



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

PRISCILA DE SOUSA DA SILVA MORO

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Ceilândia-DF, 2015

PRISCILA DE SOUSA DA SILVA MORO

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília (UnB) como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Giovana Furlan

Co-orientadora: Grasielle Silveira Tavares Paulin

Ceilândia-DF, 2015

PRISCILA DE S. DA SILVA MORO

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A ATENÇÃO BÁSICA
À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Grasielle Silveira Tavares Paulin
Professora-Co-orientadora

Profa. Dra. Josenaide Engracia dos Santos
Professora-examinadora
Aprovado em:

Brasília, de de

À minha família, mãe, pai e irmãos por me
aturarem esse tempo todo e por todos os
ensinamentos. Ao meu esposo por todo
amor, cuidado e paciência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por me guiar a cada novo dia em seus caminhos, me mostrando sempre a sua vontade e me dando aquilo que é melhor.

Agradeço à minha mãe, Rúbia, por todos os sacrifícios, por todo amor e ensinamentos dedicados ao longo desses anos, por me conduzir aos caminhos de Deus.

Ao meu pai, Mauri, por incentivar desde sempre o hábito à leitura.

Aos meus irmãos, Polyanna e Isaac por me aturarem nas minhas chatices e estresses e por me ajudarem a ser uma pessoa melhor.

Ao meu esposo Braullyo Kalleu, pelo imenso amor, carinho e por me fazer feliz a cada novo dia.

A todos que de alguma forma me ajudaram nesse período da minha vida, seja com conselhos, consolos ou orações.

À Professora Paula por aceitar ser minha orientadora mesmo diante de um processo acelerado de produção.

A todos um grande abraço!

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar a relação entre a atenção básica à saúde e a população em situação de rua através da revisão de literatura. Este, se configura como um estudo de natureza qualitativa, exploratório, que visa aprofundar acerca de questões específicas relacionadas a essa relação que será analisada, pensando-se assim no acesso, no atendimento e em outras questões referentes à atenção básica e à população em situação de rua. Para tal, foi realizada uma revisão de literatura na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os descritores população em situação de rua e atenção básica, tendo sido os critérios de inclusão documentos nacionais em língua portuguesa e que abrangessem o tema população em situação de rua e atenção básica. Foram selecionados 7 documentos, analisados os seus conteúdos no que tange os objetivos da pesquisa e discutidas quatro temáticas principais: Problemas clínicos comuns da população em situação de rua; Acesso; Atendimento/Assistência à saúde e Novas metodologias de trabalho. O estudo permitiu observar que a relação da atenção básica com a população de rua nas produções científicas ainda é bastante escassa e superficial, o que pode ser reflexo da dificuldade de acesso além do atual modelo de atenção vigente nesse nível. Foi possível perceber que o Consultório na Rua se constitui como estratégia importante para a saúde dessa população e que são necessárias mudanças que favoreçam essa população em questão. Foi possível observar problemas clínicos comuns nessa população, mas ainda que os atendimentos não podem se pautar apenas na resolução pontual desses problemas. Outra questão explícita foi a necessidade da mudança do atual modelo vigente para um modelo pautado no apoio, no trabalho vivo. Além disso, ficou nítido a escassez de produções científica na área do estudo realizado.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	05
1.1 A população em situação de rua e atenção básica em saúde.....	09
OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	13
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006, p.10), “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

Para maior compreensão da atual Política Nacional de Atenção Básica, é necessário se compreender o surgimento desse nível de atenção, o cenário em que ocorreu, como se deu o processo de formação e consolidação da atenção básica.

Conforme Starfield (2002, p.19), “Em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, a Organização Mundial da Saúde adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde”, sendo que tais princípios estão descritos na Carta de Lubliana, que se trata de um documento elaborado a partir de conclusões, especialmente as de 1996 firmadas por uma conferência organizada pela OMS e que reuniu quarenta e seis Estados Europeus. Nela se declaram esses princípios que devem reger os sistemas de saúde europeu (VIENONEN, JANKAUSKIENEN e VASK, 1999). Alguns desses se fundamentam na dignidade humana, na equidade, na promoção e prevenção à saúde e outros. Ainda segundo Starfield (2002), a atenção primária lida com pacientes que não chegam com uma única enfermidade específica, mas que apresentam diversas queixas, não podendo se limitar ao tratamento de uma enfermidade em si, mas levando em conta aspectos do contexto do paciente, o que a diferencia da atenção subespecializada que apresenta um olhar focado a determinada enfermidade e que promove a fragmentação do cuidado, pois não se olha o indivíduo como um todo, mas dividido em partes.

Em âmbito nacional, as discussões em saúde ganharam força a partir da década de 1970 com a Reforma Sanitária Brasileira, que lutou pela democratização da saúde. Antes disso, de acordo com Teixeira (2009), o sistema de proteção social, que tem relação com o modelo social à época, e, os serviços ofertados à população, se baseavam em um modelo firmado na área previdenciária àqueles com vínculo trabalhista e assistencial àqueles sem, o que significa que a parte da população que possuía vínculos

trabalhistas, tinha uma assistência à saúde “garantida”, enquanto os que não possuíam recorriam aos serviços caritativos, configurados especialmente nas Santas Casas.

