ACESSO ABERTO
ARTIGO ORIGINAL
RESAP

https://doi.org/10.65027/2447-3405.2026.1186

ANÁLISE QUALITATIVA DO PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA EM GOIÁS: POTÊNCIAS E FRAGILIDADES

QUALITATIVE ANALYSIS OF THE WORK PROCESS OF STREET CONSULTING TEAMS IN GOIÁS: STRENGTHS AND WEAKNESSES

Rogério Borges da **Silva**[1], Fabiana Ribeiro **Santana**[2]

1. Mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.
2. Doutorado em cotutela/dupla titulação entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (doutora em Ciências – Enfermagem em Saúde Pública) e a Université de Cergy-Pontoise na França (doutora em Ciências da Educação). Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. Email para correspondência: fabianasantana@ufg.br

RESUMO

Introdução: A existência de pessoas em situação de rua evidencia a incapacidade governamental de lidar com situações complexas que envolvem o indivíduo e a sociedade em que se encontra inserido. Para reduzir esse vazio assistencial, o Estado brasileiro instituiu, em 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua e, em 2011, efetivou a criação das equipes de Consultório na Rua (eCR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo**: Analisar as potencialidades e as fragilidades do processo de trabalho de equipes de consultório na rua (eCR) do Estado de Goiás, Brasil. **Método**: Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre o processo de trabalho em saúde das eCR em Goiás, desenvolvida sob a perspectiva do materialismo histórico-dialético, por meio de entrevistas individuais e coletivas com trabalhadores e gestores dessa estratégia. **Resultados**: Dos dados empíricos, emergiram as seguintes categorias temáticas: Trabalho das equipes de Consultório na Rua; Instrumental de trabalho das equipes de Consultório na Rua; e Objeto de trabalho das equipes de Consultório na Rua: vidas precárias e demandas complexas. **Conclusão**: A pesquisa identificou a atuação das equipes de Consultório na Rua e sua articulação com outros setores, os meios de trabalho/instrumentais materiais e não materiais e o conhecimento das equipes sobre o perfil e as necessidades da população em situação de rua. Constatou-se intensa precarização do trabalho e dos instrumentos utilizados, o que dificultava, em certa medida, o desenvolvimento de ações específicas e o alcance da resolutividade. Evidenciou-se, contudo, o potencial dessas equipes e seu engajamento com a causa da saúde da população em situação de rua.

PALAVRAS-CHAVE: População em situação de rua; Atenção Primária à Saúde; Processo de trabalho em saúde; Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

Introduction: The existence of homeless people highlights the government's inability to address complex situations involving both the individual and the society in which they find themselves. To address this healthcare gap, the Brazilian State established the National Policy for the Homeless Population in 2009 and implemented the creation of street outreach teams (eCR) in 2011. **Objective**: To analyze the strengths and weaknesses of the work process of street clinic teams (eCR) in the State of Goiás, Brazil. **Method**: This is a qualitative research on the eCR health work process in Goiás from a historical-dialectical materialism perspective through individual and group interviews with workers and managers of this strategy. **Results**: The following thematic categories emerged from the empirical data: Work of office teams on the street; Instrumental for the work of street clinic teams; and The object of the work of street clinic teams: precarious lives and complex demands. **Conclusion**: The research identified the work of Street Clinic teams and their coordination with other sectors, the material and non-material means of work/instruments, and the teams knowledge of the profile and needs of the homeless population. The study found a significant precariousness in the teams work and tools, which somewhat hindered the development of specific actions and the achievement of resolution. The research also highlighted the potential of the teams and their commitment to the cause of homeless health.

KEYWORDS: Homeless population; Primary Health Care; Health work process; Health vulnerability.

INTRODUÇÃO

A partir de uma racionalidade científica, sob o pensamento de Marx e Lukács, o trabalho, além de ser considerado a atividade humana primal, diferenciando os homens dos animais e manifestando-se como forma de transmutação da natureza conforme o interesse individual ou coletivo, sob a égide do capitalismo, aliena e bestializa o homem sob o puro e raso instinto de sobrevivência[1].

O trabalho em saúde apresenta modelagem mais complexa, pois envolve a articulação de processos diversificados com trabalhadores que carregam objetos, saberes e instrumentais próprios, potencializando a alienação do trabalhador e a fragmentação do cuidado, mesmo em uma atividade necessariamente de natureza coletiva, que expõe a contradição entre autonomia e controle[2].

Enquanto atividade institucionalizada, o trabalho em saúde atua dentro de uma validação de regramentos, certificações e regulações interprofissionais como meio de obtenção da satisfação das necessidades individuais e coletivas – materiais e não materiais – do agente executante e de seus dependentes sociais, retirando-o da visão exclusivamente cientificista, considerando que o seu objetivo se "define no produto em si e na obtenção dos produtos dos outros trabalhos que o produto em si exteriorizado lhe proporciona"[3:17].

No campo da saúde, esse aprimoramento, por meio do desenvolvimento técnico-científico, deu-se pela percepção de uma proposta curativa após os aprofundamentos no conhecimento do corpo humano (anatomia e fisiologia), bem como de seus agentes agressores (patogênicos ou não). Nesse sentido, os instrumentos correspondem à dimensão intelectual do trabalho, à transformação efetivada no objeto e às condições materiais para a sua realização[3].

Dessa forma, inserindo o saber como instrumento essencial para sua efetivação, o processo de trabalho pode ser considerado um conjunto estruturado de atividades, ações ou elementos necessários para a obtenção de um resultado, ou seja, a energia destinada à transformação[3]. Ele é composto pelo objeto, pelo instrumental e pela finalidade, sendo orientado conforme a visão, a compreensão, a pretensão e os objetivos de quem o exerce, atuando na lógica do trabalho vivo (trabalho em si), do trabalho morto (ferramentas) e das tecnologias leves, duras e leve-duras, mais ou menos estruturadas[4].

