

A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE

HOMELESS POPULATION AND THE RIGHT TO HEALTH

LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE CALLE Y EL DERECHO A LA SALUD

Marceli Matoso¹

Resumo

A população em situação de rua passa a ter seus direitos assegurados a partir da elaboração da Política Nacional para a População em Situação de Rua, no ano de 2009, tendo como destaque a garantia do direito à saúde pela atenção básica, com a criação do Consultório na Rua. O objetivo deste artigo é compreender os fatores que dificultam o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, utilizando como recurso metodológico a revisão bibliográfica e pesquisa documental. Os desafios que o SUS enfrenta para assegurar o direito à saúde à população em situação e rua persistem apesar do progresso feito pelo programa Consultório na Rua e do estabelecimento de canais de acesso ao cuidado em saúde. Essas iniciativas, apesar de valiosas, não são o único meio de acesso à saúde, então medidas mais abrangentes são necessárias.

Palavras-chave: acesso; saúde; população em situação de rua.

Abstract

The National Policy for the Homeless Population, from 2009, guarantees the rights of the homeless population, particularly the right to health through basic care with the establishment of the Street Clinic program. The intent of this paper is to comprehend the factors that hinder the accessibility of health services for the homeless population, using a combination of bibliographic review and documentary research as a methodological approach. The challenges that SUS encounters in ensuring the right to health for the homeless population persist, despite the progress made by the new Street Clinic program and the establishment of healthcare channels. These initiatives, although valuable, are not the sole means of accessing healthcare, so more comprehensive measures are necessary.

Keywords: access; health; homeless population.

Resumen

La población en situación de calle pasa a tener sus derechos asegurados a partir de la elaboración de la Política Nacional para la Población en Situación de Calle, en el año de 2009, teniendo como destaque la garantía del derecho a la salud por la atención básica, con la creación del Consultorio en la Calle. El objetivo de este artículo es comprender los factores que dificultan el acceso de la población en situación de calle a los servicios de salud, utilizando como recurso metodológico la revisión bibliográfica e investigación documental. Los desafíos que el SUS enfrenta para asegurar el derecho a la salud a la población en situación de calle persisten a pesar del progreso hecho por el programa Consultorio en la Calle y del establecimiento de canales de acceso al cuidado en salud. Esas iniciativas, a pesar de valiosas, no son el único medio de acceso a la salud, entonces se necesitan medidas más amplias.

Palabras clave: acceso; salud; población en situación de calle.

1 Introdução

A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo 1º, inciso III, dispõe sobre a dignidade da pessoa humana, assegurando os direitos fundamentais e garantias individuais ao

¹ Doutoranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense.

ser humano. Em seu artigo 3º, inciso III, ressalta a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais como objetivos da República. Além disso, sinaliza que é responsabilidade do Estado prover, por meio de políticas públicas, direitos sociais (artigo 6º), educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, além da assistência aos desamparados (Brasil, 1988).

Os direitos fundamentais proclamados na CF traduzem de forma normativa a proteção da dignidade da pessoa humana em todas as suas dimensões, sendo uma grande conquista de direitos até então negados ou negligenciados pelo estado brasileiro. Ela traz a inclusão dos direitos sociais como dever do estado na perspectiva da redução de desigualdades sociais e promoção do bem de todos, sem distinguir etnia, sexo, cor, idade, ou quaisquer outras formas de discriminação social. No âmbito mais específico da população em situação de rua (PSR), outros documentos oficiais posteriores garantem direitos e demonstram preocupação com essa população.

A temática da PSR no Brasil integrou de forma mais expressiva a agenda pública a partir de 2009, quando a “Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua” traçou um perfil desse grupo no Brasil e contribuiu para a elaboração da Política Nacional para a População de Rua (PNPSR), assegurando a garantia de direitos e o acesso dessa população aos diversos serviços públicos. O Decreto Federal n. 7.053/2009 estabelece, em seu art. 1º, o conceito jurídico de população em situação de rua:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, a ser implementada de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos previstos nesse Decreto.

Parágrafo único. Para fins deste Decreto, considera-se população em situação de rua 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, 2009).