Esse modelo supracitado se encontrava em crise em diversas esferas, como a da situação sanitária da população e do fornecimento dos serviços de saúde, e foi justamente nesse cenário de crises que a Reforma Sanitária se firmou (FLEURY, 1998 apud TEIXEIRA, 2009, p.474-475).

A partir desse cenário, ocorreram conferências estaduais e municipais de saúde e a VIII Conferência Nacional de saúde em 1986, além da existência das diretrizes voltadas à saúde propostas na Constituição de 1988, o que culminou na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Entretanto, a atenção básica à saúde, foi se organizando com o tempo, através das consequências da instituição das Normas Operacionais Básicas (NOBS), especialmente as de 1993 e 1996, que incentivaram a descentralização e responsabilização para os municípios quanto à sua rede de saúde local (BODSTEIN, 2002). Ainda, conforme Bodstein (2002, p.406), “A principal estratégia do governo ao enfatizar e garantir prioridade ao atendimento básico em saúde se consolida em 1998, com a introdução do PAB (Piso de Atenção Básica), criado através da Portaria GM/MS n.1882, de 18/12/97”

No Brasil, configurou-se a atenção básica para ser a porta de entrada e a responsável pela coordenação do cuidado da Rede de Atenção à saúde, para estar próxima ao local de moradia das pessoas (PNAB, 2012), além de ser um serviço de saúde que dirige o olhar para o sujeito e não apenas para a enfermidade, ou seja, que apresenta uma integralidade do cuidado, que oferece um cuidado continuado, que lida com queixas diversas e muitas vezes inespecíficas (Starfield, 2002). Para alcançar esses objetivos, a atenção básica se firma nos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (PNAB, 2012).

Entretanto, a rede de saúde, incluindo a atenção básica ainda apresenta grandes debilidades, como expõe Campos (2007, p.104) “o desenho organizacional da rede de serviços brasileira, ainda que venham ocorrendo importantes transformações, ainda está longe de atingir uma racionalidade que assegure eficácia e eficiência ao sistema”. Essas debilidades são heranças das características como o autoritarismo, os interesses mercantis e outros das instituições sanitárias existentes que firmaram as bases de

estruturação do SUS, mantendo-se alguns modelos como o campanhista e o curativista como referência (VASCONCELOS e PASCHE, 2013).

Ainda como aponta Campos (2007, p.103), as dificuldades do SUS têm duas origens principais, sendo a insuficiência de recursos financeiros e o desafio de se mudar o modelo de atenção, um modelo capaz de produzir saúde de forma mais eficaz e que funcione com custos mais baixos. Outra questão, quando se adentra mais os modelos supracitados que ainda são a referência de assistência à saúde, é que se deve pensar na forma como o trabalho se dá, pois como afirma Merhy (2002, p.23-24), atualmente o trabalho em saúde é majoritariamente institucionalizado, o médico é ainda o principal elemento da assistência em saúde, e há uma fragmentação da assistência que é resultado de um trabalho parcelado e compartimentalizado que concomitantemente mantém características do trabalho do tipo artesanal.

Ainda, Gomes e Ramos (2015, p.13), ao trazer em discussão as práticas dos profissionais do SUS, afirmam que mesmo com o Humaniza SUS em 2004, ainda vigem modos de trabalho firmados na lógica instrumental e contratual e enfatizam a importância da presença da solidariedade, da aliança e do comprometimento profissional nas mesmas. Trazem ainda que “a excelência clínica, antes de representar uma qualidade técnica resultante de treinamento e formação intelectual, deveria atender à demanda social, com eliminação de práticas discriminatórias do ser humano no sistema de saúde”.

Pensando-se nos modelos campanhista e curativista que serviram e servem muitas vezes em predominância nos sistemas de saúde, deve-se ressaltar que esses se baseiam na verticalização e hierarquizado, o que gera um trabalho em saúde fragmentado que diverge dos princípios que regem o SUS. Sobre essa verticalização, Campos (1999, p.395), diz que “um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores”.

Diante disso, percebe-se a necessidade de se pensar em um novo modelo, que seja capaz de atingir essa eficácia e eficiência ao sistema como afirma Campos. Dessa forma, Campos (1999), sugere que haja uma reordenação do trabalho em saúde firmada no vínculo terapêutico entre equipes e usuários, o que geraria uma nova forma de responsabilidade pela coprodução em saúde. Sugere ainda que esse novo arranjo

promoveria também uma diferente comunicação entre equipe e usuários. É importante ressaltar essa proposta que promoveria esse novo vínculo e essa nova comunicação, pois ambas as coisas são promotoras de princípios do SUS e da atenção básica, princípios estes que já deveriam fazer parte do cotidiano da produção em saúde, a integralidade, a universalidade, a responsabilização e a humanização, ou seja, que são essenciais nesse processo. Essa nova reorganização proposta se daria por equipes de referência e trabalho de apoio matricial.

