



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**



**CUIDADO DO CONSULTÓRIO NA RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À**  
**SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA PRÁTICA E DOS SIGNIFICADOS**  
**PROFISSIONAIS:**

Uma revisão integrativa da literatura

**JESUS JAIME RODRIGUEZ CATAFORA**

Foz do Iguaçu  
2026

**JESUS JAIME RODRIGUEZ CATACORA**

**CUIDADO DO CONSULTÓRIO NA RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA PRÁTICA E DOS SIGNIFICADOS  
PROFISSIONAIS:**

Uma revisão integrativa da literatura

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família na modalidade de residência.

Orientador: Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima

Foz do Iguaçu  
2026

**JESUS JAIME RODRIGUEZ CATAORA**

**CUIDADO DO CONSULTÓRIO NA RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB  
A PERSPECTIVA DA PRÁTICA E DOS SIGNIFICADOS PROFISSIONAIS: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência  
Multiprofissional em Saúde da Família.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima

---

1º Examinador: Enf. Lara de Oliveira

---

2º Examinador: Enf. Simone Heberle Alves dos Santos

Aprovação: ( ) Sim ( ) Não

Foz do Iguaçu \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dedico este trabalho à minha mãe Elva  
Elisabet Catacora Gutierrez.

CATACORA, JESUS JAIME RODRIGUEZ. **Cuidado do consultório na rua na atenção primária à saúde sob a perspectiva da práxis e dos significados profissionais: uma revisão integrativa da literatura.** 2026. 54 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana e Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, 2026.

## RESUMO

**Introdução:** A população em situação de rua apresenta condições de vida marcadas por vulnerabilidades sociais, sofrimento psíquico e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, o Consultório na Rua configura-se como uma estratégia da Atenção Primária à Saúde voltada à ampliação do acesso e à oferta de cuidado integral, territorializado e humanizado. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo. A busca foi realizada nas bases LILACS, SciELO, BDENF, PUBMED e MEDLINE, incluindo artigos publicados entre 2011 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem práticas, percepções e desafios no contexto dos Consultórios na Rua. **Objetivo:** Sintetizar a produção científica sobre estratégias de cuidado, práxis e significados profissionais nos Consultórios na Rua na Atenção Primária à Saúde. **Resultados:** Foram selecionados 17 estudos, majoritariamente qualitativos e realizados no Brasil. Os achados destacam como principais estratégias de cuidado o acolhimento, a construção de vínculo, a redução de danos e a articulação em rede. Evidenciam-se também as vivências e subjetividades dos profissionais, permeadas por tensões entre satisfação e sofrimento ético. Entre os principais desafios, destacam-se barreiras estruturais, estigmas sociais, dificuldades de acesso aos serviços e lacunas na formação profissional. **Discussão:** O Consultório na Rua mostra-se fundamental para a promoção da equidade e ampliação do acesso à saúde da população em situação de rua. Contudo, sua efetividade depende do fortalecimento das políticas públicas, da qualificação da formação profissional e da superação de barreiras estruturais e simbólicas no cuidado.

**Palavras-chave:** População em Situação de rua; Estratégias de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Percepção

## ABSTRACT

**Introduction:** The homeless population experiences living conditions marked by social vulnerabilities, psychological distress, and difficulties in accessing health services. In this context, the Street Outreach Office (Consultório na Rua) is configured as a Primary Health Care strategy aimed at expanding access and providing comprehensive, territorial, and humanized care. **Method:** This is an integrative literature review with a qualitative and descriptive approach. The search was conducted in the LILACS, SciELO, BDNF, PUBMED and MEDLINE databases, including articles published between 2011 and 2025, in Portuguese, English, and Spanish, addressing practices, perceptions, and challenges in the context of Street Outreach Offices. **Objective:** To synthesize the scientific production on care strategies, praxis, and professional meanings in Street Outreach Offices within Primary Health Care. **Results:** Seventeen studies were selected, mostly qualitative and conducted in Brazil. The findings highlight reception (welcoming), bond-building, harm reduction, and network articulation as the main care strategies. The experiences and subjectivities of professionals are also evident, marked by tensions between satisfaction and ethical distress. Among the main challenges are structural barriers, social stigma, difficulties in accessing services, and gaps in professional training. **Discussion:** The Street Outreach Office proves to be fundamental for promoting equity and expanding access to health care for the homeless population. However, its effectiveness depends on strengthening public policies, improving professional training, and overcoming structural and symbolic barriers in care.

