

Entre as ruas e a RAPS: Revisão integrativa sobre acesso das pessoas em situação de rua aos Serviços de Saúde Mental

Between the streets and the RAPS: Integrative review on the access of the homeless population to Mental Health Services

Entre las calles y RAPS: Revisión integradora sobre el acceso de personas sin hogar a los Servicios de Salud Mental

Priscilla Victória Rodrigues Fraga (<https://orcid.org/0000-0001-7252-8574>)¹

Maria Cecília Assis de Araújo (<https://orcid.org/0009-0004-6546-7864>)¹

Anelise Andrade de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-2408-7054>)¹

Ana Luísa Jorge Martins (<https://orcid.org/0000-0001-5634-9023>)¹

Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas (<https://orcid.org/0000-0001-8499-9429>)¹

Rafaela Alves Marinho (<https://orcid.org/0009-0007-6577-9325>)¹

Diadorim Maria Rodrigues (<https://orcid.org/0009-0004-1812-9707>)¹

Rômulo Paes-Sousa (<https://orcid.org/0000-0002-3384-6657>)¹

Resumo Esta revisão integrativa sistematizou os fatores que influenciam o acesso da População em Situação de Rua (PSR) que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas aos serviços de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, a partir da categorização dos fatores em “barreiras” e “facilitadores” de acesso. Selecionou-se 13 artigos correspondentes, com avaliação posterior de sua qualidade metodológica. Foram encontradas 19 barreiras e 22 facilitadores de acesso, observando uma convergência e complementaridade dos fatores identificados, sem dissensos entre autores. Embora existam barreiras e facilitadores específicos relacionados ao uso de substâncias, a maioria são vinculadas às condições e modos da vida da PSR, ou às formas dos serviços de lidar com a PSR. A discriminação, rigidez burocrática dos serviços, e a falta de integração intra e intersectorial foram identificadas como barreiras significativas. Por outro lado, os Consultórios na Rua e práticas como a redução de danos e o matriciamento emergiram como facilitadores notáveis, adaptando-se às necessidades dos usuários. Há necessidade de estudos futuros que se aprofundem em fatores específicos e nas relações entre estes fatores.

Palavras-chave Pessoas em situação de rua, Acesso aos Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Mental, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas

Abstract This integrative review systematized the factors that influence access to mental health services for the Homeless Population (HP) in harmful use of alcohol and other drugs in the Psychosocial Care Network (RAPS) in Brazil by categorizing the factors into access “barriers” and “facilitators”. We selected 13 corresponding articles and subsequently assessed their methodological quality. We identified 19 access barriers and 22 access facilitators, observing a convergence and complementarity of the factors identified, with no disagreements between authors. Although there are specific barriers and facilitators related to substance use, most are connected to HP's conditions and lifestyles or how services address the HP. Discrimination, bureaucratic rigidity of services, and a lack of intra- and intersectoral integration were identified as significant barriers. On the other hand, Street Outreach Clinics and practices such as harm reduction and matrix-based support emerged as notable facilitators, adapting to patients' needs. Future studies should explore specific factors and the relationships between these factors.

Key words Homeless population, Health Services Accessibility, Mental Health Services, Substance-Related Disorders

Resumen Esta revisión integradora sistematizó los factores que influyen en el acceso de la Población Sin Hogar (PSH) que hace uso nocivo de alcohol y otras drogas a los servicios de salud mental en la Red de Atención Psicossocial (RAPS) en Brasil, a partir de la categorización de factores en “barreras” y “facilitadores” del acceso. Se seleccionaron 13 artículos correspondientes, con posterior evaluación de su calidad metodológica. Se encontraron 19 barreras y 22 facilitadores de acceso, observándose una convergencia y complementariedad de los factores identificados, sin disensos entre autores. Aunque existen barreras y facilitadores específicos relacionados con el uso de sustancias, la mayoría están vinculados a las condiciones y estilos de vida de la PSH, o a las formas en que los servicios abordan la PSH. Se identificaron como barreras importantes la discriminación, la rigidez burocrática de los servicios y la falta de integración intra e intersectorial. Por otro lado, las Clínicas en la Calle y prácticas como la reducción de daños y el apoyo matricial emergieron como facilitadores notables, adaptándose a las necesidades de los usuarios. Es necesario realizar estudios futuros que profundicen en factores específicos y las relaciones entre estos factores.

Palabras clave Personas sin hogar, Acceso a Servicios de Salud, Servicios de salud mental, Trastornos Relacionados con el Uso de Sustancias Psicoactivas

¹ Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas). Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. 30190-002 Belo Horizonte MG Brasil. priscilla.victoria@gmail.com

Introdução

Pautar o acesso aos cuidados de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a População em Situação de Rua (PSR) que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, requer reconhecer a complexidade dos fatores que atravessam a vida desses usuários e suas interações com a rede e seus serviços. Entre os múltiplos fatores que complexificam esta relação, existem barreiras e facilitadores que influenciam o acesso desses indivíduos aos serviços, o que se torna imperativo para orientar políticas públicas e práticas de saúde mais inclusivas e efetivas.

A PSR é definida como um grupo populacional heterogêneo, entretanto, são caracterizadas como um grupo populacional que vive em extrema pobreza, com vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos, não possuem moradias convencionais e utilizam os espaços públicos das cidades como local de moradia e sustento. Algumas delas podem utilizar abrigos ou albergues para pernoite, o que não as descaracteriza como pessoas em situação de rua¹.

A Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua revelou o perfil desses indivíduos como predominantemente masculino (82%); racializado (67% de negros); e com o primeiro grau incompleto (63,5%)². Esses e outros determinantes estruturais da saúde como classe social, identidade de gênero e migração contribuem para o quadro de iniquidade em saúde observado em sociedades desiguais como o Brasil^{3,4}.

No que diz respeito à saúde da PSR, as condições de saúde mental se destacam como uma das principais demandas de tratamento. Na Pesquisa Nacional, mencionada anteriormente, 17% dos entrevistados relataram ter histórico de internação psiquiátrica e 28% ter passado por casas ou clínicas de recuperação relacionadas com o uso prejudicial de álcool e outras drogas². Martins *et al.*⁵ apresentam como principais queixas deste público, os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas, transtornos devido ao uso de álcool e esquizofrenia. Aspectos relacionados à saúde mental aparecem como motivação para a ida dessas pessoas para a rua, juntamente com o desemprego, conflitos familiares e, em menor expressão, outros problemas de saúde^{2,5}. Além disso, segundo os dados do Cadastro Único do governo federal, que identifica a população em situação de pobreza e extrema pobreza cadastradas, o uso de álcool e outras drogas foi cons-

tatado em 29% das pessoas em situação de rua no Brasil⁶.