A PNPSR instituiu algumas diretrizes importantes para atender às necessidades específicas das pessoas em situação de rua, tais como trabalho, desenvolvimento urbano, assistência social, educação, saúde, cultura, segurança alimentar e nutricional (Brasil, 2009). No âmbito da saúde, essas diretrizes começam a ser contempladas com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012a), a partir da criação do Consultório na Rua (CnaR) na Atenção Primária à Saúde (APS). Posteriormente, foi elaborado pelo Ministério da

Saúde (MS), em 2012, o primeiro manual sobre o cuidado à saúde da PSR, ampliando o acesso aos serviços de saúde pelo CnaR. No ano de 2013, foi criado o Plano Operativo de Saúde para a PSR, para garantir o acesso aos serviços de saúde por meio do CnaR, estratégia de efetivação da entrada no Sistema Único de Saúde (SUS).

É inegável a importância do trabalho desenvolvido pelo CnaR, considerando a sua função prioritária de cuidados primários e a garantia de acesso às ações e serviços de saúde para a PSR, o que possibilitou um novo olhar e novo modo de cuidar em saúde, diminuindo a invisibilidade dessa população em situação de vulnerabilidade. Ainda assim, a PSR enfrenta vários entraves que dificultam o acesso à rede de serviços e a concretização do direito à saúde. Este artigo tem como objetivo compreender os fatores que dificultam o acesso da PSR aos serviços de saúde, utilizando como metodologia a revisão bibliográfica e pesquisa documental.

A revisão bibliográfica contemplou os principais indexadores de literatura em saúde pública e estudos acadêmicos nacionais, considerando os temas “acesso à saúde” e “população em situação de rua”. As consultas foram realizadas nas seguintes bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Comunicação Científica em Saúde; Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Scientific Electronic Library Online (SciELO) - Livros; SciELO - Periódicos; SciELO - Brasil; SciELO - Saúde Pública; e SciELO Livros - Fiocruz.

O recorte temporal foi a partir de 2009, ano da publicação da portaria que instituiu a PNPSR, e a pesquisa documental foi construída a partir de documentos federais oficiais — portarias, leis, diretrizes e outras normatizações sobre a saúde da PSR formulados desde 2013, considerando um marco temporal de 10 anos.

2 Desenvolvimento

A existência de pessoas vivenciando situação de rua não é uma realidade nova, é um fenômeno que ocorre desde a antiguidade. Ao longo dos anos, essa população ganhou diferentes nomes, conforme a realidade do período histórico: mendigos, vagabundos, andarilhos, transeuntes, vadios, pedintes, moradores de rua, entre outros. A partir do capitalismo, o fenômeno tem suas raízes com base na coerção econômica e social, tornando-se um fenômeno de massa (Pereira, 2008).

A temática da PSR no Brasil ganhou expressão no campo das políticas públicas com a “Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua”, que traçou um perfil desse grupo no Brasil em 2008. Isso contribuiu para a elaboração da PNPSR, com o decreto da Presidência da República nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, assegurando a garantia de direitos.

A PNPSR pode ser considerada um marco para a PSR, pois, além dos princípios da universalidade, da igualdade e da equidade, essa política tem como princípios: o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado; e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, etnia, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

A partir de então, a PSR passa a ser compreendida como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos, ou fragilizados, e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como se abriga nas unidades de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória (Brasil, 2009).

Em relação ao direito à saúde da PSR, somente em 2011 ocorreu a revisão da PNAB, passando o cuidado da saúde dessa população para a Atenção Primária à Saúde (APS). A criação do CnaR foi essencial para isso, já que é composto por equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde, frente às necessidades dessa população, em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território nacional (Brasil, 2012a).

Os Consultórios na Rua surgiram em um contexto de ampliação dos direitos sociais no Brasil pela extensão de políticas públicas a populações que antes não tinham acesso a direitos básicos garantidos pela Constituição brasileira, de forma a intervir nos coeficientes de desigualdade social (Vargas; Macerata, 2018, p. 2).

As diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua (eCR) foram definidas pela portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos pela PNAB. Ficou estabelecido que as equipes devem desenvolver suas atividades *in loco*, de forma itinerante, com ações compartilhadas e integradas à APS e, dependendo da necessidade do usuário, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros pontos de atenção que compõem as redes de atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2011a).

A Portaria MS/GM nº 940, de 28 de abril de 2011, também é uma garantia legal do direito à saúde da PSR. O artigo 23, §1º, dispensa aos ciganos, nômades e PSR a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS, já que qualquer pessoa tem o direito de ser atendido nas unidades de saúde, independentemente de apresentação de documentação (Brasil, 2011b).