É compreensível que problematizar processos de trabalho encontre diversos desafios, pois altera interesses, gera a necessidade de contratualização com a mudança e tende a desestruturar verdades consideradas dogmáticas no campo das relações micropolíticas, visando a mudanças na gestão e na formação dos trabalhadores, evitando, assim, a reprodução de uma clínica asilar, biomédica e unilateral[5].

Assim, Mendes-Gonçalves[6], sob inspiração marxista, detalha a importância de saberes e equipamentos aliados à articulação nos processos de trabalho, que entrelaçam a arquitetura técnica e as conexões que se apresentam como determinantes, considerando motivações de ordem econômica, política e social, de forma que a execução do trabalho deve envolver mecanismos de controle e supervisão coletivos, com critérios racionalizados e burocratizados.

Seguindo esse prisma, apresenta-se o objeto deste estudo: o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua (eCR). As eCR constituem-se como um dispositivo criado em face da completude das necessidades do indivíduo e da integralidade do cuidado, instituído em 2011, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para ações *in loco* no território e/ou nas unidades básicas de saúde, atuando na perspectiva da oferta de uma clínica afetiva e efetiva, articulando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e pretendendo, assim, garantir um atendimento digno, humanizado e de qualidade às pessoas em situação de rua[7].

Em função do aumento significativo da quantidade de pessoas em situação de rua, sobretudo de famílias, fenômeno facilmente observado em capitais e grandes cidades e em um cenário de pós-pandemia, observa-se a necessidade de melhor estruturação de diretrizes, serviços, equipes e ações direcionadas ao atendimento em saúde dessa população[8]. Diante do cenário apresentado, parte-se do pressuposto de que, a partir de uma arquitetura técnica que agrupa saberes, equipamentos e tecnologias que compõem o processo de trabalho, os serviços existentes e futuros podem intensificar o acesso da população em situação de rua aos dispositivos das RAS no Estado de Goiás e a resolutividade de suas ações[6].

Assim, considerando a relevância social e sanitária do Consultório na Rua e a necessidade de ampliação do acesso e da efetividade da atenção integral à população em situação de rua, objetiva-se, neste estudo, analisar as potencialidades e as fragilidades do processo de trabalho das eCR do Estado de Goiás.

METODOLOGIA

O estudo constituiu-se como uma pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa. Considerando sua relação com o objetivo geral, esse tipo de pesquisa busca investigar fenômenos, elencar hipóteses e aproximar o pesquisador do problema, observando-o sob diferentes perspectivas por meio de descrições sistemáticas[9].

A metodologia qualitativa, amplamente utilizada em pesquisas e projetos no âmbito da Saúde Coletiva, configura-se como um método de avaliação que confere maior robustez aos objetivos propostos[10]. Tal metodologia é compreendida como capaz de "incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, tomadas tanto no seu nascimento como na sua modificação"[11:22-23].

O referencial teórico utilizado foi o processo de trabalho em saúde, diante da necessidade de compreender a complexidade dos fenômenos de ordem socioeconômica e cultural por meio da epistemologia desenvolvida por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, partindo da sua consubstancialidade tecno-social[12].

Nesta pesquisa, foram incluídos os municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade e Rio Verde, no Estado de Goiás, por serem os únicos a possuírem, no período de coleta de dados (dezembro de 2023 a março de 2024), eCR em funcionamento há, no mínimo, três meses, garantindo que os participantes tivessem vivência suficiente no serviço.

Os convites foram encaminhados a 38 trabalhadores, dos quais 10 estavam afastados por férias e/ou licença médica, e 8 não responderam ao convite. Participaram do estudo 20 trabalhadores e gestores das eCR dos quatro municípios elegíveis, garantindo-se a saturação amostral. Criaram-se códigos (E1 a E20) com o objetivo de preservar o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

A aproximação ao campo foi realizada a partir do contato com a coordenação das eCR de cada município e, posteriormente, com os trabalhadores, visando apresentar os objetivos e os resultados esperados da pesquisa. O recrutamento dos participantes ocorreu por meio de contato individual via e-mail e/ou telefone celular.

A estratégia de coleta de dados constituiu-se de entrevistas individuais e em grupo. As entrevistas individuais foram realizadas com o coordenador ou gestor responsável pela equipe. As entrevistas em grupo foram desenvolvidas presencialmente com trabalhadores de eCR dos municípios selecionados.

Optou-se por realizar entrevistas individuais com os coordenadores das equipes, considerando que sua presença nas entrevistas coletivas poderia interferir na dinâmica grupal, gerando, em certa medida, constrangimento, intimidação, controle ou silenciamento de tensões e contradições vivenciadas nos serviços.

Para o desenvolvimento das entrevistas, utilizou-se um instrumento orientador para coleta de dados, contendo dados sociodemográficos e questões abertas sobre o trabalho em si desenvolvido pelas equipes (significado e sentido do trabalho; atribuições; planejamento, avaliação e monitoramento de ações; potencialidades e dificuldades), o instrumental de trabalho (instrumentos materiais e imateriais) e o objeto do trabalho da equipe (número, perfil e necessidades da população em situação de rua).

As entrevistas grupais foram realizadas em locais definidos por cada equipe, por dois pesquisadores (mediador e observador silente) com papéis distintos, sendo utilizados um gravador de voz digital e um *tablet* para registro. Após as entrevistas foram desenvolvidas reuniões de discussão entre o mediador e o observador silente como um mecanismo de rigor metodológico. O material, com cerca de sete horas de gravação, foi transcrito pela plataforma Sonix e revisado pelo primeiro autor, totalizando 174 páginas.