Observa-se que o cuidado em saúde mental, voltado às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, se apresenta como um dos pontos prioritários no atendimento das pessoas em situação de rua. No Sistema Único de Saúde (SUS), estão previstos serviços de saúde na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) voltados para esse cuidado em específico, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), os serviços prestados pelas equipes de Consultório na Rua (eCR), entre outros⁷. Esses serviços devem ser balizados pelos princípios do SUS de modo a garantir o acesso à saúde de forma integral, universal e equânime.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) reforça a obrigatoriedade do Estado em garantir às pessoas em situação de rua o acesso amplo, simplificado e seguro aos programas e serviços que compõem as políticas públicas, entre elas, a da saúde^{1,8}, considerando que 18% das pessoas em situação de rua mencionaram impedimentos para receber atendimento na rede de saúde². No entanto, a literatura aponta a persistência de barreiras para o acesso desses indivíduos aos serviços do SUS^{6,9,10}. Sobre os desafios enfrentados para o cuidado da PSR na RAPS, um estudo de revisão integrativa faz menção ao estigma, aos protocolos inflexíveis e à insuficiência na integração da rede de cuidado em saúde e ausência de responsabilização, por exemplo¹¹.

Se consideramos o princípio da equidade enquanto uma característica orientadora do SUS, torna-se necessário levar em consideração o acesso à equidade em saúde como um processo em permanente transformação¹². No entanto, tal transformação só se torna efetiva quando há devida compreensão dos fatores que afetam o acesso dos usuários.

Este estudo buscou reunir as principais contribuições publicadas sobre o tema e identificar as lacunas no campo do cuidado para esses indivíduos, tendo como principal objetivo organizar, a partir de uma revisão integrativa de literatura, resultados de estudos sobre o acesso da PSR usuária de álcool e outras drogas aos serviços de Saúde Mental da RAPS no Brasil, com enfoque nas barreiras e facilitadores de acesso. Além disso, o estudo utilizou critérios de avaliação da qualidade dos artigos selecionados, permitindo uma discussão dos resultados encontrados com maior confiabilidade das informações apresentadas.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão, do tipo integrativa, cuja pergunta norteadora foi: “Quais são as barreiras e facilitadores de acesso das pessoas em situação de rua, em uso prejudicial de álcool e outras drogas, aos serviços de saúde mental no Brasil?”.

Para responder a esse questionamento, foi realizado um levantamento bibliográfico nas plataformas SciELO, LILACS e PubMed, durante os meses de setembro/2023 e outubro/2023, em inglês, português e espanhol, e utilizando os descritores: Pessoas em situação de rua; População de rua; Moradores de rua; Centro de Atenção Psicossocial; Acesso; CAPS; RAPS; Consultório na Rua, Álcool e Drogas. Os operadores booleanos utilizados foram “AND” e “OR”.

Os artigos localizados foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão: (i) artigos completos e com acesso livre; (ii) artigos disponíveis nos idiomas inglês, espanhol e português; (iii) artigos com resultados referentes ao Brasil. Foram excluídos, por sua vez: (i) artigos repetidos nas bases de dados e/ou duplicados dentro da mesma base de dados; (ii) relato de experiência e artigos de revisão de literatura, sendo elas integrativa, sistemática ou de escopo; (iii) notas técnicas, (iv) teses e dissertações.

Os artigos foram selecionados primeiramente por meio da leitura do título e do resumo do artigo, de forma a visualizar se possuíam características referentes à pergunta norteadora da pesquisa. Após essa primeira etapa de exclusão, foram lidos na íntegra aqueles que possuíam informações que respondiam à pergunta norteadora da pesquisa ou apresentavam subsídios que o fariam. Ao final, permaneceram para análise dos resultados aqueles que responderam ao nosso questionamento e/ou abriram uma discussão ampla sobre o tema.

Todas as etapas foram realizadas por dois avaliadores de forma independente, e quando ocorreu discordância, o artigo foi apresentado a um terceiro avaliador, de forma a resultar em um consenso de sua exclusão ou inclusão no estudo.

Para a compilação dos resultados dos artigos selecionados, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel. Para todos os artigos foram registradas as seguintes informações: título do artigo, autores, revista e ano de publicação; aspectos metodológicos dos estudos (local de realização, unidade de análise [nacional, regional ou local], objetivos do estudo, temporalidade [período de sua realização], tipo de desenho e

método de análise dos resultados) e conclusão do artigo. Por fim, foram registradas as evidências do artigo em relação a barreiras e facilitadores de acesso das pessoas em situação de rua, em uso prejudicial de álcool e outras drogas, aos serviços de saúde mental no Brasil, que permitiram responder a pergunta norteadora do atual estudo.

Por fim, os artigos finais selecionados¹³⁻²⁵ foram avaliados segundo a sua qualidade metodológica, adaptando para estudos não experimentais os métodos validados de Downs e Black²⁶ e Patias e Hohendorff²⁷, com utilização de 12 itens de avaliação, sendo eles: (i) título coerente com estudo apresentado; (ii) resumo sintetizando os principais elementos do estudo (problema, objetivo, método e principais resultados); (iii) introdução contemplando a descrição do tema de estudo, com revisão crítica e relevante da literatura teórica e empírica; (iv) objetivos descritos de forma clara e condizente com o desenvolvimento do artigo; (v) clareza na apresentação dos resultados, com consistência entre trechos e temas/categorias apresentados, demonstrando a compreensão que o/a pesquisador/a teve dos resultados apresentados; (vi) desenho metodológico descrito de forma coerente, de acordo com o delineamento qualitativo utilizado no estudo; (vii) discussão com descrição dos achados do estudo, com os principais resultados sumarizados e discutidos de acordo com uma teoria, modelo ou com pesquisas prévias; (viii) critérios de definição de amostra bem definido; (ix) instrumentos para coleta dos dados adequados em relação ao objetivo do artigo; (x) limitações do estudo definidas e relatadas com clareza; (xi) descrição das principais contribuições para a área ou disciplina, bem como para as políticas públicas com aplicação prática e sugestões para novos estudos; (xii) resultados coerentes com os dados apresentados. Para cada uma dessas categorias foi computado o valor “1”, quando presente o critério avaliado, e “0” quando ausente. Nos casos de não aplicação do critério, o valor computado do escore foi de “1”. Quanto mais próximo do valor total (12/100%) melhor a qualidade do estudo.