Em 2012, o MS formula o documento sobre o cuidado à saúde com a PSR, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio do CnaR. Isso possibilitou, a partir de equipes multiprofissionais, o desenvolvimento de funções prioritárias nos cuidados primários, prestando assistência voltada aos agravos mais prevalentes das pessoas em situação de rua. Ele inclui a distribuição de insumos e orientações em saúde, garantindo o acesso às ações e serviços a partir da própria rua, criando vínculos dessa população com outros serviços que não sejam somente de urgência e emergência.

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua (Brasil, 2012b, p. 62).

Posteriormente, foi criado o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, por meio da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Essa resolução define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS. Os objetivos gerais definidos no plano são: garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR (Brasil, 2013).

A PNAB de 2017 traz, dentre as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, o objetivo de:

Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial etc.). [...]
Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas (Brasil, 2017a).

De acordo com Vargas e Macerata (2018), a criação das eCR pode ser justificada por três fatores: a grande vulnerabilidade da PSR, a baixa capacidade da rede da atenção básica e a organização da atenção básica pautada no modelo de domicílio fixo para a definição de um território adscrito. Este último fator impede o acompanhamento da dinâmica da rua e impõe uma barreira histórica ao acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. O trabalho do CnaR fundamenta-se em três planos de atuação, presentes uns nos outros, tornando possível

identificar influências entre eles: a rua; a sede/unidade de referência; e as redes institucionais (saúde e intersetoriais).

O II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na PNPSR no âmbito do SUS foi elaborado considerando as seguintes estratégias:

I - Promover o acesso humanizado da PSR à rede de atenção à saúde, em especial qualificando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede Cegonha, Rede de Urgência/Emergência de forma equânime, considerando as populações vulneráveis no âmbito do SUS;

II - Fortalecer os Consultórios na Rua (CnaR), de acordo com a Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro 2012, observadas as políticas e ações de redução de danos; [...]

VIII - Estimular as ações de busca ativa para favorecer a elevação dos indicadores de cura da tuberculose na PSR;

XI - Realizar processos de Educação Permanente e sensibilização de trabalhadores dos serviços de saúde, com destaque os da Atenção Básica e Equipes de Consultórios na Rua (eCR), para atendimento da PSR, tendo em vista suas especificidades, recorrendo ao apoio das Escolas Técnicas SUS e Escolas de Saúde Pública (Brasil, 2017b, art. 4).

A legislação mais recente a reforçar o direito da PSR é a Resolução nº 40 de 2020, que dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das PSR, de acordo com a PNPSR. Essa resolução reforça, no seu capítulo VII, os direitos humanos e a saúde, trazendo a previsão de dotação orçamentária para ampliação dos CnaR e o estabelecimento de fluxo específico com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), CnaR e as Unidades de Acolhimento Transitório da Saúde (Brasil, 2020).

Os dados mais recentes foram divulgados pelo IPEA (Natalino, 2020), apontando que a PSR superou as 281 mil pessoas no Brasil em 2022, significando um aumento de 38% desde 2019, após a pandemia de covid-19. Posteriormente, em 2023, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) apresentou o Relatório “População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registro administrativo e sistemas do Governo Federal”, estimando a PSR, em 2021, em torno de 181.885 pessoas, considerando 1.998 municípios pesquisados (Brasil, 2023).

Esse relatório traz informações a partir do CadÚnico, um instrumento coordenado pelo Ministério da Cidadania que tem como objetivo identificar e caracterizar as famílias brasileiras de baixa renda. Ele contabilizou 236.400 (uma em cada mil) pessoas vivendo em situação de rua, abrangendo 64% dos municípios brasileiros. Por considerar-se a fonte de informação do cadastro no CadÚnico foram contabilizadas apenas a PSR que teve acesso a algum serviço da política de assistência social, e provavelmente exista um número maior de PSR no Brasil.

A pesquisa do IPEA (Natalino, 2020) sobre a estimativa da PSR no Brasil considerou as condições de saúde dessa população e concluiu que 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde. Entre os problemas de saúde mais citados destacam-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Quando doentes, 43,8% dos entrevistados procuram em primeiro lugar o hospital/emergência e em segundo lugar (27,4%) o posto de saúde.