**Keywords:** Homeless Population; Health Strategies; Primary Health Care; Perception.

## RESUMEN

**Introducción:** La población en situación de calle presenta condiciones de vida marcadas por vulnerabilidades sociales, sufrimiento psíquico y dificultades de acceso a los servicios de salud. En este contexto, el Consultorio en la Calle se configura como una estrategia de la Atención Primaria de la Salud orientada a ampliar el acceso y ofrecer una atención integral, territorializada y humanizada. **Método:** Se trata de una Revisión Integrativa de la Literatura, con enfoque cualitativo y carácter descriptivo. La búsqueda se realizó en las bases de datos LILACS, SciELO, BDNF, PUBMED y MEDLINE, incluyendo artículos publicados entre 2011 y 2025, en portugués, inglés y español, que abordaran prácticas, percepciones y desafíos en el contexto de los Consultorios en la Calle. **Objetivo:** Sintetizar la producción científica sobre estrategias de cuidado, praxis y significados profesionales en los Consultorios en la Calle en la Atención Primaria de la Salud. **Resultados:** Fueron seleccionados 17 estudios, en su mayoría cualitativos y realizados en Brasil. Los hallazgos destacan como principales estrategias de cuidado la acogida, la construcción de vínculo, la reducción de daños y la articulación en red. También se evidencian las vivencias y subjetividades de los profesionales, permeadas por tensiones entre satisfacción y sufrimiento ético. Entre los principales desafíos se destacan las barreras estructurales, los estigmas sociales, las dificultades de acceso a los servicios y las limitaciones en la formación profesional. **Discusión:** El Consultorio en la Calle se muestra fundamental para la promoción de la equidad y la ampliación del acceso a la salud de la población en situación de calle. Sin embargo, su efectividad depende del fortalecimiento de las políticas públicas, de la cualificación de la formación profesional y de la superación de barreras estructurales y simbólicas en la atención.

**Palabras clave:** Población en situación de calle; Estrategias de Salud; Atención Primaria de la Salud; Percepción.



## ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo intitulado "Cuidado do consultório na rua na atenção primária à saúde sob a perspectiva da práxis e dos significados profissionais: uma revisão integrativa da literatura" está nas normas da revista "Saúde em Debate".

### 1. INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR), segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), constitui um grupo heterogêneo marcado por pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e ausência de moradia convencional, utilizando logradouros públicos e unidades de acolhimento como espaços de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente (Brasil, 2009). Esses marcadores condensam não apenas carências materiais, mas trajetórias atravessadas por desemprego, conflitos familiares, uso abusivo de álcool e outras drogas, doenças crônicas e sofrimento psíquico, compondo um quadro de vulnerabilidade complexa (Brito; silva, 2021). O crescimento alarmante desse contingente, com aumentos sucessivos nas estimativas nacionais, alcançando centenas de milhares de pessoas em contexto de rua no território brasileiro, sinaliza que se trata de um fenômeno em expansão, intimamente articulado a processos históricos de exclusão e à precarização das condições de vida e de trabalho (Agência Brasil, 2025; Ipea, 2020; Wijk; Mângia, 2018, p. 3358).

Longe de constituir um “desvio” individual, a PSR aparece, na perspectiva da crítica social, como expressão radical da questão social e do pauperismo produzidos pela lógica de acumulação capitalista (Pereira, 2009; Holanda, 2022). A produção contínua de uma “superpopulação relativa”, segmentos privados do acesso estável ao trabalho e à propriedade, é entendida como dimensão estrutural do capitalismo, e não como anomalia pontual (Brasil, 2010).

