

**Cidadania de papelão: efetivação de direito a saúde para a população em situação de rua**

**Cardboard citizenship: realization of the right to health for the homeless population**

**Ciudadanía del cartón: realización del derecho a la salud de la población sin hogar**

Recebido: 02/12/2020 | Revisado: 07/12/2020 | Aceito: 11/12/2020 | Publicado: 14/12/2020

**Ariane Luz Carvalho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6632-9680>

Faculdade de Educação São Francisco, Brasil

E-mail: [alc@faesf.com.br](mailto:alc@faesf.com.br)

**Anabela Almeida Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9239-067X>

Faculdade de Educação São Francisco, Brasil

E-mail: [aac@faesf.com.br](mailto:aac@faesf.com.br)

**Aryelle Brasil de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3484-2508>

Faculdade de Educação São Francisco, Brasil

E-mail: [abo@faesf.com.br](mailto:abo@faesf.com.br)

**Iderlania Maria de Oliveira Sousa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5502-6337>

Secretaria Municipal de Saúde de São Luís-MA, Brasil

E-mail: [ide\\_sousa@hotmail.com](mailto:ide_sousa@hotmail.com)

## **Resumo**

Conhecer as experiências e os desafios enfrentados por moradores de rua da cidade de Pedreiras - MA para alcançar o acesso ao direito civil da saúde conhecer suas vivências e buscas pelo acesso a saúde pública, investigar a trajetória pela busca de atendimento junto aos serviços de saúde contrastar o tipo de atendimento ofertado por profissionais da saúde no âmbito de pessoas sem moradia, onde a maioria dos entrevistados já estão na rua há bastante tempo, motivados pelo próprio desejo, pautados principalmente no uso de drogas e os mesmo não possuem o costume de frequentar unidades de saúde, e somente em estado de emergência vão a hospitais , quanto aos aspectos da saúde da população de rua está no fato de estes não receberem acesso a serviços de atenção básica, pois não revelaram ter recebido qualquer assistência em seu ambiente de vivência, e nem ao menos o estímulo para ida ao serviço então

apesar de já existirem políticas públicas específicas para assistência à saúde à população de rua, é necessário que os poderes repensem a forma de acesso efetivo, pois acabam por não ter estrutura para ofertar uma serviço digno a está população, falta qualificação e acessibilidade.

**Palavras-chave:** População de rua; Saúde pública; Políticas públicas.

### **Abstract**

To know the experiences and challenges faced by homeless people in the city of Pedreiras - MA to achieve access to civil health law, to know their experiences and searches for access to public health, to investigate the trajectory of seeking care with health services. the type of care offered by health professionals in the context of homeless people, where most of the interviewees have been on the street for a long time, motivated by their own desire, based mainly on the use of drugs and they do not have the habit of attending units health care, and only in a state of emergency do they go to hospitals, as regards the health aspects of the homeless population is the fact that they do not receive access to primary care services, as they did not reveal having received any assistance in their living environment, and not even the incentive to go to the service, even though there are already specific public policies for health care for the population of street, it is necessary that the powers rethink the form of effective access, as they end up having no structure to offer a decent service to this population, lack of qualification and accessibility.

**Keywords:** Street population; Public health; Public policy.

### **Resumen**

Conocer las experiencias y desafíos que enfrentan las personas sin hogar en la ciudad de Pedreiras - MA para lograr el acceso a la ley de salud civil, conocer sus vivencias y búsquedas de acceso a la salud pública, investigar la trayectoria de búsqueda de atención de los servicios de salud. el tipo de atención que brindan los profesionales de la salud en el contexto de personas sin hogar, donde la mayoría de los entrevistados llevan mucho tiempo en la calle, motivados por su propio deseo, basado principalmente en el consumo de drogas y no tienen la costumbre de acudir a las unidades atención de salud, y solo en estado de emergencia acuden a hospitales, en cuanto a los aspectos de salud de la población sin hogar es el hecho de que no reciben acceso a los servicios de atención primaria, ya que no manifestaron haber recibido ninguna asistencia en su entorno de vida, y ni siquiera el incentivo para acudir al servicio, aunque políticas públicas específicas de atención de la salud calle, es necesario que los

poderes se replanteen la forma de acceso efectivo, ya que terminan por no tener una estructura para ofrecer un servicio digno a esta población, falta de calificación y accesibilidad.

