	1.603	45,44	43,80	47,08
Sim	1.925	54,56	52,92	56,20
<b>Residência Fixa</b>				
Não	2.831	80,52	79,17	81,79
Sim	685	19,48	18,21	20,83
<b>Insegurança alimentar (fome - no dia)</b>				
Não	1.455	66,93	64,92	68,88
Sim	719	33,07	31,12	35,08
<b>Possui algum documento</b>				
Não	1.158	32,71	31,18	34,28
Sim	2.382	67,29	65,72	68,82

Fonte: A autora, 2024.

Na tabela 6 observa-se predomínio de pessoas em situação de rua na área programática 1.0 (n=1043; 29,46%), buscam prioritariamente os serviços de urgência e emergência para cuidados em saúde (n=1.833; 51,78%) e estão a mais de 5 anos em situação de rua (n=869; 40,70%).

Com relação à categoria rede de cuidado e saúde, a maioria dos entrevistados tem acesso a equipamentos de assistência social (n=2711; 76,58%), 35 (6,54%) estavam gestantes, e a maior parte não possui problema de saúde relatado (n=2100; 59,32%). Analisando o uso de substâncias, é predominante o uso do tabaco (n=2186; 62,07%), do álcool (n=1902; 53,94%) e de outras drogas (n=2081; 59,29%).

Tabela 6 - Análise univariada das variáveis das categorias local da coleta de dados, redes de cuidado e saúde, características da rua e território e variável desfecho do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Variáveis	n	%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Área Programática</b>				
1.0	1.043	29,46	27,98	30,99
2.0	621	17,54	16,32	18,83
3.0	881	24,89	23,49	26,34
4.0	411	11,61	10,60	12,71
5.0	584	16,50	15,31	17,76
<b>Uso dos serviços de saúde</b>				
APS/CAPS	1.707	48,22	46,58	49,87
Serviços de urgência e emergência	1.833	51,78	50,13	53,42
<b>Tempo em situação de rua</b>				
Menos de um mês	157	7,35	6,32	8,54
Mais de um mês até 6 meses	318	14,89	13,45	16,47
Mais de 6 meses até 1 ano	200	9,37	8,20	10,68
Mais de um ano até 5 anos	591	27,68	25,82	29,62
Mais de 5 anos	869	40,70	38,63	42,80
<b>Acesso a algum equipamento da assistência social</b>				
Não	829	23,42	22,05	24,84
Sim	2.711	76,58	75,16	77,95
<b>Gestante</b>				
Não	500	93,46	91,01	95,27
Sim	35	6,54	4,73	8,99
<b>Problema de saúde relatado</b>				
Não	2.100	59,32	57,69	60,93
Sim	1.440	40,68	39,07	42,31
<b>Tabagismo</b>				
Não	1.336	37,93	36,34	39,55

Tabela 6 - Análise univariada das variáveis das categorias local da coleta de dados, redes de cuidado e saúde, características da rua e território e variável despecho do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

Sim	2.186	62,07	60,45	63,66
<b>Uso de álcool</b>				
Não	1.624	46,06	44,42	47,71
Sim	1.902	53,94	52,29	55,58
<b>Uso de outras drogas</b>				
Não	1.429	40,71	39,10	42,35
Sim	2.081	59,29	57,65	60,90

Fonte: A autora, 2024.

A tabela 7 demonstra a análise bivariada entre as características pessoais da amostra e a procura por serviços de saúde. Notadamente, a faixa etária se mostrou relacionada a busca por serviços de urgência e emergência ( $p$ -valor $<0,001$ ), onde a faixa etária menor que 50 anos tende a utilizar esse tipo de serviço.

Observa-se que mulheres (cis e trans) e outras identidades buscam menos pelos serviços de urgência e emergência, com  $p$ -valor  $<0,001$ .

Os entrevistados que possuem atividade remunerada com emprego formal tendem a fazer maior uso dos serviços de urgência e emergência. Em contrapartida, os entrevistados que possuem outra fonte de renda (auxílios governamentais), têm menor porcentagem no uso desses serviços. No caso dos entrevistados que não possuíam documentos, esses tinham tendência menor em buscar pelos serviços de urgência e emergência. Essas variáveis apresentaram valor  $<0,001$ .



Tabela 7 - Análise bivariada das variáveis da categoria características pessoais do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Variáveis	APS/CAPS		Serviços de Urgência/Emergência		p-valor*
	n	%	n	%	
<b>Faixa etária</b>					
De 12 a 18 anos	41	47,13	46	52,87	<b>&lt;0.001</b>
De 19 a 29 anos	262	43,81	336	56,19	
De 30 a 39 anos	456	44,23	575	55,77	
De 40 a 49 anos	463	49,31	476	50,69	
50 a 59 anos	324	55,57	259	44,43	
60 anos e mais	161	53,31	141	46,69	
<b>Raça/Cor</b>					
Branca	269	51,14	257	48,86	0,180
Parda	850	48,60	899	51,40	
Preta	588	46,48	677	53,52	
<b>Identidade de gênero</b>					
Homens (cis e trans)	1.328	45,24	1.601	54,66	<b>&lt;0.001</b>
Mulheres (cis e trans)	325	59,96	217	40,04	
Outras identidades	54	78,26	15	21,74	
<b>Atividade Remunerada</b>					
Sem	645	60,62	419	39,38	<b>&lt;0.001</b>
Sim, com emprego formal	984	42,14	1.351	57,86	
Sim, sem emprego formal	72	55,81	57	44,19	
<b>Outra fonte de renda (auxílios governamentais)</b>					
Não	622	39,62	948	60,38	<b>&lt;0.001</b>
Sim	1.085	55,08	885	44,92	
<b>Naturalidade</b>					
No município do RJ	1.039	48,73	1.093	51,27	0,440
Em outro município do Estado do Rio de Janeiro	247	45,66	294	54,34	

Tabela 7 - Análise bivariada das variáveis da categoria características pessoais do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

Em outro Estado/país	413	48,25	443	51,75	
<b>Contato familiar</b>					
Não	780	48,66	823	51,34	0,587
Sim	919	47,74	1.006	52,26	
<b>Residência Fixa</b>					
Não	1.368	48,32	1.463	51,68	0,537
Sim	322	47,01	363	52,99	
<b>Insegurança alimentar (fome - no dia)</b>					
Não	539	37,04	916	62,96	0,882
Sim	264	36,72	455	63,28	
<b>Possui algum documento</b>					
Não	607	52,42	551	47,58	<0.001
Sim	1.100	46,18	1.282	53,82	

Legenda:

\*Chi-quadrado

Fonte: A autora, 2024.

Na tabela 8, nota-se que com exceção das áreas programáticas 3.0 e 5.0, a população busca predominantemente os serviços de urgência e emergência (p-valor <0,001). Independente do tempo em situação de rua dos entrevistados, a maior parte deles busca por serviços de urgência e emergência (p-valor 0,003).

Relacionado ao acesso a equipamentos da assistência social, é notório que os participantes que possuem acesso tendem a buscar menos pelos serviços de urgência e emergência, assim como os participantes com problemas de saúde relatados (p-valores <0,001).

Acerca do uso de tabaco, álcool ou outras drogas, os participantes que responderam fazer uso de alguma dessas substâncias tendem a buscar mais por serviços de urgência e emergência (p-valores <0,001).

Tabela 8 - Análise bivariada das variáveis das categorias local da coleta de dados, redes de cuidado e saúde, características da rua e território do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Variáveis	APS/CAPS		Serviços de Urgência/Emergência		p-valor*
	n	%	n	%	
<b>Área Programática</b>					
1.0	447	42,86	596	57,14	<b>&lt;0.001</b>
2.0	193	31,08	428	68,92	
3.0	515	58,46	366	41,54	
4.0	175	42,58	236	57,42	
5.0	377	64,55	207	35,45	
<b>Tempo em situação de rua</b>					
Menos de um mês	50	31,85	107	68,15	<b>0,003</b>
Mais de um mês até 6 meses	105	33,02	213	66,98	
Mais de 6 meses até 1 ano	55	27,5	145	72,5	
Mais de um ano até 5 anos	232	39,26	359	60,74	
Mais de 5 anos	347	39,93	522	60,07	
<b>Acesso a algum equipamento da assistência social</b>					
Não	336	40,53	493	59,47	<b>&lt;0.001</b>
Sim	1.371	50,57	1.340	49,43	
<b>Gestante</b>					
Não	296	59,20	204	40,80	0,274
Sim	24	68,57	11	31,43	
<b>Problema de saúde relatado</b>					
Não	915	43,57	1.185	56,43	<b>&lt;0.001</b>
Sim	792	55,00	648	45,00	
<b>Tabagismo</b>					
Não	716	53,59	620	46,41	<b>&lt;0.001</b>
Sim	990	45,29	1.196	54,71	
<b>Uso de álcool</b>					

Tabela 8 - Análise bivariada das variáveis das categorias local da coleta de dados, redes de cuidado e saúde, características da rua e território do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

Sim	842	44,27	1.060	55,73	
<b>Uso de outras drogas</b>					
Não	767	53,67	662	46,33	<b>&lt;0.001</b>
Sim	934	44,88	1.147	55,12	

Legenda:

\*Chi-quadrado

Fonte: A autora, 2024.

Em seguida, a tabela 9 apresenta a razão de prevalência bruta das variáveis da categoria de características pessoais. Os dados mostram que mulheres (cis e trans) e outras identidades têm maior chance de buscar por serviços que não são de urgência e emergência, 27% e 60%, respectivamente (p-valor <0,001).

Os entrevistados que possuem emprego formal têm 47% a mais de chances de utilizar os serviços de urgência e emergência, o que é inverso em relação aos entrevistados que relataram possuir outras fontes de rendas (auxílios governamentais), pois estes têm 26% de chances de buscar por serviços que não são os de urgência e emergência (p-valores de ambos são <0,001). A análise apresentou ainda que a posse de documentos aumenta em 13% a chance de procura por serviços de urgência e emergência (p-valor <0,001).

