

# Principais desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso à saúde no Brasil: uma revisão integrativa

Bárbara Matias Ribeiro<sup>1</sup>, Diego Oliveira Santos<sup>1</sup>, Heloísa Cintra Ferreira<sup>1</sup>, Ellen Mota Pinheiro<sup>1</sup>, Rafaela Barros da Silva<sup>1</sup>, Constanza Thaise Xavier Silva<sup>2</sup>

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

2. Docente curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

**RESUMO:** O estudo teve como objetivo identificar e analisar os principais desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso aos serviços de saúde no Brasil, considerando as barreiras estruturais, emocionais, institucionais e sociais que impactam esse processo. Trata-se de uma revisão integrativa realizada a partir da estratégia PICO, definida como: População (pessoas em situação de rua), Interesse (desafios no acesso à saúde) e Contexto (Brasil). A busca foi realizada nas bases PubMed, SciELO e LILACS, com descritores específicos, selecionando estudos publicados entre 2020 e 2025, nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra. Foram incluídos 16 artigos, após aplicação dos critérios de elegibilidade, analisados e categorizados segundo nome do autor, ano, desfecho e método. Os desafios encontrados foram agrupados em cinco eixos: fatores emocionais e psicológicos, abordagem profissional e serviços de saúde, barreiras de acesso na atenção primária, discriminação e dependência química, além da participação social e políticas públicas. Destacam-se como principais entraves o estigma social, a burocratização dos serviços, o despreparo profissional, a rigidez dos modelos biomédicos, a ausência de práticas de redução de danos, além da fragilidade na articulação intersetorial. A busca por atendimento ocorre, geralmente, apenas em situações de agravamento, devido ao medo da rejeição e à falta de acolhimento nos serviços. Superar esses desafios requer transformação estrutural das políticas e dos serviços de saúde, com fortalecimento da atenção primária, da participação social, da articulação intersetorial e da formação permanente dos profissionais. É fundamental garantir práticas de cuidado baseadas na escuta qualificada, no vínculo e no reconhecimento da população em situação de rua como sujeitos de direitos, promovendo saúde com universalidade, equidade, integralidade e dignidade.

## Palavras-chave:

Pessoas Mal Alojadas.  
Acesso Universal aos Serviços de Saúde.  
Acesso à Atenção Primária.

## INTRODUÇÃO

A existência de Pessoas em Situação de Rua (PSR) acompanha a própria constituição das cidades, intensificando-se a partir das revoluções industriais e do avanço do capitalismo liberal e neoliberal, que ampliaram desigualdades sociais e impulsionaram a exclusão de parcelas crescentes da população urbana<sup>1, 2, 3</sup>. No Brasil, a urbanização acelerada do século XX, aliada à migração de populações do campo para os grandes centros urbanos, contribuiu para o crescimento desse contingente, sem que houvesse, em contrapartida, uma estrutura social capaz de absorvê-los<sup>3</sup>. Inicialmente negligenciada pelas políticas públicas, a população em situação de rua passou por um processo histórico de invisibilidade social, sendo tratada por meio de práticas repressivas ou assistencialistas<sup>4, 5</sup>. Apenas nas últimas décadas, essa realidade começou a ser enfrentada de forma mais estruturada com o surgimento de políticas específicas.

O perfil da PSR tem sofrido transformações significativas, deixando de ser representado apenas por figuras como andarilhos, usuários crônicos de substâncias ou egressos de instituições psiquiátricas, para incorporar trabalhadores informais, desempregados, migrantes urbanos e famílias inteiras em condição de vulnerabilidade extrema<sup>1, 6, 7</sup>. Estima-se um aumento de mais de 140% da PSR desde 2012<sup>6</sup>, evidenciando um crescimento expressivo e multifatorial, marcado por questões estruturais como o desemprego em massa, os vínculos familiares rompidos e o uso problemático de álcool e outras drogas<sup>4, 8</sup>. Além disso, há uma importante interseccionalidade de classe, raça e gênero que aprofunda a marginalização dessa população e aumenta a complexidade de seu cuidado<sup>5, 7</sup>.

A partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser reconhecida como a porta de entrada preferencial para os sistemas de saúde e, no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua consolidação nos anos 1990 e 2000, ampliou-se a responsabilidade da APS em garantir o acesso à saúde para populações vulneráveis, incluindo a PSR<sup>9, 10</sup>. O SUS, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, pressupõe que nenhuma barreira — geográfica, econômica ou simbólica — possa restringir o acesso aos cuidados de saúde. No entanto, a realidade das ruas impõe desafios singulares, que requerem estratégias específicas e sensíveis à realidade dessas pessoas<sup>4, 11, 12</sup>.

