

## O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios

Aléxa Rodrigues do Vale. Prefeitura de Belo Horizonte/Minas Gerais  
Marcelo Dalla Vecchia. Universidade Federal de São João Del Rei

### Resumo

Pessoas em situação de rua (PSR) foram historicamente negligenciadas nas políticas públicas de saúde, realidade que vem mudando nos últimos anos. Investigou-se como são relatadas as ações de cuidado à saúde para a PSR através de uma revisão da literatura, destacando-se possibilidades e desafios. Os relatos de experiência revisados concentram-se em atividades desenvolvidas por equipes de Consultório na Rua (CR), buscando o cuidado integral à saúde, pautando-se na produção de vínculos e imersão no território. Dentre os desafios para o cuidado desse público estão: contornar as ações de repressão, enfrentar o déficit na formação, consolidar as ações intersetoriais e aprimorar as condições de oferta. As equipes de CR são importantes no cuidado à saúde e garantia dos direitos da PSR. Porém, não se problematiza o cuidado à saúde desse público na ausência do CR, como ocorre em cidades de pequeno e médio porte.

**Palavras-chave:** população de rua; política de saúde; abordagem de tratamento interdisciplinar; psicologia comunitária.

### Abstract

*The health care of people living in the streets: possibilities and challenges.* People living in the streets (PLS) have been historically neglected by the public policy in Brazil, a changing reality in the past few years. Reports about the health care provided to the PLS were investigated through a literature review of Brazilian scientific papers, highlighting opportunities and challenges. The analysis of selected studies indicates that street outreach teams (SOT) seek a comprehensive health care to the PLS, relying on the constitution of bonds and territorial immersion. Avoiding repression, training of professionals, consolidating of intersectoriality and improving the health care quality are the main challenges towards a comprehensive health care approach. SOT teams are important both to the health care and the human rights of PLS. However, it is not discussed the health care provided in the absence of SOT that occurs in small and mid-sized cities.

**Keywords:** homeless; health care policy; interdisciplinary treatment approach; community psychology.

### Resumen

*El cuidado de la salud de las personas en situación de calle: posibilidades y desafíos.* Las personas en situación de calle (PSC) fueron históricamente desconsideradas en las políticas públicas, realidad que viene cambiando. Fueron investigadas las acciones de cuidado de la salud hacia la PSC a través de una revisión de la literatura, destacándose las posibilidades y desafíos. El análisis de los estudios indica que el Consultorio de Calle (CC) tiene como objetivo el cuidado integral a salud de la PSC, pautado en la producción de vínculos e inmersión en el territorio. Entre los retos para el cuidado integral están: evitar las acciones de represión, enfrentar el déficit en la formación, consolidar acciones intersectoriales y valorizar las condiciones de oferta. Las equipos del CC son importantes en el cuidado a la salud y garantía de los derechos humanos. Sin embargo, no se problematiza cómo funciona la atención a la salud de ese público en la ausencia del CC, como ocurre en ciudades de tamaño pequeño y mediano.

**Palabras clave:** población de la calle; política de salud; abordaje de tratamiento multidisciplinario; psicología comunitaria.

No Brasil, a atenção do poder público à população em situação de rua (PSR) é recente e decorre de lutas sociais das últimas décadas. A negligência do Estado com essa situação demonstra o paradoxo com base no qual se tem lidado com essa realidade, na qual convivem ações assistencialistas pautadas na compaixão, e higienistas, pautadas no preconceito e na repressão. Ressalta-se, principalmente, a indiferença tanto do Estado como também da sociedade e da opinião pública (Costa, 2005). O principal marco político para ações junto dessa população é a Política Nacional para a Inclusão da População em Situação de Rua (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS], 2009a). Tal Política permitiu que se desvelasse a invisibilidade histórica nesse contexto, prevendo pela primeira vez ações interministeriais para incentivar políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal (Rodrigues & Callero, 2015).

Atualmente, em algumas cidades, se materializa uma rede de serviços para o atendimento à PSR: os Serviços de Acolhimento Institucional (abrigo, casas de passagem e acolhimento em república), os Centros POP<sup>1</sup>, o Serviço Especializado de Abordagem Social referenciado no Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), e na área da saúde o Consultório na Rua e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPSad (Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região [CRP-4], 2015). Porém, na maior parte das localidades brasileiras, não se encontra consolidada uma rede de serviços para o atendimento desse público, que requer ações intra e intersetoriais em face da complexidade do fenômeno. Ainda assim, apesar das recentes conquistas de direitos ressalta-se uma concentração desse cuidado no setor de assistência social (CRP-4, 2015).

A Política Nacional para a Inclusão da População em Situação de Rua a define como:

Grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento (MDS, 2009a, p. 9).

Na Pesquisa Nacional sobre a PSR<sup>2</sup>, levantou-se que 18% dessa população passaram por barreiras substanciais para acessar serviços de saúde, e que o contexto da rua parece ser tanto a causa quanto a

consequência para problemas de saúde, podendo agravar problemas de saúde pré-existent. Um dos achados da Pesquisa Nacional em relação à saúde da PSR diz respeito ao uso de substâncias psicoativas. O uso tanto pode agir como causa de ida às ruas por desencadear, muitas vezes, fragilizações e rupturas nos vínculos familiares e laborais, como também compor a vida em espaços públicos de forma a amenizar os sofrimentos decorrentes dessa situação e ‘viabilizar’ a permanência na rua (MDS, 2009b).