Resultados e discussão

A Figura 1 apresenta as etapas de seleção para a estruturação da revisão em que foram identificados inicialmente 972 artigos. A partir dos critérios de exclusão foram retirados 595 artigos duplicados (61,2%) e 32 documentos seleciona-



Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção para estruturação de estudos da revisão.

Fonte: Autores.

dos na busca que se apresentaram como artigos de revisão de literatura, notas técnicas, teses ou dissertações (3,3%), resultando em um total de 345 artigos. Após essa etapa, foram excluídos 332 artigos após a leitura do título, resumo ou texto na íntegra (34,2%), restando um total de 13 artigos (1,3%) que compuseram a revisão final.

O Quadro 1 apresenta a qualidade metodológica dos artigos selecionados, avaliada a partir da adaptação dos métodos validados^{26,27}. Considerando os 12 critérios de avaliação já apresentados na seção de metodologia, cinco artigos foram classificados com valor acima de 90%, dois com valores entre 70% e 89%, e seis entre 50% e 69%. As principais limitações identificadas nos estudos estão relacionadas à falta de descrição das principais contribuições para a área ou disciplina, bem como para as políticas públicas com aplicação prática e apresentação de sugestões para novos estudos; falta de critérios bem definidos de definição de amostra; e a ausência de apresentação bem definida das limitações do estudo. As características gerais dos artigos estão apresentadas no Quadro 2.

Dentre os artigos analisados, um deles (7,7%) realizou uma análise comparativa internacional entre os serviços móveis de atendimento às pessoas em situação de rua de Portugal, EUA e Brasil. Doze deles (92,3%) foram desenvolvidos em nível municipal. Todos os 13 (100%) artigos eram de pesquisa qualitativa, com múltiplas metodologias e instrumentos de análises, publicados em revistas nacionais (brasileiras) e datados entre 2015 e 2022. Quatro artigos (30,8%) não apresentaram os meses nos quais a coleta das informações foi realizada, o que comprometeu a avaliação de alguns resultados (Quadro 2).

Em relação aos objetivos dos artigos, todos os selecionados, de forma mais direta ou indiretamente, tinham como propósito do estudo avaliar itinerários terapêuticos e produção do cuidado às pessoas em situação de rua e as barreiras que interferem no acesso desses indivíduos aos serviços de saúde (Quadro 2).

De todos os artigos selecionados, alguns não tratavam diretamente do acesso da PSR aos serviços de saúde dos municípios que tratam do cuidado específico em saúde mental das pessoas

Quadro 1. Percentual de acertos segundo os critérios da escala adaptada de Downs e Black²⁶ e Patias e Hohendorff²⁷.

Critérios de avaliação		Acertos
1	Título coerente com estudo apresentado	92%
2	Resumo sintetiza os principais elementos do estudo (problema, objetivo, método, principais resultados)	76%
3	Introdução contempla descrição do tema de estudo, com revisão crítica e relevante da literatura teórica e empírica	76%
4	Objetivos descritos de forma clara e condizente com o desenvolvimento do artigo	100%
5	Clareza na apresentação dos resultados, consistência entre trechos e temas/categorias apresentados, demonstrando a compreensão que o/a pesquisador/a teve dos resultados	84%
6	Desenho metodológico descrito de forma coerente com o delineamento qualitativo utilizado no estudo	76%
7	Discussão com descrição dos achados do estudo, com os principais resultados sumarizados e discutidos de acordo com uma teoria, modelo ou com pesquisas prévias	69%
8	Critério de definição de amostra bem definido	46%
9	Instrumentos para coleta dos dados adequados em relação ao objetivo do artigo	84%
10	Limitações do estudo definidas e relatadas com clareza	53%
11	Descrição das principais contribuições para a área ou disciplina, bem como para as políticas públicas com aplicação prática e sugestões para novos estudos são apresentadas	46%
12	Resultados coerentes com os dados apresentados	84%

Fonte: Autores.

em situação de rua em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ainda assim, foram identificados em todos os artigos selecionados caracterizações positivas e negativas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde de forma geral, categorizadas no atual artigo como “barreiras” ou “facilitadores” (Quadro 3).

A seguir, serão apresentadas e discutidas por categorias, as barreiras e facilitadores de acesso da PSR, em uso prejudicial de álcool e outras drogas, aos serviços de saúde mental da RAPS no Brasil, seguindo a ordem dos fatores mais citados aos menos citados.

Barreiras de acesso

Discriminação

A categoria discriminação foi identificada na maioria dos artigos através de temas como o racismo, estigma e preconceito direcionados às pessoas em situação de rua^{13-18,20-25}. Essas barreiras estão relacionadas ao preconceito fundado em estereótipos acerca desses indivíduos, às ações discriminatórias e excludentes quanto ao uso de álcool e outras drogas, à situação de pobreza, às condições precárias de higiene e ao marcador racial desta população, que é em sua maioria negra^{2,5}. A noção de etnia/raça identificada neste contexto é um construto sociopolítico que revela marcadores de iniquidades e injustiças sociais, refletindo na distribuição de

poder entre grupos sociais, possuindo reconhecido impacto sobre as condições de saúde e acesso à utilização dos serviços²⁸.

A discriminação nos serviços de saúde pode contribuir com o processo de humilhação social¹³; produzir um sentimento de inferioridade nas pessoas em situação de rua¹⁴; fragilizar a relação de confiança dos sujeitos com os serviços de saúde; precarizar os vínculos sociais; gerar medo de serem mal atendidas ou de não serem reconhecidas nos serviços¹⁷. Esse receio se funda no processo de discriminação vivenciado de forma ainda mais severa por se tratar de pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e outras drogas, o que resulta num duplo estigma¹⁵. A partir de uma lógica proibicionista, a pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, é reconhecida como doente ou criminosa. Esse estigma dificulta que seja enxergado o sujeito para além da droga e seja constituído com ele formas de agência para esse uso²⁹.

O processo de estigmatização implica a redução da identidade social dos indivíduos em situação de rua a uma posição de descrédito e inferioridade devido à imposição da ótica daqueles que conformam às normas sociais vigentes. Isso não apenas legitima a exclusão social e a discriminação, mas também estabelece barreiras ao acesso igualitário de serviços, uma vez que os estigmatizados não são vistos em paridade com os “normais”³⁰.

Quadro 2. Descrição dos estudos selecionados para a revisão integrativa.