Tabela 9 - Análise bivariada de razão de prevalência bruta no uso dos serviços de urgência e emergência *versus* APS/CAPS das variáveis da categoria características pessoais do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Variáveis	RPb	IC 95%		p-valor
		LI	LS	
<b>Faixa etária</b>				
De 12 a 18 anos	Referência	-	-	-
De 19 a 29 anos	1,06	0,86	1,31	0,572
De 30 a 39 anos	1,05	0,86	1,30	0,611
De 40 a 49 anos	0,96	0,78	1,18	0,692
50 a 59 anos	0,84	0,68	1,05	0,118
60 anos e mais	0,88	0,70	1,11	0,294
<b>Raça/Cor</b>				
Branca	Referência	-	-	-
Parda	1,05	0,95	1,16	0,314
Preta	1,10	0,99	1,21	0,078
<b>Identidade de gênero</b>				
Homens (cis e trans)	Referência	-	-	-
Mulheres (cis e trans)	0,73	0,66	0,82	<b>&lt;0.001</b>
Outras identidades	0,40	0,25	0,62	<b>&lt;0.001</b>
<b>Atividade Remunerada</b>				
Sem	Referência	-	-	-
Sim, com emprego formal	1,47	1,35	1,60	<b>&lt;0.001</b>
Sim, sem emprego formal	1,12	0,91	1,38	0,277
<b>Outra fonte de renda (auxílios governamentais)</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	0,74	0,70	0,79	<b>&lt;0.001</b>
<b>Naturalidade</b>				
No município do RJ	Referência	-	-	-

Tabela 9 - Análise bivariada de razão de prevalência bruta no uso dos serviços de urgência e emergência *versus* APS/CAPS das variáveis da categoria características pessoais do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

Em outro Estado/país	1,0	0,9	1,1	0,810
<b>Contato familiar</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	1,02	0,95	1,09	0,587
<b>Residência Fixa</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	1,03	0,95	1,11	0,533
<b>Insegurança alimentar (fome - no dia)</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	1,01	0,94	1,08	0,882
<b>Possui algum documento</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	1,13	1,05	1,21	<b>&lt;0,001</b>

Legenda:

Serviços de Urgência e Emergência vs APS/CAPS

Fonte: A autora, 2024.

A tabela 10 traz análise RPb das categorias rede de cuidado e saúde e características da rua e território. Pessoas que estão em situação de rua há mais de 5 anos, têm maior chance de utilizar serviços que não são de urgência e emergência (p-valor 0,039), assim como é notório que o acesso aos equipamentos da assistência social diminui as chances de busca por esses mesmos serviços (p-valor <0,001).

Fica evidente que ter algum problema de saúde relatado, diminui as chances de procurar por serviços de urgência e emergência (p-valores <0,001). Este dado se contrapõe ao uso de substâncias (tabaco, álcool e outras drogas), no qual as pessoas que fazem uso tem maior probabilidade de fazer uso dos serviços de urgência e emergência (p-valores <0,001).

Tabela 10 - Análise bivariada de razão de prevalência bruta no uso dos serviços de urgência e emergência *versus* APS/CAPS das variáveis das categorias rede de cuidado e saúde e características da rua e território do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022

Variáveis	RPb	IC 95%		p-valor
		LI	LS	
<b>Tempo em situação de rua</b>				
Menos de um mês	Referência	-	-	-
Mais de um mês até 6 meses	0,98	0,86	1,12	0,797
Mais de 6 meses até 1 ano	1,06	0,93	1,22	0,376
Mais de um ano até 5 anos	0,89	0,79	1,01	0,071
Mais de 5 anos	0,88	0,78	0,99	<b>0,039</b>
<b>Acesso a algum equipamento da assistência social</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	0,83	0,78	0,89	<b>&lt;0.001</b>
<b>Gestante</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	0,77	0,47	1,27	0,307
<b>Problema de saúde relatado</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	0,80	0,74	0,85	<b>&lt;0.001</b>
<b>Tabagismo</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	1,18	1,10	1,26	<b>&lt;0.001</b>
<b>Uso de álcool</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	1,19	1,11	1,27	<b>&lt;0.001</b>
<b>Uso de outras drogas</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	1,19	1,11	1,27	<b>&lt;0.001</b>

Legenda: Serviços de Urgência e Emergência vs APS/CAPS.

Fonte: A autora, 2024.

A tabela 11 apresenta a razão de prevalência ajustada inicial (RPa), seguida pela tabela 12 com a razão de prevalência ajustada final.

Tabela 11 - Análise bivariada de razão de prevalência ajustada inicial no uso dos serviços de urgência e emergência *versus* APS/CAPS do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (continua)

Preditores	RPa	IC 95%		p-valor
		LI	LS	
<b>Faixa etária</b>				
De 12 a 18 anos	Referência	-	-	-
De 19 a 29 anos	0,86	0,72	1,02	0,090
De 30 a 39 anos	0,85	0,72	1,01	0,065
De 40 a 49 anos	0,82	0,69	0,98	<b>0,028</b>
50 a 59 anos	0,78	0,64	0,94	<b>0,010</b>
60 anos e mais	0,70	0,56	0,88	<b>0,002</b>
<b>Raça/Cor</b>				
Branca	Referência	-	-	-
Parda	0,981715	0,889862	1,08305	0,713
Preta	1,004424	0,908174	1,110875	0,932
<b>Identidade de gênero</b>				
Homens (cis e trans)	Referência	-	-	-
Mulheres (cis e trans)	0,78	0,70	0,88	<b>&lt;0.001</b>
Outras identidades	0,45	0,23	0,86	<b>0,017</b>



Tabela 11 - Análise bivariada de razão de prevalência ajustada inicial no uso dos serviços de urgência e emergência *versus* APS/CAPS do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (continuação)

**Atividade Remunerada**

Sem	Referência	-	-	-
Sim, com emprego formal	1,00	0,92	1,09	0,996
Sim, sem emprego formal	1,01	0,84	1,21	0,930

**Outra fonte de renda (auxílios governamentais)**

Não	Referência	-	-	-
Sim	0,03	0,78	0,90	<b>&lt;0.001</b>

**Naturalidade**

No município do RJ	Referência	-	-	-
Em outro município do Estado do Rio de Janeiro	1,00	0,92	1,10	0,913
Em outro Estado/país	0,96	0,89	1,04	0,366

**Tempo em situação de rua**

Menos de um mês	Referência	-	-	-
Mais de um mês até 6 meses	1,01	0,88	1,15	0,912
Mais de 6 meses até 1 ano	1,08	0,94	1,24	0,287
Mais de um ano até 5 anos	0,92	0,81	1,05	0,233
Mais de 5 anos	0,93	0,82	1,05	0,240

**Acesso a algum equipamento da assistência social**

Não	Referência	-	-	-
Sim	0,92	0,86	0,99	<b>0,023</b>

**Possui algum documento**

Não	Referência	-	-	-
Sim	1,02	0,95	1,10	0,617

**Problema de saúde relatado**

Não	Referência	-	-	-
Sim	0,87	0,81	0,93	<b>&lt;0.001</b>

**Tabagismo**

Não	Referência	-	-	-
-----	------------	---	---	---

Tabela 11 - Análise bivariada de razão de prevalência ajustada inicial no uso dos serviços de urgência e emergência *versus* APS/CAPS do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro – 2022 (conclusão)

Sim	1,05	0,97	1,13	<b>&lt;0.001</b>
<b>Uso de álcool</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	0,99	0,93	1,06	0,803
<b>Uso de outras drogas</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	0,97	0,90	1,05	0,462

Legenda: Serviços de Urgência e Emergência vs APS/CAPS.

Fonte: A autora, 2024.

Na última tabela analisada pelo estudo (Tabela 12), tem-se a análise bivariada de razão de prevalência ajustada final. Esta apresenta dados que notadamente indicam que as mulheres (cis e trans) e outras identidades têm maior possibilidade (25% e 56%, respectivamente) de procurar por serviços que não são de urgência e emergência. O mesmo se dá para quem possui outra fonte de renda (auxílios governamentais), acesso a equipamento de assistência social e problema de saúde relatado (23%, 11% e 15%, respectivamente), apresentando que estes fatos contribuem para que os entrevistados procurem por serviços que não são os de urgência e emergência. Todos os p-valores destas variáveis foram <0,001.

Relacionado ao uso de álcool e uso de outras drogas, os entrevistados que responderam sim têm 14% e 11%, respectivamente, de chances de procurar por serviços de urgência e emergência. Os p-valores também são <0,001 nestas variáveis.

Tabela 12 - Análise bivariada de razão de prevalência ajustada final no uso dos serviços de urgência e emergência *versus* APS/CAPS do estudo com base no banco do Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022

Preditores	RPa	IC 95%		p-valor
		LI	LS	
<b>Identidade de gênero</b>				
Homens (cis e trans)	Referência	-	-	-
Mulheres (cis e trans)	0,75	0,67	0,84	<0.001
Outras identidades	0,42	0,27	0,66	<0.001
<b>Outra fonte de renda (auxílios governamentais)</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	0,77	0,72	0,82	<0.001
<b>Acesso a algum equipamento da assistência social</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	0,89	0,83	0,96	0,001
<b>Problema de saúde relatado</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	0,85	0,80	0,91	<0.001
<b>Uso de álcool</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	1,14	1,07	1,22	<0.001
<b>Uso de outras drogas</b>				
Não	Referência	-	-	-
Sim	1,11	1,03	1,19	0,004

Legenda: Serviços de Urgência e Emergência vs APS/CAPS

Fonte: A autora, 2024.

## 4 DISCUSSÃO

O estudo encontrou dados e análises que mostraram que a PSR do estudo tem cor, idade e características que precisam ser problematizadas e contextualizadas para que se compreenda quem são essas pessoas que vivem em situação de extrema vulnerabilidade.

A população em situação de rua do município do Rio de Janeiro é composta em sua maioria por homens, pretos e pardos, adultos e que possuem algum emprego, segundo os dados do Censo realizado em 2022. Este também foi o perfil encontrado pelo Censo realizado há 2 anos atrás (2020) no município, mostrando uma prevalência das características de pessoas em situação de rua (Instituto Pereira Passos, 2020).