O uso de drogas nesse contexto está associado a diversos fatores produtores de vulnerabilidade, compreendida como de ordem individual e extra-individual, decorrente de mediações sócio-econômicas e do acesso às políticas públicas que podem aumentar ou diminuir o risco de adoecimento de determinados grupos populacionais (Ayres, França Júnior, Calazans, & Saletti Filho, 2003). No caso dos cuidados à saúde da PSR destaca-se a necessidade de desenvolver estratégias que interfiram sobre a vulnerabilidade social, reduzindo danos decorrentes da vida nas ruas, promovendo saúde e aperfeiçoando a abordagem aos sujeitos de forma a favorecer a adesão aos tratamentos de saúde (Ministério da Saúde [MS], 2012a). Os serviços de saúde são usados por esse público, em sua maioria, para o acesso a medicamentos ou atendimento emergencial (MDS, 2009a). No entanto, seus problemas de saúde não são tipicamente emergenciais: tuberculose, infestações por parasitas, problemas nos pés, doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde bucal, gravidez de alto risco, doenças crônicas, transtornos mentais graves e uso prejudicial de álcool e outras drogas. Por isso, diante das dificuldades de acesso aos espaços formais (institucionais) das políticas sociais e de saúde, tem-se buscado viabilizar que os serviços possam ir ao encontro dos sujeitos (MS, 2012b).

Em busca de reverter as lacunas da assistência a problemas de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas no SUS, ações interministeriais foram previstas para a ampliação do acesso ao tratamento, instituindo-se a redução de danos como estratégia de cuidado, ainda que não exclusiva. Além disso, tais ações prevêm o incentivo à intersectorialidade no cuidado aos usuários de drogas e o fortalecimento de abordagens com enfoque no território, dentre elas, o Consultório de Rua (MDS, 2009a; MS, 2010). O Consultório de Rua resulta de práticas exitosas ocorridas principalmente em Recife, no Rio de Janeiro e em Salvador. Posteriormente, foram replicadas em diversos

municípios brasileiros, tendo como público-alvo pessoas em situação de rua com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, além das portadoras de infecções sexualmente transmissíveis (V. C. A. Souza, Pereira, & Gontijo, 2014). O Consultório na Rua (CnaR) advém da junção dessas práticas com experiências na Atenção Básica para a PSR nas cidades de Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro, caracterizando-se, em seguida como componente da atenção básica na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Trino, Machado, & Rodrigues, 2015).

As equipes de Consultório na Rua (eCnaR) são multiprofissionais, devem atuar de forma itinerante, nos territórios dos sujeitos em situação de rua, desenvolvendo ações direcionadas às necessidades de saúde desta população e em articulação com a RAPS, especialmente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades e demais serviços de urgência e emergência (Portaria nº 122, 2011).

A saúde dessa população é um objeto complexo, envolvendo a compreensão de que há uma história que precede a ida às ruas e que deve ser levada em conta no planejamento e desenvolvimento de ações de cuidado. Não obstante, a vida nas ruas desenvolve um *modus operandi* com formas de comunicação e código de conduta próprio. A compreensão desses fatores pelas eCnaR potencializa a melhoria da qualidade de vida dessa população (Trino et al., 2015). No entanto, as eCnaR ainda são insuficientes, em parte por se tratar de uma política relativamente recente e com produção acadêmica incipiente (Hallais & Barros, 2015). Além disso, as eCnaR são habilitadas tipicamente em cidades com população superior a 100 mil habitantes. Em casos com população inferior à estipulada, a possibilidade de existência de uma equipe dependerá da comprovação de que o quantitativo populacional em situação de rua condiz com os parâmetros oficiais (Portaria nº 123, 2012).

Diante desse panorama de histórico desconhecimento e recente reconhecimento dos direitos da PSR, buscou-se apreender as possibilidades de atuação junto desta população diante dos desafios colocados para a garantia do seu acesso às ações de cuidado à saúde, possibilitando sistematizar um panorama das ações desenvolvidas, bem como das lacunas assistenciais existentes.

## Metodologia

A revisão integrativa da literatura é uma modalidade de pesquisa bibliográfica com uma abordagem

ampla. Em virtude disso, pode incluir em seu escopo a análise de relatos de pesquisa e de experiências relevantes em determinado tema, como também a síntese das evidências identificadas e as lacunas existentes (Galvão, Sawada, & Trevisan, 2004). Há diferentes meios para se desenvolver uma revisão integrativa em busca de alcançar um conhecimento profundo sobre certo o tema (K. D. S. Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Nesta oportunidade, recorreu-se a seis etapas consecutivas e interdependentes: (1) definição do problema de pesquisa; (2) delimitação dos critérios de inclusão/exclusão das pesquisas; (3) seleção das informações e organização em um banco de dados; (4) análise dos estudos coletados; (5) interpretação dos resultados de acordo com o conhecimento teórico, e (6) elaboração e divulgação dos resultados.

A partir da definição do problema de pesquisa e dos objetivos formulados, foi feita uma busca em indexadores pré-selecionados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Sociais (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Google Acadêmico. A coleta de dados foi feita pela primeira autora nos meses de abril e maio de 2016, utilizando como descritores os termos “população de rua” e “cuidado a saúde”, além de “população de rua” e “saúde”.