**Palabras clave:** Población callejera; Salud pública; Políticas públicas.

## 1. Introdução

A organização das nações unidas ela conceitua os moradores de rua com desabrigados, são pessoa que vivem na rua por falta de moradia. O surgimento da população em situação de rua acontece pela exclusão social que a cada dia prejudica e atinge pessoas do mundo todo por motivo de não se enquadra no atual modelo econômico, a pobreza o leva à condições precárias de vida, com uma violação e abandono dos direitos humanos perante a uma sociedade preconceituosa que os consideram invisíveis e sem direitos (Brasil, 2012).

Brasil (2012) ainda refere que a população de rua são um grupo heterogêneo de pessoas que vêm de diferentes lugares e vivências e que estão nessa situação pelas mais variadas razões como ausência de laços familiares, desemprego, violência, alcoolismo, uso de drogas, doença mental, entre outros fatores, são pessoas de ambos os sexos, diferentes idades, solteiras, casadas, vivendo sozinhas, com amigos ou com familiares, vindos de diferentes regiões do país, possuindo diferentes problemas na vida pessoal (Texeira & Fonseca, 2015). Morar nas ruas não é uma condição fácil, tem que se lidar com uma série de questões que afeta a vida dessa pessoas, como violência, falta de saneamento básico e higiene, a falta de alimentação, em geral que muitas das vezes a pessoa não pode escolhe por motivos de terem seu diretos bloqueados.

Como problema de pesquisa questiona-se: Como é o acesso ao direito de saúde pública pela população em situação de rua na cidade de Pedreiras-MA?

Como objetivo geral , esta pesquisa apresenta o propósito de Conhecer as experiências e os desafios enfrentados por moradores de rua da Cidade de Pedreiras - MA para alcançar o acesso ao direito civil da saúde e como objetivos específicos buscou-se Relatar o discurso do público alvo potencializando suas vivências e buscas pelo acesso a saúde pública; Investigar a trajetória pela busca de atendimento junto aos serviços de saúde; e Contrastar o tipo de atendimento ofertado por profissionais da saúde no âmbito de pessoas sem moradia

Esse tema se faz importante para a enfermagem, pois visa contribuir a formação dos profissionais, visto que vai norteá-los quanto a uma melhor resolução na assistência por meio de conhecimentos da vida desses moradores, ajudar nas suas necessidades, dando ênfase na recuperação e deixando claro que o papel da enfermagem ainda é prestar assistência ao

paciente, garantir seu conforto e bem estar.

## 2. Metodologia

Este estudo é baseado em uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo por meio de uma pesquisa de campo (Minayo, Deslandes & Gomes, 2015; Pereira et al., 2018). Pois trabalhou-se os resultados nos discursos dos sujeitos. O estudo aconteceu nas ruas da cidade de Pedreiras- MA mais precisamente nas ruas próximas ao mercado municipal, localizado no centro da cidade. O local de ocorrência da coleta de dados possui bastante movimento de pessoas e suas ruas adjacentes não contam com serviços de saneamento básico, apresenta estruturas abandonadas que são utilizadas por pessoas que não possuem residência e vem vivendo em situação de rua.