Após a produção dos dados, foram desenvolvidas seis oficinas de análise de conteúdo utilizando o método de Bardin[13], com o objetivo de capacitar o primeiro autor no domínio dessa abordagem analítica. O método de análise de conteúdo de Bardin[13] consiste em uma técnica aplicável a discursos diversos e a todas as formas de comunicação, com o objetivo de sistematizar procedimentos e utilizar a inferência com base nos eixos das condições de produção e recepção das mensagens.

Para auxiliar na filtragem de expressões representativas das categorias utilizou-se o *software* de Análise Qualitativa de Dados (*webQDA*). O *webQDA* é um *software* de análise qualitativa de dados, baseado na web, criado em Portugal em 2010. Ele permite

a análise de diferentes tipos de fontes, como textos, planilhas, tabelas, imagens, vídeos e áudios. Para isso, foram criados três códigos livres, correspondentes aos componentes do processo de trabalho conforme a perspectiva marxiana.

O trabalho também foi submetido à avaliação independente feita por duas pesquisadoras experientes do campo da Saúde Coletiva, com conhecimento aprofundado em métodos qualitativos. Essa prática assegurou o rigor metodológico da pesquisa, reforçando a triangulação de pesquisadores como um mecanismo de validação dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CAAE 74063923.0.0000.5078), e todas as normas éticas foram rigorosamente seguidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de participantes constituiu-se por 20 trabalhadores, sendo 13 mulheres e 7 homens; 13 com formação superior, 1 com doutorado, 3 com especialização e 3 com nível médio; 15 heterossexuais e 5 que não preencheram o campo; 10 brancos e 10 negros (pretos e pardos); com maioria católica (13), protestantes (2), espírita (1), religião de matriz africana (1) e outras denominações (3); vinculados aos municípios por meio de credenciamento (11), estatutário (7), comissionado (1) e celetista (1); composto por profissionais de diversas áreas, como enfermagem (4), medicina (3), técnicos em enfermagem (3), serviço social (5), educação física (2), psicologia (2) e educador social (1).

Após a análise de conteúdo, emergiram três categorias temáticas, sendo elas: trabalho de eCR; instrumental do trabalho de eCR; e objeto do trabalho de eCR: vidas precárias e demandas complexas.

Primeira categoria temática: Trabalho de equipes de Consultório na Rua

O Quadro 1 descreve a atuação das eCR do Estado de Goiás. As eCR buscam desenvolver o planejamento, a oferta de cuidados em saúde e a articulação com outras redes para o acesso à garantia do direito fundamental à saúde.

Quadro 1 – Ações específicas de eCR do Estado de Goiás, Brasil

Ações descritas pelas eCR	Fragmentos de falas de participantes
Planejamento, avaliação e monitoramento de ações.	*"Essas ações de planejamento estão sendo construídas ainda pelo consultório na rua. Então, de acordo que surgem as demandas, nós temos tentado fazer, planejar uma ação e depois monitorá-la. Uma dessas ações hoje está sendo monitorada e planejada através de planilhas, gráficos, que nós digitamos, montamos e criamos" (E17).*
Ações procedimentais: curativo; suturas; lavagem de ouvido; tratamento de feridas; testes rápidos; vacinação; banho; cadastramento.	*"Fazer o curativo, dependendo do lugar que você está, eles acham que aquilo é a melhor coisa da vida dele, porque todo mundo tem preconceito e não quer fazer assim, né?" (E20).*
Ações de prevenção de doenças para a população em situação de rua e para profissionais do sexo.	*"...Você faz aí o atendimento de testagem rápida, você trabalha aí hepatite B, HIV, sífilis..."(E8).*
Ações de tratamento de doenças e agravos: tuberculose, hanseníase, hipertensão, HIV, hepatite, diabetes, tabagismo, sífilis, dependência química, transtorno mental, cirrose, doenças de pele.	*"...tem também o tratamento daqueles crônicos, né? Hanseníase, tuberculose. Isso que tem, que a maioria dessas pessoas de rua está sujeita a se contaminar..." (E14).*
Ações em situações de crise: primeiros socorros (clínica, psiquiatria).	*"A gente tem uma equipe multi e todo mundo ali supera os desafios, na medida que eles vão aparecendo. Acho que isso é um potencial muito forte nosso de conseguir intervir em situações de crise" (E10).*
Encaminhamentos para outros pontos das RAS: odontologia; CAPS; especialidades médicas.	*"...Se precisar de um encaminhamento, ele vai ser encaminhado. Aí depende dos outros órgãos, para liberar um exame, para iniciar um tratamento. Aí isso é bastante variável" (E17).*
Atribuições específicas do assistente social na atenção primária e articulação com a rede de assistência e proteção social: reinserção familiar e social; laudos para benefício social; documentação; roupas; materiais de	*"...ontem foi algo assim até relevante para nós. Tinha um paciente que ele já é idoso. Ele acabou indo para a rua, mais pela questão de desemprego mesmo. Trabalhou a vida toda em fazenda e aí quando ele já ficou idoso, que já não conseguem render tanto, foi*

higiene.	*mandado embora. Às vezes, eles não têm família. Então, entra toda aquela situação. A gente atendeu ele, eu acho que foram umas quatro, cinco vezes. Ele tem sim a dependência de álcool, mas aí ele aceitou o tratamento no CAPS. A questão de documentos dele, a gente também foi organizando e aí ele conseguiu uma vaga de trabalho" (E16).*
Interação com a sociedade: divulgação da política da população em situação de rua e da estratégia do consultório na rua; localização de pessoas.	*"...Não conhece o programa, não sabe. Então é muito bom divulgar. A Secretaria de Saúde começou a divulgar sobre nosso trabalho e aí a gente vê nos comentários assim: 'Eu não sabia o que era o Consultório na rua...'" (E13).*
Matriciamento	*"Olha, matriciamento é uma ação que tem que ser feita e lembrar pode ser a meta no planejamento. Quando é que nós vamos fazer? Como é que vai organizar?" (E2).*

Fonte: Os autores (2025)

Conforme o discurso dos participantes da pesquisa, o trabalho das eCR é desenvolvido prioritariamente nas ruas, com foco nas questões de saúde mais prevalentes na população em situação de rua. São realizadas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças crônicas, infecções sexualmente transmissíveis (IST), dermatoses, tuberculose e hanseníase. Devido ao nomadismo e à maior probabilidade de atropelamentos e lesões decorrentes de violência, são realizadas também ações de cuidado a feridas (procedimentais) e de articulação com outros pontos de atenção à saúde, municipais e/ou estaduais.