Com relação à faixa etária, é visto que essa população se encontra na faixa de idade considerada como economicamente ativa, evidenciando mais uma faceta do funcionamento do sistema capitalista. Esses indivíduos fazem parte de um grupo fundamental para a manutenção do capital, porém, são uma fração da classe trabalhadora que não teve sucesso em encontrar emprego remunerado para sua mão de obra (Tiengo, 2016).

Eles compõem a chamada superpopulação relativa, um contingente de pessoas que não consegue ser absorvido pelo sistema capitalista devido à falta de oportunidades, resultando em uma condição subalterna, de privação e dificuldade de acesso aos serviços públicos (Tiengo, 2016). Desta forma, o que se observa é que apesar de estar dentro da idade considerada como funcional para o trabalho, a ausência de oportunidades durante a vida leva à condição de exclusão.

Para analisar a intersecção entre raça e classe, é preciso entender que essa desempenha um papel significativo na perpetuação do fenômeno de pessoas em situação de rua. Isso se evidencia na persistência da exclusão ou da inclusão limitada da população negra em relação ao acesso à educação, moradia digna, saneamento básico, renda e outros serviços essenciais. Essa realidade está conectada à precarização do trabalho, ao crescimento do desemprego e ao contexto atual de intensificação das políticas econômicas neoliberais, que impactam na redução das políticas sociais disponíveis (Oliveira; Martins, 2022).

Somado a isso, o racismo estrutural amplifica os estigmas e preconceitos enfrentados pela população negra que vive em situação de rua, tornando mais desafiador o acesso abrangente às políticas sociais. Por isso, é crucial que as instituições incorporem em suas práticas análises que considerem a questão racial, com o intuito de romper com esse ciclo de negação e violação dos direitos humanos e sociais (Oliveira; Martins, 2022).

O fato de pouco mais da metade das pessoas em situação de rua ter contato familiar chama a atenção, visto que, se há uma família e contato com ela, qual o motivo de ainda permanecer nas ruas?

A família, em qualquer formato que assuma, desempenha o papel de intermediária nas relações entre o indivíduo e a sociedade. Ela representa um ambiente contraditório, alternando entre ser um refúgio protetor e um espaço de possíveis perigos. Considerada como uma das principais esferas na estrutura social, a família se configura como um ambiente predominantemente privado, responsável pela proteção e amparo de seus membros. No entanto, muitas famílias se encontram em meio a contextos de desigualdade social, sofrendo com a falta de emprego e vulneráveis na garantia da subsistência de seus integrantes (Finkler; Dell'aglio, 2014; Mito, 2008).

Diante de situações de violência e risco em suas comunidades e cotidianos, as famílias adotam diferentes abordagens e cuidados em relação aos seus filhos. Algumas enfrentam maior fragilidade frente aos impactos negativos da comunidade, frequentemente associados à ausência de uma rede de apoio social e à presença elevada de fatores de risco. Diante disso, essas famílias elaboram variadas estratégias para garantir sua sobrevivência, algumas das quais expõem crianças e adolescentes a situações de risco e contribuem para a propensão de sair e permanecer nas ruas (Finkler; Dell'aglio, 2014).

Refletindo acerca das inseguranças que a PSR está exposta, a fome é uma das que mais chama a atenção. No estudo, 66,93% dos entrevistados relataram não sofrer de insegurança alimentar, porém considerando que a questão utilizada pelo Censo era se essas pessoas haviam ficado um dia inteiro sem se alimentar.

A alimentação está entre um dos direitos previstos na Constituição, mas sabe-se que, apesar do Brasil ter saído do Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2014, atualmente a fome voltou a ser um problema grave e que atinge mais 33 milhões de brasileiros, segundo o Inquérito Nacional sobre

Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 realizado em 2022 (Martins; Reidel, 2023).

Estudos demonstram que a população em situação de rua utiliza diferentes estratégias para conseguir alguma alimentação, sendo as doações a maior forma de acesso, ainda que irregular e inconstante. Com isso, esse grupo enfrenta uma falta de autonomia em relação à sua alimentação, podendo ou não conseguir o acesso a algum alimento no dia, mas sem controle sobre a quantidade, horário, método e tipo de comida que terão disponível. (Rodrigues *et al.*, 2021).

Essas questões são agravadas pela ineficácia das estratégias do Estado em alcançar essa parcela da população. A restrição no acesso à comida tem um impacto negativo na soberania alimentar desses grupos, evidenciando um contexto de insegurança alimentar vivenciado por populações em situação de vulnerabilidade social, como é o caso da população em situação de rua (Martins; Reidel, 2023; Rodrigues *et al.*, 2021).

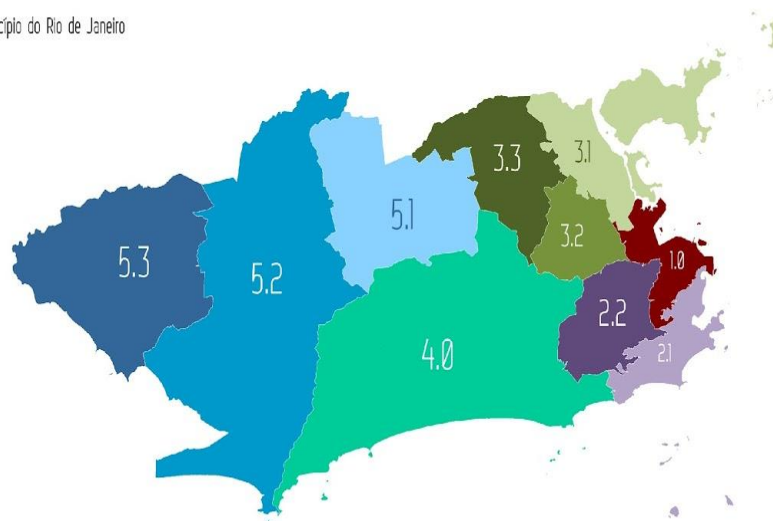
Entende-se, então, que apesar de a maior parte dos entrevistados terem relatado ter feito ao menos uma refeição por dia, ao aprofundar o debate sobre acesso aos alimentos é nítido que essa população vivencia um contexto importante de insegurança alimentar. O acesso à alimentação pela PSR não é garantia de um acesso regular e que respeite a alimentação adequada e necessária que cada indivíduo deveria fazer.

Analisando a localização geográfica dessa população, a região central, área programática 1.0, é o local com maior número de pessoas em situação de rua. Esse dado se manteve semelhante ao encontrado no Censo de 2020 do município do Rio de Janeiro (Instituto Pereira Passos, 2020). Abaixo segue um mapa da divisão por áreas programáticas da cidade do Rio de Janeiro.

Figura 5 - Áreas Programáticas - Município do Rio de Janeiro com base na Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental - 2012

## Mapa

Áreas Programáticas - Município do Rio de Janeiro  
SMGDC/SUBPAU/SVSA/CEAS



Fonte: Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental, 2012.

Sabe-se que as regiões centrais possuem maior possibilidade de garantir as condições mínimas para sobrevivência. Santos (2000) reflete que enquanto os grupos dominantes veem o território meramente como um recurso para ampliar suas estratégias corporativas, os grupos marginalizados enxergam o território como um refúgio, adaptando-se constantemente ao espaço urbano para assegurar sua sobrevivência nos locais em que habitam. Nessa perspectiva, o território utilizado torna-se o cenário de existência e resistência, onde pessoas em situação de vulnerabilidade social tomam consciência de sua condição e desenvolvem estratégias de luta e subsistência. Muitas vezes, essas estratégias se chocam com as lógicas dominantes.

As análises destacam que a configuração do espaço urbano exerce forte influência na vida desses indivíduos, que encontram maneiras de se adaptar e utilizar dinâmicas específicas dos centros urbanos para suas estratégias de moradia e sustento. Ao contrário dos estereótipos negativos que os rotulam como desocupados, a população em situação de rua está integrada à economia urbana por meio do chamado circuito inferior. Isso se manifesta na criação de empregos em

diferentes formas, garantindo a subsistência desse grupo na área urbana e tendo um papel significativo. A região central por concentrar comércios, serviços e circulação de muitas pessoas é fundamental para a realização de atividades como “flanelinhas”, coleta de materiais recicláveis e outras (Jordão, 2021).

Referente a busca por serviços de saúde quando necessitam de atendimento, a PSR participante do Censo relatou que procura mais pelos serviços de urgência e emergência em contrapartida aos serviços de APS/CAPS, o que corrobora com demais estudos nacionais e internacionais acerca do uso dos serviços de saúde pela população em situação de rua.

Em 2014, pesquisadores analisaram o uso dos serviços de saúde em países com rendimento elevado, como os países da União Européia e o Estados Unidos da América. Este estudo apresentou uma alta taxa de utilização de serviços de urgência e de internação por parte da PSR, independente dos países possuírem ou não um sistema de saúde universal (Fazel; Geddes; Kushel, 2014).

Fazel, Geddes e Kushel (2014) aprofundam ainda uma discussão sobre os países que não possuem um acesso universal e um sistema público de saúde, como é o caso dos Estados Unidos da América. Esses países têm menores probabilidades da PSR acessar os serviços comunitários (como os autores citam no texto), serviços referenciados no nosso estudo como APS/CAPS. Em contrapartida, os países que possuem sistemas de saúde universal e público e com uma Atenção Primária à Saúde bem estruturada, como Canadá, Espanha e Reino Unido, apresentam uma tendência em reverter o uso dos serviços de emergência para o uso dos serviços comunitários por parte desse grupo.

Outro estudo realizado com afro-americanos apresentou que a população em situação de rua tem uma dependência maior na busca por serviços emergenciais e uma subutilização de serviços que ofertam cuidados preventivos. O estudo aborda ainda que um dos resultados mais impressionantes é a escassez de dados sobre o acesso à saúde deste grupo e a dificuldade de realizar e dimensionar esta análise (Crone; Metraux; Sbrocco, 2022).