Os participantes do estudo são pessoas em situação de rua, com uma amostra não probabilística do tipo acidental, esse tipo de amostragem é destituído de rigor estatístico, e o pesquisador utiliza os componentes a que tem acesso, sendo possível que estes representem um universo. Por virtude da pandemia pelo Covid-19, que instaurou medidas de isolamento social, o número de sujeitos para pesquisa foi impactado, sendo reduzido a 6 pessoas, pois a coleta de dados foi comprometida, pela segurança das pesquisadoras. Como critérios de inclusão, atendeu-se a necessidade dos participantes de não possuírem residência fixa, e se encontrarem em situação de rua há pelo menos 6 meses, independente do sexo ou gênero, desde que possuam mais de 18 anos e aceitassem participar da pesquisa voluntariamente e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como instrumento de pesquisa, foi cultivado uma roteiro de entrevista semiestruturada. O enfoque das perguntas esteve direcionado a questões como o tempo de vivência em situação de rua, suas experiências com a saúde pública e opiniões de como gostaria que fosse esta assistência. Foram feitas abordagem individuais a cada sujeito com a coleta em ambiente público e gravadas em *smarthfone*, buscou-se a privacidade na coleta pelo convite de grupos.

No que se referem aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, foram seguidas as recomendações conforme regem as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa obteve parecer aprovado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) pelo CAAE: 30181820.2.0000.8007. Para a identificação dos sujeitos, os nomes dos mesmos foram substituído por fictícios, sendo usados os princípios do sus ideológicos e

organizacionais para identificação: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização.

### 3. Resultados

Nesta etapa do trabalho foi desenvolvida a análise dos relatos obtidos através de da coleta de dados, e estão expostas em um quadro contendo caracterização de sexo e tempo em situação de rua dos sujeitos, e três categorias que trazem em discussão os objetivos a serem alcançados pela pesquisa. Iniciando pelo Quadro 1, expondo as características dos sujeitos da pesquisa.

**Quadro 1** - Caracterização de moradores de rua entrevistados na pesquisa “Cidadania de papelão: O desafio de viver sem a proteção de uma casa e a efetivação de direito a saúde para a população em situação de rua” realizada na cidade de Pedreiras–MA.

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA
UNIVERSALIDADE	FEMININO	8 ANOS
INTEGRALIDADE	FEMININO	15 ANOS
EQUIDADE	MASCULINO	5 ANOS
DESCENTRALIZAÇÃO	FEMININO	1 ANO
REGIONALIZAÇÃO	MASCULINO	5 ANOS
HIERARQUIZAÇÃO	FEMININO	10 ANOS

Fonte: Pesquisa de campo (2020).

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos sujeitos da pesquisa, onde as mulheres são em maior quantidade, dados relevam que 66,7%(4) é do sexo feminino e 33,3%(2) do sexo masculino. Ainda é trazido para noção temporal, o tempo de vivência em situação de rua, é possível perceber que houve uma grande variedade de experiências, onde variam de 1 a 15 anos nesta situação de vulnerabilidade.

### **Categoria 1 – Conhecendo os caminhos**

Para abrir o eixo de discussões em falas dos sujeitos, esta categoria trata-se dos relatos sobre o tempo em que os participantes vivem em condições de rua e aspectos envolvidos nesta permanência, como fatores determinantes e influenciadores do estado de rua.

UNIVERSALIDADE: “Eu cheguei aqui com 19 anos hoje estou com 27, tá com 8 anos (...) eu acho que vivo assim e por que eu quero, porque precisão eu não tenho, é por que eu quero mesmo”.

INTEGRALIDADE: “Mais de 15 [anos], não por que eu quis porque a pessoa que usar droga não e fácil, gente que usar droga ele não e nem gente e um ser humano que não tem coração ele e atentado pelo diabo ele não tem Jejus, mais no dia que conhece Jejus ele larga”.

EQUIDADE: “há! tem muitos anos tem 5 anos, por incentivação de outas pessoas”.

DESCENTRALIZAÇÃO: “Faz um bocado de tempo, nem sei dizer, mais de ano. A droga fez isso comigo, más eu nem precisava, minha família não passa precisão não”.