Embora o trabalho das eCR tenha como objetivo a produção de saúde na lógica da redução de danos, em toda a sua amplitude e complexidade[14], observa-se pouca menção ou enfoque nessa tecnologia de cuidado nas falas das equipes.

Desse modo, infere-se que a abordagem das eCR baseia-se em um modo de produção cartesiano, constituído por ações com foco no cuidado preventivista, vinculado a um modelo de atenção à saúde vigente e enquadrado na formação em saúde[15]. Ou seja, as eCR desenvolvem atividades curativas em uma linha de cuidado com eixo biomédico, centrado na condição de saúde apresentada pela população em situação de rua[16].

Abordar essencialmente os aspectos biológicos dessa população pode produzir um cuidado que culpabiliza e/ou transfere a responsabilidade do autocuidado a quem não consegue acessar os direitos básicos. Desvincular os aspectos sociais do cuidado pode gerar, para o trabalhador, um processo de alienação, entendido como uma forma de distanciamento do sujeito em relação ao que é produzido e que, geralmente, promove constrangimento, em vez de melhoria das condições materiais de existência do objeto de trabalho[17].

Dessa forma, faz-se necessário compreender a atenção à saúde como trabalho, considerando seu caráter histórico e social, e situando o trabalhador como agente transformador da realidade social.

O Quadro 2 apresenta os desafios enfrentados pelas eCR do Estado de Goiás. Os participantes da pesquisa consideram que falta uma melhor definição do trabalho específico das eCR por parte do Ministério, do Estado e dos municípios. As equipes avaliam que o trabalho é permeado por um intenso processo de precarização, higienismo e violência.

Quadro 2 Dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações de eCR do Estado de Goiás, Brasil

Dificuldades descritas pelas eCR	**Fragmentos de falas de participantes**
Falta visibilidade e clareza de responsabilidades, atribuições, parâmetros, protocolos, procedimentos operacionais padrão, fluxos e linhas de cuidado intra e intersetoriais.	*"A gente não tem um fluxo definido. Precisaria ter um fluxo definido para a equipe saber defender aquele fluxo e por em frente aquele fluxo. Entendeu? Para não ter erro..." (E18).*
Precarização do trabalho: diminuição de atendimentos, procedimentos, capacitações, inclusive nos outros pontos das RAS (especialmente de Saúde Mental) e da Rede de Assistência e Proteção Social.	*"Eu vou lá na rua, pego um usuário que está desvinculado totalmente e levo para o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Ele passa 14 dias, aí ele está... Como é que diz? Motivado, quer sair da rua, quer arrumar um trabalho. Mas 14 dias ele não teve tempo ainda, nem sequer de receber a documentação aqui do Serviço Social. Foi lá, fez, tirou a*

	certidão de nascimento dele, fez a identidade. Mas ele não pegou. Ele quer arrumar um emprego, quer alguma coisa. Só que quando ele sai do CAPS, ele vai para onde? Ele vai para a rua. Lá para onde ele tava" (E8).
Atravessamento político-ideológico de base higienista: vereadores; cidadãos; trabalhadores da saúde.	*"...Quando eu falo na questão política é porque às vezes, por exemplo, você tem uma demanda ali que tem que ser feita agora, né? Mas aí vem um cidadão, um vereador, sei lá o quê e fala assim: 'Oh, tem que pegar um. Vocês têm que...'. A linguagem que eles usam é essa, tem que pegar um usuário em tal lugar. A gente não tem que pegar o usuário, tem que cuidar dele..." (E08).*
Atravessamento da violência: ação de facções criminosas.	*"...se trabalha aqui na região, mas tem que fazer um encaminhamento lá, que ele tem que ir. Ele já fala: 'Não posso ir lá, porque lá é de outro comando'" (E05).*

Fonte: Os autores (2025)

Os participantes da pesquisa consideram que o trabalho das eCR não possui um direcionamento mais preciso por parte do Ministério da Saúde. Ou seja, faltam diretrizes de atuação dos trabalhadores e definição de co-responsabilidades das RAS, com fluxos e referências estabelecidas[18].

Outro aspecto citado pelos participantes foi o intenso sucateamento do processo de trabalho, o que pode gerar sentimentos de impotência, sofrimento, alienação e revolta frente ao sistema[19].

A precarização do trabalho do Consultório na Rua impõe um grande desafio no enfrentamento das barreiras de acesso à saúde.

As eCR encontram dificuldades para dar respostas às questões cotidianas na oferta do cuidado aos usuários, repleta de desafios, como, por exemplo: o risco da violência promovida pelo crime organizado e pelas forças de segurança estatais; e a ausência de dispositivos que atendam integralmente às necessidades da população em situação de rua, incluindo espaços de pós-alta e de abrigamento.

As dificuldades vivenciadas no trabalho representam um reflexo da forma como a sociedade enxerga as pessoas atendidas pelas eCR. A ausência de corresponsabilização dos entes federados e de pastas como Saúde e Assistência Social escancara a falta de articulação, planejamento e implementação do poder público para a efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua[20]

Segunda Categoria Temática: Instrumental do trabalho de equipes de Consultório na Rua

O Quadro 3 identifica as tecnologias duras utilizadas no trabalho das eCR do Estado de Goiás. As eCR evidenciam o acesso limitado ou a escassez de objetos e equipamentos físicos utilizados na execução do trabalho. Verifica-se um crescente sucateamento das eCR, explicitado pela insuficiência de insumos e de recursos humanos.

