

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/ UFRGS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

DAIANE REGINA BORGES

A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO NO
ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONCEPÇÕES DA
PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA NACIONAL

PORTO ALEGRE

2014

DAIANE REGINA BORGES

A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO NO
ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONCEPÇÕES DA
PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA NACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em
Saúde Pública da Universidade do Rio
Grande do Sul.

ORIENTADOR: PROF. ROGER DOS SANTOS ROSA

PORTO ALEGRE

2014

Dedico este trabalho a todos os usuários, em situação de rua, que foram alvos da minha intervenção profissional, desde o início da minha formação, e que despertaram em mim um olhar mais atento e questionador ao cuidado em saúde. Os desafios enfrentados, cotidianamente no ambiente de trabalho, permitem-me buscar a transposição de barreiras e limites para contribuir no acesso e garantia dos direitos de cidadania desse segmento populacional.

A vocês, meu agradecimento e respeito!

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho, Guilherme, que é minha motivação para a realização de sonhos.

Aos meus pais, pelo incentivo e apoio nas minhas decisões, em todos os aspectos da minha vida.

Ao meu esposo, Eduardo, pelo apoio e companheirismo, por ter me apoiado nesta trajetória, dando força e coragem para enfrentar as dificuldades, entendendo a minha ausência nos momentos de estudo.

Aos meus queridos amigos, que estiveram tantas vezes usurpados da minha presença, mas não do meu amor.

Às queridas colegas de trabalho, Afrânnia H. Duarte e Maria do Carmo da Rosa, que ouviram minhas incertezas e aflições, compartilhando comigo parte dos seus saberes.

Ao meu orientador, Professor Roger dos Santos da Rosa, pelas valiosas orientações e discussões que culminaram neste trabalho, pela seriedade e competência que mostrou em todos os encontros que tivemos.

Aos colegas do Curso, companheiros desta jornada, pelos momentos de alegria e dificuldades divididos, possibilitando novas amizades.

Aos professores do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelas trocas e reflexões que contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.”

Boaventura de Sousa Santos

RESUMO

O presente trabalho identifica as características e as concepções das produções bibliográficas nacionais sobre a organização do sistema de saúde no atendimento à saúde da população em situação de rua no Brasil. A intenção principal foi compreender como a Política de Saúde brasileira está configurada para a atenção à saúde deste grupo populacional. Para seu alcance, foi realizada pesquisa bibliográfica, no idioma português, em artigos científicos publicados de 2000 a 2013, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram localizados oito artigos. Os resultados mostram que, mesmo com os avanços no âmbito político-jurídico no Brasil, por meio do sistema de Seguridade Social previsto a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a garantia dos direitos sociais da população em situação de rua permanece sendo um desafio aos gestores e à sociedade. Na saúde, conclui-se que o atendimento nos serviços disponíveis, por meio do Sistema Único de Saúde, ainda não está adequado à realidade e às necessidades das pessoas em situação de rua, pois os serviços que são ofertados, para a população em geral, não contam com condições de acolhimento e de acompanhamento sistemáticos de saúde ao público que vive nas ruas.

Palavras-chave: Saúde. População de Rua. Serviços de Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição sintética dos artigos selecionados para avaliação das publicações do tema proposto.....	25
Quadro 2 - Profissão, titulação e instituições de vinculação dos autores pesquisados.....	27
Quadro 3 - Categorização analítica e quantificação dos tópicos abordados.....	28
Quadro 4- Relação de unitermos pesquisados.....	29
Quadro 5- Tema dos artigos descartados para o trabalho.....	29
Quadro 6- Artigos indexados de forma discordante com o unitermo de busca.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CF	Constituição Federal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NOB	Norma Operacional Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
ONU	Organização das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	10
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	12
4 DIREITOS SOCIAIS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA HISTÓRIA CONCEITUAL, POLÍTICA E JURÍDICA.....	13
4.1 DO ASSISTENCIALISMO AO RECONHECIMENTO DE DIREITOS.....	13
4.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: DE QUEM ESTAMOS FALANDO?.....	18
4.3 SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: DIRETRIZES NECESSÁRIAS AO ATENDIMENTO.....	20
5 CARACTERIZAÇÃO DAS BIBLIOGRAFIAS PESQUISADAS.....	25
6 CONCEPÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), exigência do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tem a pretensão de contribuir no debate emergente sobre uma das expressões da questão social da contemporaneidade, a saúde da população em situação de rua¹. A intenção principal foi compreender como a Política de Saúde no Brasil está configurada para a atenção à saúde deste grupo populacional. Para seu alcance, foi estabelecida, como metodologia, a realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema, utilizando como fontes artigos encontrados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi utilizada, como critério de inclusão, a publicação de trabalhos, no idioma português, entre os anos de 2000 a 2013. Além disso, foram revisados documentos, normas e relatórios relacionados à temática.

A escolha do tema está intrinsecamente associada à aspiração em descobrir quais são os desafios atuais reservados ao setor saúde, no que tange ao atendimento da população em situação de rua, bem como proporcionar uma reflexão sobre as possibilidades e os desafios que se apresentam aos profissionais desta área.

O presente estudo está dividido em capítulos, organizados de acordo com o tema proposto. Os capítulos 1, 2 e 3 justificam o problema de pesquisa e apresentam os objetivos e a metodologia. O capítulo 4 está dividido em três subcapítulos e, inicialmente, desenvolve uma breve revisão teórica sobre o tema, visualizando os caminhos percorridos nos campos conceitual, político e jurídico, até a instituição da Política Nacional para População em Situação de Rua, no ano de 2009. A seguir, apresenta-se o subcapítulo, intitulado “População em situação de rua: de quem estamos falando?”, em que se conceitua a população em situação de rua, a partir da legislação, normas e referências bibliográficas nacionais. No próximo subcapítulo, denominado “Saúde para a população em situação de rua: estratégias necessárias ao atendimento”, apresentam-se a configuração e as estratégias da Política de Saúde na assistência à saúde deste segmento populacional.

¹ Neste trabalho, utilizamos a expressão “situação de rua” por denotar a possibilidade de mobilidade social, entendendo o termo “situação” como uma condição momentânea que não corresponde a algo definitivo.

No capítulo 5 exibe-se o resultado e a caracterização das buscas realizadas na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), apresentando-se a descrição sintética de cada artigo utilizado para este estudo. A seguir, no capítulo 6, destacam-se as discussões das bibliografias pesquisadas, com as concepções dos autores brasileiros sobre o atendimento à saúde da população em situação de rua.

Por último, o estudo apresenta as considerações finais, em que busca refletir sobre os principais registros deste trabalho, reconhecendo os desafios que se colocam à efetivação do direito à saúde para as pessoas em situação de rua no cenário nacional.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Quais as características e as concepções das produções bibliográficas, produzidas entre os anos de 2000 a 2013, sobre a organização do sistema de saúde no atendimento à saúde da população em situação de rua no Brasil?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a produção científica que trata da organização do sistema de saúde do Brasil no atendimento à população em situação de rua.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e caracterizar a produção bibliográfica quanto à temática, autor(es), objetivo principal, tipo de pesquisa, data e periódico da publicação;
- Assinalar as principais diretrizes de atenção à saúde que podem contribuir no acesso aos serviços de saúde para a população em situação de rua no contexto atual;
- Apresentar estudos e concepções sobre o atendimento de saúde da população em situação de rua no Brasil.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para desenvolver o estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos, no idioma português, publicados entre os anos de 2000 e 2013, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Também foram revisados documentos, normas e relatórios relacionados à temática. A busca foi realizada através dos unitermos: *saúde, população de rua e serviços de saúde*, presentes no título e/ou nas palavras-chave dos artigos encontrados. Foram selecionadas as publicações de todas as áreas de conhecimento, que resultaram em oito artigos que cumprem os objetivos deste trabalho, publicados no período proposto.