REGIONALIZAÇÃO: “Tô com 5 ano na rua, vim de outros lugar, e vim parar aqui, faz tempo que eu rodo atrás de melhorar, más não é fácil quando a pessoa é da rua já, pra sair é difícil demais, não tem ajuda”.

HIERARQUIZAÇÃO: “tem quase 10 anos que vivo assim, já passei muito perrengue, muito problema, já tive muito mal esses anos todos. Entrei nessa pra viver, perdi tudo que tinha, tinha família, tinha vida boa, más conheci gente errada e entrei nessa e não sei nem quando vou sair”.

Como é possível analisar, UNIVERSALIDADE possui 8 anos em situação de rua, segundo ela, vive assim pelo próprio querer, chegando a mencionar que possui caminhos para retorno a um lar. Tais comportamentos são explicados por Mereles (2017), onde justifica o sentimento de liberdade proporcionado por este estado, que pode fazer com que a pessoa em situação de rua não se sinta mais integrante de um ambiente residencial e suas características.

INTEGRALIDADE relatou 15 anos em situação de rua, motivado pelo uso de drogas, assim como EQUIDADE, DESCENTRALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO, que fazem referência a influências negativas embasadas ao vício e manipulação.

Tais afirmações fazem consonância aos principais fatores que podem levar as pessoas a morar nas ruas: ausência de vínculos familiares, perda de algum ente querido, desemprego, violência, perda da autoestima, alcoolismo, uso de drogas e doença mental (Hino, Santos & Rosa, 2018).

REGIONALIZAÇÃO traz à tona uma afirmação de desejo a deixar as ruas, mas não encontrou ajuda ou apoio para tal. De fato atitudes com o fim de auxílio a recomeço para população de rua costumam partir de Organizações Não Governamentais ou religiosas, e tal presença não é algo de grande distribuição nacional com este fim, ainda mais tratando-se de uma cidade de pequeno porte, como é a cidade deste estudo.

## **Categoria 2 - Experiências junto aos serviços de saúde**

Os fatores que envolvem o acesso a saúde pública, estão interligados a oferta dos mesmos, em Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada, mas também de outros serviços e abordagens específicas para cada característica populacional. Esta categoria aborda critérios sobre a assistência em saúde, como foi essa experiência, forma de atendimento e de como se dá este acesso.

EQUIDADE: “Não, nunca fui [em serviços de saúde]. Nunca vei[o] ninguém aqui falar comigo, me dar nada, nada de saúde”.

INTEGRALIDADE: “já [foi em serviço de saúde], no dia que usei droga e desmaiei, fui pro hospital só, em posto eu num vou não, fazer o que? Tem nada pra mim não”.

REGIONALIZAÇÃO: “Fui nada, sei nem onde é aqui [risos], preciso de nada não de lá, nunca precisei não”.

UNIVERSALIDADE: “Sim, fui bem atendida, até por que se eles vi com preconceito sou capaz de denunciar por que eles estão lá pra atender um ser humano e até um animal que chegar lá”.

Esta categoria de falas trouxe uma notável predominância de crítica intrínseca e anulatória sobre a percepção de acesso ao direito de saúde pelos sujeitos, EQUIDADE, INTEGRALIDADE, REGIONALIZAÇÃO e UNIVERSALIDADE não demonstram em suas falas o cuidado em saúde ofertado em suas condições de vulnerabilidade, ou seja não referiram ter recebido em ambiente de rua qualquer acesso a serviços essenciais de saúde, e nem remeteram ter conhecimento a esta obrigação dos serviços de saúde.

UNIVERSALIDADE aponta em sua fala que frequentara Unidades Básicas de Saúde, e obteve assistência adequada, porém, o que chama atenção em sua fala é o fator defensivo em relação a não aceitar tratamentos preconceituosos, relativamente fazendo juízo de conhecimento de práticas como estas direcionadas a seu perfil.