De acordo com Campos et al (2014)

O apoio matricial tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, ou seja, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela. A partir de discussões clínicas conjuntas ou mesmo intervenções concretas junto com as equipes (consultas, visitas domiciliares, grupos), os apoiadores matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada que contemple a complexidade da vida dos sujeitos (p.989)

Ainda segundo Campos (1998, p.400), “a equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários”. Como afirma Campos e Domitti (2007), a equipe de referência possibilita que se desloque o poder de profissões ou especialistas ao passo que faz com que a equipe interdisciplinar compartilhe esse poder, sendo composta por profissionais necessários para uma resolução de saúde em um campo de conhecimento, voltados para um objetivo em comum.

É importante ressaltar que esse novo modelo proposto foi adotado pela Política Nacional de Humanização (PNH) de 2004, com os princípios norteadores: 1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização. 2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos. 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade. 4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e 5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. Esses princípios norteadores podem ser efetivados

a partir da implementação do modelo de apoio matricial e da equipe de referência, pois os objetivos da PNH como o estímulo aos processos de trabalho de comprometidos com a produção de saúde e também de sujeitos coincidem com os do apoio matricial e equipe de referência que estimulam e favorecem essa produção pelo seu modo de ação.

Conforme Campos (2007), essa eficácia e eficiência do sistema ocorreriam através desse modelo, pois nenhum profissional isoladamente consegue assegurar uma abordagem integral, e o mesmo promoveria uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário. Outra questão é que o apoio matricial aprimoraria os sistemas de referência e contra-referência, já que estimula o contato direto entre as partes envolvidas em um caso ou questão de saúde. O apoio aos profissionais, segundo Campos et al (2014, p.993) “visa ao desenvolvimento de uma postura analítica sobre si mesmos, sobre o outro e seu contexto, uma postura crítica e ético-política, para que possam experimentar novas práticas capazes de responder à complexidade que envolve o trabalho em saúde”. Diante de todas essas reflexões que devem continuar sendo fomentadas, percebe-se a importância dessa mudança de modelo que já começou a ocorrer com o surgimento de novas propostas, e que devem continuar ocorrendo com alterações no sistema.

1.1 A população em situação de rua e atenção básica em saúde

Conforme supracitado, a atenção básica apresenta uma ótica do cuidado centrada na universalidade, integralidade e equidade, mas e quando se pensa no cuidado à população em situação de rua? Será que essa está tendo esse acesso? Será que o atual modelo proposto pela APS abarca as suas necessidades? Como as práticas na atenção primária vem se organizando para tal demanda populacional?

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, há 31.922 adultos em situação de rua nas 71 cidades brasileiras abrangidas pela pesquisa. Foi possível se obter um breve perfil das condições de saúde dessa população, sendo que 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, destacando-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Ainda, quando doentes, 43,8% dos entrevistados procuram em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuram o posto de saúde.

Nessa pesquisa nacional sobre a população em situação de rua, foi possível perceber que há uma procura dessa população quando está doente aos hospitais e centros de saúde, o que justifica a importância de se pesquisar e se pensar se essa população está sendo atendida nesses centros de saúde. Pensando ainda na associação entre AB e população em situação de rua, é necessário se entender como se configura a assistência à essa população neste nível de atenção, com a construção de políticas públicas, e discutir o conceito de espaço e território.

Quanto à assistência à população em discussão, é importante entender as mudanças que ocorreram nos diversos contextos históricos. Conforme Souza, Silva e Caricari (2007), antes da VIII Conferência Nacional de Saúde, a população em situação de rua era assistida por entidades filantrópicas e religiosas, sendo as religiosas representadas pelas Santas Casas de Misericórdia, havendo uma mudança desse cenário após a implementação do SUS, em que essa população passou a ter direito, assim como toda população, à assistência à saúde garantida como dever do Estado. Mas, isso não significou a mudança completa e instantânea do antigo modelo de assistência, pois segundo Vieira e Col (1994) e Castelvechi (1984) citados por Varanda e Adorno (2004, p.67), “a situação dos moradores de rua não mudou de maneira significativa nos últimos anos” e ainda conforme Souza, Silva e Caricari (2007, p.814), “uma visão assistencialista dos *indigentes* vem sendo substituída gradativamente por um discurso de inclusão social, empoderamento e cidadania”.

Com relação ao cuidado atual à saúde da população de rua, foram instituídos pela PNAB os Consultórios na Rua que segundo o manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua (2012) compõe um elemento da atenção básica que busca atuar olhando as variadas questões de saúde da mesma, são formados por equipes multiprofissionais que atuam de forma itinerante, realizando também ações que podem ser interligadas a uma UBS ou outro serviço. Além disso, essas equipes multiprofissionais podem ser organizadas em três modalidades, devendo atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua e tendo a equipe uma carga horária mínima semanal de trinta horas.

Pensando-se em território, para Godim e colaboradores (2008), o território é um espaço que possui uma delimitação geográfica, política, mas também que se configura pelos atores sociais que nele atuam, onde há sujeitos portadores de poder. Nesse espaço, há ainda a interação entre a população e os serviços, incluindo os de saúde.

Essa organização da rede de saúde, pensada diante do território, da municipalização, não é negativa, pois como afirma Godim et al (2008, p.15)

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade.