Os critérios de inclusão para a constituição do *corpus* foram artigos, monografias, dissertações e teses, com texto integral disponível *online*, que tratassem de relatos de pesquisa e intervenção realizadas por equipes multiprofissionais junto de pessoas em situação de rua - publicados em língua portuguesa entre 2010 e 2016. O período foi estabelecido de forma a contemplar os primeiros relatos presentes na literatura acerca das atividades de equipes de Consultório de Rua, assim como as ações de Consultório na Rua, após sua implementação na RAPS como equipe componente da atenção básica à saúde. Foram excluídos os artigos repetidos, os artigos em língua estrangeira, os que abordassem o cuidado à saúde de crianças e adolescentes, os artigos de revisão e os ensaios teóricos.

Em um primeiro momento, foram selecionados para análise 33 trabalhos, entre artigos, monografias, dissertações e teses que se enquadravam nos critérios de inclusão acima indicados. Em uma leitura preliminar, foram excluídos oito estudos por não se relacionarem com o tema do cuidado à saúde da PSR. Ao final, restaram 25 trabalhos: nove artigos da SCIELO; um artigo e uma tese da PEPSIC; um artigo da LILACS; quatro artigos, seis dissertações e uma monografia do Google Acadêmico, e um artigo da BVS.

## Resultados e discussão

Entre os trabalhos selecionados houve um maior número de publicações de 2013 a 2014, o que pode ser explicado pela implementação das eCnaR pelo Ministério da Saúde em 2012 em diversos municípios do Brasil. No que se refere à metodologia utilizada, nota-se que as pesquisas recorrem principalmente à abordagem qualitativa. Há predomínio de investigações que buscam compreender o processo saúde/doença na situação de rua ao invés de mensurá-lo. Nesse caso, o método qualitativo é o mais apropriado, pois permite compreender o produto das relações, significações, percepções e interpretações feitas pelo ser humano sobre suas ações e construções, e como sentem e pensam sobre a realidade (Minayo, 2010).

O método de coleta de dados mais utilizado foi a triangulação de métodos qualitativos, envolvendo observação participante, entrevista semi-estruturada, análise de documentos e rodas de conversa. A utilização de duas ou mais formas de coleta de dados amplia o conhecimento do objeto de estudo quando a utilização de um método não é suficiente para apreendê-lo, além de favorecer a qualidade da pesquisa (Flick, 2009).

Identifica-se maior número de estudos sobre os relatos dos profissionais ou suas atividades quando comparado às percepções das pessoas em situação de rua. Foram localizados seis estudos que realizaram entrevistas semi-estruturadas com profissionais, sendo que outros seis estudos foram relatos de experiência a partir do acompanhamento das ações das equipes. Apenas três estudos buscaram investigar as percepções tanto dos profissionais, quanto da população em situação de rua, demonstrando uma lacuna que deve ser mais bem explorada em futuros estudos.

Os artigos foram divididos em cinco categorias conforme a síntese das principais contribuições que apresentaram para o tema em questão, quais sejam: o cuidado à saúde da PSR; o cuidado à saúde pelas eCnaR: singularidades e potencialidades; as implicações do território para o cuidado à saúde da PSR; as (im)possibilidades para o cuidado integral à saúde; e as lacunas no cuidado à saúde da PSR. Alguns estudos se repetem em diferentes categorias por apresentarem resultados e discussões mais abrangentes acerca do tema.

### **O Cuidado à Saúde da PSR**

Dentre os estudos analisados, destacam-se ações de cuidado à saúde da PSR a partir da Atenção Básica – incluindo ações do Consultório na Rua – dos serviços

de assistência social e dos CAPS e CAPSad. A assistência social atua como porta de entrada desse público para os serviços de saúde. Nesses casos, evidencia-se a insegurança dos profissionais da assistência social ao se deparar com casos que envolvem transtornos mentais e uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como dificuldades para articular um acompanhamento com os serviços de saúde (Borysow & Furtado, 2014; Carneiro Junior, Jesus, & Crevelim, 2010; C. R. P. Mendes & Horr, 2014). Porém, a discussão dos casos entre os serviços de saúde e assistência social potencializa a formulação de planos de trabalho conjunto que promovem não somente o cuidado integral à saúde, como também o acesso a demais direitos sociais, tendo em vista a perspectiva de formulação de projetos de vida junto dessas pessoas (C. R. P. Mendes & Horr, 2014).

A ênfase na atenção primária por um sistema público que busca promover a universalização do acesso tem potencial para favorecer a busca pelo cuidado à saúde pela PSR. Em alguns casos, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os serviços mais procurados quando são requeridos cuidados à saúde. Para que isso ocorra de modo abrangente, destaca-se a necessidade da reformulação do processo de trabalho para o acompanhamento da PSR e construção da aderência ao tratamento (Barata, Carneiro Junior, Ribeiro, & Silveira., 2015).

A partir de experiências exitosas ocorridas no município de São Paulo, que promoveram a reorganização de UBS para a abordagem e atendimento da PSR, verificou-se um aumento significativo do cadastramento de pessoas em situação de rua na atenção primária à saúde. Tais reformulações incluem a participação na equipe de pessoas que já vivenciaram a situação de rua, a atuação intersetorial a partir das demandas e a reformulação da abordagem e das formas de cadastramento. Inclui ainda a capacitação sobre o modo de vida nas ruas, os processos de saúde e doença e as possíveis resistências do público que tendem a desafiar a atuação (Carneiro Junior et al., 2010).