Autores	Ano	Objetivo do estudo	Metodologias de análise, localidade e temporalidade
Vale e Vecchia ¹³	2019	Identificar e analisar os itinerários terapêuticos da PSR em um município de pequeno porte	Análise de itinerários terapêuticos com triangulação de métodos qualitativos / município do interior de Minas Gerais/ Set/2016 a Abr/2017
Oliveira <i>et al.</i> ¹⁴	2022	Refletir sobre a produção do cuidado com as PSR em um CAPS AD por meio das situações de violência ocorridas nesse serviço	Cartografia/Salvador-BA/Jul/2019 a Dez/2019
Rossi e Tucci ¹⁵	2020	Avaliar o acesso/uso dos serviços de saúde de tratamento para a dependência de drogas para os usuários de crack em situação de rua	Metodologia de análise não informada/ Baixada Santista-SP/temporalidade não informada
Borysow <i>et al.</i> ¹⁶	2017	Contrastar o que há de comum e de diverso entre as normativas voltadas ao cuidado itinerante em saúde da PSR, relacionando o contexto socioeconômico e institucional dos países.	Análise comparada/Estudo múltiplo de casos do Brasil, Portugal e Estados Unidos da América
Friedrich <i>et al.</i> ¹⁷	2019	Conhecer a perspectiva da equipe CnaR sobre barreiras que interferem no acesso aos serviços de saúde pelos usuários de drogas, sob a dimensão programática do conceito de vulnerabilidade	Análise temática/Estudo descritivo em Porto Alegre-RS/2012
Lima e Seidl ¹⁸	2015	Investigar os modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com adultos jovens em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, segundo percepções de profissionais do CnaR de Goiânia-GO e de pessoas atendidas	Estudo descritivo de cunho exploratório/ Análise de conteúdo/Goiânia-GO/ Temporalidade não informada
Lima e Seidl ¹⁹	2017	Descrever ações de Redução de Danos (RD) desenvolvidas no CnaR do município de Goiânia, segundo relatos de profissionais e de pessoas atendidas	Análise de conteúdo/Goiânia-GO/ Temporalidade não informada
Engstrom e Teixeira ²⁰	2016	Discutir as práticas de uma equipe CnaR para PSR e usuários de álcool, crack e outras drogas de forma a efetivar um cuidado integral implementado segundo os atributos da APS e da Promoção da Saúde.	Estudo exploratório e estudo de caso/ Análise temática no bairro Manguinhos do Rio de Janeiro-RJ/2011 a 2013
Oliveira <i>et al.</i> ²¹	2021	Descrever a percepção de pessoas em situação de rua que permanecem na Avenida Paulista da cidade de São Paulo em relação ao acesso aos dispositivos de saúde da região.	Hermenêutica–dialética/São Paulo-SP/ Jan/2019
Wijk e Mângia ²²	2017	Conhecer as ações dirigidas às pessoas em situação de rua que apresentam transtorno mental, desenvolvidas por dois serviços da RAPS da Sé em São Paulo	Estudo de “inspiração etnográfica”/São Paulo-SP/Fev/2016 a Abr/2016
Teixeira <i>et al.</i> ²³	2019	Analisar o cuidado dos profissionais das eCnaR que identificam o estigma dos profissionais de saúde em relação às pessoas em situação de rua.	Metodologia de análise não informada/ Rio de Janeiro-RJ/Temporalidade não informada
Paiva e Guimarães ²⁴	2022	Analisar como se dá a atenção à saúde da PSR no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial em Natal-RN	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa e natureza descritivo-exploratória / Análise de conteúdo temática/Natal-RN/Ago/2018 a Jan/2019
Bittencourt <i>et al.</i> ²⁵	2019	Analisar práticas assistenciais de profissionais da eCnaR sobre o cuidado prestado aos usuários de álcool e outras drogas em Macapá-AP	Estudo descritivo/Análise de conteúdo temática/Macapá-AP/Abr/2017 a Jun/2017

Fonte: Autores.

Quadro 3. Barreiras e facilitadores de acesso da PSR aos serviços de saúde identificados na revisão integrativa.

Categorias	Barreiras
Discriminação	Discriminação incluindo estigma e racismo ^{13-18,20-25}
	Violência institucional ^{14,22}
Rigidez dos serviços	Modos de vida da PSR divergem dos modos ofertados pelo serviço ^{13-15,17,21,22,24}
	Burocracia excessiva/lógica administrativa burocrata ^{15,17,18,21,23,24}
	Exigência de documentos de identificação para atendimento ^{17,18,21,23,24}
	Falta de flexibilidade/Incapacidade de se adequar à realidade da PSR ^{16,17,21,22,24}
	Noção institucional dos serviços centrados na estrutura física ^{14,16,24}
	Delimitação equivocada sobre o território de atuação dos serviços/Serviços focados dentro das paredes institucionais ^{17,24}
	Imposição de abstinência ou necessidade de abstinência ^{15,23}
	Negativa de atendimento por estar desacompanhado de eCR ou de algum outro serviço ²³
Fragilidades do serviço	Incapacidade ou fragilidade dos serviços em realizar articulação com a rede intrasetorial ou intersetorial ^{16,17,18,22,24}
	Déficit estrutural do serviço ou de RH ^{16,18,25}
	Distância entre os serviços e locais de vida da PSR ²¹
	Carência de um sistema de saúde que possibilite respostas mais concretas e mais imediatas diante da demanda do usuário ¹⁷
	Impessoalidade nas ofertas de saúde ¹⁷
	Violência interpessoal presente dentro dos serviços ¹⁴
	Fragilidade no processo de comunicação em saúde com o público usuário do serviço ¹⁵
Categorias	Facilitadores
Relacionais	Vínculo ^{15,16,18-22,24,25}
	Postura de escuta e acolhimento ^{15,17-20,22}
	Mediação de outros profissionais e/ou articulação entre os profissionais de eCR com profissionais de outros serviços ^{22,24}
	Busca Ativa ^{16,22}
	Postura de negociação dos profissionais com os usuários ¹⁷
	Reconhecimento do serviço como local de proteção ¹⁴
Atuação na perspectiva da equidade	Deslocamento até os territórios/Realização de ações territorializadas no espaço da rua/itinerância ^{16,18,22-24}
	Encaminhamentos para a rede de saúde e intersetorial/Capacidade de articulação intersetorial ^{16,21,24,25}
	Capacidade de incorporação do imprevisível ou não programado a partir da demanda ou desejo do usuário ^{17,18,20}
	Flexibilidade dos serviços na perspectiva da equidade, considerando os modos de vida da PSR ^{17,20}
	Capacidade de responder à solicitação de cuidado no momento da demanda ²²
	Ser um serviço “porta aberta” ²²
Assistenciais	Equipes móveis/eCR ¹⁴⁻²⁵
	Multiprofissionalidade/interprofissionalidade/integração entre diferentes categorias profissionais ^{16,20,24}
	Oferta na perspectiva da Redução de Danos/Ofertas para o cuidado com o uso de álcool e outras drogas ^{16,18}
	Existência de um automóvel para deslocamento da equipe de atendimento e dos usuários ¹⁶
	Oferta de cuidados na perspectiva da saúde integral ¹⁶
	Acesso a saúde bucal ²⁰
	Fornecimento de medicações ²⁰
	Conhecimento sobre ISTs e drogas ¹⁸
	Ter horários previamente definidos de funcionamento para que os usuários saibam como procurar o serviço ¹⁸
	Qualidade da assistência recebida ²¹
	Realização de matriciamento ²³
	Atividades artísticas e recreativas ²⁰

Fonte: Autores.