Nesse sentido, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída em 2009, constitui um marco normativo importante ao reconhecer os direitos dessa população e estabelecer diretrizes para sua inclusão nas políticas públicas de forma transversal, intersetorial e interdisciplinar<sup>1, 6, 10, 13</sup>. A definição adotada pela PNPSR compreende pessoas que vivem em espaços públicos, em condição de pobreza extrema, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, e sem moradia convencional regular<sup>7, 10</sup>. No entanto, o simples reconhecimento normativo não assegura o acesso efetivo a direitos, sendo necessária a implementação concreta e qualificada dessas diretrizes no cotidiano dos serviços de saúde<sup>5, 12</sup>.

Dentre as ações mais efetivas, destaca-se a criação dos Consultórios na Rua (CnaR), regulamentados pela Portaria nº 122/2011, vinculados à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de proporcionar cuidado integral e itinerante à PSR<sup>14</sup>. Essas equipes multiprofissionais circulam nos

territórios com veículos próprios, ofertando atendimentos clínicos, ações educativas, encaminhamentos e acolhimento, com base na escuta qualificada e na construção de vínculos<sup>3, 15</sup>. Contudo, mesmo com a atuação dos CnaR, muitos desafios persistem, especialmente em contextos onde o preconceito institucional, o despreparo dos profissionais e a carência de recursos e infraestrutura dificultam a efetivação do cuidado<sup>11, 16, 17</sup>.

O acesso à saúde pela PSR ainda é marcado por múltiplas barreiras, que vão desde a exigência de documentação pessoal, falta de endereço fixo e despreparo técnico dos profissionais, até obstáculos simbólicos como o preconceito, a discriminação e o estigma social<sup>4, 7, 9</sup>. As PSR de rua muitas vezes evitam os serviços por receio de maus-tratos ou pelo sentimento de inadequação aos ambientes institucionais<sup>3, 12</sup>. Isso se agrava quando se considera que essas pessoas frequentemente buscam o cuidado em estágios avançados de sofrimento ou adoecimento, intensificando a complexidade da assistência<sup>2, 7</sup>. A invisibilidade estrutural também se manifesta na escassez de dados epidemiológicos e no frágil monitoramento das ações voltadas a essa população, o que compromete a formulação de políticas públicas eficazes<sup>5, 17</sup>.

Diante desse cenário, a presente revisão integrativa tem como objetivo compreender os principais desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso à saúde no Brasil.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida com as seguintes etapas: (1) elaboração da questão norteadora e objetivo do estudo; (2) definição de critérios de inclusão e exclusão das produções científicas; (3) busca de estudos científicos nas bases de dados e bibliotecas virtuais; (4) análise e categorização das produções encontradas; (5) resultados e discussão dos achados<sup>18</sup>.

Para o levantamento da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICo, uma metodologia que auxilia na construção de uma pergunta norteadora e busca de evidências para uma pesquisa não clínica, onde P = População/Paciente; I = Interesse; e Co = Contexto. No presente estudo, os elementos da estratégia PICo foram definidos da seguinte maneira: P (População) = população em situação de rua; I (Interesse) = desafios no acesso aos serviços de saúde; Co (Contexto) = Brasil. Desta forma, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: “Quais os principais desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso à saúde no Brasil?”

Para a seleção dos artigos, utilizaram-se como critérios de inclusão: estudos originais, de abordagem qualitativa ou quantitativa, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos 5 anos, em português e inglês, que respondessem ao objetivo do estudo. Foram excluídas as literaturas cinzas, bem como publicações repetidas de estudos em mais de uma base de dados e os artigos que não responderam à questão norteadora da pesquisa. Justifica-se a escolha do período de 2020 a 2025, pois buscou-se analisar

estudos recentes sobre os desafios da população em situação de rua no acesso à saúde no Brasil, considerando que essa população enfrenta dificuldades estruturais e institucionais históricas, especialmente no que se refere às políticas públicas de saúde e à garantia do direito universal ao atendimento no SUS.

A coleta de dados foi realizada de março a abril de 2025, nas seguintes bases de dados: *US National Library of Medicine (NLM) - National Center for Biotechnology Information (NCBI) (PubMed)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*. Os critérios de inclusão definidos foram: estudos primários, disponíveis em sua totalidade, publicados nos últimos 5 anos - de 2020 até 2025 - nos idiomas português e inglês, textos completos e país Brasil.