A interpretação das fontes se realizou por meio do método de Análise de Conteúdo que, segundo Minayo (2003), visa verificar hipóteses ou descobrir o que o conteúdo manifesto intenciona. É uma técnica para identificar, baseando-se em dados, o que está sendo dito a respeito de um determinado tema. Para a autora, a operacionalização da análise abrange três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos.

Nesse entendimento, objetivou-se, como resultado do trabalho apresentado, a compreensão crítica dos significados das comunicações presentes nos textos, seu conteúdo manifesto ou latente e a determinação das significações explícitas ou ocultas.

Cabe colocar que, por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não ocorreram impedimentos de natureza ética no alcance do objetivo principal da pesquisa, excluindo a necessidade de aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa.

4 DIREITOS SOCIAIS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA HISTÓRIA CONCEITUAL, POLÍTICA E JURÍDICA

A existência da população em situação de rua é um fenômeno histórico global e não apenas urbano, representando uma condição evidente de exclusão social. De acordo com Simões Júnior (1992, p. 19-20), desde a antiguidade já eram registrados grupos habitando as ruas e vivendo quase que exclusivamente da mendicância.

Na atualidade, este fenômeno é cada vez mais visível no cenário brasileiro, o que nos convoca a uma compreensão do impacto dos modos organizativos da sociedade, determinados por processos de inclusão e exclusão social.

Nessa discussão, buscando identificar as transformações no âmbito político-jurídico no Brasil, este capítulo do trabalho destacará os avanços na perspectiva da garantia de direitos através do sistema de Seguridade Social brasileiro, descrevendo, de forma breve, alguns aspectos relevantes sobre o reconhecimento dos direitos da população em situação de rua, garantidos a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Em seguida, buscar-se-á compreender a diferença de conceituação da população que habita a rua, considerando a diversidade e heterogeneidade desse grupo populacional. No final, serão descritos e analisados os princípios e as estratégias necessárias à organização dos serviços de saúde, visando destacar iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4.1 DO ASSISTENCIALISMO AO RECONHECIMENTO DE DIREITOS

Historicamente, as visões estigmatizantes da sociedade civil, e também do Estado, sobre a população em situação de rua, costumavam restringir-se a concepções assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de higienização social (BRASIL, 2008, p.4). As pessoas em situação de rua eram denominadas mendigos,

indigentes e, quando necessário, eram assistidas por entidades sociais e de cunho religioso e/ou filantrópico.

No contexto brasileiro, esse panorama começa a se alterar a partir da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que passa a considerar os direitos sociais como direitos fundamentais de todo cidadão, sem distinção de qualquer natureza, não podendo ser violado o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988, art. 5.º).

Sublinha-se que a promulgação da oitava Constituição brasileira, também chamada de “Constituição Cidadã”, amplia significativamente os direitos de cidadania, pontuando avanços importantes na perspectiva da questão social e nas prioridades da política de Estado. Neste importante documento, define-se que a Saúde, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, formaria o tripé da Seguridade Social², de forma que todos tenham acesso à proteção social.

Bravo (1996, p.9) considera que a Seguridade Social é:

[...] a corporificação legal e institucional de um acordo societário que se construiu como base de nosso processo de transição à democracia. Em outras sociedades latino-americanas, com uma experiência democrática muito mais densa, a transição teve o caráter de reconstrução da institucionalidade democrática. No caso brasileiro, dada a escassa e frágil experiência democrática anterior, a transição constituiu-se no momento de criação dos instrumentos e processos democráticos. Nunca a noção de cidadania e de direitos sociais havia sido tão discutida e vivenciada em nossa sociedade.

Diante disso, inegavelmente, a Seguridade Social representa um dos maiores avanços da CF de 1988 no que se refere à proteção social, atendendo às históricas reivindicações da classe trabalhadora (BRASIL, 2007, p.7).

Nesse contexto, a Previdência Social, administrada pelo Ministério da Previdência Social, apresenta-se como um seguro social, efetivando-se através de filiação obrigatória e contribuições previdenciárias, com a finalidade de prover subsistência ao trabalhador, em caso de perda de sua capacidade laborativa.

De outra forma, a Assistência Social passa a ser concebida como política de proteção social, destinada para quem dela necessitar. Importa ressaltar a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), n.º 8.742, no ano de

² Compreendendo um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988, art. 194).

1993, pelo Congresso Nacional, que regulamenta os Artigos 203 e 204 da Constituição Federal, “*reconhecendo a Assistência Social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, além de garantir a universalização dos direitos sociais*”.

Destaca-se, também, a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)³, no ano de 2004, e da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social –NOB/SUAS, no ano de 2005, que passa a diferenciar serviços, programas e projetos, ampliando as atribuições dos Conselhos de Assistência Social.

Outro fato a mencionar é a alteração da LOAS, em seu parágrafo único do art. 23, por meio da Lei n 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que inclui a obrigatoriedade da formulação de programas, numa perspectiva integral, de amparo à população em situação de rua.

A saúde, no texto constitucional, passa a ser considerada direito de todo cidadão, sendo atribuído ao Estado a obrigação de garantir tal efetivação, o que representa um importante avanço no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. A partir da CF de 1988 e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, define-se saúde como:

[...] um direito de todos e um dever do estado”, devendo ser “garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco e de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, art. 196).

Cabe mencionar que a regulamentação do SUS foi estabelecida em 1990, através do conjunto de duas leis, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do

³ De acordo com a PNAS, constitui o público usuário da política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.

envolvimento da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Essas transformações no âmbito político – jurídico representam, no cenário brasileiro, um processo de estruturação e desencadeamento de uma série de mudanças no modelo de gestão e práticas dos serviços, ampliando-se responsabilidades, ações e objetivos a serem alcançados em todos os níveis do sistema de proteção social.

Assim, com base no texto constitucional, nas regulamentações e legislação posterior, o poder público passa a assumir a responsabilidade de manter serviços e programas destinados à garantia e resgate dos direitos de cidadania dos indivíduos, devendo priorizar a população com maior vulnerabilidade⁴. No que se refere aos direitos das pessoas em situação de rua, pontua-se a importância da implementação de Políticas específicas direcionadas a esse grupo populacional.

Importa colocar que, no Brasil, até 2008, não existiam informações sobre o número estimado de pessoas vivendo em situação de rua, apenas dados de algumas cidades. Nesse contexto, destaca-se o primeiro Censo Nacional⁵, realizado no período de agosto de 2007 a março de 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O Censo foi realizado no âmbito de um acordo de cooperação com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e foi divulgado em abril de 2008. Além de apresentar o perfil e as características dessa população, complementa e reitera informações existentes e pontuais de algumas capitais do país.

A Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua preencheu a lacuna que existia a respeito das pessoas em situação de rua, caracterizando esse segmento populacional em seus diversos aspectos. Além disso, contribuiu na elaboração da Política Nacional para a População em Situação de Rua e na instituição de seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento,

⁴ Vulnerabilidade entendida como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos e contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou aos agravos (SANCHEZ E BERTOLOZZI, 2007).

⁵ Estabeleceu-se, como universo da pesquisa, os municípios com população igual ou superior a 300.000 habitantes, as capitais de estado e o Distrito Federal. Foram excluídos do universo os municípios que realizaram isoladamente um levantamento semelhante (Belo Horizonte- MG, São Paulo-SP, Recife-PE e Porto Alegre- RS). Assim, foram selecionados 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 municípios com população igual ou superior a 300.000 habitantes. A base de dados utilizada para esta seleção foi o DATASUS do ano de 2004. Em todas as cidades selecionadas foi realizado um censo das pessoas em situação de rua, por meio da aplicação de um questionário reduzido, e uma pesquisa amostral que investigou um conjunto maior de questões (BRASIL, 2008, p. 09).

através do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, e outros documentos importantes⁶.