Não obstante, são relatadas limitações das UBS para o acesso da PSR devido à longitudinalidade que deve caracterizar a oferta de atenção à saúde para esta população. O primeiro momento (agendamento de consulta e espera do atendimento) se desdobra em diversos outros, como: a realização de exames, busca dos resultados, remarcação de consulta e busca por medicamentos que, quando não reformulados para o atendimento da PSR, promovem a fragilidade dos vínculos com esse público e comprometem a continuidade do cuidado (Fraga, 2015; Lisboa, 2013).

As UBS se deparam ainda com o despreparo para atuar em casos de sofrimento mental, muitas vezes sem um profissional com formação na área ou ainda sem uma capacitação específica para os generalistas (Borysow & Furtado, 2014; Lisboa, 2013). No que se refere ao acompanhamento realizado pelos serviços de saúde mental, destaca-se a pouca utilização do recurso da busca ativa em casos de pessoas com sofrimento mental em situação de rua, restringindo-se a uma atuação predominantemente ambulatorial e expectante (Borysow & Furtado, 2014). Além disso, são comuns os relatos de que os serviços especializados em saúde mental não acolhem as necessidades das equipes de atenção básica no que se refere às PSR (Borysow & Furtado, 2014; Lisboa, 2013).

### **O Cuidado à Saúde pelas eCnaR: Singularidades e Potencialidades**

A provisão de acesso e cuidado à saúde da PSR pelas eCnaR é enfatizada na literatura revisada, com destaque ao seu processo de trabalho e particularidades na abordagem ao público em questão. Suas ações ocorrem principalmente buscando a garantia de direitos através de uma atuação com base no território, no estabelecimento de vínculos e na oferta de uma escuta qualificada (Abreu, 2013; Carneiro Junior et al., 2010; Engstrom & Teixeira, 2016; Jorge & Corradi-Webster, 2012; Lima, 2013; Müller, 2013; T. P. Souza & Macerata, 2015).

Ressalta-se a valorização do discurso dos sujeitos e a construção de vínculos de confiança entre sujeito e técnico/profissional, promovendo uma atuação baseada na oferta de oportunidades de cuidado à saúde, e não na sua imposição. Em que pese as necessidades emergentes, deve-se promover prioritariamente a continuidade das ações (Al Alam, 2014; Engstrom & Teixeira, 2016; Jorge & Corradi-Webster, 2012; Macerata, Soares, & Ramos, 2014; V. C. A. Souza et al., 2014).

A existência de *déficits* na formação dos profissionais para a atuação com a PSR e para o trabalho com pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas dificulta às equipes propiciar acesso à saúde e cuidado integral (Carneiro Junior et al., 2010; Londero, Ceccim, & Bilibio, 2014; Magalhães, 2015). O despreparo de alguns profissionais revela-se no medo de abordar pessoas em situação de rua ou na descrença de que essas pessoas darão continuidade às terapêuticas indicadas, fragilizando o vínculo entre profissional e usuário (Abreu, 2013; Al Alam, 2014; Jorge & Corradi-Webster, 2012; Matraca, Araújo-Jorge, & Wimmer, 2014; Pacheco, 2013; C. C. Silva, Cruz, & Vargas, 2015).

Além da busca por garantir o acesso dessa população aos serviços de saúde, tanto os estudos que deram voz aos profissionais, quanto os que ouviram a PSR destacaram que a principal potencialidade do CR está em sua forma de aproximação com o público (Abreu, 2013; Lima, 2013; Macerata et al., 2014; Müller, 2013). A abordagem se caracteriza, de modo geral, pelo estabelecimento de vínculos e disponibilidade para a escuta qualificada. Com isso é possível estabelecer intervenções pautadas no resgate da cidadania e dos vínculos sociais do sujeito (Abreu, 2013; Engstrom & Teixeira, 2016; Hallais & Barros, 2015; Lima, 2013; Müller, 2013; C. C. Silva et al., 2015; F. P. Silva, Frazão, & Linhares, 2014; Tondin, Barros Neta, & Passos, 2013).

A realização de curativos, a distribuição de insumos e a orientação sobre problemas de saúde são também considerados meios para a constituição de vínculos entre profissional e sujeito, possibilitando atender demandas mais imediatas, além de constituir uma abordagem inicial e desenvolver laços de confiança (Engstrom & Teixeira, 2016; Müller, 2013; C. C. Silva et al., 2015; T. P. Souza & Macerata, 2015; V. C. A. Souza et al., 2014). Indicam-se, também, a capoeira, a música e o teatro como estratégias de aproximação. Os relatos de experiência destacam, neste sentido, a arte como um potente formador de laços e de reflexão entre trabalhadores e usuários (Engstrom & Teixeira, 2016; Matraca et al., 2014; Müller, 2013; Pacheco, 2013; F. P. Silva et al., 2014; T. P. Souza & Macerata, 2015).

Faz-se necessária, assim, a capacitação inicial e continuada dos profissionais que atuam com a PSR, seja na assistência social, seja na atenção básica ou especializada, para a compreensão da complexidade que envolve a situação de rua. É imprescindível uma efetiva ação intersetorial que possibilite o cuidado integral a esse público, demandando modificações não somente na organização dos serviços, como também nas formas de encaminhamento e pactuação de ações intersetoriais que promovam o acesso aos direitos sociais como educação, trabalho e renda, e habitação (Borysow & Furtado, 2014; Carneiro Junior et al., 2010).