No Canadá, Purkey e Mackenzie (2019) apresentam que a maior porcentagem do uso dos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua são os de emergência. Refletem ainda que as experiências vivenciadas pela PSR são negativas e têm impactos significativos na saúde e no acesso aos serviços. As experiências relatadas pelas pessoas que estão em situação de rua são as de



necessidades de saúde não satisfeitas, não uso da redução de danos ao pensar o cuidado, evitação do cuidado, estigma e inflexibilidade dos sistemas atuais.

Em Los Angeles, uma pesquisa observou que a procura das pessoas em situação de rua é maior por serviços emergenciais, e que esses tendem a ser pessoas mais jovens e do sexo masculino. Este estudo ainda afirma que o dado encontrado vai ao encontro de outras demografias de população em situação de rua ao redor do mundo (Abransom; Sanko; Eckstein, 2020).

Em relação aos estudos nacionais, um estudo de revisão integrativa realizado em 2022, reafirma os resultados encontrados neste estudo e na literatura internacional, apresentando que a PSR busca mais por serviços emergenciais em contrapartida aos serviços de acompanhamento, independente de ser um país com sistema universal de saúde. O debate ainda se estende para o fato de que a procura por serviços se dá somente quando o estado de saúde é grave, o que está relacionado às barreiras estruturais encontradas por este grupo (Andrade *et al.*, 2022).

A procura por serviços de urgência e emergência também é influenciada pela questão do trabalho, ao observar que entrevistados que relataram possuir emprego formal têm maior probabilidade de buscar por esses serviços. Tal fato pode ser induzido pela precariedade das condições de trabalho, evidenciada pela violação dos direitos trabalhistas, insegurança no ambiente laboral, aceleração do ritmo de produção e pressões adicionais, que não apenas afeta a saúde dos trabalhadores, mas também molda seu comportamento, pensamento, emoções e ações (Lourenço; Bertani, 2007).

Miquilin *et al.* (2013) realizaram um estudo com trabalhadores formais e informais para compreender as dificuldades e desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Foi evidenciado que o horário de funcionamento dos serviços de saúde para acompanhamento e prevenção não eram compatíveis com os horários de trabalho, e com isso, levavam a impossibilidade de acesso. A busca, então, passa a ser por serviços que se adequem aos horários de trabalho, resultando na busca por serviços emergenciais, já que seu funcionamento é integral.

Sendo assim, é possível afirmar que as pessoas em situação de rua com emprego, formal ou não, encontram barreiras para acessar os serviços de APS/CAPS devido ao horário de disponibilidade, o que acarreta no não acompanhamento das condições de saúde e prevenção de agravos.

Ao pensar sobre as questões de identidade de gênero, os homens jovens em situação de rua no município do Rio de Janeiro, tendem a buscar mais pelos serviços de urgência e emergência. Esse dado também foi encontrado em Los Angeles pelo estudo Abransom, Sanko e Eckstein (2020) identificando um maior uso dos serviços de urgência e emergência pelos homens jovens em situação de rua.

A intersecção entre gênero, classe social, raça/etnia, geração e orientação sexual gera uma associação que resulta em hierarquias sociais na área da saúde, exercendo impactos notáveis na capacidade de autocuidado e na obtenção de acesso a serviços de assistência digna e de alta qualidade. Evidenciando os padrões de gênero, esses desempenham um papel fundamental na definição das atitudes interpessoais esperadas e adotadas socialmente, além de exercerem influência na percepção dos corpos (Brandão; Alzuguir, 2022; Costa-Júnior; Couto; Maia, 2016).

Conseqüentemente, o gênero influencia na busca por cuidados de saúde e na qualidade da assistência oferecida, revelando as relações de feminilidades e masculinidades como fatores geradores de desigualdades. Alinhado ao dado encontrado pelo estudo, a idealização da masculinidade hegemônica preconiza uma imagem de homens ativos, robustos e fisicamente aptos. Este modelo, ao rejeitar a ideia de vulnerabilidade, resulta na diminuição da procura por serviços de prevenção por parte dos homens, aumentando a exposição aos riscos à saúde e as taxas de mortalidade e dificultando sua aceitação nos ambientes de assistência à saúde (Cobo; Cruz; Dick, 2021; Costa-Júnior; Couto; Maia, 2016).

As demais identidades de gênero (mulheres (cis e trans) e outras identidades) apresentam uma maior probabilidade de buscar por serviços de APS/CAPS, fato que é validado pelo debate apresentado acima. A atribuição histórica e generalizada do papel das mulheres como cuidadoras dos filhos e de outros membros familiares, influencia na atenção dedicada às questões de saúde e doença e resulta em uma percepção mais sensível, valorizando mais as questões relacionadas aos seus próprios problemas de saúde (Barata, 2009; Cobo; Cruz; Dick, 2021).

Outro ponto que deve ser considerado ao pensar a busca por serviços de saúde, é a condição de morbidade maior entre as mulheres. Tal condição se associa historicamente às condições ocupacionais oferecidas a mulheres, como profissões e setores com menores remunerações, baixa perspectiva de progressão, vínculos

precários e trabalhos que geram maiores desgastes emocionais e psicológicos (Barata, 2009).

Cobo, Cruz e Dick (2021) aprofundam ainda mais o debate sobre o acesso, ressaltando que essa diferença entre os diversos gêneros também pode ser influenciada por outros fatores sociais, como a raça/cor. Sendo assim, a análise dos papéis de gênero na sociedade, influenciada pela interseccionalidade, é crucial para compreender os fatores que determinam o acesso e uso dos serviços de saúde.

O acesso a algum equipamento da assistência social também é um fator influenciável, fazendo com que a PSR busque mais por serviços de saúde que não são de urgência e emergência. Este fato reforça o apresentado no estudo de Fazel, Geddes e Kushel (2014), que apesar de ter sido realizado em países desenvolvidos, traz uma similaridade no comportamento dessa população. Valle e Farah (2020) também reafirmaram este dado, ao apresentar em sua pesquisa que acesso aos serviços não emergenciais acontecia apenas quando havia mediação de serviços da assistência social ou especializados para essa população.

Os entrevistados que relataram receber auxílios governamentais tendem a utilizar mais os serviços de APS/CAPS. Este fato pode se associar às condicionalidades impostas pelos programas de benefício social. Um dos maiores programas vigentes no país atualmente é o Auxílio Brasil, antigamente conhecido como Programa Bolsa Família, e tendo passado por uma reformulação.

O Programa Auxílio Brasil concede benefícios financeiros com condicionalidades nas áreas de saúde, educação e assistência social. As famílias devem receber assistência por meio de equipes de saúde, esclarecendo suas responsabilidades no cumprimento das condicionalidades. Os estados e municípios assumiram a responsabilidade pelo acompanhamento dessas famílias no âmbito do SUS (Brasil, 2022).

Famílias com crianças menores de 7 anos e mulheres entre 14 e 44 anos devem receber assistência da Equipe de Saúde da Família ou da Equipe de Atenção Primária de uma Unidade Básica de Saúde. É crucial que a equipe de saúde explique às famílias seu papel nas ações exigidas pelo Programa Auxílio Brasil, conscientizando sobre suas responsabilidades para melhorar suas condições de saúde. As condicionalidades impostas pelo programa são: garantir o acesso das crianças menores de 7 anos aos serviços de vacinação e vigilância nutricional, além de assegurar o acesso das mulheres e gestantes ao pré-natal e ao período pós-

parto. Embora as condicionalidades sejam direcionadas aos indivíduos, o enfoque das ações está na saúde de toda a família (Brasil, 2022).

Assim, ressalta-se cada vez mais o crucial papel desempenhado pelo SUS na melhoria da qualidade de vida de todos, especialmente para os cidadãos em situação de maior vulnerabilidade, como os beneficiários do Programa Auxílio Brasil. O programa reforça a intersetorialidade como uma direção para alcançar a integralidade, permitindo a integração entre setores, políticas e conhecimentos para a elaboração coletiva de soluções e enfrentamentos das situações vivenciadas pela população. Pode ser compreendido, ainda, como propósito fundamental para estruturação do modelo de gestão socioassistencial (Brasil, 2022; Camargo, 2012).

Sendo assim, pensar na intersetorialidade da política de saúde e assistência social implica em considerar cada pessoa em sua totalidade, entendendo o contexto complexo das diversas relações sociais, familiares e comunitárias, e analisando o enfrentamento das vulnerabilidades e riscos sociais. Isso requer o fortalecimento da integração de ações e a articulação com outras políticas públicas, tendo como desafio garantir medidas efetivas que assegurem os direitos sociais legalmente previstos (Camargo, 2012; Ramos; Timoteo, 2023).

Um exemplo da intersetorialidade é a articulação entre a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que preveem o acompanhamento e enfatizam a importância da alimentação adequada e da nutrição para o desenvolvimento humano. A equipe de saúde deve garantir que as famílias tenham acesso a alimentos seguros e de qualidade, atendendo aos requisitos nutricionais e promovendo a segurança alimentar e nutricional (Brasil, 2022).

Seguindo nos dados encontrados, é perceptível que os usuários que relataram possuir algum problema de saúde têm menor chance de recorrer à serviços de urgência e emergência, fato que está associado a um contato já previamente estabelecido com serviços de saúde de APS e saúde mental, e que muitas vezes pode ter sido intermediado pelas equipes de Consultório na Rua (CnaR) (Valle; Farah, 2020).

Paim (2008) ao abordar sobre os modelos de atenção à saúde no Brasil, valoriza as propostas de ações programáticas de saúde, estratégia de saúde da família, vigilância da saúde, acolhimento, linhas de cuidados, equipes matriciais e de referência como alternativas para viabilizar a integralidade, qualidade, efetividade e humanização no cuidado e acesso à saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo alternativo que busca integrar o cuidado individual com uma abordagem de saúde populacional, unindo vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais. Este modelo visa reorganizar o atendimento para incluir demandas espontâneas com acolhimento centrado no usuário, fortalecendo os princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade. A disseminação do livro de Barbara Starfield em 2002 trouxe uma concepção específica da Atenção Primária à Saúde (APS), destacando atributos essenciais (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação), posteriormente incorporados à Política Nacional de Atenção Básica em 2006 (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Com a proposta do modelo de atenção da APS e os resultados sobre o acesso aos serviços de acompanhamento por usuários que possuem problemas de saúde relatados, é possível inferir que este modelo é capaz de realizar um cuidado baseado nos seus atributos e ações. Em soma, observa-se que é possível alcançar a coordenação do cuidado, longitudinalidade, vínculo e acolhimento pelos serviços de APS/CAPS para a população que habita as ruas.