Quadro 3 Instrumental do trabalho material de eCR do Estado de Goiás, Brasil

Instrumental do trabalho material	Fragmentos de falas de participantes
Financiamento escasso e flexibilização de direitos trabalhistas: vínculos precários, falta de gratificação.	*"...a questão da precarização do trabalho, que a maioria daqui é credenciamento, é contrato. Então isso dificulta também, porque quando você começa a aprender, aí de repente você tem que ir para outro lugar..." (E16).*
Insuficiência de recursos humanos.	*"Quando a gente pensa que vai fazer, dá alguma coisa errada, não tem carro, outra hora acaba a equipe, ficam só duas pessoas, três pessoas na equipe. E o que nós precisamos fazer? Eu gosto de estar com eles. Mas eu tenho grande dificuldade, porque eu não dou conta de dar as respostas. A limitação do trabalho é um grande fator para mim, não sei se posso falar adoecedor, mas eu não dou conta de dar respostas" (E1).*

Insuficiência de materiais de consumo e permanente: material de escritório, receituário, medicações, coberturas para tratamento de feridas, aparelho de hemoglicoteste, garrafas de água, suco de caixinha, hidratante labial, cobertor, materiais de higiene corporal e bucal, chinelo, papel higiênico, fralda geriátrica, papel toalha, esfigmomanômetro, termômetro, gel lubrificante, preservativo, absorvente, autoteste HIV, teste rápido de IST, desfibrilador, máscara, gaze, luvas, faixa ortopédica, caixa térmica para imunobiológicos, veículo adaptado às necessidades das equipes.	*"...Nós estamos planejando levar a usuária, para fazer o exame no Centro de Referência há quatro meses e não conseguimos levar por falta de condição de trabalho. E ela está há quatro meses sem medicação"(E2).*
Insuficiência de recursos de informática e de comunicação: internet, computador, impressora, telefone fixo, celular, tablet.	*"...Computador só tem um na base para 10 pessoas..."(E7).*
Utilização de prontuários individuais: eletrônico e físico.	*"... a gente sempre deixa organizado o prontuário de cada usuário" (E7).*
Utilização de recursos próprios de equipes e/ou de parceiros da sociedade civil: telefone, medicamento, alimento, veículo, etc.	*"...Uma estratégia é usar os seus próprios recursos. É o telefone. A gente mesmo compra remédio para os pacientes. Pego o meu remédio, que está na minha bolsa e dou para aquele ali na hora..." (E2).*

Fonte: Os autores (2025)

Embora exista um arcabouço legal em Goiás, como, por exemplo, a Política Estadual para a População em Situação de Rua[21] e a Resolução CIB[22], que trata da contrapartida estadual de aporte de recursos financeiros aos municípios, ainda se evidencia uma estrutura escassa e frágil das eCR e dos demais serviços da rede de cuidado e proteção da população em situação de rua.

Considerando o caráter tripartite do SUS, os recursos financeiros seriam suficientes para o custeio das eCR, visto que o principal custo está relacionado ao pagamento dos trabalhadores, mas ainda se observam serviços fortemente sucateados[23].

Evidencia-se que as eCR nem sempre contam com o número de trabalhadores minimamente exigido pelas portarias ministeriais, conforme relato de E1, o que sobrecarrega e gera adoecimento físico e mental nos demais membros da equipe.

Cabe mencionar que grande parte desses profissionais se encontra em processo de precarização de direitos, por meio de contratos precários, sem vinculação trabalhista e na condição de pessoa jurídica ou prestadores de serviço. Esse tipo de vínculo desconsidera benefícios sociais como férias, 13º salário, seguro-desemprego, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e afastamento remunerado por motivo de doença[24]. Verificou-se que apenas sete dos 20 participantes da pesquisa possuíam vínculo estatutário, o que lhes garantiria estabilidade no emprego e outros direitos específicos.

Os participantes refletiram sobre as limitações de acesso e utilização dos pontos de atenção, tanto da saúde quanto da assistência social dos municípios, que deveriam promover maior alcance da equidade a seus usuários, o que corrobora os achados do Laudo Social nº 2/2024, realizado pelo Ministério Público do Estado de Goiás[25].

De modo geral, os trabalhadores relataram dificuldades amplas, como a ausência ou dificuldade de acesso a veículos (de passeio e, sobretudo, vans) e motoristas; a insuficiência de insumos fundamentais à prática do cuidado em saúde; e a falta de itens administrativos. Essas ausências acabam indicando uma desvalorização do trabalho das eCR, bem como do usuário a quem se destina a ação, categorizando-o como sujeito considerado indigno ou de menor mérito no recebimento do cuidado[25].

O Quadro 4 identifica os princípios e os valores que sustentam o trabalho e as tecnologias leves e leve-duras utilizadas pelas eCR do Estado de Goiás. O instrumental imaterial do trabalho das eCR compreende atividades decorrentes da ação humana, como o acolhimento, a formação de vínculo e a estruturação de conhecimentos e saberes nos quais os processos de trabalho se sustentam.