A importância de se pensar em território quando se fala de população em situação de rua e atenção básica, se dá pelo fato de a atenção básica se organizar segundo território e população adstrita, sendo inclusive pedido aos usuários que informem seu endereço no ato de chegada na UBS. Entretanto, segundo essa lógica, a população em questão não se encaixaria em um determinado território, em uma determinada população adstrita e portanto não estaria “apta” a ser atendida em um determinada unidade de saúde, por não apresentar um endereço na mesma, já que é uma população em constante movimentação e por mesmo as equipes especializadas de atendimento à mesma –consultório na rua- se organizar segundo essa lógica e segundo Godim et al (2008, p.17), “não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem limites impostos por atores determinados.”

Assim, conforme Furlan (2008 apud OLIVEIRA; FURLAN, 2010, p.243), “faz-se necessário apontar um conceito de território que amplie a capacidade de compreensão sobre os potenciais e as limitações existentes no espaço, bem como sobre seus sujeitos constituintes”, e ainda, pois ainda segundo Furlan (2008 apud OLIVEIRA; FURLAN, 2010, p.243):

No território, podem-se observar diferentes maneiras de viver, trabalhar e realizar trocas sociais. Acredita-se que esses são elementos e conceitos importantes na tentativa de olhar o território além de seus números e aspectos físicos, buscando potencializar e problematizar a maneira como trabalhamos com a população e definimos as prioridades das práticas de atenção.

Diante do exposto, não se pode afirmar que é negativo a organização da atenção básica pensando-se em territórios, mas que é necessário que a utilização desse conceito se expanda, para que o mesmo não dificulte ou limite a abrangência da ação dos serviços.

Diante disso, é preciso que se pense na população em situação de rua, na relação da mesma com a atenção básica que é o serviço de saúde pensado como porta de entrada, onde os pacientes são acolhidos e suas demandas levantadas, por vezes

resolvidas, para que a mesma possua equidade de acesso e até mesmo sejam pensadas políticas que a favoreçam.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a produção científica sobre as ações de saúde na atenção básica para a população em situação de rua.

2.2 Específicos

- Identificar as questões sobre o acesso e assistência na atenção básica à população em situação de rua.

- Analisar as demandas e necessidades apresentadas por esse grupo social e a organização das práticas na atenção básica.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, pois busca conhecer, analisar, discutir e levantar questões acerca do “problema” que envolve a população em situação de rua e a atenção básica. Segundo Crewell (2010, p.26), “A pesquisa qualitativa é um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”.

Quanto à utilização do método qualitativo na área da saúde, Turato (2005, p.510 grifo nosso), diz:

O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. **Nos settings da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.**

O método utilizado será o de revisão narrativa de literatura que é “levantamento de trabalhos científicos publicados na abordagem qualitativa, equivalente à revisão sistemática de literatura (usual nas abordagens quantitativas) (Turato, 2005, p.512). Ainda, segundo Turato (2005, p.512), é a “discussão de vários trabalhos conduzidos no rigor metodológico, incluindo análise de conteúdo do material examinado e selecionado”

Para definição dos métodos desse estudo, foi realizada uma pesquisa prévia no mês de maio do ano de 2015, utilizando a base de dados BVS (Biblioteca virtual em saúde) por meio dos descritores: população em situação de rua e atenção básica. Na pesquisa, o único filtro utilizado foi idioma em português. A escolha dos descritores e

da base de dados se deu após tentativas com diversos descritores na citada base de dados e em outras como Scielo e Periódicos Capes como: moradores de rua, morador de rua, atenção primária à saúde e serviços de saúde, todos localizados no DeCS/MeSH, que não apresentaram resultado satisfatório, a dizer, artigos que abrangessem o tema de escolha, incluindo a população de rua, a atenção básica, o acesso e atendimento à essa população. Assim, os descritores escolhidos "população em situação de rua" e "atenção básica" foram os com melhor recuperação de dados. Foram encontrados, com base nos critérios, 13 documentos, sendo selecionados sete, já que um não abrangia o tema estudado e cinco se repetiam, ficando assim, para análise cinco artigos, um trabalho de conclusão de uma especialização e um manual. A figura 1 representa didaticamente, a busca realizada.

Os dados serão explorados através da análise de conteúdo descrita por Bardin. Segundo Bardin (1977, p.38), a análise de conteúdo é “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Ela é ainda “uma análise dos significados” (1977, p.34).

A análise de conteúdo permite a categorização das informações contidas na mensagem, promovendo uma “organização” destas (BARDIN, 1977).

Deste modo, serão feitas inferências e criadas categorias de análise acerca da população em situação e a atenção básica a partir do conteúdo em cada documento selecionado, e a categorização por temas dos conteúdos verificados nos documentos.

Figura 1 – fluxograma da busca bibliográfica



Descritores Utilizados: População em situação de rua e Atenção básica. **Crítérios:** Documentos nacionais em língua portuguesa que abrangessem o tema população em situação de rua e atenção básica.