Apesar dos incontestáveis avanços na garantia do direito à saúde da PSR devido à sua forma de abordagem e à constituição de vínculos visando cuidados em saúde, a cobertura das eCnaR é pequena diante do quantitativo de pessoas em situação de rua. Isso ocorre tanto pela restrição da oferta desse serviço a alguns municípios de médio porte e grandes cidades, quanto pela disponibilidade das eCnaR somente em determinadas áreas desses

locais, conformando uma lacuna entre o direito à saúde da PSR e sua concretização nos espaços urbanos.

### **Implicações do Território para o Cuidado da PSR**

Os estudos analisados sustentam a necessidade de um mapeamento preliminar para o estabelecimento das áreas do território que devem ser priorizadas para o trabalho com a PSR, geralmente devido às situações de violência, de pessoas em situação de rua e uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em um segundo momento, é preciso compreender a particularidade de cada subárea (Abreu, 2013; Engstrom & Teixeira, 2016; Pacheco, 2013; F. P. Silva et al., 2014; V. C. A. Souza et al., 2014). Essa prática possibilita uma oferta condizente com as características do local de atuação, podendo diferenciar-se conforme a composição demográfica e sócio-espaçial do território (Macerata et al., 2014; Müller, 2013; Pacheco, 2013; F. P. Silva et al., 2014).

A realização de reuniões que antecedem e sucedem as atividades de campo é indicada pelo Ministério da Saúde (MS, 2010) como prática que deve compor a rotina das eCnaR para que o trabalho seja constantemente (re)avaliado pelos próprios profissionais. No entanto, notou-se que poucos relatos mencionam a realização dessas reuniões pelas equipes (F. P. Silva et al., 2014; V. C. A. Souza et al., 2014). A realização das reuniões pré e pós-campo promovem uma constante adaptação da equipe diante das mudanças no território, favorecendo ações efetivamente destinadas ao contexto em que serão realizadas (F. P. Silva et al., 2014; V. C. A. Souza et al., 2014).

O território se reconfigura a partir das intervenções que sofre, seja da saúde, da assistência social ou da segurança pública, demandando um acompanhamento detido e longitudinal pelas equipes. Ações de higienização do espaço urbano são relatadas por parte dos estudos como constantes no espaço da rua, levando a PSR à itinerância (Abreu, 2013; Hallais & Barros, 2015; Lima, 2013; C. C. Silva et al., 2015; T. P. Souza & Macerata, 2015; Tondin et al., 2013). Como consequência dessas práticas autoritárias um descompasso é estabelecido entre os diferentes setores que oferecem ações assistenciais, gerando desconfiância generalizada da PSR e entraves para a continuidade das ofertas de cuidado à saúde (Borysow & Furtado, 2014; Engstrom & Teixeira, 2016; Magalhães, 2015; T. P. Souza & Macerata, 2015).

Linhas de cuidado à saúde da PSR devem ser desenvolvidas e pactuadas entre os diferentes serviços e setores das políticas públicas, contribuindo para uma atuação pautada em diretrizes consensuais. Esta integração atua

como facilitadora do processo de trabalho, ao passo que sua ausência dificulta a promoção do acesso e integralidade do cuidado (Jorge & Corradi-Webster, 2012).

### **(Im)possibilidades para o Cuidado Integral à Saúde**

Dentre as particularidades apontadas para a abordagem da PSR está a complexidade da demanda desse público, envolvendo necessidades tais como a orientação sobre seus direitos, o agendamento de consultas e exames e a retirada de documentos, o que requer dos serviços uma composição multidisciplinar e uma potente articulação intersectorial (Engstrom & Teixeira, 2016; Fraga, 2015; C. R. P. Mendes & Horr, 2014; V. C. A. Souza et al., 2014). A PSR também busca serviços de saúde com a expectativa de banho, alimentação, local adequado para dormir e escuta. A escassez de serviços de proteção social (centros de convivência, Centro POP, albergues e abrigos) os leva a acessar os serviços de saúde para o atendimento de necessidades da vida diária (Fraga, 2015). A complexidade dessas demandas requer a oferta pela gestão municipal de uma rede de serviços que atue de forma integrada visando garantir o acesso aos direitos sociais por esse público.

A presença de profissionais de distintas formações é essencial para a eficácia da atuação, ampliando o cuidado à saúde dessa população e possibilitando agir diante das múltiplas dimensões de vulnerabilidade que confluem em processos de adoecimento (Engstrom & Teixeira, 2016; Lisboa, 2013; C. C. Silva et al., 2015; V. C. A. Souza et al., 2014). Além disso, a presença nos serviços de pessoas que já vivenciaram a situação de rua possibilita desmistificar medos, contribui para que os demais profissionais ressignifiquem preconceitos oriundos da formação profissional inicial e viabiliza a integração da equipe com a PSR (Lima, 2013; Lisboa, 2013; Matraca et al., 2014; Pacheco, 2013).

As condições de oferta influenciam o cuidado à saúde da PSR, dificultando o desenvolvimento das atividades planejadas, prejudicando a cobertura da equipe nas áreas adscritas e a possibilidade de acompanhamento continuado. Em especial, mencionam-se a falta de materiais, o parco investimento público, a atuação com equipes reduzidas, os contratos precários de trabalho, a sobrecarga dos trabalhadores e a carência de formação dos profissionais para a atuação com pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (Abreu, 2013; Jorge & Corradi-Webster, 2012; Lima, 2013; Pacheco, 2013; V. C. A. Souza et al., 2014).