Historicamente, a população que vive em situação de rua tem acesso limitado aos serviços de saúde e enfrenta uma gama de entraves que dificultam a concretização do direito à saúde. Essas dificuldades permanecem mesmo após a revisão da PNAB, que criou o CnaR com o objetivo de ampliar o acesso à rede de serviços de saúde promovendo atenção integral à saúde das PSR (Brasil, 2012a).

Alguns autores (Costa; Lucena, 2022; Engstrom *et al.*, 2019; Paula *et al.*, 2018; Vargas; Macerata, 2018) problematizam o direito à saúde da PSR a partir do trabalho desenvolvido pelo CnaR, que tem a potencialidade de ser uma das portas de entrada para a expansão da cidadania dessa população a partir do seu reconhecimento enquanto detentor de direitos e enquanto profissionais capazes de trabalhar com ações que promovam a saúde. O acesso, contudo, não pode estar atrelado a uma equipe especializada, é preciso avançar para que essa população tenha o *status* de cidadão com reconhecimento de seus direitos (Costa; Lucena, 2022).

Apesar dos incontestáveis avanços na garantia do direito à saúde da PSR, devido à sua forma de abordagem e à constituição de vínculos visando cuidados em saúde, a cobertura dos CnaR é pequena diante da quantidade de PSR. Isso ocorre tanto pela restrição da oferta desse serviço a alguns municípios de médio porte e grandes cidades, quanto pela disponibilidade dos CnaR somente em determinadas áreas desses locais, confirmando uma lacuna entre o direito à saúde da PSR e sua concretização nos espaços urbanos (Aguiar; Iriart, 2012).

A PSR acessa mais frequentemente serviços de média e alta complexidade quando o Consultório na Rua não está disponível na rede ou cobre de modo precário a totalidade do território. Hospitais, policlínicas e Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) são mais procurados do que os serviços de atenção básica à saúde, que, em tese, seriam as portas de entrada preferenciais para o SUS enquanto espaço para a coordenação das ações de cuidado. O acesso aos serviços de saúde, nessas circunstâncias, fica restrito a situações graves de urgência e emergência, comprometendo a continuidade do cuidado (Aguiar; Iriart, 2012).

Ao considerarmos esses dados e principalmente os limites da abrangência do CnaR, ou mesmo sua inexistência em alguns municípios, cabe à Estratégia Saúde da Família (ESF) um

papel de destaque na garantia do direito à saúde da PSR. A ESF constitui a porta de entrada do sistema de saúde, iniciando com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado (Brasil, 2012a).

Desenvolver políticas públicas que promovam o cuidado integral à PSR, em particular no âmbito do SUS, é um grande desafio para o País, tendo como principal porta de entrada a atenção básica integrada à RAS ou à Rede de Atenção Psicossocial (Raps), de forma a respeitar as especificidades dessa população. São vários os desafios no SUS para garantir o acesso da PSR aos cuidados de saúde, independentemente da existência de eCR no território. Portanto, são necessárias estratégias para melhorar a adesão e reduzir o abandono do tratamento, assim como garantir a continuidade de ações intersetoriais para o cuidado integral à PSR. É fundamental, também, reduzir nas unidades de saúde o estigma e o preconceito, principalmente, garantindo: acolhimento; atendimento e realização de exames; investimento na qualificação profissional para o atendimento à PSR; e a criação do selo de garantia da equidade no SUS (Engstrom *et al.*, 2019).

3 Resultados

Sabemos que o direito à saúde é um direito fundamental expresso na CF de 1988, e a Organização das Nações Unidas (ONU) enumera a saúde como uma das condições necessárias à vida digna, implicando a garantia de outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais, habitação, alimentação, segurança, entre outros.

Apesar de o direito à saúde não se restringir apenas à possibilidade de ser atendido em uma unidade de saúde ou ao acesso a um tratamento, consideramos aqui o acesso aos serviços como uma categoria de relevância. Mesmo a saúde sendo uma garantia constitucional, o acesso ao SUS pelas populações mais vulneráveis, com adequação dos serviços e ações existentes, ainda está muito aquém de uma perspectiva adequada de atenção à saúde e promoção da equidade (Valle; Farah, 2020). O acesso à saúde ainda é um desafio para a PRS e é possível observar traços de iniquidade em saúde mesmo que ela seja um direito resguardado desde a constituição e que a política de saúde tenha base na igualdade de acesso e na garantia da equidade (Assis; Jesus, 2012).