### **Categoria 3 – Entre a lucidez e o sonho de sentir parte de um todo**

Como interesse desta pesquisa, surge a necessidade da empatia, ao tentar captar pela expressão de desejos dos sujeitos em receber ações voltadas a sua saúde em aspectos sociais e de direito. Esta categoria trata-se dos relatos sobre como os participantes da pesquisa gostariam de receber o acesso aos serviços ofertados pela saúde pública.

HIERARQUIZAÇÃO: “Eu acho que não existe essa saúde pra nós não, não tem importância pra ninguém não (...) se viesse aqui, ou dissesse que tem coisa pra me ajudar eu queria, queria que eles fosse vir me dizer se tem, porque eu acho que não tem não”.

INTEGRALIDADE: “(...) ele me trataram bem por que podia chegar qual doente, quem dizer que eles tratam mal eles tão mentido”.

UNIVERSALIDADE: “não assim tá bom, se eles me trata do mesmo jeito que das outa vez ta bom”.

REGIONALIZAÇÃO: “Eu sou gente, gosto que fale comigo normal, sou uma pessoa normal”.

Sobre esta questão HIERARQUIZAÇÃO é enfática quando nega o conhecimento sobre até mesmo quais serviços existem para ofertar, o que retrata uma total alienação sobre

as suas próprias condições de saúde. Brasil (2014) ressalta que não são necessariamente criadas ações de saúde específicas para população de rua, mas sim, são ofertadas ações e serviços de comum a toda população, como consultas, exames, orientações, vacinas, saúde bucal, etc.

Sobre a assistência já ofertada em locais físicos, INTEGRALIDADE e UNIVERSALIDADE mostraram-se satisfeitos com serviços recebidos em UBS e Hospital, o que demonstra aspectos positivos dentro da oferta existente, que deve ser livre de preconceitos e discriminação com qualquer público.

A fala de REGIONALIZAÇÃO é bem sentimental, e demonstra um aspecto psicológico abalado e já vivenciado de forma negativa, no que se refere ao desejo de ter tratamento igualitário, e não concebido de medo, ou desprezo por parte de outras pessoas, o que om esmo abriu para classificar também o desejo no aspecto assistência à saúde. O estigma de ser uma pessoa em situação de rua traz consigo um peso psicológico sobre estes indivíduos, e ao se fazer relação deste fato ao diretamente ligado fenômeno da interação social, é possível compreender como a saúde destes é impactada, e também a relação direta com outros fatores sociais, que acabam por contribuir pela permanência nesta situação, transformando a vivência na rua em um outro universo, isolado da comunidade. A partir destes relatos, resta-se ao desejo de ampliação e monitoramento a população de rua, abrindo questões a serem divulgadas entre gestão e assistência sobre as conquistas já alcançadas e que devem ser geridas com mais humanidade e holística pelos órgãos de saúde pública, bem como profissionais atuantes.

#### **4. Discussão**

No Brasil, o levantamento mais recente sobre população em situação de rua foi executada em 2015, na cidade de São Paulo onde registrou 15.905 pessoas em condição preocupantes, número esses comparado aos dados de 2000, onde era de 8.706 pessoas, além deste índice a pesquisa ainda reafirmou o predomínio do sexo masculino nessa população, perfazendo 82% do total, embora as mulher sejam em menor número, o fato de estarem nessa situação de rua a tornam mais vulneráveis por viverem em um contexto permeado por preconceitos, violência, desigualdade de gênero e de direitos sociais (Biscotto, Jesus, Silva, Oliveira, & Merighi, 2016).