Andrade *et al.* (2022), demonstram que o Consultório na Rua (CnaR) é um ponto da rede que possibilita acolhimento e produção de vínculo. Cabe ressaltar ainda que é importante dispositivo para viabilizar acesso aos serviços de APS/CAPS, visto que nas áreas programáticas 3.0 e 5.0 do município do Rio de Janeiro, os usuários tendem a buscar mais por esses serviços. Fato este que pode estar relacionado ao tempo de CnaR existente nesses territórios, já que as equipes nessas áreas foram as primeiras a serem instituídas (Rio Prefeitura, 2023).

Tal fato é ratificado analisando as demais áreas (1.0, 2.0 e 4.0), no qual os serviços emergenciais ainda são os mais acessados. Na área programática 1.0 este dado pode ser influenciado pela existência de um hospital de emergência de grande porte da cidade, enquanto nas demais áreas havia a ausência de equipes de CnaR até 2023, ano em que se instituiu 1 equipe em cada área (Rio Prefeitura, 2023).

Sendo assim, é preciso pensar o acesso dessa população aos serviços de saúde, entendendo que as diferentes discussões de acesso realizadas por diversos autores pode ser um caminho para compreender como a PSR se organiza na busca por cuidados em saúde. Numa análise intersetorial, a articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a RAPS e a Rede de Assistência Social possibilita um melhor atendimento, acesso e cuidado em saúde à PSR (Andrade *et al.*, 2022).

Utilizando o debate sobre acesso proposto por Starfield (2002), a autora o apresenta como sendo crucial para reduzir disparidades entre grupos populacionais e alcançar níveis ideais de saúde. Ela divide o acesso em acessibilidade e utilização, onde a acessibilidade refere-se ao uso conveniente dos serviços para otimizar os resultados de saúde. Esse conceito é composto por três aspectos: temporal, geográfico e psicossocial, considerando disponibilidade de horários, distância física e barreiras culturais.

A acessibilidade temporal aborda a disponibilidade dos serviços em diferentes horários, enquanto a acessibilidade geográfica considera a distância física. A acessibilidade psicossocial trata das barreiras linguísticas e culturais entre profissionais, instalações e usuários (Starfield, 2002).

Abordando a utilização dos serviços, essa vai se relacionar com a compreensão das necessidades de saúde por parte dos usuários ou com a identificação dessas necessidades pelos profissionais de saúde. O acesso ao primeiro contato vai depender da percepção do usuário sobre a acessibilidade do serviço, impactando diretamente na utilização do mesmo (Starfield, 2002).

Alinhado ao supracitado, Oliveira *et al.* (2021) afirmam que a população em situação de rua, infelizmente, enfrenta desvantagens em todas essas formas de acesso, tornando este ainda mais desafiador. Sendo assim, a escolha por ir a um serviço de saúde, se dá apenas quando os sintomas não são mais suportáveis e prejudicam na vida na rua e nas atividades de trabalho realizadas, levando a uma busca por um serviço que atenda a necessidades pontuais (Prado *et al.*, 2021; Valle; Farah, 2020).

Franco e Merhy (2013) trazem um debate entre oferta e demanda em saúde, no qual a demanda nos serviços de saúde está diretamente relacionada à disponibilidade desses. As pessoas buscam o que sabem estar acessível e não demandam o que consideram inacessível. Às vezes, a procura por um serviço de saúde específico resulta da falta de atendimento de necessidades por outros serviços, levando a uma dependência excessiva. Isso ocorre quando o serviço não interage efetivamente com o usuário, resultando em uma falta de autonomia.

Sendo assim, o indivíduo busca por um serviço de saúde com suas expectativas pré-moldadas em cima do que entende como oferta do serviço de saúde. Desta forma, ao entrar em contato com um serviço, o indivíduo estabelece uma conexão por meio de canais comunicativos nos quais circulam essas ofertas,

demandas, desejos, expectativas cumpridas e atendimento de necessidades. É nessa interação comunicativa que se concretiza a dinâmica de cuidado ou descuido (Franco; Merhy, 2013).

Tal fato pode ser compreendido e interferido também pela determinação social do processo saúde-doença, que é baseada na interação entre fatores sociais e biológicos, e demonstra que não só os aspectos sociais podem afetar os processos biológicos, mas que sua influência é considerável. A formação social de diferentes classes, influenciada por seus estilos de vida e relações, estabelece um padrão específico de reprodução e desgaste, moldado por condições de trabalho, cultura, moradia, crenças, valores, acesso a recursos de consumo e escolhas alimentares. Sendo assim, resulta na construção de processos de saúde-doença distintos para cada grupo (Laurell, 1990; Viana; Soares; Campos, 2013).

Aprofundando a análise sobre o uso de álcool e outras drogas, tem-se que as pessoas em situação de rua que fazem uso dessas substâncias, procuram mais por serviços de urgência e emergência. Este fato pode se relacionar com a literatura que apresenta que questões relacionadas à assistência tornam-se mais complexas para as pessoas em situação de rua que fazem uso de drogas, devido ao duplo processo de estigmatização que enfrentam (Marques *et al.*, 2022).

Marques *et al.* (2022) aborda que as percepções sociais construídas em relação às pessoas em situação de rua, influenciam nas suas identidades e reproduzem relações de opressão. O uso de drogas é destacado como um fator crucial que leva pessoas a viverem nas ruas. Além disso, há uma discussão sobre a guerra ideológica contra as drogas no século XX, que tentou negar a existência do uso de substâncias que alteram a consciência, criminalizando a busca por novas formas de existência. Isso resulta em processos de subjugação das pessoas que usam drogas, moldados pela construção de imagens que as retratam como prisioneiras da dependência.

A fabricação do imaginário social sobre as pessoas em situação de rua e usuários de drogas contribui para a reprodução de estereótipos, opressão e estigmatização, limitando a compreensão da complexidade e diversidade desses contextos. Isso resulta em uma exclusão frequente por parte dos serviços de saúde, que muitas vezes negligenciam o cuidado desses indivíduos, colocando-os à margem do sistema de atendimento (Marques *et al.*, 2022).

Essas barreiras são enfrentadas e vivenciadas pela PSR nos seus percursos por acesso aos serviços de saúde, independente de quais sejam eles. Na APS é observado que os preconceitos e estigmas são algumas das barreiras encontradas, além da exigência de documentação. Sendo assim, vão repercutir na piora do quadro de saúde desse grupo e levar a busca por serviços de urgência e emergência, que resolvam pontualmente a sua necessidade de saúde (Andrade *et al.*, 2022).

Com as diversas adversidades no cotidiano, incluindo a negação do direito à saúde, a rua é um lugar de desafios e oportunidades, onde as PSR desenvolvem estratégias de sobrevivência e resistência. Quando as PSR buscam atendimento nos serviços de saúde, trazem consigo suas experiências e vivências, que são únicas e singulares. Um problema grave nos processos de produção de cuidado em saúde é a anulação das alternativas de vida que coabitam os sujeitos (Merhy *et al.*, 2014; Vale; Vecchia, 2020).

Estes acontecimentos fazem com que a população em situação de rua busque por estratégias e redes alternativas no seu cuidado, sendo uma dessas, as Comunidades Terapêuticas (CTs). Esta busca pode estar atrelada a oferta de alimentação, higiene e abrigo que são disponibilizados nesses locais, mas é importante compreender que não há a oferta de um cuidado promotor de vida (Rossi; Tucci, 2020).

Estudos apontam que o tratamento nessas instituições pode levar à exclusão social, gerando um ciclo de entrada e saída, além de terem como base precursora um viés proibicionista, religioso e foco na abstinência, ignorando a redução de danos. Nos últimos anos houve um aumento do financiamento público para essas instituições, o que reflete em mais uma postura conservadora e moralista do governo em relação ao uso de substâncias psicoativas, e um não olhar para a resolução do acesso aos serviços de saúde (Rossi; Tucci, 2020).

Este estudo adota a perspectiva da Redução de Danos (RD) como um guia para fornecer cuidados às pessoas que utilizam drogas, especialmente dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela portaria 3.088/11. Um dos princípios fundamentais da RD é maximizar estratégias que minimizem os danos à saúde causados pelo uso de drogas (Marques *et al.*, 2022).

A abordagem da Redução de Danos reconhece a complexidade envolvida no uso de substâncias psicoativas, considerando diferentes formas de uso e as



particularidades individuais e culturais dos usuários. Destaca-se a importância de compreender como o uso de drogas impacta a identidade de muitos na área de saúde mental, influenciando a criação de novas formas de organização. O estudo busca assimilar os conhecimentos derivados das mudanças territoriais na área da saúde mental e reconhecer as oportunidades para oferecer cuidados (Marques *et al.*, 2022).

Uma reflexão apresentada pela Socióloga Jamile Borges da Silva (2020) convida a pensar sobre a cidade, essa em que o estudo se pauta, mas não se excluindo as demais. É preciso ter coragem para encarar essas cidades mesmo quando elas não correspondem aos nossos desejos. Encarar as cidades enraizadas pelos racismos, violência contra mulheres, travestis, transexuais, que pratica genocídio contra a população negra e crueldade contra populações em situação de rua. Essas cidades se apresentam como espaços assimétricos, com arquitetura hostil e onde as pessoas são invisibilizadas e maltratadas nos postos de saúde.