Diante da complexidade do fenômeno da PSR e sua expressão no espaço urbano são necessárias ações

articuladas em diversos âmbitos das políticas públicas. Porém, a articulação intersetorial apresenta-se como desafio para o cuidado integral da PSR. Há poucos relatos sobre ações de cuidado à saúde com interface nos setores da educação e trabalho (Carneiro Junior et al., 2010; Jorge & Corradi-Webster, 2012; Magalhães, 2015). Considerando-se que o processo saúde-doença como resultante de determinantes e condicionantes culturais e sócio-econômicos, ações que favoreçam o acesso à educação, geração de renda, moradia e alimentação podem contribuir para a garantia dos direitos da PSR. Outro desafio intersetorial está na articulação da eCnaR com serviços de saúde mental, que é menos frequente do que a articulação com a assistência social, demais equipes da atenção básica e hospitais gerais, ainda que as demandas relacionadas ao sofrimento mental sejam prementes na PSR (Carneiro Junior et al., 2010; Lima, 2013; Lisboa, 2013; Magalhães, 2015; Pacheco, 2013; C. C. Silva et al., 2015).

Esses desafios decorrem, frequentemente, da burocratização dos serviços e na alta exigência para acolher as necessidades da equipe e dos sujeitos quando acionados (Al Alam, 2014; Lima, 2013; Lisboa, 2013; V. C. A. Souza et al., 2014). Também é comum que os serviços demandem que pessoas em situação de rua cheguem banhadas, portando seus documentos ou mesmo com um acompanhante familiar para a realização do atendimento, repercutindo na constituição do vínculo pelos profissionais que fizeram o encaminhamento (Adorno, 2011; Borysow & Furtado, 2014; Engstrom & Teixeira, 2016; Hallais & Barros, 2015; Jorge & Corradi-Webster, 2012; Lima, 2013; Lisboa, 2013; C. R. P. Mendes & Horr, 2014; Müller, 2013).

Há relatos de atuações conjuntas entre saúde mental e atenção básica pelo deslocamento de alguns profissionais da saúde mental para a abordagem da PSR (Abreu, 2013; Al-Alam, 2014; Matraca et al., 2014) ou encaminhamentos de casos para acompanhamento em conjunto com as equipes de saúde mental (Borysow & Furtado, 2014; Engstrom & Teixeira, 2016; Jorge & Corradi-Webster, 2012; Lisboa, 2013; C. R. P. Mendes & Horr, 2014; F. P. Silva et al., 2014; V. C. A. Souza et al., 2014). Porém, parte dos encaminhamentos e atuações em conjunto com a saúde mental consistiriam mais propriamente em favores pessoais entre os profissionais, do que em relações institucionais pautadas por diretrizes comuns entre os serviços (Adorno, 2004; Borysow & Furtado, 2014; C. R. P. Mendes & Horr, 2014; Lima, 2013; Lisboa, 2013).

A Política Nacional para a PSR avançou na regulamentação da responsabilidade conjunta dos diferentes

setores das políticas públicas para o atendimento deste público. Porém, a Política apresenta fragilidades e nem todos os setores envolvidos apresentam ações concretas e vigentes neste campo. Há um maior número de ações na assistência social, seguidas pela saúde, com pouco incentivo federal para manutenção das articulações intersetoriais locais (Freitas, 2016).

### **Lacunas no Cuidado à Saúde da PSR**

A PSR acessa mais frequentemente serviços de média e alta complexidade quando o Consultório na Rua não está disponível na rede ou cobre de modo precário a totalidade do território. Hospitais, policlínicas e CAPSad, neste caso, são mais procurados do que os serviços de atenção básica à saúde, que, em tese, seriam as portas de entrada preferenciais para o SUS enquanto espaço para a coordenação das ações de cuidado. O acesso aos serviços de saúde, nestas circunstâncias, fica restrito a situações graves de urgência e emergência, comprometendo a continuidade do cuidado (Abreu, 2013; Aguiar & Iriart, 2012; Al-Alam, 2014; Barata et al., 2015; Fraga, 2015; Silveira & Rodrigues, 2013). Esse quadro se agrava onde o CR não foi instituído e, ao mesmo tempo, os serviços da assistência social não conseguem articular a atenção à saúde dessa população, como na maior parte das cidades de pequeno e médio porte (Hallais & Barros, 2015).

Municípios de pequeno e médio porte vivenciam um ritmo diferenciado de mudanças nas políticas sociais com relação aos grandes centros, geralmente de forma mais lenta e com maiores dificuldades. Há, por exemplo, obstáculos para a concretização da Política Nacional de Saúde Mental em tais localidades. Ainda que não concentrem o maior quantitativo populacional, representam a maioria numérica dos municípios brasileiros, sendo que pouco se conhece acerca dos entraves existentes na execução das políticas sociais nessas localidades (Luzio & L'Abbate, 2009). Cidades de pequeno e médio porte são mais sujeitas à malversação dos recursos públicos em função da maior fragilidade dos instrumentos de controle orçamentário, além do menor comprometimento dos governantes com a consolidação das políticas sociais em geral. Os obstáculos para se efetivar tais políticas também envolvem o uso dos recursos federais e a ação participativa de trabalhadores e da população para reivindicar as garantias legais (Boarini, 2009; Luzio & L'Abbate, 2009).