Além da igualdade e equidade, são objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua, aprovada em 2009:

- I- assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;
- II- garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;
- III- instituir a contagem oficial da população em situação de rua;
- IV- produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua;
- V- desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;
- VI- incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento;
- VII- implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;
- VIII- incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento;
- IX- proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;
- X- criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;
- XI- adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8.º;
- XII- implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;
- XIII- implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e

⁶ Como são exemplos: Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua (Maio/2008), que propõe uma agenda mínima de ações e metas a serem implementadas, precedendo a regulamentação da Política Nacional para População em Situação de Rua (2009) e o Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012/2015.

XIV- disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho. (BRASIL, 2009).

Ressalta-se que a implantação da referida Política foi resultado de lutas e reivindicações dos setores organizados da sociedade civil que exigiram a responsabilidade pública no atendimento a essa parcela da população, até então estigmatizada, estabelecendo diretrizes e rumos que viabilizasse o acesso integral aos direitos de cidadania à população em situação de rua.

4.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: DE QUEM ESTAMOS FALANDO?

No Brasil, um dos desafios enfrentados na proposição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009) foi a conceituação desse segmento populacional. A diversidade de grupos e distintas localizações, a heterogeneidade desta população e das condições em que se encontram, tornaram difíceis a caracterização unívoca e imediata (BRASIL, 2008, p. 8). Mesmo em face à diversidade, conceitua-se, na referida Política, população em situação de rua como:

um grupo heterogêneo que se concentra nas grandes cidades brasileiras e em suas regiões metropolitanas; que tem na rua sua principal fonte de sustento; que possui em comum a pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que faz dos logradouros públicos e das áreas degradadas espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, podendo utilizar-se, ainda, de unidades de acolhimento para pernoite, de forma temporária ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009).

Na mesma perspectiva, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), para fins instrumentais, utiliza-se da seguinte definição:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracteriza, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória. (MDS, 2009)

Em âmbito internacional, a Organização das Nações Unidas (ONU) serve-se de dois conceitos para caracterizar a "população em situação de rua". O primeiro deles seria o de "desabrigados" ou *shelterless*, que são considerados aqueles

indivíduos cuja vivência nas ruas se dá por falta de espaço físico para residir. Nesse caso, relacionado às impossibilidades de se obter um domicílio devido a tragédias naturais, guerras e desemprego em massa. O segundo conceito, que ocorre por exclusão do primeiro, são os denominados *homeless*, ou seja, aqueles moradores de rua que não se enquadram nas hipóteses elencadas como de desabrigados (POUSA JUNIOR, 2011).

Todas essas definições dificultam as conclusões de uma discussão dos limites entre os que são efetivamente moradores de rua e os que estão em situação de rua. Na literatura brasileira, há controvérsias quanto ao significado e abrangência na definição sobre os termos, porém percebe-se que a distinção concentra-se na visão da permanência na rua desse segmento populacional.

Para VIEIRA, BEZERRA E ROSA (2004, apud BRASIL, 2008), é possível identificar situações diferentes em relação à permanência na rua como: ficar na rua, estar na rua e ser da rua, com distinções conforme sua inserção social e tempo de permanência. Ficar na rua, significa uma situação circunstancial; estar na rua, um episódio recente e ser da rua, uma condição permanente.

Independentemente da categorização, torna-se necessário reconhecer a multiplicidade de condições de subsistência e moradia deste grupo populacional, que, por circunstância temporária ou permanente, se alojam em ruas, espaços públicos das cidades e/ou albergues.

Conforme Silva (2006), são comumente enumeradas várias espécies de fatores motivadores da existência de pessoas em situação de rua, tais como fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social etc.), fatores biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens etc.), além de desastres de massa e/ou naturais (enchentes, incêndios, terremoto etc.). Ainda segundo a autora, está claro que trata-se de um fenômeno multifacetado que não pode ser explicado desde uma perspectiva unívoca e monocausal. São múltiplas as causas de se ir para a rua, assim como são múltiplas as realidades da população em situação de rua.

Para Lopes (1990, apud BRASIL, 2008),

quando se fala dessa população, ninguém tem dúvida de que este segmento social expressa uma situação-limite de pobreza, por mais

diferente que seja a conceituação que se desenvolva. Esse segmento encerra em si o trinômio exprimido pelo termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação.

Nesse sentido, pode-se referir que a população em situação de rua revela o aspecto grave da extrema pobreza e vulnerabilidade social presente na sociedade, reconhecida na falta de habitação e alimentação adequada, nas condições precárias de higiene, nos cuidados de saúde e dificuldades de acesso aos serviços públicos, dentre outras questões.

Considerando esses apontamentos, não há dúvidas de que, para além de expressões e conceitos que podem reiterar processos excludentes, a desigualdade concreta vivenciada pela população em situação de rua é a questão central a ser discutida e superada, visando à efetivação dos direitos de cidadania, onde se inclui o acesso à saúde e a outras políticas públicas.

4.3 SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: DIRETRIZES NECESSÁRIAS AO ATENDIMENTO

A nova configuração proposta de assistência à saúde no país, na década de 90, a partir da implementação do SUS, foi o momento mais significativo de reconhecimento da igualdade de acesso a todo cidadão brasileiro, no que se refere aos serviços públicos nesta área. Esta década representou um marco na organização dos serviços de saúde, numa lógica marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor no Brasil, repassando à esfera municipal a responsabilidade pela gestão da rede de serviços e, portanto, pela prestação direta de algumas ações e programas de saúde.

Entretanto, apesar da CF de 1988 prever a garantia do direito à saúde a todos, por meio de medidas que visem à diminuição dos riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, o atendimento à população em situação de rua representa, até os dias atuais, um desafio ao SUS, considerando as adversidades vivenciadas por esse grupo populacional.

Para qualificar a discussão, merecem destaque os princípios doutrinários do SUS, que dizem respeito aos valores que norteiam a proposta do sistema de saúde brasileiro.

No princípio da **universalidade**, é reconhecido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de assistência.

Segundo Cohn (2005, p. 393), o modelo universalista defende que:

[...] o acesso a bens públicos essenciais como um direito do cidadão, independente[mente] de sua situação social, sem qualquer tipo de discriminação, seja ela positiva ou negativa; e, neste caso, saúde como um direito é responsabilidade do Estado e deve, portanto, ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos públicos das distintas esferas do governo.

O acesso facilitado aos serviços de saúde foi garantido no princípio da **equidade**, buscando oferecer condições para que todos tenham a mesma possibilidade de acesso e resolução de suas necessidades individuais e coletivas. Significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, através de uma rede de serviços atenta às necessidades reais da população atendida.

Em outras palavras, o princípio da equidade visa a diminuir desigualdades, investindo onde as necessidades são maiores, através da oferta de “ações diferenciadas para grupos da população que apresentam necessidades diferentes e singulares”. (BORGES, 201, p. 25 apud. BRASIL, 2007, p. 10).

No que se refere ao princípio da **integralidade**, concebe-se como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Assim, a integralidade não apenas constitui uma diretriz do SUS, mas também deve ser compreendida como “uma bandeira de luta, parte de uma imagem objeto, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas”, consideradas desejáveis por se tratar de um conjunto de valores relacionados a um “ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”. (MATTOS, 2006).

Integralidade significa considerar as diferentes necessidades sociais e de saúde das pessoas, exigindo uma atuação qualificada, baseada na interdisciplinaridade⁷ e na intersetorialidade⁸, repercutindo na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

⁷ Interdisciplinaridade entendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTO E NOGUEIRA, 2008: 279)

Sob essa concepção, torna-se necessário que os serviços de saúde considerem as especificidades de cada grupo populacional, reconhecendo as diferenças nos modos de ver e viver a vida dos indivíduos. Isso implica a realização de estudos epidemiológicos e definições de estratégias para facilitar o acesso da população aos recursos de saúde.