Compreender a origem das cidades a partir das margens urbanas - bairros populares, favelas e comunidades - nos permite refletir sobre nossa própria experiência a partir desses espaços precários. Isso ocorre através de um processo complexo que envolve a circulação de bens, significados e relações. Esse processo reconfigura a condição do *apartheid* contemporâneo refletido na arquitetura hostil e anti-mendigo presente em nossas ruas, praças e becos (Silva, 2020).

Levando em consideração todas as perspectivas e reflexões apresentadas nesta discussão, a divergência no acesso à saúde pela PSR surge entre o que acontece nas vivências e o que foi alcançado após anos de luta. A responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua (PSR) é um direito enquanto cidadão e deve ser compartilhada por todos os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como foco a assistência e cuidado na Atenção Básica (Brasil, 2012a).

Aprofundando a necessidade de garantir o acesso, Merhy *et al.* (2014) ampliam o entendimento em torno da atenção à saúde deste grupo, trazendo como um desafio significativo nos cuidados, compreender às produções de identidades, os estigmas que representam a existência dessas pessoas e o cuidado que coexistem com elas. É importante assumir a singularidade de cada indivíduo, utilizando da sua multiplicidade para proporcionar um cuidado mais abrangente e integral. As práticas de saúde devem reconhecer o outro como um ser cultural, cidadão e social. É

preciso agregar os mundos de existência das PSR, a fim de garantir um cuidado que atenda às suas necessidades específicas (Ferreira; Costa, 2017).

## CONCLUSÃO

A realização desse estudo permitiu ampliar o olhar sobre a população que está em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro e suas condições no cotidiano da vida e na busca por acesso à saúde. É evidenciado no estudo que essa população, marginalizada e excluída pela sociedade, deve ser olhada pela lente da interseccionalidade.

É preciso entender que o contexto de desigualdade social existente desde a instituição do país (leia-se colonização) perpetua as exclusões e vulnerabilidades estabelecidas para os diferentes grupos populacionais. Se torna nítido que a população nas ruas é a população preta e pobre que teve cerceada diversas oportunidades e potências durante a sua vida e nos seus espaços.

Contudo, há que se olhar para a resistência e persistência dessas pessoas, que apesar de vivenciarem um cotidiano marcado por ausência de possibilidades, encontram nas ruas formas de subsistência, possuindo um emprego e tendo um conhecimento ímpar sobre a cidade e território que viabilizam esse objetivo. Com todas essas dificuldades, o uso de substâncias acaba por ser ou o preditor de ir para a rua ou a forma de existir nela, fazendo com que essa população experiencie todo tipo de estigma e preconceito praticados pela sociedade.

Sendo assim, o estudo convida a um aprofundamento sobre quem são as pessoas em situação de rua e como enfrentam suas adversidades na cidade do Rio de Janeiro. Como objetivo, analisar as características dessa população e os fatores relacionados às suas vivências e acesso à saúde fez parte do proposto por este estudo.

É perceptível que tais características apresentadas influenciam para o alcance na efetivação do direito à saúde, ainda que existam leis, portarias e políticas públicas dentro do país que visam minimizar as iniquidades em saúde sofridas por essa população. Os estereótipos que cursam com uma imagem negativa da PSR podem levar a perda da sua condição mais importante: ser humano. E em consequência a perda também do direito à vida e à cidadania.

É importante sempre ressaltar os direitos que cabem a todos os cidadãos, independente de suas condições ou situações de vulnerabilidade. O artigo 5º da Constituição, assegura que todos são iguais perante a lei e não há distinção de

nenhuma natureza, assim como não podem ser violados os direitos à liberdade, segurança, igualdade, propriedade e vida. O Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), importante para a visibilidade e conquistas desse grupo, também ressalta que pessoas em situação de rua são cidadãs com direitos e deveres fundamentados na Constituição.

A articulação da Rede de Atenção à Saúde com a Rede de Assistência Social e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) fortalece o vínculo dessa população com os serviços, com a capacidade de se comunicar e ampliar o cuidado. Em especial, a Rede de Assistência Social que tem uma procura maior por parte dessas pessoas e, por meio disso, alinha-se com a Atenção Básica (AB) para a continuidade do cuidado e criação de acolhimento. O recebimento de auxílios governamentais também são importantes influenciadores no processo de busca pelos serviços de AB, pois foi observado que as condicionalidades impostas influenciam para tal.

Essa articulação dos programas e redes é fundamental para mudar o cenário de acesso à saúde, mas é preciso refletir sobre o cuidado que é ofertado a essas pessoas. Acessar o serviço pode significar apenas conseguir um atendimento, porém esse atendimento precisa estar alinhado as expectativas e possibilidades de cuidado que cada indivíduo deseja para si.

É preciso que haja criação de estratégias na saúde para que as condições vivenciadas por este grupo possam ser minimizadas a partir das ações de profissionais no acesso ao primeiro contato, atendimento, acolhimento, vínculo. Também na condução de cuidados que sejam promotores de vida e que façam sentido para os mesmos, assumindo a singularidade de cada indivíduo.

Para além disso, é preciso reforçar a importância de um governo que olhe para as populações vulnerabilizadas e pense em políticas para efetivar o alcance aos direitos, como a instituição do Plano Nacional Ruas Visíveis em 2023. É necessário que se construa uma sociedade que seja crítica e reflexiva acerca das diversas condições a que grupos de pessoas estão sujeitos durante suas trajetórias, para que seja possível formar profissionais, que atuem nas mais diversas áreas e que sejam capazes de considerar o sujeito como individual e único na sua história e vida.

Como limitações do estudo tem-se o fato de ser um estudo transversal, que apresenta um retrato momentâneo, não sendo capaz de afirmar se essas questões se perpetuam e se mantêm na PSR. O viés de causalidade reversa também está

presente, já que não é capaz de dimensionar a direção de causa-efeito, não podendo compreender se algumas condições vividas pela PSR são pelo fato de estarem nas ruas ou se foram essas condições que levaram a estar na rua.

Outra limitação apresentada é o viés de seleção em função do uso exclusivo dos dados de entrevistas. Desta forma, foram excluídas do estudo boa parte das pessoas que entraram no Censo de 2022 por observação direta, não podendo se inferir se as questões apresentadas por essas outras pessoas estariam de acordo ao que foi encontrado no estudo.

Ademais, há a limitação relacionada à ausência de escalas específicas que mensuram a qualidade do acesso aos serviços que foram informados pela PSR como sendo o procurado em caso de necessidade de atendimento médico. Deste modo, não é possível compreender se o serviço é buscado devido a oferta e demanda, ou seja, por saber que encontrará o que precisa no momento, ou se é buscado por outros fatores como vínculo, acolhimento e continuidade do cuidado.

O desfecho proporcionado por este estudo leva a compreensão de que é necessário seguir realizando pesquisas com grupos vulnerabilizados para que seja possível estar atento e modificar o cenário de adversidades e desigualdades sociais que esses enfrentam. É fundamental que estudos como esse sejam capazes de subsidiar políticas, leis e estratégias que contribuam para a melhoria da vida da população em situação de rua, modificando o futuro e a história dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMSON, Tiffany M.; SANKO, Stephen; ECKSTEIN, Marc. Emergency medical services utilization by homeless patients. **Prehospital Emergency Care**. Los Angeles, p. 1-22, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10903127.2020.1777234?scroll=top&needAccess=true> Acesso em 26 out. 2023.
- ACIOLI, Sonia; KEBIAN, Luciana Valadão Alves; FARIA, Magda Guimarães de Araújo; FERRACIOLI, Patrícia; CORREA, Vanessa de Almeida Ferreira. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-747320> Acesso em 25 maio 2022.
- ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of Access to medical care. **Health services research**. V. 9, n. 3, p. 208-220, 1974. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/> Acesso em: 26 abr. 2022.
- ANDRADE, Rebeca de; COSTA, Alane Andréa Souza; SOUSA, Elyana Teixeira; ROCON, Pablo Cardozo. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 227-239, jan-mar 2022. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/6157/553> Acesso em 26 out. 2023.
- BARATA, Rita Barradas. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?.\* In: BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Temas em Saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, p. 73-94, 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf> Acesso em 22 dez. 2023.
- BARBOSA, Rose Elizabeth Cabral; FONSECA, Giovanni Campos; AZEVEDO, Danielle Sandra da Silva de; SIMÕES, Mariana Roberta Lopes; DUARTE, Ana Carolina Monteiro; ALCÂNTARA, Marcus Alessandro de. Prevalência e fatores associados à autoavaliação negativa de saúde entre trabalhadores da rede municipal de saúde de Diamantina, Minas Gerais. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-12, 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v29n2/2237-9622-ess-29-02-e2019358.pdf> Acesso em 26 set. 2022.
- BEZERRA, Waldez Cavalcante; FIRMINO, Gabriela Cristina da Silva; JAVARROTTI, Emanuely Santos; MELO, Jéssica Veríssimo de Medeiros; CALHEIROS, Priscila Ferreira Fragoso; SILVA, Rodrigo Gonçalves Lima Borges da. O cotidiano de pessoas em situação de rua: rupturas, sociabilidades, desejos e possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 335-346, 2015. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAO0541> Acesso em 16 maio 2022.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. Epidemiologia Básica. 2ª Edição. Tradução e Revisão Científica: Juraci A. Cesar. São Paulo: Santos, 213p., 2010. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394\\_por.pdf;jsessionid=F43A264BACF9F9B9E19C9EE8FBC80348?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf;jsessionid=F43A264BACF9F9B9E19C9EE8FBC80348?sequence=5) Acesso em 30 maio 2022.

BRANDÃO, Elaine Reis; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. **Gênero e Saúde: uma articulação necessária**. Coleção Temas em Saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 139 p., 2022. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2023.v39n5/e00033323/pt> Acesso em 22 dez. 2023.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1986. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) Acesso em 23 maio 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título VIII da Ordem Social, Cap II, Seção II, Artigo 196**. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) Acesso em 28 abr. 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.053. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências, de 23 de dezembro de 2009. Brasília: **Casa Civil**, 2009b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm) Acesso em 16 maio 2022.