Não obstante, nota-se pouca discussão sobre o acesso e cuidado à saúde sob a perspectiva de gênero. Há diferença na busca de cuidados, sendo que mulheres procuram com maior frequência as UBS e

serviços hospitalares de triagem obstétrica, em detrimento de serviços de emergência, por vergonha e receio de julgamento moral (Fraga, 2015). Além disso, mulheres em situação de rua realizam exames ginecológicos em número inferior à média nacional (Barata et al., 2015). Trata-se de uma discussão incipiente, exigindo novos estudos para a compreensão das demandas e para aprofundar o conhecimento dos determinantes das diferenças de acesso aos serviços e práticas de cuidado à saúde pela PSR.

## Considerações finais

Na revisão realizada, destacou-se o aumento da produção acadêmica a partir do ano de 2013, após a instituição das eCnaR na atenção básica, a preferência por métodos qualitativos para abordar o fenômeno e a triangulação de métodos de coleta de informações de pesquisa. Não obstante, foram identificados mais relatos de ações realizadas pelas equipes de Consultório na/de Rua, em comparação com as UBS, com a assistência social e com os CAPS. Observou-se que o papel das eCnaR é fundamental para fomentar o acesso continuado aos serviços de saúde e prevenir o agravamento dos adoecimentos, atuando para a redução dos danos decorrentes da situação de rua e buscando propiciar a oferta de condições de vida dignas.

Um trabalho conjunto de diversos setores é necessário para dar conta da complexidade do problema e para lidar com a escassez de incentivo federal para as ações locais. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade da reformulação dos serviços da atenção básica à saúde para a qualificação do atendimento do público em questão, minimizando ou superando as persistentes iniquidades. Em especial, observa-se a importância de investimento na capacitação dos profissionais sobre o modo de vida nas ruas, as particularidades do processo saúde-doença e formas de abordagem a esta população. Considera-se que as pesquisas desenvolvidas nessa área devem adotar metodologias que propiciem a identificação das ofertas de cuidado buscadas por esse público, subsidiando processos de cuidado mais compreensíveis e integrados ao contexto da PSR.

Não obstante, é fundamental avançar no conhecimento sobre as formas com que os gestores municipais dos municípios de pequeno porte têm lidado com o fenômeno, visto que a literatura revisada não abordou esta questão. É preciso desvelar como os profissionais têm desenvolvido suas ações nestas localidades,

propiciando ainda a disseminação de métodos mais eficazes para o cuidado à saúde desse público.

Finalmente, vale ressaltar que os movimentos sociais vêm tendo um importante papel na reivindicação e conquista das políticas mais recentes para a PSR (Sposati, 2009). A gestão pública precisa manter-se permeável às demandas desta população, sustentando uma participação social efetiva na construção das políticas sociais, de forma que tais ações avancem e possam ter ressonância nas necessidades concretas das pessoas em situação de rua.

## Referências

- Abreu, D. (2013). *Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua* (Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106896>
- Adorno, R. C. F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade, 13*(1), 56-69. doi: 10.1590/S0104-12902004000100007
- Adorno, R. C. F. (2011). Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica, 15*(3), 543-576. doi: 10.4000/etnografica.1068
- Aguiar, M. M., & Iriart, J. A. B. (2012). Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 28*(1), 115-124. doi: 10.1590/S0102-311X2012000100012
- Al Alam, M. C. L. (2014). *População em situação de rua: território como lugar de trabalho* (Dissertação de Mestrado Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas). Recuperado de <http://guaiaca.ufpel.edu.br:8080/handle/ri/2699>
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 121-143). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barata, R. B., Carneiro Junior, N., Ribeiro, M. C. S. A., & Silveira, C. (2015). Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade, 24*(Supl. 1), 219-232. doi: 10.1590/S0104-12902015S01019
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista, 15*(1), 28-50. doi: 10.5752/P.1678-9563.2009V15N1P28
- Borysow, I. C., & Furtado, J. P. (2014). Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Revista da Escola de Enfermagem, 48*(6), 1069-1076. doi: 10.1590/S0080-623420140000700015
- Carneiro Junior, N., Jesus, C. H., & Crevelim, M. A. (2010). A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade, 19*(03), 709-716. doi: 10.1590/S0104-12902010000300021
- Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região [CRP-04]. (2015). *Psicologia e a população em situação de rua: novas propostas, velhos desafios*. Belo Horizonte, MG: Autor.