A comparação distante destes meios vem demonstrar como os municípios podem apresentar perfis diferenciados da população de rua, e também surge um viés de abordagem

da pesquisa, pois abordar pessoas do sexo feminino foi um fator mais acessível, tendo em vista o risco de violência que é predominante no gênero masculino. Existem serviços públicos do governo federal para trabalhar a habitação a pessoas em estado de vulnerabilidade, o que inclui população de rua, é um trabalho desenvolvido pelos serviços de assistência social, que realizam cadastros específicos e acompanhamento dos casos, porém, depende-se muito do plano de gestão e prioridades dos gestores (Brito, Mendes, & Santos Neto, 2018).

Em buscas realizadas pelas pesquisadoras, não foram encontradas publicações que mencionam a existência de programas ativos no município com a intenção de oferta de lar temporário ou permanente a população de rua. É possível encontrar referências ao benefício do aluguel social na plataforma da Secretaria de Estado de Cidades do Estado do Maranhão, como medida de médio prazo para casos de urgência, mediante cadastramento e avaliação para ter este benefício aprovado, não fazendo menção específica junto a participação de população de rua (Maranhão, 2019).

Com a exposição desta categoria é possível compreender que se torna importante uma avaliação características intrínsecas a vivência de pessoas em situação de rua, possibilitando que se tenha uma visão humanizada dos processos que cercam a situação, e valorizando uma abordagem qualitativa de pesquisa com este público, pois visualiza a necessidade de serem ouvidos e interpretados pelos órgãos de saúde pública.

Certamente, a invisibilidade é um dos graves problemas que assola essa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos, até mesmo pelos próprios. Essa invisibilidade se torna evidente quando pensamos que apenas em 2009 instituiu-se a Política Nacional para População em Situação de Rua e que a mesma não se demonstra ainda com a amplitude almejada, mas ainda o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não disseminada em sociedade e em alcance pelos serviços de saúde (Canônico et al., 2017).

No cuidado à saúde, encontra-se um pensamento relacional entre os sujeitos: profissional de saúde e usuário, dessa forma cabe aos profissionais de saúde se motivarem pela construção de um projeto que qualifique o cuidado, superando a sua dimensão instrumental, o que se viabiliza quando, além do aumento da oferta de serviços e da resolubilidade de ações técnicas, exercita-se a escuta sensível da necessidade da população de rua (Silva, Cruz, & Vargas, 2015; Medeiros & Cavalcante, 2018).

A busca pela assistência não se mostrou uma característica da população de rua, e isto já é algo reconhecido pelos órgãos de saúde pública, quando de fato, criaram estratégias para

o acesso deste público ao seu direito de saúde, como já fora conquistado regulamentações específicas de abordagem, consultórios de rua, ESF sem domicílio, entre outros (Brasil, 2009). O que se observa é uma ponte entre as estratégias existentes e sua execução de fato.

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (Hallais & Barros, 2015; Carvalho, 2013).

A atenção básica considera o sujeito em sua particularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, sendo o contato parcial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e do acompanhamento longitudinal, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Silva, Cruz, & Vargas, 2015; Macinko & Mendonça, 2018).

Nota-se o porquê das limitações das políticas públicas devido à ausência das medidas protetivas, o meio do qual sobrevivem é a busca da autossuficiência através do labor informal. Esta alternativa, porém, é também impossibilitada pela cisão das PSR em relação à sociedade; nem são notados como seres humanos, são invisíveis sociais, e a visão do senso comum quanto a essa classe é histórica, regida por preconceitos que impossibilitam a ascensão destes como trabalhadores e como seres humanos (Viacava, Oliveira, Carvalho, Laguardia, & Bellido, 2019).

## **5. Conclusão**

Foi possível perceber que parte dos sujeitos não expressaram em totalidade alguns questionamentos, havendo a necessidade uma abordagem com bastantes esclarecimentos. Entre os achados mais relevantes, menciona-se que a maioria esteve por anos vivendo na rua e nunca foram abordados por alguém da saúde em seu território, ou estiveram em um posto de saúde, que nos faz pensar que a estratégia da saúde da família não está alcançando toda a população, que os moradores de rua continuam a ser um alvo distante das estratégias de saúde pública no município, podemos citar como relevante também o fato de menções a se retirar da situação de vulnerabilidade, de uma certa forma se colocarem a disposição a sair das ruas se houvessem uma possível ajuda, é perceptível a dificuldade de sair sem ajuda, tanto pelo vício em drogas, como pelo fato de não ter pra onde ir ou onde ficar.