BRASIL. Lei no 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, de 19 de setembro de 1990. Brasília: **Casa Civil**, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) Acesso em 28 abr. 2022.

BRASIL. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à População em Situação de Rua**. BRASIL. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf) Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Políticas de Equidade: para cuidar bem de todos. Brasília: DF, 2015. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/2013-11-14-17-44-09/item/269-ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-populacao-em-situacao-de-rua> Acesso em 28 abr. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Guia para acompanhamento das condicionalidades de saúde: Programa Auxílio Brasil. Secretaria de Atenção Primária. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: DF, 2022, 89 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_acompanhamento\\_condicionalidades\\_auxilio\\_brasil.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_acompanhamento_condicionalidades_auxilio_brasil.pdf) Acesso em 01 nov. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 80 p., 2010b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf) Acesso em 12 set. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Governo Federal, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona> Acesso em 28 abr 2022.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: DF, 2009a. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf) Acesso em 16 maio 2022.

BRASIL. **Movimento Nacional da População de Rua**. Conhecer para Lutar: cartilha para formação política do Movimento Nacional da População de Rua. Brasília: DF, 2010a. Disponível em: [https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR\\_Cartilha\\_Direitos\\_Conhecer\\_para\\_lutar.pdf](https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf) Acesso em 16 maio 2022.

BRASIL. População em Situação de Rua: Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Plano Nacional Ruas Visíveis. Brasília: **Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania**, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2\\_of\\_V3\\_plano\\_acoes\\_populacao\\_de\\_rua1.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2_of_V3_plano_acoes_populacao_de_rua1.pdf) Acesso em 21 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 122. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, de 25 de janeiro de 2011. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html) Acesso em 19 maio 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](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html) Acesso em 28 abr. 2022.



BRASIL. [Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 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, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em 19 maio 2022.

BRASIL. Portaria nº3.088. 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: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm) Acesso em 19 maio 2022.

BRASIL. Portaria nº 3.305. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua, de 24 de dezembro de 2009. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305\\_24\\_12\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html) Acesso em 19 maio 2022.

BRASIL. Resolução nº 2. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de 27 de fevereiro de 2013. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002\\_27\\_02\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html) Acesso em 23 maio 2022.

BRASIL. Resolução nº 40. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua, de 13 de outubro de 2020. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-40-de-13-de-outubro-de-2020-286409284> Acesso em 16 maio 2022.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Publicada em jun. 2013. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) Acesso em 21 jun. 2022.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Publicada em maio. 2016. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em 21 jun. 2022.

BRITO, Cláudia; SILVA, Lenir Nascimento da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 1, p. 151-160, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7LPJ5Lk7TZkZSG9fnprTPyg/> Acesso em 17 maio 2022.

CAMARGO, Karen Ramos. A interface entre saúde e assistência social: subsídios para algumas reflexões na perspectiva de seguridade social. **Revista Escola de Gestão Pública**. Porto Alegre, 2012. Disponível em: [https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sma/revista\\_EGP/95\\_A\\_interfaceAssistenciaSocial\\_Karen.pdf](https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sma/revista_EGP/95_A_interfaceAssistenciaSocial_Karen.pdf) Acesso em 22 nov. 2023.

CEOLIN, Bruna; TERRA, Isabella Chiara; CARMONA, Rafael. População em Situação de Rua: estudo da realidade vivida. **Caderno Humanidades em Perspectivas**. v. 4, n. 8, p. 117-126, 2020. Disponível em: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/humanidades/article/view/1492#:~:text=Para%20isto%2C%20o%20trabalho%20est%C3%A1,acesso%20aos%20direitos%20b%C3%A1sicos%20e> Acesso em 16 maio 2022.

CERVIERI, Nayelen Brambila; ULIANA, Catchia Hermes; ARATANI, Nathan; FIORIN, Priscila Marcheti, GIACON, Bianca Cristina Ciccone. O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. v. 15, n. 4, p. 1-8, out.-dez. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762019000400008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000400008) Acesso em 17 maio 2022.

CHAVES JÚNIOR, Paulo Roberto; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Compreensão e entendimento de saúde vivenciado por pessoas em situação de rua. **Revista Nursing**. v. 23, n. 263, p. 3688-3692, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1100508> Acesso em 24 maio 2022.

COBO, Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWqfGzS58qxCKG7QHdVj/abstract/?lang=pt> Acesso em 21 nov. 2023.

COSTA-JÚNIOR, Florência Mariano da; COUTO, Márcia Thereza; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**. n. 23, ISSN 1984-6487, p. 97-117, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/sDWmnkgySt7jMsbXWfx36bv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 22 dez. 2023.

CRONE, Baylee; METRAUX, Stephen; SBROCCO, Tracy. Health Services Access among homeless veterans: health access challenges faced by homeless african american veterans. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**. v. 9, p. 1828-1844, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8367031/> Acesso em 26 out. 2023.

CRUZ, Maria José Rodrigues da. Uma mãe desamparada, uma criança que pede socorro e a “rede” que tece cuidados. **Vínculo**. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-71, jan.-abr. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v18n1/v18n1a09.pdf> Acesso em 25 maio 2022.

DATA RIO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos - IPP. Censo de População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro - 2022. Rio de Janeiro, 21 p., 2023. Disponível em: <https://urx1.com/Oss0P> Acesso em 31 ago. 2023.

DE BRIER, Niels; VAN SCHUYLENBERGH, Judith; VAN REMOORTEL, Hans; BOSSCHE, Dorien Van den; FIEUWS, Steffen; MOLENBERGHS, Geert; DE BUCK, Emmy; T'SJOEN, Guy; COMPERNOLLE, Veerle; PLATTEAU, Tom; MOTMANS, Joz. Prevalence and associated risk factors of HIV infections in a representative transgender and non-binary population in Flanders and Brussels (Belgium): Protocol for a community-based, cross-sectional study using time-location sampling. **Plos One**. p. 1-22, april 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0266078> Acesso em 27 nov. 2022.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: HarvardUniversity; 1973.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; LACERDA, Alda; BELMONTE, Pilar; TEIXEIRA, Mirna Barros. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 50-61, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RNRHQqBXwryZv9JVR5mCKHy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga; GONÇALVES, Letícia Parente; TEIXEIRA, Natália Estefânia Gaze; SEIXAS, Clarissa Terenzi; PORTO, Fernando. Pessoas em situação de rua pelo olhar da imprensa. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 4, abr. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14196/12795> Acesso em: 22 set. 2021.

FAZEL, Seena; GEDDES, John R.; KUSHEL, Margot. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. **Europe PMC Funders Group**. v. 284, n. 9953, p. 1529-1540, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520328/> Acesso em 26 out. 2023.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva; COSTA, Carmen Teresa. Saúde e Redes Vivas de cuidado integral na atenção básica: articulando ações estratégicas no território. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 269-281, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4750> Acesso em 25 maio 2022.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Erminia. 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, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias. **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](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: 03 set. 2021.

FINKER, Lirene; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Famílias com filhos em situação de rua: percepções sobre a intervenção de um programa social. **Gerais: Revista Institucional de Psicologia**. v. 7, n. 1, p. 53-66, jan-jun, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a06.pdf> Acesso em 23 dez. 2023.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde.\* In FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividades em saúde**. São Paulo, SP: Hucitec, p. 199-213, 2013. Disponível em: [https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wpcontent/uploads/sites/151/2017/10/30producao\\_imaginaria\\_da\\_demanda\\_tulio\\_franco\\_emerson\\_merhy.pdf](https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wpcontent/uploads/sites/151/2017/10/30producao_imaginaria_da_demanda_tulio_franco_emerson_merhy.pdf) Acesso em 22 dez. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n4/1475-1482/pt> Acesso em 22 dez. 2023.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias. **Pesquisador IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira na saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/08/Livro-Pesquisadores-IN-MUNDO-Um-estudo-da-producao-do-acesso-e-barreira-em-saude-mental.pdf> Acesso em 21 dez. 2023.

GOTLIB, Jéssica. Reconstrução de políticas públicas é prioridade da nova gestão da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde e Vigilância Sanitária, jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/reconstrucao-de-politicas-publicas-e-prioridade-da-nova-gestao-da-saude> Acesso em 21 dez. 2023.

HUGARO, Anai Adario; GAVIOLI, Aroldo; CHRISTÓPHORO, Rosangela; MARANGONI, Sônia Regina; ALTRÃO, Renan Felipe; RODRIGUES, Ana Lúcia; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Pessoas em Situação de Rua: características e contextualização por pesquisa censitária. **Rev Bras Enferm**. v. 73, n. 5, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mYpbwFhFbQtcpsH3s7fC4G/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua%20se,de%20forma%20tempor%C3%A1ria%20ou%20permanente%2C> Acesso em 17 maio 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Manual Básico da Entrevista. Pesquisa Nacional de Saúde Contínua.** Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 395 f, ago. 2021. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos\\_de\\_coleta/doc5591.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5591.pdf) Acesso em 27 nov. 2022.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Censo de População em Situação de Rua - 2020.** Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://psr2020-pcrj.hub.arcgis.com/> Acesso em 19 maio 2022.

JORDÃO, Diogo. A população em situação de rua e os usos do território em Campos dos Goytacazes/RJ. **Espaço & Geografia.** v. 24, n. 1, p. 12-36, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/espacoegeografia/article/view/40263/31305> Acesso em 23 dez. 2023.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Boletín Epidemiológico OPAS**, Vol 10, n.4, 1990.

LEON, Lucie; JAUFFRET-ROUSTIDE, Marie; STRAT, Yann Le. Design-based inference in time-location sampling. **Biostatistics.** v. 16, i. 3, p. 565-579, july 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/biostatistics/article/16/3/565/269802> Acesso em 27 nov. 2022.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. (org.) Rouquayrol - Epidemiologia e Saúde. 8ª Edição. Medbook: Editora Científica, 2018. Disponível em: <https://www.meulivro.biz/epidemiologia/2628/rouquayrol-epidemiologia-saude-8-ed-epub-e-pdf/> Acesso em 28 maio 2022.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.** São Paulo, n. 32, v. 115, p. 121-134, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/QffWrZS4Rqtjd78Jyp3RnDS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 22 dez. 2023.