No que se refere à população em situação de rua, torna-se importante mencionar o Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua (2012/2015)⁹, proposto pelo Ministério da Saúde (MS), em consonância com a Política Nacional da População em Situação de Rua (2009), que visa reduzir as iniquidades em saúde, considerando as desfavoráveis condições de saúde da população em situação de rua. A partir do referido Plano, determina-se que as três esferas de gestão do SUS terão como responsabilidades precípuas a definição do financiamento, a priorização de ações e o monitoramento e avaliação que devem ser incluídos nos seus respectivos Planos de Saúde (BRASIL, 2012). No documento, aponta-se a **dificuldade de acesso da população em situação de rua à atenção à saúde** como problema principal, a ser considerado para prioridade de atividades e metas em saúde. O detalhamento operacional divide-se em 5 eixos, assim descritos:

EIXO 01: Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde

AÇÃO/ESTRATÉGIA: Implantar os consultórios na rua, de acordo com a Portaria GM 122/2012 e a Política Nacional da Atenção Básica (Portaria GM 2488/2011), incorporando Agente Social, preferencialmente com “trajetória de rua”, observando as políticas e ações de redução de danos, incluindo esta população nas redes de atenção à saúde; Garantir o acesso à atenção domiciliar (PAD) em espaços de acolhimento institucional; Capacitação permanente das equipes da Urgência e Emergência sobre a PSR; Inclusão da PSR no escopo das políticas de atenção à saúde para grupos específicos (mulher, criança, idoso, população vulnerável).

EIXO 02: Promoção e Vigilância em Saúde

AÇÃO/ESTRATÉGIA: Intensificar a busca ativa e tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas (TB e DSTs/ AIDS, entre outras) nas populações institucionalizadas e em situação de rua; Controle e redução da incidência da Tuberculose, DSTs/ AIDS e demais agravos recorrentes na PSR; Propor para pactuação na CIT estratégias diferenciadas

⁸ A intersetorialidade constitui uma arma importante para o fortalecimento dos processos de condução e liderança quando permite colocar sob a reitoria de uma autoridade sanitária local problemas que, manifestando-se substantivamente no campo da saúde, são causados por fatores situados fora de seu âmbito de ação administrativa convencional (MENDES, 1999, p.146)

⁹ As estratégias operacionais e ações contidas no Plano Operativo de Saúde da População em Situação de Rua estão em consonância com o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 e utilizam como quantitativo populacional o resultado da contagem realizada pelo MDS, em 2008 (BRASIL, 2012, p.4)

de ação que garantam o acesso da PSR às vacinas disponíveis no SUS, visando à prevenção de doenças.

EIXO 03: Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da população em situação de rua

AÇÃO/ESTRATÉGIA: Capacitar e sensibilizar profissionais de saúde para atendimento da PSR, tendo em vista as especificidades de saúde dessa população; Capacitar e sensibilizar profissionais de saúde das equipes da Atenção Básica (consultórios na rua), incluindo Agentes Sociais e Agentes Comunitários de Saúde em relação ao atendimento da PSR; Inserir a temática PSR no Módulo de Educação à Distância (EAD), para cursos de formação voltados para profissionais de saúde, em especial equipes da Atenção Básica (áreas de imunização, saúde mental, doenças negligenciadas, DST/AIDS, hepatites virais e cuidados assistenciais), de serviços de Saúde Mental e UNASUS; Fomentar o desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades em saúde da população em situação de rua; Elaborar material informativo para a população em situação de rua sobre o SUS e as suas redes de atenção à saúde.

EIXO 04: Fortalecimento da participação e do controle social

AÇÃO/ESTRATÉGIA: Apoiar a formação e a sensibilização de lideranças do movimento social da PSR referente ao exercício da cidadania, a saúde e defesa do SUS por meio de cursos, oficinas, encontros e formação; Articular e fomentar com gestores estaduais e municipais a capacitação de conselheiros de saúde sobre a temática saúde da PSR, com a participação do Movimento Nacional da População de Rua e entidades da sociedade civil ligadas ao tema; Produzir e publicar mídias sobre Saúde da População em Situação de Rua, voltadas para gestores e profissionais de saúde; Apoiar encontros regionais sobre saúde da População em Situação de Rua; Instituir Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua ou referência técnica nas instâncias, estaduais e municipais, conforme definido pela Portaria GM 2979/2011.

EIXO 05: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população em situação de rua

AÇÃO/ESTRATÉGIA: O monitoramento e a avaliação devem ocorrer com base nas ações acima propostas, considerando as prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme orientado pelo Decreto nº 7.508/2011 e pactuado nos Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e Plano Plurianual (PPA) 2012/2015. (CONASS, 2012).

A definição dessas diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua, no âmbito do SUS, incorporou-se à Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, da Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde.

Todas essas recomendações exigem do poder público a tarefa de manter serviços e programas de atenção à saúde direcionados à população em situação de rua e visa garantir dignidade e direitos de cidadania a essa parcela da sociedade, concebendo a saúde em uma perspectiva ampla, resultante das condições de

habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, acesso a serviços, dentre outros.

Assim, os equipamentos sociais públicos devem organizar-se de forma a promover uma política de atendimento que responda às necessidades e demandas desse grupo populacional, com a operacionalização de tecnologias voltadas ao atendimento das necessidades das pessoas em situação de rua, visando o cumprimento dos princípios do SUS.

5 CARACTERIZAÇÃO DAS BIBLIOGRAFIAS PESQUISADAS

Conforme descrito na metodologia, a partir da pesquisa realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em saúde, foram identificados inicialmente 41 artigos científicos, com as palavras-chave pertinentes a este trabalho. Em seguida, efetuou-se uma nova revisão, eliminando duplicidades e artigos não propriamente relacionados à temática, restringindo-se a oito estudos para compor o trabalho, obedecendo aos critérios estabelecidos neste TCC. Como resultado da leitura dos artigos ora mencionados, apresenta-se no quadro 1 uma descrição sintética dos textos científicos, cumprindo um dos objetivos específicos propostos.

Quadro 1 - Descrição sintética dos artigos selecionados para avaliação das publicações do tema proposto

Nº	Título do artigo, revista de publicação e ano	Autor(es)	Tipo de pesquisa	Objetivos
1	Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social. Saúde e Sociedade, v.15, n.3, p.30-39, set-dez 2006.	Nivaldo Carneiro Junior; Marta Campagnoni Andrade; Carla Gianna Luppi; Cássio Silveira.	Estudo descritivo.	Apresentar a experiência de organização da atenção primária em saúde, para grupos populacionais em situação de exclusão social na região central da cidade de São Paulo.
2	A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.	Nivaldo Carneiro Junior; Christiane Herold de Jesus; Maria Angélica Crevelim.	Estudo descritivo.	Descrever a experiência na implantação da ESF para atenção à saúde da população em situação de rua na cidade de São Paulo.
3	O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. Revista Brasileira de Enfermagem 2006. maio-jun;	Anderson da Silva Rosa; Maria Gabriela Secco; Ana Cristina Passarela Brêtas.	Pesquisa qualitativa	Conhecer o significado do processo saúde - doença - cuidado para pessoas em situação de rua e trabalhadores de um centro comunitário de atendimento à

	59(3): 331-6.			população de rua na cidade de São Paulo.
4	Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.41, São Paulo, Dez/2007.	Rhavana Pilz Canônico; Ana Cristina D'andretta Tanaka; Márcia Maria Porto Rocchetto Mazza; Maria De Fátima E Souza; Maria Cristina Bernat; Luciana Xavier Junqueira.	Estudo descritivo.	Caracterizar as atividades e Programas desenvolvidos no Centro de Saúde Escola Geraldo Honório de Paula Souza localizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
5	Rede social e promoção da saúde dos "descartáveis urbanos". Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.41, São Paulo, Dez/2007.	Eduardo Sodrê de Souza; Sandra Regina Vilchez da Silva; Ana Maria Caricari.	Pesquisa ação.	Realizar um diagnóstico das instituições públicas, privadas e as entidades sociais que têm como público-alvo as pessoas adultas em situação de rua, na região central do município de São Paulo, identificando seus princípios norteadores, através de seus objetivos, das ações executadas e da articulação com outros setores.
6	O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Revista Latino-Americana. Enfermagem vol.13, no.4, Ribeirão Preto, July/Aug.2005	Anderson da Silva Rosa; Maria Gabriela Secco Cavicchioli; Ana Cristina Passarella Brêtas.	Pesquisa Bibliográfica	Tratar de forma empírica e contextual o processo saúde-doença-cuidado na sua interface com a pobreza.
7	Homem de rua, homem doente: uma análise institucional do discurso da população de rua. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2013.	Serrano, Cesar Eduardo Gamboa.	Tese de Mestrado.	Analisar as relações e subjetividades produzidas em uma instituição de assistência à pessoa em situação de rua.
8	Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(1):115-124, jan, 2012.	Aguiar, Maria Magalhães; Iriart, Jorge Alberto Bernstein.	Estudo qualitativo	Descrever as condições de vida e cotidiano nas ruas e compreender os significados e práticas associados à saúde e à doença por pessoas em situação de rua.