Através da leitura dos documentos selecionados, serão elencados temas comuns presentes nos mesmos que associem a população em situação de rua e a atenção básica, de modo a compreender a relação entre esses, ou seja, a relação dessa população com esse serviço de saúde, sendo encontrados em comum assuntos como o acesso, o atendimento, o território, o cuidado/modelo de atenção e o apoio.

Nesse sentido, buscaremos apresentar e discutir os assuntos supracitados, baseando-se na análise realizada acerca dos documentos. Abaixo, segue um quadro apresentando as informações dos documentos mencionados.

Quadro 1 – Dados do estudo

Nº	Autor	Referência	Título	Síntese
1	JÚNIOR; ANDRADE; LUPPI; SILVEIRA	Saúde soc., v.15, n.3, p.30-39, set-dez 2006.	Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social	Apresenta a experiência do Centro de Saúde Escola Barra Funda com grupos populacionais em situação de exclusão social, incluindo a população de rua, expondo acerca dos processos de trabalho.
2	CANÔNICO; TANAKA; MAZZA; SOUZA; BERNAT; JUNQUEIRA	Rev Esc Enferm USP, v. 41, n. spe, p. 799-803, 2007.	Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo	Evidencia como ocorreu o processo de inclusão da população de rua no serviço de saúde, como se dá o atendimento a essa população e os processos de trabalho da equipe.
3	JÚNIOR; JESUS; CREVELIM	<i>Saúde Soc.</i> , v.19, n.3, p.709-716, 2010.	A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos na cidade de São Paulo	Discute a experiência da implementação de uma equipe de saúde da família para o atendimento à população em situação de rua e as abordagens e processos de trabalho.
4	MINISTÉRIO DA SAÚDE	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.	Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.	Expõe amplamente questões acerca da saúde da população em situação de rua, além da estruturação dos consultórios na rua, as demandas dessa população, as formas de atendimento e outros.
5	SANTOS	Especialização em saúde mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS e Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde– escola GHC. Porto Alegre. Brasil.	Os Processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas	Expõe acerca da implementação de um consultório na rua em Porto Alegre e como ocorre a produção do cuidado à essa população.
6	MACERATA	Rev. Polis e Psique, v. 3, n. 2, p.207-219, 2013.	Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro	Discute sobre a experiência da ESF pop rua no Rio de Janeiro, trazendo questões acerca do acesso, do atendimento e dos processos de trabalho.
7	MACERATA; SOARES; RAMOS	Rev. Supl, vol.18, suppl.1, p. 919-930, 2014.	Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua.	Discorre sobre o cuidado à população em situação de rua e a atenção básica, fazendo uma conexão entre esse cuidado, o território existencial e o apoio.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os achados compreendem em sua maioria artigos (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014; JÚNIOR et al, 2006; CANÔNICO et al, 2007; JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010; MACERATA, 2013), além de um trabalho realizado em uma especialização (SANTOS, 2013) e um manual (Ministério da Saúde, 2012).

4.1 Problemas clínicos comuns da população em situação de rua.

Quanto aos problemas clínicos comuns apresentadas por essa população, pode-se perceber queixas e doenças comuns, devido às suas condições de vida. No Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua do Ministério da Saúde (2012), são apresentadas doenças como problemas nos pés, infestações (piolhos de corpo, cabeça e escabiose), tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS, gravidez de alto risco, doenças crônicas como hipertensão, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica, consumo abusivo de álcool e drogas, além de problemas de saúde bucal. Macerata, Soares e Ramos (2014), trazem que no SUS as principais demandas da população de rua são ferimentos, tuberculose, hanseníase e HIV e que geralmente essas doenças estão associadas a outros problemas e transtornos. Essa associação das doenças com outros transtornos, abuso de substâncias psicoativas também é afirmada por Macerata (2013).

Santos (2013), aponta demandas de saúde relacionadas ao uso abusivo de crack associado ou não com álcool, ao teste rápido de HIV e sífilis, curativos, além de questões psiquiátricas e nutricionais.

Canônico et al (2007), trazem os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), onde a maioria das pessoas relataram alcoolismo, além de aparecerem casos de hipertensão arterial, diabetes e tuberculose.

Percebe-se assim, doenças comuns citadas em ambos os documentos, o que pode indicar uma dificuldade na higienização, no cuidado, na alimentação e a necessidade de um olhar específico à essas questões, que são passíveis de aparecerem nos centros de saúde. Além disso, podemos observar que a população não apresenta apenas demandas relacionadas a atendimentos pontuais como realização de curativos, entrega de

preservativos ou testes para a constatação de doenças sexualmente transmissíveis, mas também psicológicas, especialmente a transtornos associados ou não ao uso de substâncias psicoativas, o que reafirma a necessidade dessa atenção diferenciada, com olhar integral, baseada no acolhimento.

Apesar dessa descrição relativa aos problemas clínicos comumente apresentados pela população em situação de rua, é necessário que não se haja um olhar voltado apenas a essas questões ou enfermidades, ou ainda a visão de que essas são as únicas demandas apresentadas por essa população para a atenção básica, mas sabendo que esses podem estar relacionados a outras questões ou que até mesmo quando parecem ser as dificuldades principais, o paciente pode requerer ajuda em outros incômodos ou condições, e é justamente esse olhar integral, não voltado apenas a uma enfermidade que diferencia e caracteriza a ação desse nível de atenção e que deve promover a continuidade do cuidado mesmo que inicialmente o paciente apresente um problema clínico solucionado instantaneamente como a realização de um curativo.