Quadro 4 Instrumental do trabalho imaterial de eCR do Estado de Goiás, Brasil

Instrumental do trabalho imaterial	**Fragmentos de falas de participantes**

Princípios e valores: equidade, empatia, respeito, inclusão, dignidade, sensibilidade, união, esperança, resiliência, ressignificação de estigmas e preconceito.	*"... eu acho que o significado foram quebras de preconceitos. Foi muita quebra de preconceito e de estigma. Foi uma construção e condução de sentidos e perspectivas mesmo de visão de mundo" (E1).*
Tecnologias leves: acolhimento, trabalho em equipe, vínculo.	*"A percepção que a gente tem é que antes de ter esse serviço, essas pessoas simplesmente não eram vistas, não eram acolhidas, não eram entendidas; mereciam também ter o acesso a esses direitos..." (E16).*
Tecnologias leve-duras: competências profissionais.	*"...Todo mundo lá sabe muito bem o seu específico e o coletivo (...). Nós somos Atenção Primária (...). A competência da equipe individual e coletiva para se juntar e resolver um problema é muito grande..." (E2).*

Fonte: Os autores (2025)

As práticas de saúde desenvolvidas pelas eCR devem incluir a dimensão técnica do cuidado, as habilidades clínicas e gerenciais, além de tecnologias leves, como o acolhimento, a escuta atenta e o respeito às histórias de vida, de modo a fortalecer a autonomia e aliviar ou minimizar o sofrimento[26].

Os participantes da pesquisa consideram que atuam de forma conjunta, fortemente amparados na coletividade, e afirmam que o trabalho das equipes multiprofissionais contribui efetivamente para a melhoria das condições de saúde da população em situação de rua (E1), na medida em que promovem o acesso à saúde – um pilar fundamental para a dignidade humana (E16) – e desenvolvem o cuidado primário à saúde (E2), considerando o princípio da equidade.

Embora existam todos esses desafios na organização do trabalho em si e do instrumental do trabalho, os participantes da pesquisa (E1, E10, E16 e E17) ressaltam o potencial da estratégia Consultório na Rua.

As eCR assumem o desafio de garantir que essa significativa parcela de pessoas excluídas do ciclo produtivo seja incluída e passe a participar ativamente da sociedade[27], por meio de práxis de cuidado centradas no sujeito.

Terceira categoria temática: Objeto do trabalho de equipes de Consultório na Rua: vidas precárias e demandas complexas

A terceira categoria temática apresenta o perfil do objeto de trabalho das eCR e a multiplicidade de fatores que influenciam as condições de vida, de saúde e de trabalho da população em situação de rua. Expõe algumas vulnerabilidades, riscos e comportamentos dos sujeitos, bem como a complexidade do processo de trabalho em saúde das eCR.

> *"O público é muito diversificado. O que prevalece é dependência química e transtorno mental. Porém, existem algumas outras situações onde as pessoas vêm do norte do país, principalmente em busca do mercado de trabalho, com promessas do mercado de trabalho. E quando chegam aqui, não era o que havia se firmado"* (E3).
>
> *São pessoas que eu costumo chamar de quem ocupa o fundo do poço, naquele momento. São pessoas que já estão com vínculos familiar e social rompidos, rompidos todos os vínculos* (E8).
>
> *"Eu quero que dê mais assistência a ele, sabe? Porque ali não está adiantando muita coisa. Porque o cara torna-se e continua alcoólatra, continua hipertenso, continua fazendo a mesma coisa, usando os comprimidos, as medicações, junto com a bebida alcoólica, entendeu?"* (E14).
>
> *"...amor ao próximo como a si mesmo. A gente tem que se colocar no lugar da pessoa e imaginar: se fosse eu nesse lugar desprovido de alimento, de moradia ou de qualquer tipo de atendimento de saúde. Eu queria ser atendido bem ou mal? Ser escorraçado ou não? Entendeu? Por mais que a pessoa tenha feito alguma coisa errada na vida, ela não vai deixar de ter um atendimento digno"* (E19).

As eCR atuam no território em uma cartografia viva, a partir das demandas complexas de seu objeto de trabalho. Essa complexidade foi analisada pelos participantes E3, E8 e E14 na terceira categoria temática.

As demandas apresentadas pela população em situação de rua quase sempre extrapolam o setor da saúde, abrangendo diversos determinantes sociais e exigindo uma intervenção intersetorial, tais como habitação (aluguel social, moradia primeiro), renda (possibilidade de empregos formais, ações de geração de renda), educação, qualificação profissional, lazer, cultura e arte, o que amplia o desgaste da equipe e entre os membros que a compõem[28].

O participante da pesquisa (E8) reflete sobre essa precarização das condições de vida e de saúde da população em situação de rua e sobre o marcante processo de estigmatização que sofrem. Por encontrarem-se à margem da sociedade, os usuários são considerados parte da ralé brasileira, encontrando-se em um limbo social, em que sua existência é vista como insuportável, por não produzirem segundo o modelo socialmente imposto e também, por não figurarem como exército de reserva de mão de obra[29].

Essa exclusão é confirmada no tratamento dispensado a esse grupo, sobretudo quando se encaixa no que é considerado um rosto inumano, sem representação ou ainda completamente invisibilizado. Assim, pela ausência de implementação de políticas públicas já estabelecidas no ordenamento jurídico brasileiro, pesa sobre os trabalhadores o fardo e a responsabilidade de aprimorar a alteridade na escuta de rostos vilipendiados e compreender a precariedade da vida que se encontra em risco[30].

Os participantes desenvolvem algumas reflexões nessa direção; observa-se, contudo, uma forte base judaico-cristã em seus discursos. Isso gera a impressão de que pode haver, em certa medida, um julgamento ou uma culpabilização da população em situação de rua por sua condição precarizada. Tal percepção pode ser notada pelo uso de algumas expressões, como, por exemplo: "pessoas que (...) ocupam o fundo do poço" (E8); "...amor ao próximo como a si mesmo (...) por mais que a pessoa tenha feito alguma coisa errada na vida" (E19).

A forte vulnerabilidade social, a identificação com a função e os dilemas vivenciados pelos trabalhadores podem gerar um reconhecimento que tende a transformar o cuidado em caridade e a assistência em assistencialismo, criando uma expectativa de função heróica e salvadora a ser desempenhada pelos trabalhadores e uma obrigação por parte do usuário. É como se a população em situação de rua tivesse falhado completamente, e não necessariamente o sistema.

Segundo Bauman,[31] o sistema capitalista produz seres humanos refugados como produtos da modernização, um inerente efeito colateral de uma ordem imposta pelo progresso econômico, legitimando apenas uma forma de obtenção de renda e considerando parcela da população como indesejável e não merecedora de usufruir dos despojos de um suposto bem-estar social.

Essa máxima torna-se evidente quando se observa que a população em situação de rua tem acesso aos serviços – é atendida – especialmente nas situações de urgência e emergência, e, eventualmente, por profissionais sem a devida qualificação para respeitar, identificar e compreender suas reais necessidades de saúde, vinculando a motivação da busca por alguma unidade de saúde à condição decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. Evidencia-se uma prática com "um acesso seletivo, focalizado e excludente"[32:7].

Recuperando a conceituação do objeto de trabalho na aplicação técnica, constata-se que o adoecimento afeta diferentemente os indivíduos pertencentes a um mesmo grupo, cujas recomendações clínicas elaboradas pelos trabalhadores devem variar conforme os determinantes sociais identificados – acesso à água potável, alimentação adequada, abrigo às intempéries do clima, trabalho, renda, dentre outros –, possibilitando ao indivíduo a autonomia de não poder e também não querer seguir as recomendações clínicas[3].

Associada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, atuando como forma de invisibilização, a população em situação de rua, vulnerabilizada pela exposição às atuais alterações climáticas e às insalubres condições de vida, apresenta alta prevalência de tuberculose, hepatites virais, uso problemático de álcool e outras drogas, transtornos mentais, doenças crônicas não transmissíveis, infestações, infecções sexualmente transmissíveis (IST), além das variadas manifestações de violência praticadas pelo crime organizado (na venda e distribuição de entorpecentes) ou por agentes da segurança pública[33].

Concentrada, em sua grande maioria, nas áreas centrais dos municípios – e quase sempre associada ao aumento nos casos de roubos e furtos, além da ocupação irregular de áreas públicas –, essa população se vê frequentemente assediada por ações institucionalizadas de cunho higienista, sob o manto de uma zeladoria urbana. Isso reforça sobremaneira as dicotomias e o distanciamento socio-histórico-estrutural, materializados pela falta de acesso aos serviços de saúde, ao mercado formal de trabalho e aos dispositivos da assistência social, fortalecendo os estigmas e gerando um construto que deve ser rompido e superado por meio de princípios éticos e valores como tolerância e respeito às diferenças[34].

O trabalho com essa população apresenta-se desafiador, seja no cuidado em seus amplos aspectos, na forma como os próprios profissionais conseguem lidar com seus preconceitos e ressignificar estigmas já cristalizados, seja na identificação do público

ou na forma de se relacionar com ele.

Assim, uma eCR pode apresentar contradições sob duas perspectivas: uma, que visualiza apenas o indivíduo com necessidades de recuperação das condições de saúde, com foco na doença e nos agravos apresentados; e outra, que enxerga o indivíduo em sua plenitude, como cidadão, compreendendo os marcadores sociais aos quais está sujeito e reconhecendo-o como agente transformador de sua própria história, cujas escolhas devem ser compreendidas e respeitadas conforme o ambiente em que o sujeito se encontra.

Esses contrastes tendem a interferir no prisma adotado em relação à finalidade do trabalho e ao que se espera como resultado final de suas ações: o resgate do indivíduo para sua reinserção no ciclo produtivo, por meio de ações na lógica neoliberal, ou a compreensão das interseccionalidades e das determinações sociais que se apresentam, respeitando as escolhas adotadas, individual ou coletivamente.

Dessa forma, considera-se fundamental investir em processos permanentes de educação em serviço, de matriciamento e de apoio institucional; na criação e no fortalecimento de linhas de cuidado intersetoriais; e na garantia de condições de trabalho adequadas e dignas para as eCR e demais serviços das RAS.

CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a levantar as fragilidades e as potencialidades do processo de trabalho das eCR em funcionamento no Estado de Goiás, por meio de entrevistas realizadas com coordenadores, gestores e trabalhadores (E1 a E20).

A pesquisa identificou a atuação e a articulação das eCR com outros setores; os meios de trabalho e os instrumentais materiais e não materiais utilizados pelas equipes; e o conhecimento das eCR sobre o seu objeto de trabalho e suas necessidades.

Constatou-se uma intensa precarização do trabalho e do instrumental das eCR em todo estado goiano. Essas condições de trabalho precarizadas afetam a qualidade da atenção à saúde, o acesso aos direitos sociais por parte da população em situação de rua e a saúde mental dos trabalhadores.

Embora existam muitos desafios, os participantes da pesquisa sinalizam possibilidades de organização do trabalho em si e do instrumental do trabalho. Consideram que os princípios, os valores e as estratégias, como equidade, universalidade, fortalecimento de vínculos, acolhimento e quebra de estigmas, necessários para o bom funcionamento do Consultório na Rua os direcionam a um olhar sobre a população em situação de rua enquanto cidadã e detentora de direitos.

Evidenciou-se que o objeto de trabalho das eCR é precarizado e apresenta demandas complexas, o que exige uma forte articulação das Redes de Atenção à Saúde e das demais redes de cuidado, como, por exemplo, a da assistência social.

Embora apresente limitações, como a ausência da percepção dos usuários do serviço das eCR, a pesquisa pode contribuir significativamente para o processo de debate, qualificação e ampliação das equipes no Estado de Goiás.

Conclui-se que há uma necessidade urgente de novas pesquisas sobre a pessoa em situação de rua e sobre o trabalho das eCR, especialmente estudos comprometidos com o processo de mudança no cuidado, na gestão e na formação em saúde.

ACESSO ABERTO

Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Garcia IS, Moreira ER. A categoria trabalho em Lukács segundo a dialética marxista. Rev Direito Práx [Internet]. 2020;11(2):854-79. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdp/a/yJChvrSNhJfK4mxmSPsCWLx/?lang=pt
Merhy EE, Malta DC. A micropolítica do processo de trabalho em saúde. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2003;7(1):61-6. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50937
2. Mendes-Gonçalves RB, Silva Guilherme Rodrigues. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1979. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/000727566
3. Merhy EE. A cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Interface (Botucatu) [Internet]. 2007;11(23):655-66. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/icse/a/6Mqs99rQRVxxzn4mjhS65XB/?lan g=pt
5. Mendes-Gonçalves RB. Epidemiologia e emancipação. Hist Cienc Saude Manguinhos [Internet]. 1995;2(2):138-41. Disponível em: https://periodicos.fiocruz.br/pt-br/node/43631
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para e Estratégia Saúde Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais [Internet]. Nota técnica nº 74: população em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais [Internet]. Brasília: IPEA; 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/3f203c17-b990-4adb-abae-69ffa85107b6
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
9. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad Saude Publica [Internet]. 1997;13(1):103-107. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/HsrZ6xPqM6VcPrVTVSqyFvJ/abstract/?lang=pt
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
11. Ayres JRCM. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. Cienc Saude Coletiva. 2015;20(3):905-12. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/QdkYfCJyLsG89mtH7j6qwjc/?lang=pt&format=pdf
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
13. Timóteo AVG, Silva JVS, Gomes LKG, Alves ASS, Barbosa VMS, Brandão TM. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do consultório na rua de Maceió-AL. Enferm Foco [Internet]. 2020;11(1):126-30. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/ConsultorionaRua.pdf
14. Medeiros AA, Cândido VC. A irregularidade da vida frente à idealização da saúde. Poliética [Internet]. 2021;9(2):173-95. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/PoliEtica/article/view/56847
15. Couto JGA, Abreu D, Botazzo C, Ros MA, Mello ALSF, Carcereri DL. Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. Saude Soc [Internet]. 2023;32(2):e220531pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ngVWNQCFFHqJWDx4WVzzVQS/abstract/?lang=pt
16. Gomes RM. Humanização e desumanização no trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
17. Santos AR, Almeida PF. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. Saude Debate [Internet]. 2021;45(129):327-39. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8cXp4VYrZhbQYdrxjpFwM6s/?lang=pt
18. Santos AD, Santos LC, Alecrim TFA, Ramos FT, Alencar RA. Consultório na rua: plano de ação para o trabalho da equipe apoiado no Arco de Maguerez. Interface (Botucatu) [Internet]. 2025;29:e240555. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/h6sKptw8XZkC8wD498jSx9c/?format=html&lang=pt
19. Presidência da República (BR), Casa Civil. 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. Brasília (DF): Presidência da República; 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm
20. Assembleia Legislativa do Estado (GO). Lei nº 23.119, de 28 de novembro de 2024. Altera a Lei nº 21.480, de 30 de junho de 2022, que institui a Política Estadual para a População em Situação de Rua [Internet]. Goiânia : Assembleia Legislativa do Estado de Goiás; 2024. Disponível em: https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/109992/lei-23119
21. Coordenação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás. Resolução n° 62, de 26 de março de 2024. Aprova a instituição da contrapartida estadual a título de incentivo mensal repassado aos Municípios para custeio de equipes de Consultório na Rua [Internet]. Goiânia: Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás; 2024. Disponível em: https://goias.gov.br/saude/categoria/cib/
22. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. Saude Soc [Internet]. 2018;27(3):754-68. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wNJjBC5ypbdWxZHzK64dqQh/?lang=pt
23. Gondim AA, Pinheiro JAM, Mendes CF, Neves L. O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. Rev SBPH [Internet]. 2018; 21(1):56-73. Disponível em: https://pepsic.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151 6-08582018000100004
24. Ministério Público do Estado (GO). Laudo Social nº 02/2024: levantamento da política de atendimento à população em situação de rua no município de Goiânia [Internet]. Goiânia (GO): Ministério Público do Estado de Goiás; 2024. Disponível em: https://www.mpgo.mp.br/portal/arquivos/2024/08/02/18_18_18_505_Diagn_stico_Servi_os_Popula_o_de_Rua_Laudo_02_2024_Pop_Rua_GYN.pdf
25. 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 [Internet]. 2019;43 Supl 7:50-61. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RNRHQqBXwryZv9JVR5mCKHy/? format=html&lang=pt
26. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. Saude Debate [Internet]. 2022;46(132):227-
39. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8JDyXMSz7bHRHrLFdxtHPr/?lan g=pt
27. Borysow IC, Oda WY, Furtado JP. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. Physis [Internet]. 2023;33:e33042. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/zqjccGk8L3RMJrJG3Vj64wJ/?lan g=pt
28. Souza J. A ralé brasileira: quem é e como vive. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2024.
29. Butler J. Vida precária. Contemporânea [Internet]. 2011;1(1):13-
33. Disponível em: https://contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/18
30. Bauman Z. Vidas desperdiçadas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.

31. Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO, Saraiva AKM. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? REME Rev Min Enferm [Internet]. 2019;23:e-1157. Disponível emhttps://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/49810

32. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad Saude Publica [internet]. 2015;31(7):1497-504. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/abstract/?lang=pt Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Cad Saude Publica [Internet]. 2016;32(8):e00070515. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/FbSMFxvKMVyvktRShXZrDHH/abstract/?lang=pt

DATA DE PUBLICAÇÃ: 05 de novembrode 2026.