Fonte: Base de dados Biblioteca Virtual em Saúde.

No quadro 2 destaca-se a profissão, a titulação acadêmica e a instituição à qual os autores estão vinculados. Essa apresentação torna-se importante, pois revela o campo de conhecimento e a prática profissional de cada autor estudado.

Quadro 2 - Profissão, titulação e instituições de vinculação dos autores pesquisados.

N.º artigo	Profissão, titulação e instituições de vinculação do(s) autor(es)
1	<p>Junior, N.C. - Médico Sanitarista. Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Diretor do Centro de Saúde Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac. Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.</p> <p>Andrade, M.C. - Médica Sanitarista. Pesquisadora do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.</p> <p>Luppi, C. G. - Médica Sanitarista. Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.</p> <p>Silveira, C. – Sociólogo. Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.</p>
2	<p>Junior, N.C – O mesmo</p> <p>Jesus, C. H. - Enfermeira Sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva. Chefe de Enfermagem do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac/Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.</p> <p>Crevelim, M. A. - Enfermeira Sanitarista. Mestre em Administração em Enfermagem. Secretária Executiva do Conselho de Ensino da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.</p>
3	<p>Rosa, A. S - Enfermeiro. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Movimentos Sociais da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.</p> <p>Secco, M. G. - Enfermeira.</p> <p>Brêtas, A. C. P. - Enfermeira Sanitarista. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.</p>
4	<p>Canônico, R. P. – Enfermeira do Programa de Saúde da Família para População de Rua "Programa A Gente na Rua" - Região Lapa/ Pinheiros. São Paulo, SP.</p> <p>Tanaka, A.C.D. – Professora Titular do Departamento de Saúde Materna da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo Diretora do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza. São Paulo, SP.</p> <p>Mazza, M.M.P.R – Enfermeira do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. São Paulo, SP.</p> <p>Souza, M.F.F. - Enfermeira do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. São Paulo, SP.</p>

	Bernart, M.C. - Enfermeira do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. São Paulo, SP. Junqueira, L.X. - Enfermeira do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. São Paulo, SP.
5	Souza, E.S. - Enfermeiro. Especialista em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Mestrando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP-USP). São Paulo, SP. Silva, S.R.V. – Psicóloga. Especialista em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP-USP). Técnica de prevenção no Programa Estadual de DST/AIDS do Estado de São Paulo. São Paulo, SP. Caricari, A.M. - Pedagoga. Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP-USP). Educadora do Centro Gaspar Garcia de Direitos Humanos de São Paulo. São Paulo, SP.
6	Rosa, A.S. - Graduando de Enfermagem, Bolsista PIBIC/CNPq. Cavichiolo, M. G.S. - Graduanda de Enfermagem. Brêtas, A.C.P. – Enfermeira. Doutor em Enfermagem, Orientador, Professor Adjunto. Universidade Federal de São Paulo.
7	Serrano, C.E.G. - Doutorando em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
8	Aguiar, M. M. – Profissão não especificada. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade da Bahia. Salvador, Brasil. Iriart, J. A.B. - Profissão não especificada. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade da Bahia. Salvador, Brasil.

Fonte: Base de dados Biblioteca Virtual em Saúde.

Em seguida, no quadro 3, demonstra-se a categoria analítica de cada artigo, quantificando os tópicos abordados. Logo após, no quadro 4, é possível identificar os unitermos e as combinações utilizadas na pesquisa na base de dados da BVS, comprovando a escassez de estudos nacionais que tenham avaliado a organização dos serviços de saúde para o atendimento da população em situação de rua, no período estabelecido para a pesquisa.

Quadro 3 - Categorização analítica e quantificação de tópicos abordados.

Categoria (s) analítica (s)	n.º artigos	Referência(s)
Acesso	6	1, 2, 3, 4, 7, 8,
Processo saúde/doença	5	2, 3, 6, 7, 8,
Equidade	4	1; 2; 3; 4
Exclusão social	1	5

Fonte: Autoria própria, 2014.

Quadro 4 - Relação de unitermos pesquisados

Unitermo(s)	n.º(s) artigo(s)
População de rua	84
População de rua, saúde e serviços de saúde	41
População de rua, saúde e política	3
População de rua, saúde e programas	3
População de rua, saúde e estratégia	2
População de rua, saúde e gestão	3
População de rua, saúde e acesso	7

Fonte: Base de dados Biblioteca Virtual em Saúde.

Visando ilustrar a carência de artigos indexados na BVS, com o tema *população de rua e saúde*, segue, abaixo, a quantificação dos artigos descartados, pela discordância ao objetivo principal desta pesquisa.

Quadro 5 - Tema dos artigos descartados no trabalho

Tema	n.º(s) artigo (s)
Criança e adolescente em situação de rua (abordagem normativa/legal)	3
Doenças mentais (Abordagem clínica e psicológica)	5
Artigos em inglês ou espanhol	2
Teses não disponíveis	3
Artigos com outras temáticas	10
Vídeos	6
Página internet	4
Total	33

Fonte: Autoria própria, 2014.

Diante dessa representação do resultado de busca na BVS, merecem destaque as 10 referências indexadas com temáticas discordantes, evidenciadas no quadro 6, no total de 41 artigos encontrados, através dos unitermos. Esse número pode pressupor uma falha na seleção e inclusão dos artigos na Biblioteca Virtual em Saúde, levantando como hipótese a existência de artigos sobre a temática deste trabalho, indexados de forma incorreta.

Quadro 6 - Artigos indexados de forma discordante com o unitermo de busca

N.º artigo	Título do artigo
1	<p>Perfil sociodemográfico e prevalência de acidentes em trabalhadores de uma empresa municipal de obras públicas.</p> <p>Guimarães, Eliete Albano de Azevedo; Oliveira, Valéria Conceição de; Avelar, Josianne Karla; Ribeiro, Helen Cristiny Teodoro Couto. Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min; 2(1)2012.</p>
2	<p>De catadores de rua a recicladores cooperados: um estudo de caso sobre empreendimentos solidários.</p> <p>Coelho, Diego Bonaldo; Godoy, Arilda Schmidt. Rev. adm. pública; 45(3): 721-749, maio-jun. 2011.</p>
3	<p>Melhoria das condições de higiene em pontos de venda de cachorro quente</p> <p>Berbicz, Fernanda; Genta, Tânia Maria de Souza; Mangolin, Camila Sampaio; Fidelis, Juliana Catti Flores; Ferreira, Lívia Rosas; Rodella, Julia Regina Tedesco; Portilho, Márcia; Matioli, Graciete. Rev. Inst. Adolfo Lutz; 69(1): 99-105, jan.-mar. 2010.</p>
4	<p>Programa universidade solidária - 1998: relato da experiência no município Pedras de Fogo, Paraíba</p> <p>Sousa, Ana Inês. Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 2(1/2): 127-138, abr.set. 1998. Obs.: <i>Indexado 2x</i></p>
5	<p>Reflexões sobre a Pobreza a partir da Identidade de Pessoas em Situação de Rua de Fortaleza</p> <p>Moura Junior, James Ferreira Universidade Federal Ceará. <i>Fortaleza; s.n; mar. 2012.</i></p>
6	<p>Investigação dos aspectos nutricionais em homens abrigados em uma instituição filantrópica envolvida em surto de tuberculose</p> <p>Wady, Maria Thereza B; Linhares-Carvalho, Maria Inez; Salles-Costa, Rosana; Valle, Joyce do; Castello-Branco, Luiz Roberto R. Boletim de Pneumologia Sanitária; 12(1): 13-18, 2004.</p>
7	<p>A continuidade entre casa e rua no mundo da criança pobre.</p> <p>SARTI, Cynthia Andersen. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum; 1/2(5): 39-47, jan./dez. 1995.</p>
8	<p>A cidade de São Paulo e a saúde pública (1554-1954)</p> <p>Ribeiro, Maria Alice Rosa. In. <i>Porta, Paula. História da cidade de São Paulo. São Paulo, Paz e Terra, 2004. p.307-349.</i></p>
9	<p>Circuitos e motivos para primeira internação em hospital psiquiátrico</p> <p>Spriccigo, Jonas Salomão. <i>Florianópolis; s.n; 1983. 80 p.</i></p>