Esta identidade estigmatizada influencia tanto a autopercepção da pessoa em situação de rua quanto a percepção dos prestadores de serviços de saúde. O estigma associado a indivíduos em situação de rua, enraizado em distinções sócio-históricas de normalidade e desvio³⁰, cria barreiras significativas ao acesso equitativo aos serviços de saúde. Esse estigma é perpetuado tanto pela sociedade quanto pelas instituições de saúde, desencorajando a PSR a buscar cuidados em saúde por medo de discriminação e de receber tratamento inadequado.

No que tange ao racismo, este aparece de maneira velada no serviço de saúde e os trabalhadores podem não perceber que o praticam, por se tratar de uma violência mais “sutil” que pode ser caracterizada como violência institucional¹⁴. Por vezes a violência institucional se manifesta na recusa de atendimento^{21,22} ou a partir de uma postura policialesca dos profissionais com os usuários¹⁴. As situações mencionadas nos serviços de saúde, enquanto espaço de reprodução das relações sociais, remetem às concepções estrutural e institucional do racismo, ou seja, são decorrentes da própria estrutura social e se materializa nas instituições^{31,32}. Desse modo, o racismo institucional compromete a qualidade do atendimento e da relação profissional-usuário, limita o acesso dos indivíduos e fragiliza o princípio da equidade no SUS³².

Rigidez dos serviços

Essa categoria engloba vários aspectos que influenciam e resultam em barreiras de acesso da PSR usuária de álcool e outras drogas aos serviços de saúde, dentre elas a dissonância entre os modos de vida da PSR e o modo de oferta de cuidado pelos serviços de saúde, ou até mesmo, a dificuldade ou ausência de consideração dos modos de vida desta população para se pensar as ofertas ou necessidade de adaptação das ofertas de cuidado^{13-15,17,21,22,24}. Um estudo evidenciou que as pessoas em situação de rua dependem de outras ofertas, como alimentação e abrigo, que apresentam horários de chegada e saída rígidos e não flexibilizados, o que faz com que esses indivíduos não tenham autonomia de gestão sobre o seu próprio tempo²¹.

Além disso, a falta de uma rotina diária vinculada a horários precisos e ausência de relógio ou calendário pode dificultar a pessoa em situação de rua a se organizar para o dia e horário do seu atendimento, por exemplo, podendo gerar uma falta de orientação temporal²². As demandas cotidianas desses indivíduos possuem uma necessidade de agilidade e são muito distintas

das necessidades da população domiciliada, o que requer estratégias de operacionalização dos serviços de saúde na perspectiva da equidade³³.

A lógica administrativa burocrata ou a burocracia excessiva foi apontada por seis artigos^{15,17,18,21,23,24}, com destaque à exigência de documentos de identificação ou cartão do SUS para a concretização do atendimento^{17,18,21,23,24}. Tal prática contradiz a legislação nacional que prevê que a atenção integral à saúde deverá se dar independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no SUS³³.

A falta de possibilidades de flexibilização da rigidez dos serviços foi apontada como barreira de acesso. Algumas das situações descritas se relacionavam com fluxos, regras, horários para consultas e exames que muitas vezes não incluem os modos de vida da PSR e não permitem flexibilização^{17,21}, demonstrando incapacidade do serviço de se adequar às necessidades das pessoas em situação de rua^{16,22,24}. Os serviços de baixa exigência (*Low Threshold Service*) se apresentam como uma importante ideia-força para um efetivo cuidado daqueles que usam álcool e outras drogas. Em um acolhimento ativo e irrestrito por uma eCR, um acolhimento em um momento de crise no CAPS AD, ou programas de reinserção social com flexibilidade de modos de organização e horários, se faz possível a partir da constituição de uma posição subjetiva frente ao uso deletério da droga³⁴.

A noção institucional dos serviços centrada na estrutura física^{14,16,24} é uma barreira de acesso, e demonstra uma separação explícita entre a vida dentro dos serviços e a vida na rua, como se houvesse desconexão entre esses espaços¹⁴. Tal barreira se relaciona com outro dificultador, que diz respeito às concepções de território de atuação dos serviços, baseadas em linhas traçadas no mapa ou com a delimitação da atuação do serviço dentro de suas paredes institucionais^{17,24}, sem considerar as possibilidades de atuação externa como busca ativa, ações planejadas no espaço da rua, entre outros. A esse respeito, há uma compreensão, muitas vezes, nos serviços do SUS, da territorialização baseada apenas em divisões geográficas e administrativas, deixando de lado o conceito de território que engloba a sua fluidez e sua intrínseca relação com os modos de vida das pessoas que o habitam³⁵.

A imposição de abstinência é apontada como outra barreira de acesso aos serviços de saúde^{15,23}. É importante destacar que tal barreira se relaciona também com a categoria discriminação, a partir da reprodução dos estigmas que

permeiam as pessoas que fazem uso de drogas. Percebe-se uma desconexão entre a oferta em alguns serviços de saúde e as diretrizes do Ministério da Saúde, que prevê uma atuação sob a lógica da redução de danos. Nesta perspectiva, é fundamental o reconhecimento de que há pessoas que não podem, não conseguem ou não desejam interromper o uso, por isso deve-se ter como objetivo a redução dos riscos associados ao uso, sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo³⁶.

Há ainda negativas de atendimento às pessoas em situação de rua por estarem desacompanhadas de alguma equipe móvel, como as eCR, ou encaminhadas por algum outro serviço, seja da saúde ou assistência social²³. Apesar de ser uma barreira que diz da rigidez dos serviços, também apresenta relação com o processo de discriminação que a PSR vivencia. Situações como essa desprezam os princípios doutrinários do SUS de universalidade e equidade.