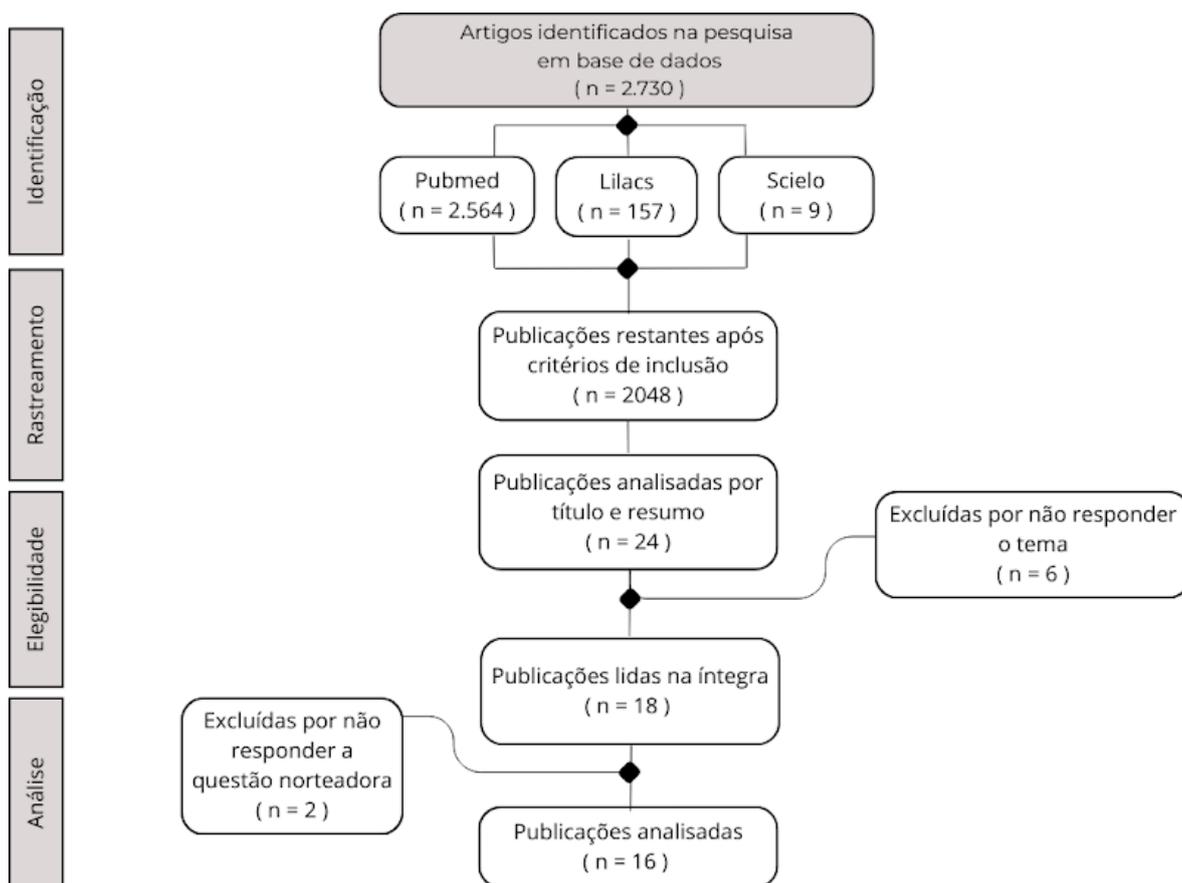
Para garantir um levantamento abrangente, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave relacionadas ao tema, como “Pessoas mal alojadas”, “Acesso universal aos serviços de saúde” e “Acesso à atenção primária à saúde”. Nos bancos de dados utilizou-se a seguinte estratégia de busca: *Ill-Housed Persons AND Universal Access to Health Care Services OR Access to primary care*.

Com isso, realizou-se a seleção e categorização dos artigos em três fases: triagem inicial para remover duplicatas, leitura de títulos e resumos para identificar estudos alinhados à questão norteadora e análise dos textos completos para confirmar a adequação ao tema. Sendo assim, 16 artigos foram incluídos para compor o rol de dados para extração e análise.

## RESULTADOS

A partir da busca nas bases de dados, foram encontrados 2.730 artigos e, após aplicação dos critérios ano, língua, texto na íntegra, artigos originais, não duplicados e exclusão das revisões, restaram 24 artigos. Destes, 6 não se relacionavam com o tema, 2 não responderam à questão norteadora. Após os critérios de inclusão e de exclusão resultou-se em 16 artigos, incluídos na presente revisão integrativa por responderem à questão norteadora e ao objetivo determinado, treze destes artigos foram publicados em português e três em inglês, um em 2019, dois em 2020, dois em 2021, quatro em 2022, quatro em 2023, três em 2024 estudando particularidades de várias cidades e estados brasileiros com multiplicidade de locais de publicação. Quanto aos tipos de estudos foram: 3 quantitativos, 9 qualitativos, 2 qualitativo-descritivo, 1 teórico-reflexivo e 1 etnográfico. A Figura 1 apresenta o fluxograma de identificação e seleção dos artigos.

**Figura 1** - Fluxograma de identificação e seleção de artigos, com base na segregação das fases de identificação, rastreamento, elegibilidade/ inclusão e análise.



A Tabela 1 apresenta um resumo das 16 publicações que passaram pelo processo seletivo. A seleção filtra artigos com, no máximo, 5 anos de existência, e os estudos ocorrem principalmente nas grandes cidades do centro-sul brasileiro. Os artigos foram enumerados e estratificados de acordo com autor, ano da publicação, objetivo, método de estudo e nível de evidência. Em seguida, os artigos foram relacionados entre si de acordo com o tema abordado e o número correspondente.