Fonte: Base de dados Biblioteca Virtual em Saúde.

Assim, relacionando o objetivo principal deste trabalho e a apresentação dos quadros deste subcapítulo, pode-se observar a pouca quantidade de estudos abordando a questão da saúde deste segmento populacional, apesar do largo

período examinado (2000 a 2013), sobretudo na perspectiva de discutir a organização dos serviços públicos de saúde no enfrentamento dos problemas de saúde dessa população.

6 CONCEPÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A quantidade de estudos brasileiros, do ano 2000 ao ano de 2013, sobre a saúde da população em situação de rua, demonstra que no país há poucas investigações relativas a esse segmento populacional. Além disso, quando o assunto é a “organização do sistema de saúde ao atendimento da população em situação de rua”, o resultado mostra-se ainda mais escasso, revelando a importância de estudos acadêmico-científicos relacionados ao tema.

No que se refere à conceituação de população em situação de rua, importa sinalizar que, nas bibliografias analisadas, os autores reconhecem esse segmento social como o grupo de pessoas excluídas da estrutura convencional da sociedade, aqueles que se abrigam em logradouros públicos, tendo, como moradia, praças, calçadas, terrenos baldios, locais abandonados e outros. Os textos indexados, após o ano de 2009, passam a utilizar a definição de “pessoa em situação de rua”, exposta pela Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua. Embora os autores reconheçam a população em situação de rua como um grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, tal qual definido na Política, em seus estudos acabam discorrendo sobre aspectos pertinentes a esse grupo populacional de forma que produzem tipificações e caracterizações que a homogeneizam. Interessa ressaltar que essa questão também foi apontada na bibliografia de Serrano (2013, p. 118), a partir de relatos de técnicos que trabalham em instituições de atendimento à população em situação de rua, conforme o exemplo,

Na instituição, a homegeneização está presente na constituição do sujeito de rua, como sendo doente, viciado ou indisciplinado, e também está presente na prática dos técnicos que lá trabalham e que fazem, efetivamente com seu trabalho, a própria instituição.

Essa mesma homogeneização também pode ser observada em outras bibliografias estudadas, que, em sua maioria, apontam que as pessoas em situação de rua ainda são vistas, pela sociedade e pelo Estado, como vadios, criminosos, drogados e alcoolistas. Segundo Canônico *et al.* (2007), a exposição da condição de vida de quem vive na rua pode gerar nas pessoas diferentes reações, resultando em sentimentos como piedade, indignação ou, até mesmo, indiferença. No entendimento de Rosa *et al.* (2006, p.332), as políticas voltadas a essa população continuam sendo, em sua maioria, compensatórias e assistencialistas, pouco diminuindo a desigualdade social e a reintegração destas pessoas às comunidades e às suas famílias.

Num estudo posterior, Souza *et al.* (2007) revelam que as práticas assistencialistas e caritativas continuam presente no imaginário social e nas ações das instituições que atendem a população em situação de rua. Os autores observaram que

[...] as instituições e a população de um modo geral veem a pessoa em situação de rua como um ser desprovido de tudo, inclusive de história, vontades, valores e costumes. Com o intuito de resolver o problema alheio, costuma-se impor valores próprios, desconsiderando o direito de decisão dessa população, que deve aceitar tudo que *eu acho melhor para ela*.

Além dessas questões, Aguiar e Iriart (2012); Carneiro Junior *et al.* (2006) declaram que a maioria das Instituições de Acolhimento que atendem às pessoas em situação de rua constituem-se através de parcerias entre Poder Público e Instituições Católicas, através de termos de convênio. Com isso, pode-se referir que as pessoas em situação de rua

quando não são ignorados, são tratados como objetos da tutela estatal, da filantropia privada ou da caridade das igrejas. Se, por um lado, são tidos como incômodos ocupantes das vias públicas, por outro, sentem-se incomodados pelos olhares que lhes são direcionados. A relação público-privado se mistura no cotidiano do povo da rua. (ROSA *et al.*, 2006, p.332)

Outra questão pertinente, nessa discussão, é o questionamento sobre qual o caminho à rua? A resposta à indagação está evidenciada em estudos recentes como os de Aguiar e Iriart (2012); Canônico *et al.* (2007); Souza *et al.* (2007), como

uma sucessão de perdas e rupturas na vida desses sujeitos. Questões como pobreza, violência, uso de álcool e drogas, desemprego, conflitos, rupturas familiares e perdas individuais estão entre os principais motivos identificados para a saída para rua, que acabam refletindo na saúde física e mental desse grupo populacional. Na opinião de Rosa *et al.* (2006, p. 334), a drogadição e o alcoolismo acabam sendo os determinantes da entrada, permanência e saída da rua.

Entre os principais problemas de saúde encontrados na literatura, que aflige a população em situação de rua, estão o abuso de substâncias psicoativas, HIV/AIDS, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais. Mas, diante desses apontamentos, Aguiar e Iriart (2012, p. 121) evidenciam que as pessoas em situação de rua buscam os serviços de saúde apenas quando o problema é grave ou urgente, alegando a existência de barreiras de acesso. Outras justificativas mencionadas foram a efetividade do atendimento médico e a dificuldade do acesso aos medicamentos prescritos. Entretanto, no mesmo estudo, formas de lidar com esses problemas foram mencionadas, como:

a busca de conselhos junto a pessoas próximas, o recolhimento “a um canto” para espera da remissão espontânea dos sintomas, a ingestão de bebidas alcoólicas para amenizar a percepção do incômodo e a busca de conforto na religiosidade (“ter fé em Deus”). (AGUIAR E IRIART, 2012, p. 121)

Diante desses apontamentos, torna-se importante ressaltar que a maior parte das bibliografias que compõem este trabalho (ver quadro 3) tomam o **acesso** como categoria analítica, ressaltando que a disponibilização de serviços não garante o acesso da população em situação de rua, considerando uma série de condicionalidades, como, por exemplo: o horário de funcionamento, fluxos e rotinas do serviço, a distância geográfica, a aceitabilidade, as formas de atendimento e acolhimento¹⁰ e a rigidez dos procedimentos em saúde, centrados na técnica em detrimento das práticas integrais. A falta de documento de identificação pessoal também foi apontada como um empecilho para o acesso aos serviços de saúde (AGUIAR E IRIART, 2012, p. 121).