4.2 Acesso.

Júnior, Jesus e Crevelim (2010, p.712-713) trazem que “junto a essa população, o acesso aos serviços de saúde se apresenta, de modo geral, com significativos obstáculos para sua efetiva garantia, em especial na atenção primária. ” É possível perceber que essa população só procura os serviços de saúde quando apresentam uma queixa grave que interfere na realização de suas principais atividades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) e que “ é um dos grupos populacionais que menos tem acesso aos serviços de saúde” (MACERATA, SOARES E RAMOS, 2014 p.923). Diante dessa situação exposta pelos autores, com relação ao acesso, é importante se pensar na maneira como a atenção básica foi pensada, nos seus princípios, citando o estabelecimento de vínculo e a continuidade do cuidado, o que não condiz com o relato que traz uma procura aos serviços de saúde apenas em situação “críticas” por essa população e o porquê dessa busca pontual, sem comprometimento.

Um dos fatores apontado pelos artigos que dificulta ou impede esse acesso é a questão do território e a relação que a saúde apresenta com esse, havendo uma necessidade de mudança desse olhar, dessa compreensão de território, adentrando ele não apenas fisicamente, mas constituindo-se como parte dele (MACERATA, SOARES E RAMOS, 2014; JÚNIOR, JESUS E CREVELIM, 2010; MACERATA, 2013). Além

disso, percebe-se a necessidade de considerar esse território não apenas como uma área geograficamente delimitada, mas como algo que “diz respeito a um ambiente vivo, que tem por um lado uma localização geográfica, um perfil populacional, que diz respeito a um sujeito, a determinadas identidades socioculturais, mas que está para aquém e além disso” (MACERATA, SOARES E RAMOS, 2014 p.922)

Entretanto, alguns textos apontam que, as Equipes de Consultório na Rua alteram em parte essa dinâmica pré-existente, pois a equipe vai até a população, os atendimentos podem ser realizados na rua, e o trabalho se dá com um olhar integral, o que promove o acesso e funciona como verdadeira porta de entrada dos serviços de saúde à população de rua (MACERATA, SOARES E RAMOS, 2014; SANTOS, 2013). Além disso, para a ampliação desse acesso, é necessário um movimento não apenas dos serviços de saúde, mas de toda a sociedade que se atente e aja em favor disso (MACERATA, 2013). Essa ampliação do acesso é buscada pelo Saúde em Movimento ou Equipe de Saúde da Família da População de rua descrito por Macerata (2013) através da atuação do agente comunitário de saúde, que deve se basear na aproximação, e da porta de entrada no serviço através do acolhimento, da criação de vínculo e no acompanhamento. Essa não deve se limitar apenas ao atendimento na rua, mas também aos centros de saúde e outros órgãos ou instituições comprometidas com a população em situação de rua.

É importante esclarecer que a garantia do acesso não se baseia apenas na existência de centros de saúde e profissionais da saúde, mas no atendimento integral, na possibilidade de acesso da pessoa ao local ou atendimento ou ainda na busca ativa de uma determinada população, no olhar específico às necessidades dessa e até na consolidação de vínculo entre o indivíduo e o serviço.

4.3 Atendimento/Assistência à saúde.

A PNAB traz que os atendimentos da atenção básica não se reduzem apenas ao tratamento de determinada enfermidade ou situação de saúde, mas abrangem outras questões como a promoção, a proteção, a manutenção da saúde e outros, ou seja, é um nível de atenção que deve proporcionar uma assistência continuada à saúde.

Para melhor entendimento da relação da atenção básica com a população em situação de rua, é necessário se conhecer ou entender como ocorre o atendimento a essa população, como se dá a assistência à saúde.

Segundo Macerata, Soares e Ramos (2014), há uma falta de continuidade do cuidado, geralmente os atendimentos à essa população ocorrem de forma pontual, em serviços de pronto atendimento, o que vem sendo questionado pois se percebe que não tem sido a melhor forma de promover um cuidado à essa população, “não basta ter a técnica e os insumos necessários: o que será decisivo na capacidade de um serviço de saúde no cuidado com a rua é o modo relacional que se estabelecerá entre serviços e usuários” (MACERATA, 2010 apud MACERATA, SOARES E RAMOS, 2014, p.929), e ainda, “é necessário prover não apenas condições de higiene e alimentação, mas tentar resgatar o morador em situação de rua enquanto cidadão (...) (CANÔNICO et al, 2007 p.801). Esses autores supracitados demonstram que a descrição da atenção básica prevista na PNAB não está se fazendo real quando se pensa nesse nível de atenção e na população em situação de rua, o que supõem um modelo de trabalho que não está gerando os resultados esperados e pensados, que é justamente a reflexão que trazem Júnior, Jesus e Crevelim (2010, p.713),

São necessário novas abordagens e novos processos de trabalho na atenção à saúde dessa população, os quais introduzam em suas formulações a equidade no acesso aos serviços de saúde e que sejam orientados para o que se denomina “discriminação positiva”, particularmente no que tange aos serviços de atenção primária à saúde.