**Tabela 1** - Síntese das principais informações.

Nº	Autor/ano	Tipo de Estudo	Desfecho
A1	OLIVEIRA, MA. et al., 2019	Estudo qualitativo-descriptivo	Indica que, embora haja avanços nas políticas, o preconceito, a burocracia e a desinformação ainda são grandes entraves, reforçando a necessidade de assegurar os princípios do SUS para essa população de forma concreta e efetiva.

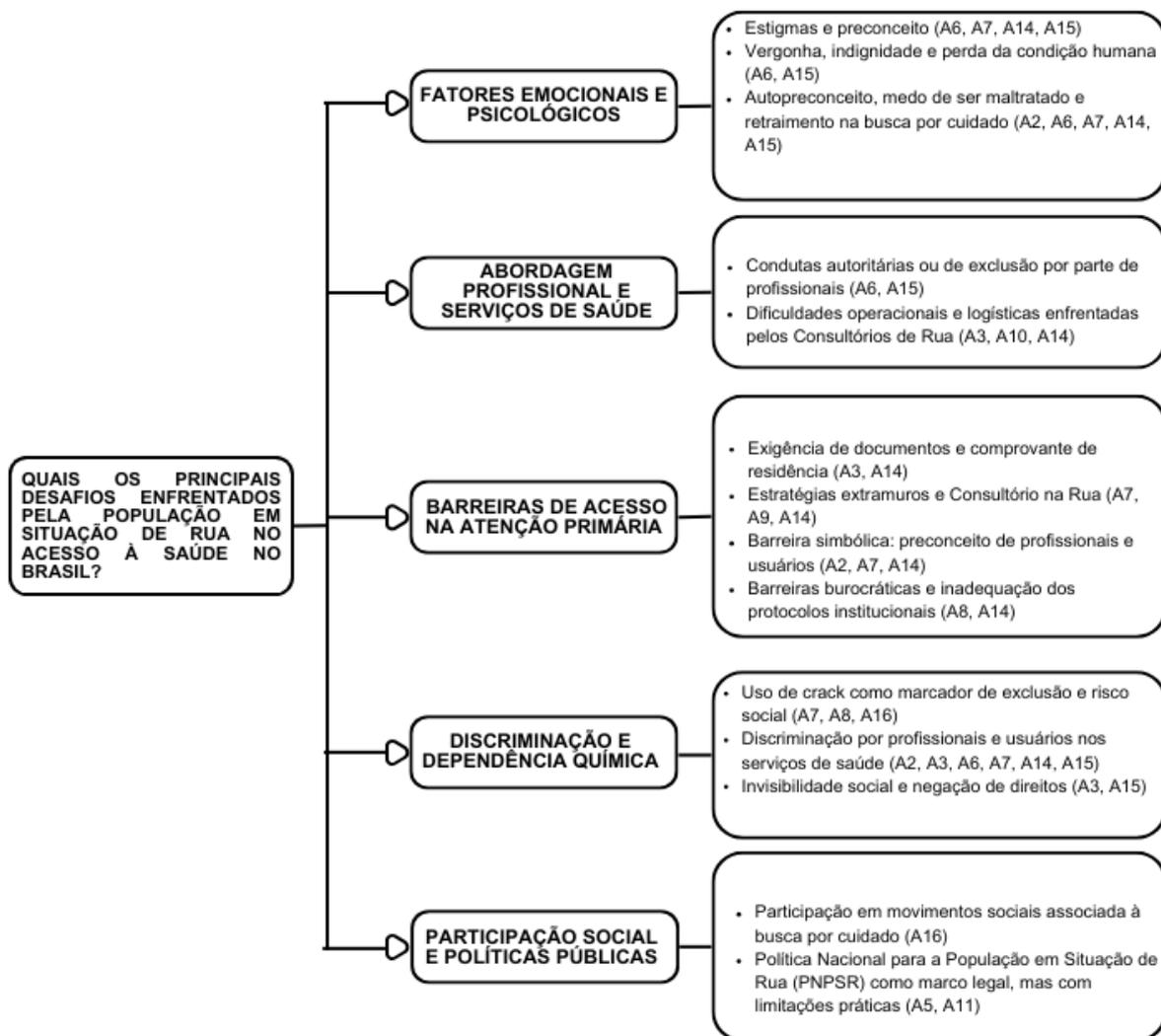
<b>A2</b>	CHAVES JÚNIOR, Paulo Roberto; AGUIAR, Ricardo Saraiva (2020)	Estudo qualitativo	Evidencia que o preconceito, a falta de acolhimento e o despreparo dos profissionais geram abandono dos serviços de saúde, tornando indispensável a educação em saúde e a capacitação permanente das equipes para reduzir danos.
<b>A3</b>	VALLE F. A. A. L.; FARAH B. F. (2020)	Estudo qualitativo, com estudo descritivo exploratório	Relata que o acesso à atenção primária é extremamente limitado, mediado por serviços como o CnaR, com barreiras como exigência de documentos, discriminação, e pouca efetividade nas respostas da rede.
<b>A4</b>	COSTA et al. (2021)	Estudo qualitativo	Ressalta que o cuidado à PSR é complexo e atravessado por estigmas e práticas assistencialistas, exigindo formação permanente dos profissionais, além de ações intersetoriais e comprometidas com os direitos sociais.
<b>A5</b>	PRADO et al. (2021)	Estudo qualitativo	Defende que o cuidado deve romper com a lógica biomédica e considerar os determinantes sociais, adotando práticas baseadas na integralidade, na escuta e na construção de vínculo, fortalecendo o exercício da cidadania.
<b>A6</b>	BRITO, C. et al. (2022)	Estudo qualitativo	Destaca que o estigma e a discriminação impactam profundamente na saúde mental e no acesso à saúde, sendo internalizados pela própria população em situação de rua, o que reforça ciclos de exclusão e abandono dos serviços.
<b>A7</b>	BOMBONATTI, G. R. et al. (2022)	Estudo qualitativo exploratório	Evidencia que a discriminação institucional, o despreparo dos profissionais e as práticas pouco humanizadas dificultam o acesso e a continuidade do cuidado, especialmente para usuários de substâncias psicoativas.