¹⁰ Sublinha-se, aqui, a importância do acolhimento nos serviços de saúde, pois ele significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. O acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolvendo efetivamente o problema do usuário. (BORGES, 2011 apud. SOLLA, 2005)

Desse modo, podemos referir que o acesso constitui uma categoria importante para a análise dos sistemas de saúde, uma vez que revela dimensões de caráter social e político, necessariamente presentes nas formulações e implementações de políticas de saúde. (CARNEIRO JUNIOR *et al*, 2010 apud. HORTALE E COL., 2000)

Para Carneiro Junior *et al.* (2010, p.711), essa discussão é pertinente, sobretudo porque,

formas diferenciadas de acesso às políticas públicas por diversos segmentos sociais sempre orientaram as políticas adotadas pelo Estado brasileiro, chegando às décadas de 1970 e 1980 com padrões de profundas desigualdades sociais, o que decorre do próprio caráter excludente da sociedade. Ao prescrever que o Estado tem o dever de tornar disponível a saúde igualitária para todos os cidadãos, o Sistema Único de Saúde configura-se como uma política que pretende reverter esse quadro.

No entanto, entende-se que o acesso aos serviços de saúde envolve diferentes e complexos elementos, constituindo-se em uma luta contínua para efetivação do direito à saúde pública: universal, igualitária e integral. No que tange a organização dos serviços de saúde, para o atendimento da população de rua, Serrano (2013, p.117) entende que o maior desafio para os gestores é fazer com que esta população acesse os equipamentos, que adiram aos tratamentos e que se estabeleça o controle do uso da medicação prescrita. Corroborando da mesma visão, Carneiro Junior *et al.* (2010) colocam que o processo de organização e implementação do SUS, na garantia de acesso aos serviços de saúde, tem sido uma das grandes preocupações e um dos maiores desafios dos gestores. Nessa perspectiva,

a ampliação e a efetiva ação da atenção básica em saúde tornam-se uma política prioritária do SUS, por se reconhecer que, nesse nível assistencial, é possível resolver os principais problemas de saúde, promover saúde e reorganizar o uso real dos demais níveis da atenção (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2010, p. 712 apud. STARFIELD, 2002).

Na concepção dos referidos autores, o reconhecimento da atenção básica¹¹, como um dos níveis fundamentais de atenção à saúde, oferece maior possibilidade de construção de práticas sanitárias. No entanto, alertam que, para que isso ocorra, é necessário conceber e organizar os processos de trabalho, dando visibilidade às demandas trazidas por esse grupo social.

Ressalta-se que, nas bibliografias pesquisadas para este trabalho, a atenção básica foi apontada como uma importante tecnologia em saúde, considerando as possibilidades de cuidados individuais e coletivos e também as relações que se estabelecem com as diferentes instituições presentes no território de abrangência. Para Carneiro Junior *et al.* (2010), o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹² é a modalidade tecnoassistencial apontada como estratégia estruturante e fundamental para promover o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços e programas da Política de Saúde.

Entretanto, para o atendimento das peculiaridades apresentadas pela população em situação de rua, uma das propostas, por excelência, seria a apontada por Aguiar e Iriart (2012, p. 122), descrita como Programa Saúde da Família sem Domicílio Fixo, pois

concilia a promoção, prevenção e o cuidado em saúde desde a atenção básica até intervenções mais complexas e específicas deste grupo, atendendo à necessidade de flexibilização do atendimento territorial, uma vez que essa população não necessariamente tem moradia fixa – o que fortalece a universalidade, para todos os indivíduos; e a questão da equidade, em considerar as diferenças estruturais dos usuários para oferecer serviços e ações.

A bibliografia referida apresenta uma experiência pioneira iniciada em São Paulo, no ano de 2004, que se mostrou bem sucedida quanto ao favorecimento do

¹¹ A Atenção Básica é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial (com valores, princípios e elementos próprios). É considerado o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado em sua área de abrangência. (BRASIL, 2007).

¹² Para melhor compreensão deste assunto, é importante sinalizar que a ESF, por ocasião de seu surgimento era considerado um Programa e, somente em 2006, passou a incorporar a AB. Salienta-se que o PSF foi precedido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no ano de 1991, inspirado na experiência exitosa de práticas em saúde, nas regiões Norte e Nordeste do país, pois constatou-se a drástica diminuição da mortalidade materna e infantil daqueles estados. A implementação do PACS, através da Portaria MS/GM nº 1886/1997 resultou na extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais carentes e desprotegidas. A partir deste Programa, as ações em saúde passaram a ter como enfoque a família, não mais o indivíduo apenas, e as intervenções enfatizam a prevenção de doenças. (BORGES, 2011 apud. VIANA; DAL POZ, 2005).

acesso deste grupo na atenção básica de saúde, por meio de ações específicas face às suas necessidades e peculiaridades. Destaca-se que as ações incluem o acompanhamento de pessoas em situação de rua em seus locais de estadia, vinculando-os às unidades de saúde. Também foram citadas ações de atenção à saúde nas diversas fases do ciclo de vida, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças e incentivo ao desenvolvimento de autonomia em saúde para essa população.

O êxito da proposta apresentada nos traz o entendimento que o cuidado¹³ em saúde direcionado às pessoas em situação de rua precisa ser pensado a partir do modo como vivem nas ruas, como criam estratégias de sobrevivência e como reconhecem o binômio saúde/doença. Para isso, é imprescindível a atuação interdisciplinar e intersetorial, que possibilite a inclusão social e a promoção da cidadania, contribuindo no acesso aos serviços públicos de saúde à população em situação de rua.

A importância disto é demonstrada no trabalho de Carneiro Junior *et al.* (2010, p.714) quando apresentam a implantação do Projeto “A gente na rua”, em sete Unidades Básicas de Saúde de São Paulo, no ano de 2004. O texto deixa claro a importância de uma capacitação prévia aos profissionais que irão atuar com a população em situação de rua, segundo o texto,

Na capacitação específica da equipe foi fundamental a incorporação de temáticas e reflexões sobre a situação de rua, peculiaridades do processo saúde-doença-cuidado nessa população, características dos serviços, possíveis resistências; questões desafiadoras tanto na organização quanto no desenvolvimento do projeto. Além do estabelecimento de um processo de supervisão técnica intensiva e particularizada.

Entende-se assim que, para que os profissionais trabalhadores da área da saúde possam responder com competência às necessidades de saúde da população, é necessário que os mesmos possam conhecê-las, estabelecendo

¹³ Na área da saúde, a expressão *cuidado* tem sido empregada em diversos sentidos, abrangendo significações que direcionam desde sua contraposição ao curar até sua proposta ética. O profissional *cuidadoso* vai ao encontro do outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo para acompanhar a pessoa de quem está cuidando. E o faz, prazerosamente, observando sua singularidade, identificando seus recursos, internos e sociais, e procurando com ela a via que faça sentido na sua situação e para seu projeto de vida, a fim de promover sua saúde, qualidade de vida e expressão autônoma. Cuidar é uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como “direito de ser”. (BORGES, 2011 apud. ZOBOLI, 2009, p. 63).

prioridades para as ações do serviço. De acordo com Carneiro Junior *et al.* (2006, p. 32),

torna-se essencial à produção de serviços em saúde a incorporação da visão de mundo desses segmentos sociais e não somente suas características sociodemográficas e epidemiológicas.

Tal propósito supõe a compreensão da saúde como uma área que requer educação permanente,¹⁴ visando à qualificação das equipes no desempenho de suas funções na produção do cuidado e na superação da fragmentação de práticas e de conhecimentos em saúde. Dessa forma, evidencia-se a responsabilidade dos gestores em implantar políticas qualificadas de formação de recursos humanos, reconhecendo a necessidade de renovação das práticas cotidianas dos serviços e o atendimento à demanda social presente no adoecimento dos indivíduos, agravado no contexto da população em situação de rua.

Nessa concepção, Souza *et al.* (2007) sinalizam

a necessidade da substituição de uma atenção voltada para ações assistencialistas, por uma de emancipação do sujeito, com a valorização do protagonismo social, que além da participação efetiva da população de rua, requer a revisão dos conceitos e a reflexão sobre as práticas e coerência entre os processos.