A equidade em saúde é compreendida por Assis e Jesus (2012) como diretriz de organização de ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com o objetivo de superar essas desigualdades injustas pela formulação

e implementação de determinadas ações. A PSR vivencia acessos precários aos serviços públicos, o qual é, muitas vezes, operado em matizes de caridade, dominação e subalternização (Oliveira, 2018).

Estudos nacionais e internacionais abordam diversos aspectos que perpassam a questão “saúde das pessoas em situação de rua”, com destaque para as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, significados e práticas de saúde/doença, uso de drogas e distúrbios psiquiátricos. Eles apontaram as dificuldades no acolhimento e no cuidado à saúde, pois não encontravam atendimento em serviços de saúde para as suas necessidades, não possuíam recursos financeiros ou apoio familiar e enfrentavam a negação de sua condição de vida por parte de outras pessoas e de si mesmo (Hungaro *et al.*, 2020, p. 8).

Considerar o acesso aos serviços de saúde requer abordar a complexidade do tema, entendido como a capacidade ou não de um grupo ou pessoa de buscar e obter atenção, incluindo o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis (Giovanella; Fleury, 1995; Dantas *et al.*, 2021; Starfield, 2002). Giovanella e Fleury (1995) compreendem que o acesso não se restringe apenas ao atendimento do indivíduo em um serviço de saúde e consideram quatro dimensões explicativas:

- a) a **política**, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular;
- b) a **econômica**, referente à relação entre oferta e demanda;
- c) a **técnica**, relativa à planificação e organização da rede de serviços;
- d) a **simbólica**, que considera o modelo das representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde.

Dantas *et al.* (2021) destacam entre os fatores que prejudicam o acesso à saúde: o nível socioeconômico; a escolaridade; a cultura; as características geográficas dos usuários e serviços de saúde; e o pertencimento a determinado grupo. Esses fatores têm como consequência as desigualdades de acesso para a população. O acesso está relacionado a questões como: a distância e o tempo da população em relação às unidades de saúde; a oportunidade; a funcionalidade, que se refere à capacidade que os serviços de saúde possuem de resolver os problemas da população; os custos, que podem ser definidos como diretos (da atenção) ou indiretos (medicamento, salários, transporte etc.); e a aceitação do usuário do modo da disponibilidade do serviço apresentado (Giovanella; Fleury, 1995).

A população apresenta baixos índices de acesso aos serviços de saúde e, de modo geral, associados a situações agudas e emergentes, de doenças ou agravos que impossibilitam ou reduzem a mobilidade e sem necessidade de encaminhamento de outros serviços. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde e à educação em

saúde, entrelaçados principalmente ao preconceito e à discriminação que a PSR está continuamente exposta, são determinantes fatores impeditivos relacionados ao acesso e à procura de serviços de saúde, aumentando os riscos de doenças, agravos e complicações de saúde nessa população (Vale; Vecchia, 2020, p. 5).

Dentre os motivos mais relevantes que impedem ou atrasam a procura por um serviço de saúde estão: o preconceito e a discriminação, relacionados às condições de higiene; a falta de documentação para identificação e cadastro do usuário; o longo período de espera pelo atendimento; a fragilidade da escuta qualificada; e a fragilidade do acolhimento das demandas e necessidades de saúde dessa população (Hino; Santos; Rosa, 2018). Para Andrade *et al.* (2022), a participação da PSR nos serviços de saúde se depara com barreiras como a necessidade da apresentação de documentos, comprovação de residência, entre outros entraves relacionados.

4 Considerações finais

A PSR é considerada por Silva (2009) uma grave expressão da questão social, um fenômeno localizado nos grandes centros urbanos, marcado pelo preconceito, com particularidades relacionadas a cada território e que temos a tendência de naturalizar. Este estudo compreende que suas raízes estão associadas ao modo de produção capitalista, que promove a acumulação do capital e, ao mesmo tempo, provoca acumulação de miséria, excluindo uma parcela da população de uma vida digna.

Além de entendermos as raízes estruturais do capitalismo que impulsionou o processo de exclusão de pessoas, cabe olharmos para o Brasil buscando um pouco da sua história. O desenvolvimento de uma sociedade marcada por uma trajetória de hierarquização, poder, exploração, preconceitos de etnia, gênero e classe social contribuiu para refletirmos sobre as características da PSR no Brasil de hoje.