<b>A8</b>	MADRUGA, C. S. et al. (2022)	Estudo quantitativo	Destaca que a relação entre situação de rua e uso de drogas é complexa, agravada por preconceitos e pela falta de cuidado integral, exigindo uma rede de atenção qualificada e intersetorial que considere a diversidade das demandas.
<b>A9</b>	VALE, R. R. M. et al. (2022)	Estudo qualitativo	Aponta que a desarticulação da rede, a invisibilidade das equipes de rua e a dificuldade em construir vínculos limitam o acesso, além da precarização dos serviços e da falta de integração entre os setores.
<b>A10</b>	BORYSOW et al. (2023)	Estudo qualitativo	A atuação dos CnaR enfrenta limitações operacionais, como horários restritos e dificuldade de articulação com a rede, comprometendo a efetividade do cuidado e revelando falhas na política pública destinada à PSR.
<b>A11</b>	HAEFFNER, L. S. B. et al. (2023)	Estudo teórico-reflexivo, com análise literária	Enfatiza que é preciso enxergar a PSR como sujeitos singulares, cidadãos plenos de direitos, e que a saúde deve ser compreendida de forma ampliada, contemplando as múltiplas dimensões da vida, além do biológico.
<b>A12</b>	PAULA, H. et al. (2023)	Estudo etnográfico	Mostra que o modelo biomédico predominante é insuficiente para atender a PSR, sendo necessário promover práticas mais humanizadas, articuladas, e que considerem os determinantes sociais da saúde para um cuidado integral e efetivo.
<b>A13</b>	RIBEIRO et al. (2023)	Estudo quantitativo	Aponta que, apesar de avanços nas políticas públicas, a PSR busca os serviços apenas diante de situações graves, e que é necessário fortalecer a rede, criar serviços especializados e adaptar o cuidado às suas especificidades.

<b>A14</b>	FRAGA, P. V. R.; MO-DENA, C. M.; SILVA, P. F. C. (2024)	Estudo qualitativo	Aponta que as barreiras discriminatórias, simbólicas e protocolares são entraves recorrentes, que se associam ao estigma social e institucional, exigindo a reformulação dos serviços para garantir acesso integral e sem preconceitos.
<b>A15</b>	GONTIJO, L. A. et al. (2024)	Estudo qualitativo observacional	Revela que o estigma, a falta de vínculo familiar e a organização dos serviços centrados em modelos excludentes geram isolamento, adoecimento psíquico e dificultam o acesso contínuo à saúde pela PSR.
<b>A16</b>	GONTIJO, T. et al. (2024)	Estudo quantitativo	Identifica que há relação direta entre as condições de vida e o uso dos serviços de saúde, sendo necessária a articulação intersetorial e a inclusão social como caminho para ampliar o acesso e garantir o cuidado integral.

Após a análise, agrupou-se as informações pertinentes de cada estudo (**Figura 2**). Nesse sentido, foram criadas cinco categorias: fatores emocionais e psicológicos, abordagem profissional e serviços de saúde, barreiras de acesso na atenção primária, discriminação e dependência química e participação social e políticas públicas, além da síntese das informações extraídas dos artigos, expostas nos resultados classificados por similaridade.

**Figura 2** - Sistematização em categorias e subcategorias dos desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso à saúde no Brasil.