Entretanto, os referidos autores citam, como dificultadores desses processos, o desencontro de informações, o despreparo das equipes para o trabalho em conjunto, a centralização dos poderes e a hierarquização, além dos interesses políticos e econômicos que se encontram em jogo em todas as relações. Colaborando nessa discussão, Rosa *et al.* (2005) registram, em seus estudos, a (des)organização interna dos serviços de saúde e as contradições do SUS que, ao mesmo tempo que defende a equidade e universalidade do atendimento, exige dos usuários comprovação de moradia para definir base territorial. Nesta bibliografia, os

¹⁴ Baseada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor, instituída pela Portaria n.º 198/2004, ela consagra a intenção de consolidar a proposta da Reforma Sanitária como resultado de reivindicações coletivas de instituições e órgãos representativos da saúde pública. Trata-se de uma política para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde cujo objetivo central é a transformação das práticas de saúde e das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, para que sejam estruturadas a partir da organização do próprio processo de trabalho. Aponta estratégias para mudanças e qualificação da atenção à saúde, tanto das organizações e dos serviços quanto dos processos formativos e das práticas pedagógicas. (BORGES, 2011 apud. SARRETA, 2005, p.181)

autores não criticam a territorialização, entretanto, observam a necessidade de relativizar sua implementação, considerando as especificidades de cada segmento populacional, onde se inclui a população em situação de rua.

Em outro trabalho, Rosa *et al.* (2006, p. 334) apontam a necessidade de criação de serviços especializados para este segmento populacional, onde sejam consideradas as peculiaridades da cultura da rua. No entanto, observam que a população de rua não necessita de um novo sistema de saúde, pois a equidade e a universalidade de atendimento estão garantidas na CF de 1988 com a criação do SUS. Os mesmos autores entendem que o SUS tem, por obrigação, assegurar o atendimento integral, universal e equânime a todos os brasileiros, criando e mantendo serviços e capacitando trabalhadores da saúde para o cuidado profissional. Os autores entendem que,

[...] os técnicos que atendem nos equipamentos de saúde não têm uma formação adequada quanto a peculiaridades desta população.

Essa formação “adequada” para trabalhar com a população em situação de rua, na saúde, é apontada por Canônico *et al.* (2007) como um trabalho em construção e desafiador. Segundo os autores,

é preciso aguçar nestes profissionais, não apenas o interesse em atender essa população, mas desenvolver a habilidade da escuta, seu principal instrumento de trabalho. Sem conhecer a história da pessoa que mora na rua, suas adversidades e, sem atentar para suas queixas, certamente não será fácil descobrir suas reais necessidades.

De outra parte, Rosa *et al.* (2006, p. 334) observam que ainda há muita resistência por parte desta população em aderir à unidade de saúde enquanto usuário do SUS e reconhecer que é preciso cuidar da saúde seja para sua subsistência neste modo de vida, seja para sua manutenção enquanto indivíduo bio-psico-social ou até mesmo para ir em busca de seus objetivos, tais como retornar ao mercado de trabalho, à moradia e à família.

Todas essas percepções e olhares sobre o atendimento, qualidade e resolutividade dos serviços de saúde, que são ofertados para a população que vive nas ruas, demonstram que os serviços disponíveis através do Sistema Único de Saúde ainda não estão adequados à realidade e necessidades das pessoas em situação de rua, seja pela organização ou oferta dos serviços, seja pelo entendimento do conceito de saúde/doença por esse segmento social.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste TCC foi identificar, através de uma revisão bibliográfica, como os serviços de saúde brasileiros estão organizados para atender a população em situação de rua e, conseqüentemente, não se poderia deixar de recorrer aos documentos que motivaram avanços, em nível nacional, nos campos conceitual, jurídico e político. Partindo de uma análise crítica das bibliografias, procurou-se refletir e sistematizar as concepções dos autores estudados sobre a temática em questão, buscando captar os desafios que se colocam na área da saúde, ao atendimento da população em situação de rua.

A partir das discussões realizadas, foi possível retratar a dificuldade de organização do sistema de saúde para o atendimento da população em situação de rua, que se choca frontalmente ao reconhecimento da saúde em sua concepção ampla. Demonstra-se, ainda, que apesar dos avanços previstos na CF de 1988, a garantia do direito à saúde permanece como um desafio a ser superado.

Nos resultados desse trabalho, destaca-se a necessidade da promoção de atitudes não estigmatizantes nos serviços de saúde, por parte dos profissionais, e a necessidade de programas que garantam o acesso à atenção básica desta população, permanecendo, como desafio, a construção de uma rede de serviços que responda às necessidades desse grupo social.

Dessa forma, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade podem transformar-se em fios condutores no processo de construção de políticas adequadas às necessidades da população em situação de rua, orientando a definição de parâmetros consistentes para sua formulação e para a execução de programas sociais.

Importa mencionar que alguns avanços definidos recentemente no atendimento da população em situação de rua, através de Planos e Programas,

como é exemplo o Consultório de Rua¹⁵, não foram discutidos nas bibliografias pesquisadas. Desse modo, abre-se possibilidade de estudos futuros sobre a temática, com foco nos desafios e possibilidades dos serviços que atendem a população em situação de rua no Brasil após as definições estabelecidas na Política Nacional para a População de Rua de 2009.

Assim, considerando a compreensão e discernimento do fenômeno população em situação de rua que este trabalho possibilitou mesmo de forma breve, pretendeu-se a construção de um novo olhar ao contexto das pessoas que moram ou estão na rua, buscando o entendimento da necessidade de uma nova configuração das ações e modos de acolhimento a este grupo populacional, urgindo a necessidade de uma maior preocupação em relação à efetivação dos direitos deste segmento social.

¹⁵ O Consultório na Rua, instituído pela Política de Atenção Básica, no ano de 2011, atua frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua in loco. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os Consultórios na Rua lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 33a Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2004.

_____. **Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS)**. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília, DF, 2007.

_____. Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm> Acesso em: 14 mar.2014.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Lei nº 11.258 de 30 de dezembro de 2005. Altera a Lei n.º 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 jan. 2006.

_____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ru_a.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2014.

_____. **Ministério da Saúde**. Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012-2015. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. Brasília/DF, 2012.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 2005.

_____. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília: MDS, 2008a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/ba-ckup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome.** Política Nacional para a População em Situação de Rua. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em Dezembro, 2013.

_____. **Política Nacional para Inclusão Social da População em situação de rua.** Brasília: MDS, 2008. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Dialogando sobre o pacto da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BORGES, Daiane Regina. **A contribuição do trabalho do assistente social na Atenção Básica de Saúde na perspectiva de defesa do direito à saúde.** Caxias do Sul. Universidade de Caxias do Sul, 2011. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Serviço Social.

COHN, Amélia. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 385-406.

CONASS. Brasília, DF

<<http://www.conass.org.br/NOTAS%20T%C3%89CNICAS%202012/NT%2015%20-%202012%20Populac%CC%A7a%CC%83o%20em%20situac%CC%A7a%CC%83o%20de%20rua.2.pdf>> Acesso em 30 mar. 2014.

MDS. Brasília, DF. < <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protECAo-social-especial/populacao-de-rua/populacao-em-situacao-de-rua.>> Acesso em 30 de mar.2014.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, IMS: Abrasco, 2006, p. 39-64.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.) **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas

sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M.C. de S (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

Muñoz Sánchez, Alba Idaly, Bertolozzi, Maria Rita. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?** *Ciência & Saúde Coletiva* [On-line] 2007, 12 (março-abril) : [Data de consulta: 15 / mayo / 2014] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012204>>_ISSN 1413-8123, Acesso em 15 mar.2014.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamoso Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete. (org.). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2008. (P. 273-303)

POUSA JUNIOR, Efren Fernandez. **Políticas públicas para inclusão social dos moradores em situação de rua. Um resgate por cidadania**. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 16, n. 2778, 8 fev. 2011.

Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/18448>> Acesso em: 13 maio 2014.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2006. 220 f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília.

SIMÕES JUNIOR, José Geraldo. **Moradores de rua**. São Paulo: Polis, 1992.