A discriminação positiva seria ações realizadas em favor de uma população ou grupo visando a diminuição da desigualdade sofrida pelo mesmo. Ela “pode se constituir como importante caminho para a realização de ações em saúde, que contemplem o vasto conjunto de efeitos produzidos por processos sociais de exclusão (MARSIGLIA, R.M.G; SILVEIRA, C; JÚNIOR, N.C, 2005, p.73), já que facilita o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, especialmente na atenção básica.

Júnior et al (2006) dizem ainda, com relação aos atendimentos à essa população, que essas práticas devem estar interligadas com outros serviços e que devem dar visibilidade aos indivíduos que recebem essa atenção.

Dessa forma, a discriminação positiva voltada à população em situação de rua, ou seja, em favor dessa, possibilitaria novas possibilidades de acesso e atendimento, já que vem sendo demonstrado que esses ocorrem com dificuldade e quando ocorrem são apenas atendimentos pontuais, sem uma continuidade do cuidado, como é pensado para a atenção primária. Essa discriminação positiva poderia ser realizada através de ações

ou criação de grupos nos próprios serviços de saúde voltados para a população em situação de rua juntamente com a colaboração da comunidade, ações e grupos esses em favor dessa população, podendo estar interligados ou até estabelecendo parcerias com outros serviços ou entidades e que realizariam uma busca ativa para a composição e participação nesses.

O modo como se oferece a assistência à saúde, como os atendimentos são realizados, é decisivo em outros pontos como o acesso, pois no estabelecimento de vínculo do usuário com o serviço um atendimento integral, um olhar do profissional para o sujeito e não apenas para a questão de saúde, a continuidade do cuidado pode ser primordial.

4.4 Novas metodologias de trabalho.

Macerata, Soares e Ramos (2014), explicitam a metodologia do apoio descrita por Gastão Wagner Campos como uma ética necessária na atenção básica no atendimento à população de rua, trazendo que historicamente a mesma sempre foi ignorada pelos serviços de saúde. Segundo os autores, esse apoio implicaria um comprometimento, uma relação direta com a população e as ações realizadas, de modo que o trabalho vivo, ou seja, aquele baseado no modo relacional, seria imprescindível, e que esse se daria através do acolhimento e do acompanhamento diferenciado segundo as realidades.

Na metodologia de apoio se vê a hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto, ou seja, dá-se importância à tecnologia leve, que diz respeito à produção de saúde não apenas através de procedimentos médicos e protocolos-que seriam caracterizados como trabalho morto-, mas através do contato, da escuta e do acolhimento das demandas trazidas pelo usuário do serviço de saúde. Também fica evidente a inescusável hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto no relato de Canônico et al (2007) quando evidenciam a importância de uma atenção baseada na escuta, no conhecimento da história de vida dos indivíduos, ou seja, tendo a tecnologia relacional como ferramenta central de trabalho.

Júnior et al (2006), dizem que a atenção básica é o ambiente promissor para a incorporação de práticas diferenciadas de saúde pautadas na especificidade de determinado grupo. Enfatizam ainda, a necessidade de se haver práticas equânimes de

saúde, que não sejam voltadas exclusivamente à prática médica e que estejam articuladas com outros serviços. Novamente essa afirmação do autor conversa com os princípios da atenção básica quando se pensa na equidade, que deve reger os serviços de saúde, ou seja, os mesmos devem olhar para a população atendida, para suas necessidades singulares e até mesmo oferecer uma atenção especial quando necessário.

Santos (2013) expõe a clínica ampliada praticada pela equipe de Consultório na Rua “Pintando Saúde” como uma forma eficiente de se produzir saúde e que aumentam a autonomia dos usuários quando ele ou outros buscam o serviço. Também sobre a clínica ampliada, Macerata (2013), diz que essa metodologia de trabalho é reforçada quando há um trabalho conjunto entre os profissionais e a geração de um sentimento de equipe.

Esse comprometimento, essa relação direta com a população, o acolhimento, a escuta e a realização de práticas equânimes de saúde conversam com tudo aquilo que foi pensado para a atenção básica, com os princípios que a devem reger e que estão descritos na PNAB, buscando produzir uma atenção integral. Dessa forma, essas metodologias de trabalho se constituiriam como ferramentas úteis e necessárias para a efetivação da atenção primária como ela foi pensada, o que beneficiaria a população em discussão.

Vê-se que todos os artigos explicitaram a necessidade do contato, da escuta, ou seja, do modo relacional, de um comprometimento com o indivíduo, com a população, mas mesmo com as novas metodologias propostas não se vê a efetivação dessa dinâmica, o que pode ser reflexo de vários fenômenos advindos da mercantilização da saúde, da falta de preparo dos profissionais, da conformação dos serviços de saúde ou ainda de diversos outros fatores, sendo necessário um olhar mais aprofundado para essas questões, de modo que se possa pensar mais objetivamente no que tem dificultado a implementação e efetivação dessas metodologias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção científica permitiu concluir que há escassa publicação que aborda a temática da atenção básica e sua relação com a população de rua. Os descritores utilizados proporcionaram o achado de artigos que abrangessem os temas de interesse que foram esmiuçados nos resultados, mas foi possível perceber a dificuldade de encontrar produção científica a respeito.