Não pode-se deixar de mencionar o fator pandemia pelo Covid-19 como um limitador na coleta de dados, e ao mesmo tempo também abrindo espaço para reflexões sobre como está sendo o enfrentamento pela população de rua neste momento, porém esta discussão fica aberta para outras abordagens futuras.

Como contribuição intelectual, esta pesquisa traz o fomento a ampliação da discussão de saúde da população em situação de rua em âmbito acadêmico, social e governamental. Seria muita audácia recomendar novas estratégias de acesso a população de rua, tendo em vista que estas já possuem uma considerável existência e regulamentação, portanto, o que se sugere é sua aplicação pautada inicialmente na criação de uma agenda estratégica de gestão, que inclua capacitação de profissionais, financiamento, e execução pautada na humanização da assistência.

Como contribuição intelectual, esta pesquisa traz o fomento a ampliação da discussão de saúde da população em situação de rua em âmbito acadêmico, social e governamental. Seria incoerente recomendar novas estratégias de acesso a população de rua, tendo em vista que estas já possuem uma considerável existência e regulamentação, portanto, o que se sugere é sua aplicação pautada inicialmente na criação de uma agenda estratégica de gestão, que inclua capacitação de profissionais, financiamento, e execução pautada na humanização da assistência

## Referências

Biscotto, P. R., Jesus, M. C. P., Silva, M. H., Oliveira, D. M., & Merighi, M. A. B. (2016). Understanding of the life experience of homeless women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(5), 749-755

Brasil, M. S. (2012). *Manual cuidado populacional*. Brasília: Marcos Aurélio Santana.

Brasil, M. S. (2009). *Política Nacional para a População em Situação de Rua*. Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Brasília: Ministério da Saúde.

Brito, G. E. G., Mendes, A. C. G. & Santos Neto, P. M. (2018). O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 77-86.

Canônico, R. P., Tanaka, A. C. D'. A., Mazza, M. M. P. R., Souza, M. F., Bernat, M. C., & Junqueira, L. X. (2007). Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(spe), 799-803.

Carvalho, G. (2013) A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7-26.

Hallaias, J. A. S., & Barros, N. F. (2015). Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, (31) 7-1497-1504.

Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, 42(1), 18-37.

Maranhão, S. C. (2019). Novo secretário de Cidades quer ampliar Cheque Minha Casa e moradia. Recuperado de <https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=244313>

Medeiros, C. R. S. & Cavalcante, P. (2018). A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. *Saúde e Sociedade*, [s.l.] São Paulo, 27(3), 754-768.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F. & GOMES, R. (2009). *Pesquisa social*. Petrópolis: Vozes.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da Pesquisa Científica*. [e-book]. Santa Maria: UAB/NTE/UFSM. Recuperado de [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1).

Silva, C. C. C., Marly, M., & Vargas, E. P. (2015) Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde em Debate*, (39), 246-256.

Silva, C. C., Cruz, M. M., & Vargas, E. P. (2015) Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde em Debate*, (39), 246-256.

Teixeira, M., & Fonseca, Z. (2015). *Saberes e pratica da atenção básica*. São Paulo: Hucitec. 263 p.

Viacava, F., Oliveira, R. A. D, Carvalho, C. C., Laguardia, J., & Bellido, J. G. (2018). SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1751-1762.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Ariane Luz Carvalho – 25%

Anabela Almeida Costa – 25%

Aryelle Brasil de Oliveira – 25%

Iderlania Maria de Oliveira Sousa – 25%