Fragilidades dos serviços

Na categoria fragilidades dos serviços foram identificadas barreiras geradas pela incapacidade ou fragilidade dos serviços em realizar articulação em rede, seja entre a rede intrasetorial ou intersetorial, considerando também a falta de integração e divergências de alinhamento do cuidado entre os atores que compõem essas redes^{16-18,22,24}.

Nesse aspecto, um dos artigos destaca que apesar do CAPS ser o principal instrumento de implementação da RAPS, essa política não se restringe apenas a ele e deve se concretizar a partir da tessitura de uma rede com fluxos de encaminhamentos bem definidos e que contribua para o cuidado dos usuários de forma integral²⁴.

Outros fatores identificados estavam relacionados ao déficit estrutural e de recursos humanos^{16,18,25}, que, para além de se apresentarem como barreiras, são fatores que precarizam o processo de trabalho e a oferta de cuidado, e a distância física entre os serviços de saúde e os locais ocupados pelas pessoas em situação de rua²¹.

Uma barreira encontrada trata-se da carência de um sistema que possibilite respostas mais concretas e imediatas diante da demanda do usuário¹⁷, evidenciando que, por vezes, faltam recursos na rede de saúde em momento oportuno à demanda do usuário. Ainda nesse sentido, a impessoalidade na oferta dos procedimentos foi apontada como barreira¹⁷, identificando que os serviços atuam predominantemente a partir da lógica biomédica, sem considerar a determi-

nação social da saúde³⁷. Ressalta-se a importância de organizar o cuidado não apenas a partir das orientações técnicas, sendo necessária a inclusão dos interesses e desejos dos sujeitos aos quais o cuidado é direcionado¹⁷.

Outra barreira apontada foi a violência interpessoal entre usuários, bem como entre usuários e trabalhadores nos serviços de saúde que se dá a partir das relações estabelecidas nesses espaços¹⁴. Por fim, a última barreira diz respeito a uma fragilidade no processo de comunicação em saúde com o público do serviço, que pode gerar o desconhecimento sobre os serviços¹⁵, suas funções, ofertas de cuidado, possibilidades de acesso.

Facilitadores de acesso

Relacionais

No que diz respeito aos facilitadores relacionais, o vínculo entre usuários e trabalhadores e/ou serviços foi apontado em nove artigos^{15,16,18-22,24,25} e a postura de escuta e acolhimento dos profissionais em seis^{15,17-20,22} revelando-se como importantes ferramentas de tecnologia leve de cuidado em saúde³⁸, considerando a importância de um acolhimento sem julgamentos e que considera a realidade dos sujeitos.

Outro facilitador encontrado foi a mediação de outros profissionais e/ou articulação entre os profissionais de eCR com profissionais de outros serviços^{22,24} para favorecimento do acesso, considerando as “parcerias” pessoais estabelecidas entre os trabalhadores dos serviços. Apesar de ser apresentada como um facilitador, tal situação se revela como denúncia das barreiras de acesso ao indicar que o acesso do usuário perpassa os arranjos informais e não institucionalizados. Essa tentativa de construção de arranjos com alguns profissionais da rede de saúde pode ser interpretada como um favor, e, apesar de estratégicos ou até mesmo subversivos na tentativa de garantir o acesso dos usuários ao SUS, não garantem a continuidade do cuidado, e não suprem os problemas de acesso da PSR ao SUS³⁹.

A busca ativa dos usuários é identificada como um facilitador do acesso^{16,22}, sendo a mesma uma das atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se refere ao deslocamento do profissional do serviço até o usuário como estratégia para ampliação da resolutividade, operando como possibilidade de ampliação do acesso e promoção da equidade⁴⁰. Tal prática deve estar no norte assistencial dos CAPS, que deve organizar o cuidado das pessoas em sofrimento mental e seus familiares a partir de uma noção

de território ampliada, sendo constituído sobretudo “pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.)”⁴¹.

A postura de negociação dos profissionais com usuários foi descrita como facilitador de acesso¹⁷ e tem relação direta com a postura de escuta e acolhimento, tendo em vista a preservação e estímulo à autonomia do usuário. Tal prática coaduna com as diretrizes do SUS que aponta a redução de danos como estratégia de cuidado para as os usuários de substâncias psicoativas (SPAs), respeitando seu desejo e autonomia no processo de cuidado, com ações de informação, educação e aconselhamento e que contribuam para a adoção de comportamentos mais seguros³⁶. Tal postura incorpora o reconhecimento do usuário do serviço como sujeito no seu processo de cuidado em saúde, visando o estabelecimento de normas para a condução da sua própria vida¹⁷.

Por fim, o reconhecimento do serviço como local de proteção foi identificado como um facilitador do acesso¹⁴. No que tange a vida nas ruas, a vulnerabilidade ao risco da violência faz parte do cotidiano, o que gera insegurança e medo de dormir, afetando diretamente a qualidade de seu sono e bem-estar. Neste sentido, o reconhecimento dos serviços como um local de proteção favorece tanto o acesso, quanto a permanência e continuidade do cuidado nos serviços de saúde.

Atuação na perspectiva da equidade

A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS, pensada a partir da necessidade de diminuir as iniquidades no acesso existentes nos serviços de saúde⁴². Na categoria que trata sobre a atuação na perspectiva da equidade foram identificadas estratégias que podem funcionar como facilitadores de acesso da PSR, entre eles, a possibilidade de itinerância com deslocamento dos serviços até o território foi apontada em cinco artigos^{16,18,22-24}, o que dialoga com a categoria da busca ativa, a partir do estabelecimento de um deslocamento do serviço até o local de permanência dos usuários.

Outro facilitador identificado se refere aos encaminhamentos tanto para a rede de saúde (intra-setorial)^{16,24,25}, quanto à capacidade de articulação da inter-setorialidade, estabelecendo parcerias entre diferentes políticas públicas^{16,21,24}, possibilitando, dessa forma, uma rede de alianças e pactuações para o cuidado das pessoas em situação de rua. Considerando que pobreza e exclusão social são os eixos centrais

para se pensar na saúde da PSR, a necessidade de efetivação de políticas públicas estruturantes e de forma inter-setorial é fundamental para um processo concreto de garantia de direitos e superação das mazelas que atravessam violentamente esses corpos³⁹.

A capacidade de incorporação do imprevisível ou não programado a partir da demanda e do desejo dos usuários^{17,18,20}, a flexibilidade dos serviços com possibilidade de adaptações de fluxos e protocolos a partir do reconhecimento dos modos de vida da PSR^{17,20}, a capacidade de responder à solicitação do cuidado no momento da demanda²², funcionam como facilitadores a partir de práticas equitativas que consideram as diferentes necessidades de acesso.