## O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios

- Costa, A. P. M. (2005). População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Textos & Contextos*, 4(1). Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/993>
- Engstrom, E. M., & Teixeira, M. B. (2016). Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde*, 21(6), 1839-1848. doi: 10.1590/1413-81232015216.0782016
- Flick, U. (2009). Desenhos em pesquisa qualitativa. In U. Flick (Org.), *Desenho da pesquisa qualitativa* (pp. 57-73). Porto Alegre, RS: Bookman; Artmed.
- Fraga, P. (2015). *População em situação de rua e acesso à saúde*. (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/136309>
- Freitas, R. M. (2016). População em situação de rua: Decreto 7053/09, políticas sociais e intersetorialidade. In *Anais do 4º Encontro Internacional e 11º Encontro Nacional de Política Social* (pp. 1-16). Vitória, ES: UFES.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevisan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549-556. doi: 10.1590/S0104-11692004000300014
- Hallais, J. A. S., & Barros, N. F. (2015). Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(7), 1497-1504. doi: 10.1590/0102-311X00143114
- Jorge, J. S., & Corradi-Webster, C. M. (2012). Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde & Transformação Social*, 3(1), 39-48. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1465>
- Lima, H. S. (2013). *Consultório na Rua em Goiânia: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas* (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Universidade de Brasília, Brasília). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13044>
- Lisboa, M. S. (2013). *Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização* (Tese de Doutorado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo). Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17023>
- Londero, M. F. P., Ceccim, R. B., & Bilíbio, L. F. S. (2014). Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 976-982. doi: 10.1590/1807-57622013.0738
- Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2009). A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116. doi: 10.1590/S1413-81232009000100016
- Macerata, I., Soares, J. G. N., & Ramos, J. F. C. (2014). Apoio como cuidado de territórios existenciais: atenção básica e a rua. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Supl. 1), 919-930. doi: 10.1590/1807-57622013.0210
- Magalhães, J. A. (2015). *Articulações territoriais: uma cartografia da atenção à população em situação de rua* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis). Recuperado de <http://hdl.handle.net/11449/131886>
- Matraca, M. V. C., Araújo-Jorge, T. C., & Wimmer, G. (2014). O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas: relato de um encontro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Supl. 2), 1529-1536. doi: 10.1590/1807-57622013.0373
- Mendes, C. R. P., & Horr, J. F. (2014). Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-AD. *Psicologia e Saúde*, 6(1), 90-97. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2014000100012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100012&lng=pt&tlng=pt)
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018
- Minayo, M. C. S. (2010). Metodologia de pesquisa social em saúde. In M. C. S. Minayo (Org.), *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (pp. 39-76). São Paulo: Hucitec.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009a). *Política Nacional para a Inclusão da População em Situação de Rua*. Brasília, DF: MDS.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009b). *Rua aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília, DF: MDS.
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. (2010). *Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012b). *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF: MS.
- Müller, G. S. (2013). *Atenção de cuidado aos habitantes da rua: perspectivas anunciadas pelo Consultório na Rua* (Monografia de Especialização, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/77160>
- Pacheco, M. A. G. (2013). *Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE* (Dissertação de Mestrado, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza).
- Portaria nº122 (2011, 25 de janeiro). Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Presidência da República.
- Portaria nº123 (2012, 25 de janeiro). Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Brasília, DF: Presidência da República.
- Rodrigues, L. R. S., & Callero, J. R. (2015). O direito fundamental à saúde para a população em situação de rua de Salvador. *Revista Juris Poiesis*, 18(18), 194-211. Recuperado de <http://periodicos.estacio.br/index.php/jurispoiesis/article/viewFile/1710/912>
- Silva, C. C. Cruz, M., & Vargas, M. (2015). Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde em Debate*, 39(número especial), 246-256. doi: 10.5935/0103-1104.2015S005270
- Silva, F. P., Frazão, I. S., & Linhares, F. M. P. (2014). Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(4), 805-814. doi: 10.1590/0102-311X00100513
- Silveira, G. L., & Rodrigues, L. B. (2013). O consumo de substâncias psicoativas e o autocuidado entre pessoas em situação de rua na cidade de Juazeiro-BA. *Psicologia, Diversidade e Saúde*, 1(1), 95-122. doi: 10.17267/2317-3394rpd.v2i1.212

- Souza, T. P., & Macerata, I. (2015). A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. *Ayvu: Revista de Psicologia*, 1(2), 03-23. doi: 10.22409/ayvu.v1i2.22177
- Souza, V. C. A., Pereira, A. R., & Gontijo, D. T. (2014). A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 22(Supl. esp.), 37-47. doi: 10.4322/cto.2014.028
- Sposati, A. (2009). O caminho do reconhecimento dos direitos da população em situação de rua: de indivíduo a população. In Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Org.), *Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua* (pp. 193-217). Brasília, DF: MDS.
- Tondin, M. C., Barros Neta, M. A. P., & Passos, L. A. (2013). Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, 22(49/2), 485-501. doi: 10.29286/rep.v22i49/2.929
- Trino, A. T., Machado, M. P. M., & Rodrigues, R. B. R. (2015). Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In M. Teixeira & Z. Fonseca (Orgs.), *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas* (pp. 27-45). São Paulo, SP: Hucitec.

---

<sup>1</sup> Unidade da Proteção Social Especial de Média Complexidade que visa o atendimento específico para pessoas em situação de rua. Atua em busca da garantia de direitos sociais, criação de vínculos e acompanhamento das trajetórias individuais para viabilizar a saída das ruas.

<sup>2</sup> Pesquisa realizada em 71 cidades do território nacional entrevistou apenas adultos em situação de rua sendo que grandes capitais como São Paulo e Belo Horizonte não compuseram a pesquisa. Ao todo, foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas.

*Aléxa Rodrigues do Vale*, mestre em psicologia pela Universidade Federal de São João Del Rei, é coordenadora de projetos no Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop Centro Sul), Cáritas Regional Minas Gerais/Prefeitura de Belo Horizonte. E-mail: alexafdj@gmail.com

*Marcelo Dalla Vecchia*, doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de São Paulo, pós-doutor em psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora –UFJF, é professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ). Endereço para correspondência: Praça Dom Helvécio, 74, DPSIC. Bairro Dom Bosco. São João Del Rei, MG, Brasil. CEP 36301-160. E-mail: mdvecchia@ufsj.edu.br

Recebido em 22.jun.17

Revisado em 24.mar.19

Aceito em 05.set.19