Quando pensamos no direito à saúde da PSR, consideramos como um dos seus desafios a necessidade de inclusão das populações excluídas historicamente desses serviços e práticas assistenciais. Para isso, é necessário oferecer serviços com o intuito de diminuir a desigualdade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde e de ações de cuidado que buscam a integralidade. A atenção básica à saúde é a porta de entrada do SUS, portanto é fundamental que as equipes de saúde possibilitem a inclusão do usuário em situação de rua na rede de serviços de saúde (Campos; Souza, 2013).

Alguns serviços desempenham papéis importantes na facilitação do acesso da PSR aos serviços de saúde, incluindo a atuação da atenção primária por meio das equipes de consultório

de rua ou de equipes especializadas, como os CAPS (Andrade *et al.*, 2022). Sabemos que inúmeros fatores dificultam essa prática, por isso deve-se considerar as dimensões políticas, econômicas, técnicas, simbólicas, culturais, entre outras, que fazem parte da garantia do acesso da PSR aos serviços de saúde.

Portanto, muitos foram os avanços legais na garantia do direito à saúde após 35 anos de criação do SUS, mas as dificuldades de garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde da PSR ainda são um desafio, como demonstrado aqui.

Referências

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n.1, p. 115-124, 2012. DOI: doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/g7b5Pxr9Js8jDyXBRJTK4XL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2023.

ANDRADE, R. de *et al.* 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, 2022. DOI: doi.org/10.1590/0103-1104202213216. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8JDyXMSz7bHRHrLFdxtHP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2023.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. DOI: doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020**. 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. Brasília: CNDH, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/48articipacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Resolucao40.pdf. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 out. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.053%20DE%202023,que%20lhe%20confere%20o%20art. Acesso em: 7 dez. 2023.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. v. I. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 7 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011**, regulamenta o sistema Cartão Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 25 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013**. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 31, de 30 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0031_22_12_2017.html. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). **Relatório “População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registro administrativo e sistemas do Governo Federal”**. Brasília: MDH, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

CAMPOS, A. G. de; SOUZA, M. P. F. de. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **Enfrentamento da violência pela Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 344-351, 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047132/bis-v14n3-enfrentamento-344-351.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

COSTA, M. I. S.; LUCENA, F. S. Cidadania e o direito à saúde da população em situação de rua: um olhar sobre a estratégia do Consultório na Rua. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 10, n. 1, p. 65-84, jan./jun. 2022. DOI: doi.org/10.5016/ridh.v10i1.126. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/126/68>. Acesso em: 3 ago. 2023.

DANTAS, M. N. P. *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, E210004, 2021. DOI: doi.org/10.1590/1980-549720210004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2023.

ENGSTROM, E. M. *et al.* A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 50-61, dez. 2019. DOI: doi.org/10.1590/0103-11042019S704. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RNRHQqBXwryZv9JVR5mCKHy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

HINO, P.; SANTOS, J. de O.; ROSA, A. da S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 732-740, 2018. DOI: doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NsHh6w97c84Sy8h9Ssybxdk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jun. 2023.

HUNGARO, A. A. *et al.* Pessoas em situação de rua: caracterização e contextualização por pesquisa censitária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, e20190236, 2020. DOI: doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0236. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mYpbwFhFbQtcpshF3s7fC4G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.

NATALINO, M. A. C. **Nota Técnica n. 73 (Disoc)**: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2020). IPEA: Brasília, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 25 jun. 2023.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018. DOI: doi.org/10.1590/S0104-12902018170915. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jk43cn6rHKzGFNzYSnTHsKL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

PAULA, H. C. *et al.* A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 3010-3015, 2018. DOI: doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gBxHsJXPJJsXRrKQ9cQNTFg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2023.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BEHRING, E. R. *et al.* (org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 87-108. Disponível em: http://www.ser.puc-rio.br/3_PEREIRA.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e população adulta em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018.

VALE, A. R. do; VECCHIA, M. D. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 25, e45235, 2020. DOI: doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45235. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/Y8qyJYbj4nLTD4Qz8yNHxXM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2022.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300226, 2020. DOI: doi.org/10.1590/S0103-73312020300226. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/W5xmkgkcjN7PNBLJTMFMMfP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 ago. 2023.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, n. 23, out. 2018. DOI: doi.org/10.26633/RPSP.2018.170. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e170/pt>. Acesso em: 9 ago. 2023.