A característica de ser um serviço em regime de porta aberta²², se referindo ao atendimento da pessoa por demanda espontânea, é identificado como um facilitador que contribui com a oportunidade de cuidado, sem a necessidade do estabelecimento de um encaminhamento prévio.

Assistenciais

No que diz respeito aos aspectos assistenciais, destaca-se que doze artigos, dos treze selecionados apontam a atuação das equipes móveis como facilitadores do acesso¹⁴⁻²⁵ ao se deslocarem para oferta de cuidado in loco, exemplificado nesses artigos a partir do trabalho realizado pelas eCR.

Outro aspecto importante demarcado como facilitador refere-se à multiprofissionalidade, interprofissionalidade ou integração entre diferentes categorias profissionais^{16,20,24}, identificado como potencializador das ofertas a partir da possibilidade de atuação integrada de vários núcleos de saberes para a construção de um cuidado plural, preparado para lidar com os diferentes problemas e necessidades das pessoas em situação de rua.

De forma inversa à imposição da abstinência apresentada como barreira na rigidez dos serviços, a oferta na perspectiva da redução de danos e as ofertas específicas para o cuidado com o uso de álcool e outras drogas^{16,18} foram apontadas como facilitadores do acesso, na medida que reconhecem esse sujeito em suas necessidades e prevê um cuidado na medida do que o sujeito permite, considerando os saberes do usuário. A existência de um veículo para deslocamento da equipe se revela como uma estrutura física que facilita o acesso dos serviços até as pessoas em situação de rua¹⁶.

A oferta de cuidados na perspectiva da saúde integral¹⁶, o acesso à saúde bucal²⁰, re-

conhecendo as dificuldades da PSR de manter uma higiene bucal satisfatória pelas condições precárias de vida e o fornecimento de medicações também é identificado como facilitador²⁰, considerando também a possibilidade de dispensação de medicação sem a obrigatoriedade de documento de identificação para a PSR. Já o conhecimento técnico sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e drogas dos trabalhadores¹⁸ foi apontado como um facilitador, contribuindo para uma abordagem de cuidado eficiente da PSR.

Em oposição à fragilidade de comunicação em saúde apresentada nas barreiras, a existência de horários de funcionamento previamente definidos e divulgados para que os usuários saibam como procurar o serviço¹⁸ facilitam o acesso da PSR aos cuidados em saúde. A qualidade da assistência recebida²¹ é um diferencial que aproxima a população dos serviços; e o matriciamento²³ é apresentado como facilitador de acesso e revela a potencialidade de construção compartilhada para intervenção com a PSR, considerando o contexto de sobreposição de vulnerabilidades.

Destaca-se por fim que a realização de atividades artísticas e recreativas²⁰ são também apresentados como facilitadores. Tais ações operam com a possibilidade de ampliar o olhar para esses sujeitos e suas singularidades, considerando os aspectos biopsicossociais, o que pode resultar em uma melhor resposta aos cuidados em saúde.

Por fim, uma limitação importante dos resultados apresentados se encontra no fato de todos os estudos se vincularem, em diferentes graus, aos itinerários terapêuticos. Estudos sobre itinerários terapêuticos enfrentam limitações significativas, pois frequentemente estabelecem um caráter direcional apoiado na concepção negativa de saúde, o que se deve em parte à maneira que os entrevistados reconstituem o itinerário⁴³. Além disso, essa abordagem não costuma alcançar uma integração inter e transdisciplinar eficaz, permanecendo presa a paradigmas que priorizam a ausência de doença como principal indicativo de saúde. Torna-se necessário maior adoção de perspectivas teóricas e referenciais de análise que ampliem o debate sobre uma concepção positiva de saúde, a efetividade da integralidade e eficácia simbólica do cuidado⁴³.

Conclusão

Ainda que esta revisão integrativa possua um recorte específico para compreender o acesso aos serviços de saúde mental, os resultados apontaram para barreiras e facilitadores, em sua maioria, encontradas no acesso da PSR aos serviços de saúde de uma forma geral, mesmo considerando o público usuário de álcool e outras drogas. Isto indica o reconhecimento que a RAPS é composta por uma diversidade de serviços que ultrapassam a atuação dos CAPS e CAPS AD. Tal perspectiva se torna fundamental para pensarmos que o cuidado da PSR que faz uso de álcool e outras drogas deve se dar de forma ampliada.

Além disso, oferece implicações que as principais barreiras e facilitadores de acesso deste público se relacionam mais ao fato de estarem em situação de rua do que ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Dentre as 19 barreiras categorizadas, apenas a barreira da imposição de abstinência foi exclusivamente vinculada ao uso de álcool e outras drogas. Dentre os 22 facilitadores encontrados, apenas o conhecimento técnico sobre drogas e as ofertas na perspectiva da redução de danos foram exclusivas ao uso. Parte deste resultado pode ser atribuído às limitações do escopo destes artigos que possuem a PSR enquanto público-alvo exclusivo dos estudos. Nota-se a importância de estudos que permitam a comparação ou diferenciação entre circunstâncias e fatores vinculados aos diferentes grupos sociais que acessam a saúde mental, para a identificação mais precisa das diferenças e somas existentes no acesso, por sua condição de estar na rua e/ou pelo uso prejudicial.

Em relação aos resultados encontrados, ressalta-se que as múltiplas contribuições dos artigos foram convergentes ou adicionaram novos fatores a serem considerados no estudo do acesso. Não foram encontrados dissensos entre os autores relativos às diferentes barreiras e facilitadores. Espera-se que o esforço de categorização realizado nesta revisão possibilite o avanço na sistematização e compreensão destes fatores vinculados às barreiras e facilitadores. É necessário a realização de estudos futuros que busquem tanto aprofundar a análise de fatores específicos, quanto estudos que busquem compreender as relações entre estes fatores. Ainda, é preciso que as pesquisas foquem não apenas na identificação destes fatores, mas também estudem estratégias que busquem soluções pragmáticas para serem implementadas na saúde de forma factível e com certa urgência, consideran-

do as diversas evidências apresentadas de barreiras que impedem o cumprimento do direito da PSR ao acesso equânime à saúde.

A discriminação foi identificada como uma das principais barreiras ao acesso, destacando-se como um fator que não apenas afeta negativamente a autopercepção e a interação dos indivíduos com os serviços de saúde, mas também reflete falhas estruturais mais amplas. Essas falhas sistêmicas impedem que os serviços atendam às necessidades complexas desses usuários de maneira eficaz e inclusiva.