Por meio das publicações selecionadas ficou evidenciada a exclusão presente ainda hoje em torno dessa população, que muitas vezes fica desprovida de cuidados, direitos e até mesmo acesso, apesar do estabelecimento de políticas. Outra questão, é o avanço que o Consultório na rua propiciou, trazendo uma nova abordagem, um olhar mais humanizado e que facilitou o acesso dessa população aos serviços de saúde, já que

a população de rua não vai até os serviços ou não consegue acessá-los e através dessa estratégia há uma facilitação do acesso. Entretanto fica aparente que esse acesso, esse contato com a população de rua não deve se limitar às Equipes de Consultório na Rua, mas deve se expandir às Unidades Básicas de Saúde e a outras instituições ou organizações.

Também, percebe-se ainda a necessidade descrita pelos autores de novas metodologias de trabalho nos centros de saúde, de modo que haja uma vinculação da população atendida aos profissionais, sendo os atendimentos não baseados apenas no seguimento de protocolos, mas que possuam a escuta e o acolhimento. Alguns trouxeram metodologias já firmadas, objetivamente descritas como a metodologia de apoio, da clínica ampliada e do método Paideia descritas por Gastão Wagner Campos enquanto outros descreveram ações particulares na atenção como a vinculação, a escuta, o acolhimento.

Não ficou explicitamente descrito a organização das práticas de saúde da atenção básica a essa população, exceto as do Consultório na Rua, que estão detalhadas na política, de modo que não foi possível perceber a atuação específica que os Centros de Saúde têm realizado apesar de analisadas as principais doenças apresentadas por este grupo populacional na atenção básica.

Com o estudo, foi possível entender e analisar questões acerca do acesso e da assistência na atenção primária à saúde para a população em situação de rua, que ainda é limitada e reducionista, bem como a conformidade dos autores com relação às necessidades e mudanças importantes para uma assistência à saúde comprometida com os princípios do SUS, especialmente na do atual modelo dominante vigente.

Por fim, mesmo com os dados encontrados é possível afirmar que há a necessidade de uma maior quantidade de produção científica na área, especialmente com dados específicos relativos aos atendimentos e abordagens que vem sendo realizados pela atenção básica à população de rua, além da preparação ou não que os profissionais possuem, o que facilitaria o levantamento de demandas e ações a serem realizadas junto a essa população e também de auxílio aos serviços de saúde para que pudessem oferecer o suporte necessário.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *A Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Maio 2015.

CAMPOS, G. W.S.; Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999a.

CAMPOS, G. W.S.; Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999b.

CAMPOS, G. W.S. e DOMITTI, A. C.; Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W.S.; O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS G.W.S. *Saúde Paideia*. Coleção Saúde em Debate – São Paulo: HUCITEC, 2007.

CAMPOS, G.W.S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 983-995, Dec. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Abr. 2015.

CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P et al. *Manual de práticas em atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, 411pp.

CANÔNICO et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, n. spe, p. 799-803, 2007.

GOMES, Doris; RAMOS, Flávia Regina Souza. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 19, n. 52, p. 9-20, Mar. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Abr. 2015.

GONDIM. Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C, et al (org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 01-22. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf> Acesso em: Maio 2015.

JÚNIOR et al. Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social. *Saúde soc.*, v.15, n.3, p.30-39, set-dez 2006.

JÚNIOR, N.C; JESUS, C.H; CREVELIM, M.A. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. *Saúde Soc.*, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

MACERATA, I; SOARES, J.G; RAMOS, J.F. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Rev. Supl*, v.18, suppl.1, p. 919-930, 2014.

MACERATA, I. Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. *Rev. Polis e Psique*, v. 3, n. 2, p.207-219, 2013.

MARSIGLIA, R.M.G; SILVEIRA, C; JÚNIOR, N.C. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v.14, n.2, p.69-76, maio-ago 2005.

MERHY, E.E. A micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde como contribuição para a compreensão das apostas em torno de uma reestruturação produtiva no setor. In: _____ . *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 19-40.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização: Humanizadas Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DE COMBATE À FOME. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome; 2008.

VIENONEN, M., JANKAUSKIENE, D., VASK, A. De la política a la acción: Hacia una reforma de la atención de salud basada en pruebas. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Reconpilación de artículos nº1, 1999.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

SANTOS, C.F dos. Os Processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas. Especialização em saúde mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais. *Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS e Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde– escola GHC*. Porto Alegre. Brasil.

SOUZA, Eduardo Sodré de; SILVA, Sandra Regina Vilchez da; CARICARI, Ana Maria. Rede social e promoção da saúde dos "descartáveis urbanos". *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 810-814, Dec. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Maio 2015

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). *Rev. adm. empres.*, São Paulo , v. 49, n. 4, p. 472-480, Dec. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Abr. 2015.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. 2005, v.39, n.3, pp. 507-514.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Maio 2015.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 559-590.