MARQUES, Lorena Silva; COSTA, José Hermógenes Moura da; GOMES, Marla Marcelino; SILVA, Martha Malaquias da. Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 27, n. 1, p. 123-132, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3XbKkYfnyDsQgJBTMvNXwYQ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 01 nov. 2023.

MARTINS, Natália Borges; REIDEL, Tatiana. População em situação de rua e seu acesso à alimentação: uma desigualdade intensificada pela pandemia de COVID-19. **Saberes Plurais: Educ. Saúde.** v. 7, n. 1, e128169, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/128169/88111> Acesso em 26 dez. 2023.

MEDEIROS, Jacinta de Aguiar. **População em Situação de Rua e as iniquidades de acesso à saúde: “sobre viver” e adoecer nas ruas da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ**. 2022. 195 f. Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Centro de Ciências do Homem, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2022. Disponível em: <https://uenf.br/posgraduacao/sociologia-politica/teses/doutorado/2022d/> Acesso em 21 dez. 2023.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; SILVA, Erminia; SANTOS, Maria de Fátima Lima; CRUZ, Kathleen Tereza da; FRANCO, Túlio Batista. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulg. Saúde Debate**. v. 52, p. 153-164, out. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774076> Acesso em 25 maio 2022.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e políticas sociais.\* In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; MIOTO, Regina Célia Tamasso orgs. **Política social no capitalismo - tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, p. 130-148, 2008.

MIQUILIN, Isabella de Oliveira Campos; MARÍN-LEÓN, Letícia; MONTEIRO, Maria Inês; FILHO, Heleno Rodrigues Corrêa. Desigualdade no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1392-1406, jul. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/49DvLdnszXGS5VJXcHSXz9g/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 22 dez. 2023.

NATALINO, Marco. Nota Técnica nº 73. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. 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](https://www.researchgate.net/publication/342248443_ESTIMATIVA_DA_POPULACAO_EM_SITUACAO_DE_RUA_NO_BRASIL_SETEMBRO_DE_2012_A_MARCO_DE_2020) Acesso em 16 maio 2022.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de; HARSHEIM, Erno; RIBOLDI, João; DUNCAN, Bruce Bartholow. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 256-263, 2013. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/823/585> Acesso em: 127 nov. 2022.

OLIVEIRA, Micael Almeida de; BOSKA, Gabriella de Andrade; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira; BARBOSA, Guilherme Correa. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, p. 1-7, e03744, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/J5B4q6h6HFm5rCmjCJMZF8x/> Acesso em 24 maio 2022.

OLIVEIRA, Rafaela Barbosa de; MARTINS, Valter. O recorte racial como traço permanente da população em situação de rua no Brasil. **Revista Libertas**. Juiz de Fora, v. 22, n. 2, p. 403-421, jul. / dez. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/38242/25284> Acesso em 23 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Carta de Ottawa, de novembro de 1986. Ottawa: Canadá, p. 1-4, 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf) Acesso em: 25 NOV. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva; Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.\* In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.; **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, p. 547-573, 2008. Disponível em: [https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos\\_de\\_atencao\\_a\\_saude\\_no\\_brasil\\_-\\_paim\\_0.pdf](https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0.pdf) Acesso em 22 dez. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**. São Paulo, v. 12, n. 2, versão ISSN 1518-1812, ago 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>. Acesso 21 dez. 2023.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, W. J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**. V. 19, n. 2, p.127–140,1981.

PRADO, Michely Aline Rodrigues do; GONÇALVES, Marcela; SILVA, Simone Santana; OLIVEIRA, Poliana Silva de; SANTOS, Karen da Silva, FORTUNA, Cinira Magali. Pessoas em situação de rua: aspectos sobre a saúde e experiências com serviços sanitários. **Rev Bras Enferm**. v. 74, n.1, p. 1-9, e20190200, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/F6vCNPSK7LTf53sPHhNVyvc/?format=pdf&lang=p> Acesso em 24 maio 2022.

PURKEY, Eva; MACKENZIE, Meredith. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. **International Journal for Equity in Health**. Canadá, v. 18, n. 101, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6604349/> Acesso em 26 out. 2023.

RAMOS, Mirian de Freitas da Silva; TIMOTEO, Geraldo Marcio. Assistência social e intersetorialidade: análise das produções de dissertações e teses entre 2015 a 2019. **Revista Foco**. Curitiba, Paraná: v. 16, n. 2, e. 1171, p. 01-23, 2023. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1171/869> Acesso em 22 nov. 2023.

RIO DE JANEIRO (Município). **Prefeitura amplia números de equipes do programa Consultório na Rua**. Rio Prefeitura. Notícias. Saúde, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.rio/saude/prefeitura-amplia-numero-de-equipes-do-programa-consultorio-na-rua/> Acesso em 21 nov. 2023.

RODRIGUES, Alexandra Magna; SANTOS, Évelin Carvalho dos; DUARTE, Maria do Carmo Benedita; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. Práticas alimentares de uma população em situação de rua no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Revista Humanidades e Inovação**. v. 8, n. 65, nov. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/2354-Texto%20do%20artigo-23073-1-10-20220408.pdf> Acesso em 26 dez. 2023.

ROSSI, Cintia Cristina Silva; TUCCI, Adriana Marcassa. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. **Psicologia e Sociedade**. v. 32, p. 1-18, e170161, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/4fHRYdcTqyGSFFwnXcYwyDj/?lang=pt> Acesso em 25 maio 2022.

SANCHEZ Raquel Maia, CICONELLI Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde**. Rev Panam Salud Publica. São Paulo, v. 31, n 3, p. 260–268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/> Acesso em: 26 abr. 2022.

SANTOS, Milton. O papel ativo da geografia: um manifesto. **Revista Território**. n. 9, p. 1-13, jul/dez, 2000. Disponível em: [https://miltonsantos.com.br/site/wp-content/uploads/2011/08/O-papel-ativo-da-geografia-um-manifesto\\_MiltonSantos-outros\\_julho2000.pdf](https://miltonsantos.com.br/site/wp-content/uploads/2011/08/O-papel-ativo-da-geografia-um-manifesto_MiltonSantos-outros_julho2000.pdf) Acesso em 23 dez. 2023.

SILVA, Eunice Almeida. Aspectos Sociológicos e Saúde. In: SILVA, Eunice Almeida. (org.) **Sociologia aplicada à Enfermagem**. Barueri, SP: Editora Manole, 2012.

SILVA, Jamile Borges. Para entender Salvador: das formas de habitar a cidade e o ofício do *antropological blues*.\* In: MAGALHÃES, Alex Ferreira.; CORRÊA, Cláudia Franco; VALIM, Morgana Paiva; RASGA, Mariana de Freitas. orgs. **Cidades: dilemas, desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: UVA, p. 47-64, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Daniella-Bonatto/publication/344730389\\_OS\\_INVISIVEIS\\_DA\\_CIDADE\\_POBREZA\\_SEGREGACAO\\_URBANA\\_E\\_POPULACAO\\_EM\\_SITUACAO\\_DE\\_RUA\\_EM\\_TEMPOS\\_DE\\_PANDEMIA/links/5f8cb631299bf1b53e32474a/OS-INVISIVEIS-DA-CIDADE-POBREZA-SEGREGACAO-URBANA-E-POPULACAO-EM-SITUACAO-DE-RUA-EM-TEMPOS-DE-PANDEMIA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Daniella-Bonatto/publication/344730389_OS_INVISIVEIS_DA_CIDADE_POBREZA_SEGREGACAO_URBANA_E_POPULACAO_EM_SITUACAO_DE_RUA_EM_TEMPOS_DE_PANDEMIA/links/5f8cb631299bf1b53e32474a/OS-INVISIVEIS-DA-CIDADE-POBREZA-SEGREGACAO-URBANA-E-POPULACAO-EM-SITUACAO-DE-RUA-EM-TEMPOS-DE-PANDEMIA.pdf) Acesso em 22 dez. 2023.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf) Acesso em: 26 abr. 2022.

TEIXEIRA, Mirna Barros; BELMONTE, Pilar; ENGSTROM, Elyne Montenegro; LACERDA, Alda. Os 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/HvKgfjxk3zpkctcHBKFMn6tz/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em 28 abr. 2022.

TIENGO, Verônica Martins. **População em situação de rua: o fruto necessário à reprodução capitalista e a funcionalidade do trabalho informal**. 2016. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Política Social, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/items/1b57afd5-6bbe-4f98-b41f-df5b64777fc8> Acesso em: 23 dez. 2023.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, sup 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ> Acesso em: 20 nov. 2022.

VALE, Aléxa Rodrigues; VECCHIA, Marcelo Dalla. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. **Psicol. estud.** v. 25, p. 1-16, e45235, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/Y8qyJYbj4nLTD4Qz8yNHyXM/?lang=pt> Acesso em: 25 maio 2022.

VALLA, Victor Vincent. Revendo o debate em torno da Participação Popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura.\* In: BARATA, Rita Barradas; BRICEÑO-LEÓN, Roberto; orgs. **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 251-268, 2000. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/45vyc/pdf/barata-9788575413944-15.pdf> Acesso em 21 dez. 2023.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAH, Beatriz Francisco. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-21, e300226, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/W5xmkgkcjN7PNBLJTMFMMfP/abstract/?lang=pt> Acesso em 24 maio 2022.

VIANA, Nildo; SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivali. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivali. (orgs.) **Fundamentos da saúde coletiva e o cuidado em enfermagem**. Barueri: Editora Manole, p. 107-141, 2013.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; NITSCHKE, Rosane Gonçalves; BERNARDO, Lucas Andreolli; THOLL, Adriana Dutra; BORREGO, Maria Aurora Rodriguez; SOTO, Pablo Jesús López.; TAFNER, Daniela Priscila Oliveira do Vale. Quotidiano das equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção de saúde. **Escola Anna Nery**. v. 25, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qfJYwnLCgmtCVdndNhnVz7x/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 1 out. 2021.