## DISCUSSÃO

Diante dos achados desta revisão integrativa, torna-se evidente que os desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso à saúde no Brasil são complexos e multifatoriais, refletindo as profundas desigualdades sociais, econômicas e estruturais que atravessam suas vidas. A análise dos estudos permitiu agrupar os principais desafios em cinco eixos temáticos: os fatores emocionais e psicológicos, a abordagem profissional e os serviços de saúde, as barreiras de acesso na atenção primária, a discriminação associada à dependência química e, por fim, a participação social e as políticas públicas. A seguir, cada um desses aspectos será discutido de forma aprofundada, permitindo uma compreensão ampla das dinâmicas que dificultam o acesso e a permanência dessa população nos serviços de saúde, bem como das possíveis estratégias para a superação desses entraves.

### **Fatores emocionais e psicológicos**

O sofrimento emocional e psicológico da população em situação de rua é uma das principais expressões da exclusão social vivida por esse grupo. A vivência cotidiana de estigmatização, insegurança, fome e ausência de vínculos afetivos acarreta um adoecimento subjetivo marcado por sentimentos de

desvalorização, solidão e desesperança, tornando fundamental repensar os processos de cuidado nessa perspectiva<sup>7, 11, 12, 16</sup>.

Esse quadro se agrava diante da interiorização de estigmas, que não provêm apenas da sociedade, mas são muitas vezes reproduzidos e absorvidos pelos próprios indivíduos em situação de rua. Esse fenômeno, caracterizado pela autointernalização do preconceito, aprofunda ciclos de isolamento, vergonha e rejeição, dificultando tanto a construção de vínculos sociais quanto a adesão aos serviços de saúde<sup>1, 3, 16, 17</sup>.

A invisibilidade do sofrimento psíquico dessa população é reforçada pelos próprios serviços de saúde, que, muitas vezes, não reconhecem as demandas subjetivas e emocionais dos indivíduos em situação de rua, contribuindo para o agravamento de transtornos mentais como depressão, ansiedade e sofrimento psíquico severo<sup>7, 9, 10, 11</sup>.

Além disso, o rompimento dos vínculos familiares e sociais emerge como fator central na deterioração da saúde mental, agravado pela vivência constante de violências, pela insegurança e pela carência de espaços de acolhimento e escuta qualificada que fortaleçam a autonomia desses sujeitos<sup>2, 12, 16, 17</sup>.

Diante desse contexto, torna-se evidente a necessidade de construção de práticas de cuidado em saúde mental que priorizem a escuta, a construção de vínculos, o fortalecimento da autonomia e que reconheçam a subjetividade e a trajetória de vida dessas pessoas, superando o modelo biomédico fragmentado<sup>3, 4, 9, 11</sup>.

### ***Abordagem profissional e serviços de saúde***

Os desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso aos serviços de saúde estão diretamente relacionados ao despreparo dos profissionais, à rigidez dos modelos assistenciais e às práticas que ignoram as especificidades desse grupo, além de reproduzirem preconceitos e exclusão<sup>5, 11, 13, 16</sup>.

Mesmo com o avanço proporcionado pelos CnaR, ainda persistem limitações operacionais como funcionamento restrito a horários comerciais, falta de integração com outros serviços da rede e ausência de infraestrutura adequada, o que compromete a efetividade do cuidado<sup>1, 9, 10, 15</sup>.

A reprodução da lógica biomédica, que prioriza o diagnóstico e a intervenção pontual em detrimento da integralidade, da escuta e do acolhimento, impede que os serviços reconheçam os determinantes sociais que impactam diretamente na saúde da população em situação de rua<sup>3, 4, 11, 13</sup>.

O despreparo de parte dos profissionais se materializa na dificuldade em construir vínculos, nas práticas discriminatórias e no não reconhecimento das demandas específicas desse público, o que reforça a urgência de formação permanente e de mudanças nas práticas institucionais<sup>2, 12, 16, 17</sup>.

Superar esses desafios demanda uma reorganização dos serviços, fortalecimento dos princípios do SUS, investimento em práticas intersetoriais e na valorização das equipes que atuam diretamente na rua, sobretudo os CnaR, que desempenham papel estratégico na articulação do cuidado<sup>5, 9, 10, 15</sup>.

### ***Barreiras de acesso na atenção primária***

As barreiras de acesso na APS para a população em situação de rua são múltiplas, passando por exigências burocráticas como apresentação de documentos e comprovante de residência, o que contraria as normativas do próprio SUS e reforça práticas excludentes<sup>3, 12, 13, 16</sup>.

A falta de flexibilidade nos horários de atendimento, a escassez de profissionais sensibilizados e a baixa oferta de vagas nas unidades de saúde ampliam a dificuldade de acesso, fazendo com que muitos só consigam atendimento mediante a mediação de serviços como os CnaR ou da assistência social<sup>9, 10, 13, 15</sup>.

Barreiras simbólicas também pesam fortemente nesse contexto, como o medo de ser rejeitado, o histórico de experiências negativas e o descrédito no próprio sistema de saúde, que afastam essa população dos serviços, sendo buscados apenas em situações extremas<sup>1, 3, 11, 17</sup>.

A desarticulação da rede de saúde, a precarização dos serviços e a falta de reconhecimento do trabalho das equipes que atuam diretamente na rua agravam ainda mais esse cenário, produzindo atendimentos fragmentados, sem continuidade e descolados das reais necessidades dessa população<sup>2, 4, 7, 8</sup>.

Portanto, torna-se indispensável repensar a estrutura da atenção primária, flexibilizar os processos, ampliar a cobertura, investir na qualificação dos profissionais e garantir a integração efetiva com a rede socioassistencial e demais dispositivos da saúde, para efetivar o direito à saúde dessa população<sup>9, 12, 13, 15</sup>.

### ***Discriminação e dependência química***

A discriminação sofrida pela população em situação de rua, agravada pelo uso de substâncias psicoativas, constitui um dos maiores entraves no acesso à saúde. Essa estigmatização se reflete tanto no ambiente social quanto nos próprios serviços, que frequentemente negam atendimento ou oferecem um cuidado precário<sup>1, 7, 11, 17</sup>.

O uso de substâncias, muitas vezes, surge como uma estratégia de enfrentamento das adversidades vividas nas ruas, mas, paradoxalmente, torna-se também motivo de afastamento e negação de direitos, sobretudo no acesso à saúde, que permanece pautado em exigências de abstinência e práticas moralizantes<sup>2, 3, 16</sup>.

Além disso, práticas como internações compulsórias, remoções forçadas e condutas higienistas não apenas violam direitos, como também aprofundam o sofrimento psíquico, a ruptura de vínculos e a desconfiança em relação aos serviços, tornando o cuidado ainda mais desafiador<sup>7, 9, 13, 17</sup>.

A fragilidade das políticas de redução de danos, quando negligenciadas ou desfinanciadas, impede que os serviços construam respostas efetivas, que respeitem a autonomia dos sujeitos e considerem seus modos de vida e seus contextos sociais<sup>2, 3, 11, 12</sup>.

Portanto, enfrentar a questão da dependência química e da discriminação exige um olhar comprometido com os princípios do SUS, investimento em formação permanente, fortalecimento das

práticas de redução de danos, construção de vínculo, escuta ativa e cuidado centrado na pessoa, e não na substância<sup>5, 7, 16, 17</sup>.

### **Participação social e políticas públicas**

A efetivação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua exige a participação ativa desses sujeitos na formulação, execução e avaliação das ações, além da construção de espaços de controle social que garantam o exercício da cidadania<sup>1, 2, 5, 6</sup>.

Quando as políticas são construídas sem considerar a escuta da população, tornam-se frágeis, descoladas da realidade e pouco efetivas na promoção do cuidado e na superação das desigualdades sociais, evidenciando a necessidade de práticas intersetoriais robustas<sup>4, 10, 11, 12</sup>.

O cuidado integral deve ir além da saúde, articulando-se com políticas de moradia, alimentação, assistência social, trabalho e educação, uma vez que as condições de vida são determinantes fundamentais no processo de saúde-doença dessa população<sup>2, 5, 6, 9</sup>.

O fortalecimento das redes formais, como o SUS e a assistência social, bem como das redes informais, representadas por movimentos sociais, coletivos e organizações da sociedade civil, é imprescindível para garantir a efetivação dos direitos e a superação dos processos de exclusão<sup>5, 6, 13, 15</sup>.

Diante disso, é fundamental que as políticas públicas avancem no fortalecimento da participação social, na construção de práticas baseadas na equidade, na humanização e no respeito às singularidades da população em situação de rua, garantindo acesso integral, cuidado contínuo e reconhecimento pleno de sua cidadania<sup>2, 4, 6, 12</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Os desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso à saúde no Brasil são profundamente marcados por questões estruturais, emocionais e sociais, que se retroalimentam em um ciclo de exclusão, vulnerabilidade e adoecimento. O sofrimento psíquico, muitas vezes agravado pela interiorização do estigma social, pela solidão e pela quebra de vínculos familiares, evidencia a necessidade urgente de práticas de cuidado que considerem a saúde mental como eixo central. A ausência de suporte emocional e a falta de espaços de escuta qualificada e de acolhimento fragilizam ainda mais essa população, tornando indispensável a construção de abordagens que valorizem a subjetividade, a autonomia e os projetos de vida dessas pessoas.

No âmbito dos serviços de saúde, observa-se que a organização dos atendimentos ainda está fortemente alicerçada em modelos biomédicos, burocráticos e pouco sensíveis às especificidades da vida nas ruas. A rigidez dos processos, a exigência de documentação e a falta de flexibilidade nas práticas assistenciais impedem que a atenção primária, que deveria ser porta de entrada no SUS, atue de forma resolutiva e inclusiva para essa população. Apesar dos avanços promovidos pelos CnaR e por algumas iniciativas intersetoriais, a precarização das políticas públicas, a escassez de recursos e o despreparo de parte dos profissionais continuam sendo entraves significativos.

As barreiras de acesso vão além da dimensão física dos serviços, incorporando aspectos simbólicos e subjetivos que afetam diretamente a busca e a permanência nos cuidados. O medo da rejeição, o histórico de experiências negativas nos serviços e a desconfiança institucional fazem com que a procura por atendimento ocorra, muitas vezes, apenas em situações de urgência, quando o sofrimento físico ou mental se torna insuportável. Além disso, a falta de articulação efetiva entre os diversos dispositivos da rede de atenção à saúde e da rede socioassistencial compromete a integralidade do cuidado e perpetua ciclos de invisibilidade e exclusão.

A discriminação relacionada ao uso de substâncias psicoativas emerge como um dos fatores que mais agravam as desigualdades no acesso à saúde. O uso de drogas, além de ser uma estratégia de enfrentamento diante das adversidades da vida nas ruas, também é um marcador de estigma social, que impacta profundamente nas relações com os serviços de saúde. A fragilidade das políticas de redução de danos, associada ao avanço de práticas higienistas e repressivas, evidencia a urgência de intervenções pautadas no cuidado humanizado, no fortalecimento da autonomia dos sujeitos e na desconstrução de práticas punitivas e excludentes.

Por fim, fica evidente que a superação desses desafios exige mais do que adaptações pontuais nos serviços. É necessária uma transformação estrutural nas políticas públicas, que deve ser construída a partir do fortalecimento da participação social, da valorização dos princípios do SUS — universalidade, equidade e integralidade — e da efetiva articulação intersetorial. A escuta ativa, o acolhimento, a construção de vínculos e o reconhecimento da população em situação de rua como sujeitos de direitos são caminhos fundamentais para romper com a lógica da exclusão, garantindo que essas pessoas sejam, de fato, vistas e tratadas como cidadãos plenos, com acesso integral à saúde e a todos os direitos fundamentais.

## REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA, Micael Almeida de *et al.* O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03744, 2021.
2. GONTIJO, Thiago Gomes *et al.* População em situação de rua: fatores para utilização dos serviços de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, p. eAPE0000186, 2024.
3. FRAGA, Priscilla Victória Rodrigues; MODENA, Celina Maria; SILVA, Paloma Ferreira Coelho. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8963, 2024.
4. DA COSTA, Káren Maria Rodrigues *et al.* Implicações dos profissionais da Atenção Primária no atendimento à população em situação de rua. **Revista de APS**, v. 24, n. 1, 2021.
5. PRADO, Michely Aline Rodrigues do *et al.* Pessoas em situação de rua: aspectos sobre a saúde e experiências com serviços sanitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20190200, 2021.

6. HAEFFNER, Leris Salete Bonfanti *et al.* Vulnerabilidade social e de saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20220379, 2023.
7. BOMBONATTI, Giulia Romano *et al.* Street clinics and the healthcare of vulnerable homeless communities in Brazil: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, p. 2573, 2022.
8. DO VALE, Raquel Rosa Mendonça *et al.* Prática de equipes de consultórios na rua e registro das ações no e-SUS Atenção Primária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 24, p. 70301-70301, 2022.
9. JÚNIOR, Paulo Roberto Chaves; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Compreensão e entendimento de saúde vivenciado por pessoas em situação de rua. **Nursing Edição Brasileira**, v. 23, n. 263, p. 3688-3692, 2020.
10. RIBEIRO, Ísis Oliveira *et al.* A saúde da população em situação de rua: um estudo transversal em município brasileiro de médio porte. **HU Revista**, v. 49, p. 1-9, 2023.
11. GONTIJO, Lucas Alves; SILVA, Bruna Moreira da; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230554, 2024.
12. DE PAULA, Hermes Candido *et al.* O acesso da População em Situação de Rua aos serviços de saúde: utopia ou realidade?. **Revista de APS**, v. 26, 2023.
13. VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAH, Beatriz Francisco. A saúde de quem está em situação de rua:(in) visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e300226, 2020.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: PNAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
15. BORYSOW, Igor da Costa; ODA, Wagner Yoshizaki; FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33042, 2023.
16. BRITO, Cláudia; SILVA, Lenir Nascimento da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 27, p. 151-160, 2022.
17. MADRUGA, Clarice Sandi *et al.* Open Drug Scenes Survey in Brazilian cities: main findings from São Paulo, Fortaleza, and Brasília. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 28, p. e250008, 2025.
18. LISBOA, Marcelino T. Elementos para elaboração de um desenho de pesquisa. **Mural Internacional**, v. 10, n. 1, 2019.