Os Consultórios na Rua foram destacados como facilitadores significativos no acesso aos serviços de saúde, principalmente por sua capacidade de se adaptar aos estilos de vida e às necessidades dos usuários. A sua equipe se destaca por sua composição multiprofissional e abordagem de escuta e acolhimento, o que é essencial para construir uma relação de confiança com os usuários. Esses resultados reforçam a importância de todos os componentes da RAPS estarem

preparados para oferecer cuidados que sejam não apenas acessíveis, mas também eticamente conduzidos, equitativos e livres de preconceitos, para realmente atender às demandas da população servida.

Por fim, o estudo sugere a necessidade de reformulações nos fluxos, rotinas e protocolos dos serviços de saúde, como uma estratégia para ampliar o acesso e melhorar a qualidade do atendimento. A adoção da perspectiva da redução de danos e a implementação do matriciamento são vistas como práticas promissoras para orientar o cuidado, especialmente para aqueles em situação de vulnerabilidade. Essas abordagens permitem um cuidado mais personalizado e co-participativo, crucial para a adesão e eficácia do tratamento. A articulação da rede de cuidados de forma intra e intersetorial também é vital para atender às complexas necessidades dessa população, enfatizando a importância de uma abordagem holística e empática no sistema de saúde.

Colaboradores

PVR Fraga contribuiu no delineamento do artigo, coleta, análise e interpretação de dados, escrita do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. MCA Araújo contribuiu com a coleta, análise e interpretação de dados, escrita do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. AA Souza contribuiu na concepção do projeto, delineamento do artigo, coleta, análise e interpretação de dados, escrita e revisão crítica do artigo. ALJ Martins contribuiu na escrita, análise e interpretação dos resultados. ACMTV Dantas contribuiu na escrita, análise e interpretação dos resultados. RA Marinho contribuiu na escrita, análise e interpretação dos resultados. DM Rodrigues contribuiu na coleta, análise de dados, escrita, análise e interpretação dos resultados. R Paes-Sousa contribuiu na concepção do projeto e revisão crítica do artigo.

Financiamento

Ministério da Saúde (MS).

Referências

1. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2009.
2. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Rua aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social; 2009.
3. Galvão ALM, Oliveira E, Germani ACCG, Carmo LO. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saude Soc* 2021; 30(2):e200743.
4. Theodoro M. *A sociedade desigual: racismo e branquitude na formação do Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar; 2022.
5. Martins ALJ, Souza AA, Silva GDM, Dantas AC-MTV, Marinho RA, Fernandes LMM, Oliveira AMC, Magalhães Júnior HM, Paes-Sousa R. Access to health and social protection policies by homeless people during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods case study on tailored inter-sector care during a health emergency. *Frontiers Public Health* 2024; 12:1356652.
6. Martins ALJ, Souza AA, Fernandes LdaMM, Oliveira AMC, Cordeiro JC, Oliveira AF, Magalhães Júnior HM. A interface entre as políticas públicas para a população em situação de rua: revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2023; 28(8):2403-2416.
7. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). *População em Situação de Rua. Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal*. Brasília: MDHC; 2023.
8. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2011.
9. Oliveira AL, Guizardi F. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social. *Saude Soc* 2020; 29(3):e190650.
10. Valle FAAL, Farah BF, Carneiro Junior N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saude Debate* 2020; 44(124):182-192.
11. Wijk LB, Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2019; 24(9):3357-3368.
12. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saude Soc* 2016; 25(1):9-18.
13. Vale AR, Vecchia MD. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saude Soc* 2019; 28(1):222-234.

14. Oliveira JAS, Furtado LAC, Andreazza R. (In)visibilidades das violências na produção do cuidado com as pessoas em situação de rua. *Interface (Botucatu)* 2022; 26:e220057.
15. Rossi CCS, Tucci AM. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. *Psicol Soc* 2020; 32:e170161.
16. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):879-890.
17. Friedrich MA, Wetzel C, Camatta MW, Olschowsky A, Schneider JF, Pinho LB, Pavani FM. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. *J Nurs Health* 2019; 9(2):e199202.
18. Lima HS, Seidl EMF. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicol Estud* 2015; 20(1):57-69.
19. Lima HS, Seidl EMF. Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos. *Psicol Pesq* 2017; 11(2):33-41.
20. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1839-1848.
21. Oliveira MA, Boska GA, Oliveira MAF, Barbosa GC. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. *Rev Esc Enferm USP* 2021; 55:e03744.
22. Wijk LB, Mângia EF. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. *Saude Debate* 2017; 41(115):1130-1142.
23. Teixeira MB, Belmonte P, Engstrom EM, Lacerda A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. *Saude Debate* 2019; 43(n. esp. 7):92-101.
24. Paiva IKS, Guimarães J. População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. *Physis* 2022; 32(4):e320408.
25. Bittencourt M, Pantoja PVN, Silva Júnior PCB, Pena JLC, Nemer CRB, Moreira RP. Street clinic: the care practices with users of alcohol and other drugs in Macapá. *Esc Anna Nery* 2019; 23(1):e20180261.
26. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(6):377-384.
27. Patias ND, Von Hohendorff J. Critérios de Qualidade para Artigos de Pesquisa Qualitativa. *Psicol. Estud* 2019; 24:e43536.
28. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.
29. Fiore M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estud CEBRAP* 2012; 92:9-21.
30. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
31. Almeida S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Ed. Jandaíra; 2020.
32. Kalckman S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Rev Saude Soc* 2007; 16(2):146-155.
33. Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saude Debate* 2019; 43(n. esp. 7):50-61.
34. Lancetti A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Editora Hucitec; 2015.
35. Tetemann EC, Trugilho SM, Sogame LCM. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos Contextos* 2016; 15(2):356-369.
36. Brasil. Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da União*; 2005.
37. Silva L, Bicudo V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: Santos TVC, Silva LB, Machado TO, organizadores. *Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises*. Rio de Janeiro: Mórula; 2022. p. 115-131.
38. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
39. Fraga PVR. *"Tá normal! tá normal! a saúde chegou": etnografia da atuação do Consultório na Rua de Belo Horizonte nas cenas de uso* [dissertação]. Belo Horizonte: Instituto René Rachou; 2022.
40. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2017.
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: MS; 2004.
42. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
43. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saude Debate* 2019; 43(n. esp. 7):204-221.

Artigo apresentado em 06/05/2024

Aprovado em 24/07/2024

Versão final apresentada em 26/07/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva