

CONSULTÓRIO NA RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DOS PRINCÍPIOS DO SUS

Laís Maria Euzebio da Silva¹, Luísa Macedo Cavalcante², Paulette Cavalcanti de Albuquerque³

¹Universidade de Pernambuco- UPE, (lais.maria_@hotmail.com-mail)

²Universidade de Pernambuco- UPE, (luisamcavalcante@gmail.com)

³Universidade de Pernambuco- UPE, (paulette.cavalcanti@gmail.com)

Resumo

Introdução: A violação dos direitos da população em situação de rua se apresenta desde a ausência das condições básicas para sobrevivência, como também na dificuldade do acesso aos serviços públicos, acentuando a vulnerabilidade social. Diante dessa realidade, torna-se necessária ações que garantam o direito a saúde dessa população, tendo em vista que a vulnerabilidade social aumenta os riscos para a saúde. **Objetivo:** Discutir, à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a experiência de inserção no Consultório na Rua. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, construído com abordagem qualitativa, a partir da experiência junto a uma equipe do Consultório na Rua da cidade de Recife-PE. **Resultado:** O Consultório na Rua é um dispositivo que contribui para pôr em prática os princípios doutrinários do SUS: integralidade, universalidade e equidade, porém essas práticas foram encontradas em poucos serviços de saúde, mediante burocratização e discriminação direcionada a população em situação de rua. **Considerações Finais:** Para efetivação dos princípios do SUS torna-se necessário o compartilhamento do cuidado em rede, considerando as especificidades das demandas dessa população.

Palavras-chave: Saúde; Vulnerabilidade; Direitos.

Área Temática: Temas livres

Modalidade: Trabalho completo

1. INTRODUÇÃO

Baseada nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, a Constituição brasileira de 1988, em seu artigo 196, estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, direito regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990), constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Com a consolidação do SUS, constituiu-se uma política pública de saúde universal, norteadas por princípios e diretrizes. Dentre os princípios e diretrizes, estão a universalidade, integralidade e equidade, caracterizados enquanto princípios doutrinários, baseados nos preceitos constitucionais.

A População em Situação de Rua (PSR), por viver em situação de extrema vulnerabilidade, que apresenta maiores riscos para sua saúde, se depara com dificuldades no acesso aos serviços de saúde. A dificuldade de acesso às políticas públicas passa a ser um dos principais pontos em comum dessa população, contribuindo para reforçar as desigualdades sociais e a violação dos direitos humanos.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) enfatiza que a responsabilidade pela atenção à saúde da PSR é de todos e todas profissionais do SUS, principalmente da Atenção Básica, onde é ofertado o serviço do Consultório na Rua (CnR) (BRASIL, 2012).

O CnR, instituído pela PNAB em 2011, tem como objetivo ampliar o acesso da PSR à rede de atenção à saúde, sendo composto por equipe multiprofissional, também considerada uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizando atividades de forma itinerante direcionadas para a saúde integral da PSR, de acordo com os princípios estruturantes da ESF, baseados na coordenação do cuidado, atenção longitudinal e o vínculo com as famílias e o território (BRASIL, 2011).

Dificuldades no acesso aos serviços de saúde tornaram-se explícitas a partir de burocratização e discriminação direcionada a PSR. O que traz a necessidade de discutir sobre os cuidados oferecidos para essa população, considerando suas necessidades e o seu contexto de vida.

2. MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, desenvolvida junto a equipe do CnR da cidade do Recife-PE, no período de agosto de 2017 a fevereiro de

2018. O Recife contava com duas equipes de CnR, nos territórios com maior concentração de pessoas em situação de rua, atuando desde 2014, de segunda a sexta, nos turnos manhã e tarde, com atividades noturnas, uma vez por semana.

A equipe acompanhada durante a experiência era composta por uma assistente social e dois agentes sociais. As ações foram desenvolvidas no território, acessados com transporte disponibilizado pela Secretaria de Saúde, o qual era compartilhado entre as duas equipes e outros serviços de saúde.

As vivências foram anotadas no Diário de Campo, utilizando informações das atividades realizadas, prontuários e discussões de casos com os demais técnicos da equipe. O diário de campo foi revisitado, relido de forma a identificar as falas e casos mais relacionados aos princípios do SUS, enquanto categorias de análise.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integralidade do cuidado

A integralidade em saúde é um tema que apresenta conceitos diversos, Albuquerque e Stotz (2004) consideram a integralidade como:

um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, ao nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam efetivadas de forma integrada, nos diversos níveis de complexidade do sistema, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde e possibilite a participação popular (p.36).

Já Cazanova e Bulla (2012), consideram que a integralidade pode ser entendida como um conjunto de práticas de saúde, articuladas com o objetivo de promover a saúde em sua totalidade, como também a visão de indivíduo como um ser biopsicossocial indivisível.

A ida ao território, junto à equipe do CnR possibilitou conhecer um pouco a realidade do que é viver em situação de rua, através do contato e escuta das pessoas que ali viviam e se dispuseram a compartilhar suas histórias, sofrimentos, medos, desejos e sonhos. Esse contato propiciou a construção de vínculo, fator fundamental para identificação das demandas e contribuição no processo de cuidado compartilhado com a equipe.

As ações desenvolvidas como: busca ativa dos casos apresentados por outros serviços de saúde, abordagem na rua, emissão do cartão SUS, agendamentos de consultas nas unidades de saúde de referência, visita domiciliar aos familiares, articulação e acompanhamento dos usuários aos serviços de saúde e assistência social, discussão de casos, reunião de equipe, além de distribuição de insumos de prevenção de ISTs, água mineral e material de higiene bucal. Durante as ações foram realizadas orientações sobre as unidades de saúde de referência e os serviços oferecidos, incentivando o autocuidado e a construção de vínculo.

No conteúdo dos discursos, estiveram presente os conflitos familiares como principais causas de ida para a rua, muitos desses conflitos motivados pelo uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Tilio e Oliveira (2016) referem, em pesquisa realizada com usuários do CnR da Cidade de Uberaba- MG, três principais motivações que os levaram à situação de rua: os problemas familiares, uso de substâncias psicoativas e dificuldades financeiras.

Apesar dos conflitos presentes, havia pessoas que mantinham vínculo com algum membro familiar, que oferecia algum tipo de apoio e contribuição nos cuidados. Em visitas realizadas aos familiares, foram criadas estratégias de cuidado junto aos mesmos, como por exemplo, a administração dos medicamentos, além de uma maior compreensão sobre suas histórias de vida. Isso demonstra a importância do trabalho da equipe com a família dos usuários que mantém algum vínculo familiar, seja para aumentar a rede de apoio como também para o fortalecimento do vínculo existente.

Os cuidados realizados pela equipe não se restringiram ao processo saúde-doença. Episódios como o imprevisto de uma comemoração de aniversário em uma unidade de saúde, enquanto resultado de uma busca ativa, e a identificação de expressões de sentimentos e emoções de usuários, através da música, durante o percurso para as unidades de saúde, evidenciaram a sensibilidade e a visão ampliada do cuidado, a partir das intervenções realizadas pela equipe, baseadas na visão holística do indivíduo.

Cazanova e Bulla (2012) referem que uma das premissas básicas da integralidade é “colocar o outro no foco da atenção e enxergar nele um sujeito completo, vivenciando uma situação complexa” (p.73). Colocar o indivíduo como foco requer considerar suas necessidades contextualizadas na sua história de vida e na sua subjetividade. Diante do contexto de vida da PSR, onde seu principal foco é a sobrevivência, o autocuidado e a saúde são consequentemente, prejudicados, o que a deixa vulnerável a diversos tipos de

doenças e agravos, necessitando de intervenções que contemplem o acolhimento de subjetividades, a partir de cuidados contínuos articulados em redes, uma vez que

a trajetória de construção do SUS demonstra que o conceito de saúde passou por reformulações e, ao se entender que saúde não é unicamente ausência de doença, percebeu-se que as ações em saúde precisavam ser expandidas para contemplar intervenções baseadas na integralidade do cuidado (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015, p. 213).

A integralidade do cuidado para a PSR se apresenta enquanto desafio, tendo em vista a dinâmica de vida na rua e o conceito de saúde para essa população, passando a acessar os serviços de saúde em situações agudas, através de atendimentos por demanda espontânea. De acordo com a pesquisa realizada por Silva, Cruz e Vargas (2015), na cidade do Rio de Janeiro- RJ, foi observado que esse tipo de demanda em excesso favorece um tipo de trabalho ambulatorial, dificultando um conhecimento prévio do indivíduo e, conseqüentemente, apresentando dificuldades em relação à integralidade do cuidado.

A equipe do CnR, por estar nos territórios de abrangência, articulando com os demais serviços de saúde e da assistência social, possibilita maior aproximação com os profissionais, o que pode potencializar o trabalho em articulação intersetorial e o compartilhamento do cuidado formando maior rede de apoio, considerando que

o cuidado não finaliza em um único trabalhador do campo da saúde ou em um único serviço, mas deve ser construído em uma ampla rede de parcerias, que inclui diferentes segmentos sociais, serviços, distintos trabalhadores e cuidadores, que promovem saúde, autonomia e coresponsabilização (RAMOS; PIO, 2010, p.216).

Apesar de o CnR exercer um papel fundamental, muitas demandas estão além da sua capacidade resolutiva, necessitando acessar outros dispositivos da rede de saúde e intersetorial, de acordo com a complexidade das demandas apresentadas. Ferreira, Rozendo e Melo (2016) trazem como conclusão do seu estudo a potencialidade do CnR para a formação de redes de atenção à saúde e intersetorial ao promover ações, que estão além da saúde-doença, integrando a saúde com outras áreas para suprir as necessidades das pessoas atendidas.

O processo de trabalho da equipe do CnR possui características fundamentais para o cuidado integral da PSR, principalmente por ser composta por profissionais que atuam diretamente no território que vive a população atendida. Contribuindo para práticas

contextualizadas na dinâmica de vida na rua e a construção de vínculo entre usuários e equipe. Duarte e Couto (2018) identificaram essa realidade no estudo realizado com profissionais e usuários do CnR de Porto Alegre- RS, trazendo a construção de vínculo como uma importante estratégia no processo de cuidado em saúde, por propiciar relação de confiança entre usuário e equipe.

No que se refere aos demais dispositivos do SUS, pensar em integralidade no cuidado em saúde para PSR demanda reflexões de algumas necessidades atreladas a esse processo como, por exemplo, rever algumas práticas profissionais, que não condizem com o contexto em que vive essa população, para que o acolhimento e a construção de vínculo aconteçam de forma satisfatória, possibilitando o cuidado integral e a garantia de direitos.

Universalidade do acesso

O SUS tem enquanto um dos seus princípios a universalidade do acesso aos serviços públicos de saúde, garantindo que todos os cidadãos e cidadãs têm igual direito ao acesso em todos os níveis de assistência à saúde (BRASIL, 1990). Embora garantido pela LOS o direito universal ao acesso, existe grupos expostos a situações de vulnerabilidade que encontram barreiras que violam esse direito e dificulta o exercício da cidadania, pois “a universalidade da atenção incorpora o direito à saúde como uma das faces da cidadania” (DANTAS; MAGALHÃES, 2007, p.43).

O acompanhamento dos usuários, junto a equipe do CnR aos serviços de saúde, possibilitou identificar o preconceito diante da presença da PSR. Além das dificuldades colocadas para atendê-las, critérios como condições de higiene e apresentação de documentos, estiveram presentes enquanto dificuldades no acesso aos serviços.

Estudo de Simões, Couto e Miranda et al. (2017), em oficina realizada com profissionais dos CnR do Estado do Rio de Janeiro, relata em seus resultados as barreiras de acesso semelhantes, como: necessidade de documentos, de estar limpo e vestido adequadamente e a própria indisponibilidade dos profissionais em atender essa população. Este fato também foi observado por Aguiar e Iriart¹³ em pesquisa realizada com PSR em Salvador- BA, apontando a falta de documentos de identificação pessoal como empecilho para o acesso aos serviços de saúde.

De acordo com a portaria nº 940/2011 do Ministério da Saúde, em seu art. 13, a ausência de documentos não se constitui como impedimento para a realização do atendimento nos estabelecimentos de saúde. Esses critérios impostos pelos serviços, além de ir contra o princípio da universalidade, não consideram o contexto de vida dessa população. Outra questão que dificulta o acesso da PSR está relacionada à organização das unidades de saúde que utiliza como referência os domicílios e não as pessoas do território. Paiva et al. (2016) retrata essa questão quando refere a organização dos serviços de saúde como um dos pontos que contribui para o desencorajamento de futuras procuras da PSR a esses serviços. O que também pode contribuir para esse desencorajamento é a presença do preconceito nas condutas de profissionais de saúde, o que Silva, Cruz e Vargas (2015) também trazem enquanto desafio que permanece presente no acesso, repercutindo no processo de cuidado.

Se o profissional, em sua prática, atuar com posturas preconceituosas, buscando definir condutas que não condizem com a realidade de vida dessas pessoas, dificilmente o plano de cuidado proposto será realizado e, muito menos, a possibilidade de construção de vínculo vai ser efetivada (p.252).

Devido experiências anteriores de discriminação vivenciadas nos serviços de saúde, as pessoas em situação de rua apresentaram resistências em retornar a esses serviços, contribuindo para o seu afastamento e descontinuidade dos cuidados. Essa realidade foi igualmente retratada por Tilio e Oliveira (2016), em pesquisa realizada em Uberaba- MG. Segundo o autor, a maioria das pessoas em situação de rua procura os serviços de saúde quando necessitam, mas é discriminada, o que contribui ainda mais para o afastamento dessas pessoas do SUS. Tendo em vista as dificuldades encontradas, o acesso dessa população ao SUS passa, muitas vezes, a ser restringido as equipes de CnR ou diante da companhia dos membros que a compõem.

Quanto às dificuldades enfrentadas pela equipe, a ausência de veículo próprio e adequado, falta de profissional, grande demanda de situações agudas, burocratização e preconceito por parte dos profissionais de outros serviços, tornaram-se evidentes, repercutindo negativamente no processo de trabalho da equipe. Esses achados relacionados às dificuldades enfrentadas pela PSR e pela equipe do CnR condizem com o estudo realizado por Ferreira, Rozendo e Melo (2016) junto ao CnR de Maceió- AL, quando foram apontadas questões relacionadas à sua estrutura organizacional e à articulação com a Rede de Atenção à Saúde.

A partir do trabalho da equipe acompanhada, foi possível identificar que o CnR é o

principal meio de acesso da PSR ao SUS. A equipe, por estar mais próxima do contexto de vida dessa população e ser composta por profissionais sensíveis às suas necessidades, possibilita o cuidado e facilita o acesso a outros serviços. Silva, Cruz e Vargas (2015), trazem essa questão quando referem sobre a relação dos usuários do CnR de Manguinhos-RJ com esse serviço, considerando-o como referência em busca de cuidados, coordenando as demandas dessa população para os demais serviços da rede.

Embora o dispositivo CnR contribua para o acesso da PSR aos serviços públicos de saúde e da assistência social, ainda possui grandes desafios para o alcance do seu objetivo, tendo em vista as dificuldades do acesso e permanência desse público nesses serviços. O vínculo dos usuários com a equipe do CnR possibilita a ressignificação dessas experiências e a construção de vínculo com outros serviços, contribuindo para efetivação do acesso universal aos serviços públicos de saúde.

Equidade em saúde

O princípio da equidade assegura ações e serviços de acordo com a complexidade de cada caso, sem privilégios e sem barreiras (BRASIL, 1990). Diferenciando da igualdade, a equidade em saúde significa oferecer maior atenção e cuidado a quem tem menos e mais necessita. Portanto,

a equidade não é dar o mesmo para todos, mas sim proporcionar mais a quem tem menos. Não teria nexo oferecer a mesma atenção para quem não necessita dela. Quem está em situação de vulnerabilidade devem ter mais apoio (CAZANOVA; BULLA, 2012, p.37).

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde têm o objetivo de "diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde", através de um conjunto de ações e serviços, contribuindo para o alcance, igualitário e universal, do maior desafio do SUS: "a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2013, p.06). Viver em situação de rua está relacionado à exposição a essas vulnerabilidades sociais e conseqüentemente a maiores riscos de doenças e agravos. Portanto, a PSR requer maior atenção devido à complexidade de suas demandas, necessitando da priorização nos serviços de saúde para o cuidado contínuo e integral.

Considerar a dinâmica de vida das pessoas em situação de rua torna-se fundamental

para compreender que as questões de saúde dessa população dificilmente serão tomadas como prioridades pelas mesmas, solicitando assistência quando a problemática encontra-se em estágio avançado, pois "quando não se sabe o que vai comer ou onde dormir, outras necessidades parecem ficar em segundo plano" (PAIVA et al., 2016, p.2602).

No que se refere às necessidades da PSR torna-se fundamental compreender que suas demandas não serão as mesmas da maioria das pessoas atendidas nos serviços de saúde, pois no contexto em que vivem precisam cumprir o desafio de suprir suas necessidades básicas. Eventos como a negação de procedimentos higiênicos e alimentação, em unidades de saúde que poderiam possibilitar esse acesso, evidenciaram as dificuldades dos profissionais em identificar as peculiaridades das demandas dessa população, retirando o indivíduo do foco da atenção e cuidado, a partir de argumentos que tais procedimentos não eram atribuições dos serviços de saúde e sim da assistência social, comprometendo o processo de cuidado.

Em relação à situação de saúde, as principais demandas apresentadas pela PSR atendida pelo CnR foram problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, transtorno mental, sequelas de atropelamentos, tuberculose, HIV, assim como vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ausência de documentos, dificuldade de estabelecer vínculos com a unidade básica de saúde, como também no acesso e permanência a outros serviços.

Londero, Ceccim e Bilibio (2014) referem que em Porto Alegre- RS há uma grave situação relacionada ao consumo de Crack, álcool e outras drogas pela população em situação de rua, bem como outras problemáticas em termos de saúde (ferimentos e outras lesões, depressão, agressividade e surtos) e de ordem social (confecção de documentos, albergagem/habitação e renda), necessitando de cuidados em saúde de maneira ampliada, devido aos agravos decorrentes da situação de rua.

Na cidade de Salvador- BA, em pesquisa realizada por Aguiar e Iriart (2012), entre os principais problemas referidos encontraram o abuso de substâncias psicoativas, HIV/AIDS, transtornos mentais, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais. A situação de saúde e as dificuldades no acesso às unidades do SUS fundamentam a necessidade e importância de ações e serviços que promovam a equidade em saúde, além do CnR, pois esses equipamentos não respondem de forma satisfatória as necessidades da PSR. Dantas e Magalhães (2007), Tilio e Oliveira (2016) reforçam sobre a necessidade de

qualificar os profissionais pontuando o despreparo em atender esse público, por desconhecerem suas particularidades e dinâmica de vida nas ruas, além do preconceito direcionado para essa população.

Embora o CnR seja direcionado para essa população específica, com o desafio de construir e fortalecer vínculos entre a população em situação de rua e as unidades de saúde, além de sensibilizar profissionais no atendimento e garantia dos seus direitos, torna-se necessário que suas demandas sejam priorizadas nos demais serviços de saúde. Considerando as condições de extrema vulnerabilidade em que vive essa população e as dificuldades encontradas quando buscam atendimento nos serviços de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência no CnR e em unidades de saúde do Recife- PE possibilita várias reflexões sobre os caminhos a percorrer para de fato acontecer à efetivação dos princípios do SUS, principalmente quando se trata de populações vulneráveis, como a PSR. As trocas realizadas nesse processo apresenta o desafio de rever práticas de saúde e as diferentes dinâmicas de vida com novas possibilidades de atuação, proporcionando aprendizado e maior sensibilidade às demandas da PSR, processos fundamentais para a formação de profissionais comprometidos com a garantia do direito a saúde.

As dificuldades enfrentadas, pela população em situação de rua do Recife, no acesso aos dispositivos de saúde tornam-se mais um fator intensificador da sua situação de vulnerabilidade, pois seu contexto de vida a deixa exposta a doenças e agravos que necessitam de maior atenção. Além do sofrimento advindo da violação dos seus direitos básicos e rompimento e/ou fragilização dos vínculos familiares, essa população ainda é alvo de diversos tipos de exclusão e preconceitos que intensifica seu sofrimento psíquico, repercutindo também na sua saúde mental.

O dispositivo CnR embora contribua para o acesso dessa população ao SUS, ainda possui grandes desafios para o alcance do seu objetivo. Sendo importante a sensibilização dos demais serviços do SUS para garantir o cuidado em saúde, enquanto um direito, considerando suas especificidades que estão relacionadas à vida no contexto de rua. Diante dessa questão, torna expressiva a necessidade de intervir junto aos profissionais de saúde e a PSR para sensibilização sobre a responsabilidade do SUS no cuidado a essa população e também sobre o papel da equipe do CnR nesse processo.

O Consultório na Rua caracteriza-se enquanto um dispositivo que busca pôr em prática os princípios da integralidade, universalidade e equidade, preconizados pelo SUS, mas esses princípios precisam também nortear as práticas dos demais dispositivos públicos de saúde, para que o acesso da população em situação de rua ao SUS não seja restringido a um único serviço: o Consultório na Rua.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/g7b5Pxr9Js8jDyXBRJTK4XL/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832004000200006>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua*. Brasília. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). *Diário Oficial da União*. 2 Maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. *ABC do SUS Doutrinas e Princípios*. Brasília. 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 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 a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 21 Out 2011.

CAZANOVA, Ricardo Flores; BULLA, Leonia Capaverde. A Integralidade na Fonte do Consultório de Rua do SUS. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/526>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

CEZAR, Pâmela Kurtz; RODRIGUES, Patrícia Matte; ARPINI, Dorian Mônica. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psicol. ciênc. prof.* 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414->

98932015000100211&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 mar. 2018.

DANTAS, Monica; MAGALHÃES, Rosana. Construção. Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: Limites, Avanços e Desafios. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2007. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5015>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

DUARTE, Afrânica Hemanuely Castanho; COUTO, Berenice Rojas. O Sistema Único de Saúde e Seus Alcances: Reflexões Acerca do Processo de Trabalho do Consultório na Rua.. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2018. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7829>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva; ROZENDO, Célia Alves; MELO, Givânia Bezerra de. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Cad. de Saúde Pública. 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00070515>>. Acesso em: 8 abr. 2018.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface . Botucatu.2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. Ciênc. Saúde Colet. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802595&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em : 2 dez. 2017.

RAMOS, Priscila Freitas; PIO, Danielle Abdel Massih. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. Psicol. ciênc. prof. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932010000100016>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

SILVA, Carolina Cruz da; CRUZ, Marly Marques da; VARGAS, Eliane Portes. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde Debate. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015s005270>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

SIMÕES, Tatiana do Rego de Bonis Almeida et al.. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. Saúde Debate 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000300963&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 dez. 2017.

TILIO, Rafael de; OLIVEIRA, Juliana de. Cuidados e Atenção em Saúde da População em Situação de Rua. Psicol. Estud. 2016. Disponível em:< <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.27142> >. Acesso em: 20 jan. 2018.