Autores como Rosanvallon (1998) e Castel (1998) discutem a emergência de uma “nova questão social”, vinculada à crise do Estado de bem-estar e ao surgimento de “supranumerários” considerados inúteis ao mundo do trabalho, enquanto Netto (1995) e Iamamoto (2000; 2001) reafirmam que as múltiplas expressões da desigualdade, desemprego, pobreza, vida nas ruas, derivam diretamente da relação capital/trabalho e configuram-se como campo de lutas e resistências. Nessa chave, a situação de rua é compreendida como manifestação extrema da desigualdade e como espaço de disputa política pelo reconhecimento de direitos, recusando leituras que focalizam apenas “inaptações” individuais (Iamamoto, 2000; Santos, 2012).

A expansão da superpopulação relativa, combinada à precarização do trabalho e à retração das políticas universais, contribuiu para o aumento de pessoas e famílias que perderam vínculos habitacionais e passaram a viver nas ruas, muitas vezes submetidas a despejos violentos, ações de “limpeza cidadã” e respostas repressivas que deslocam a atuação estatal da perspectiva de proteção social para um “estado penal” (PAIVA et al., 2015; FILGUEIRAS, 2019). Historicamente vítimas de hostilidade, violência, desumanização e indiferença, as pessoas em situação de rua vivenciam uma realidade em que o sofrimento psíquico se soma a doenças negligenciadas, ISTs/HIV/aids, uso abusivo de drogas e comorbidades psiquiátricas, ao mesmo tempo em que são marcadas por estigmas que lhes negam o reconhecimento como sujeitos de direitos (WIJK; MÂNGIA, 2018; BRITO; SILVA, 2021).

As narrativas dessa população, entretanto, revelam universos de significados complexos que ultrapassam leituras homogeneizantes, evidenciando estratégias de sobrevivência, redes de solidariedade, formas de “irmandade” e apoio mútuo tecidas nas ruas (GRAMAJO; SOUZA; PEREIRA, 2023). Ao mesmo tempo, muitos sujeitos internalizam o olhar estigmatizante da sociedade, reproduzindo em seus discursos preconceitos e imagens negativas sobre a própria população à qual pertencem, o que produz sofrimento subjetivo e dificulta a construção de identidades pautadas na titularidade de direitos (BRITO; SILVA, 2021). Essa tensão entre estigma e resistência inscreve a questão da PSR no interior do debate sobre a questão social, entendida, à maneira de Iamamoto, como expressão ampliada das desigualdades e como campo de rebeldia e antagonismos, exigindo respostas que convoquem a responsabilidade do Estado na garantia de direitos universais (IAMAMOTO, 2000; SANTOS, 2012).

A partir da Constituição Federal de 1988 e da consolidação da Seguridade Social, passaram a ser desenvolvidas políticas públicas voltadas ao reconhecimento da população em situação de rua (PSR) como sujeito de direitos, buscando superar práticas históricas de caráter higienista e repressivo. No campo da assistência social, destacam-se a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a alteração da LOAS para incluir programas voltados à PSR e a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), por meio do Decreto nº 7.053/2009, que estabelece princípios, diretrizes e o público-alvo das ações (BRASIL, 2005; FERRO, 2011; BRASIL, 2009).

No campo dos direitos humanos e do trabalho, resoluções do CNDH e do CNJ, bem como a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a PSR (Lei nº 14.281/2024),

reforçam iniciativas voltadas à autonomia, geração de renda e acesso à justiça, ainda que persistam tensões entre a gestão da pobreza e o enfrentamento das causas estruturais da exclusão (CNDH, 2020; CNJ, 2021; BRASIL, 2024; SANTOS, 2012).

No campo da saúde, a Política Nacional de Atenção Básica incorporou a PSR como um dos grupos prioritários para a Atenção Primária, prevendo estratégias específicas para ampliar o acesso e qualificar o cuidado (BRASIL, 2011). Nesse marco, a Portaria MS nº 122/2011 instituiu as equipes de Consultório na Rua (eCR), configuradas como equipes multiprofissionais itinerantes vinculadas à Atenção Básica (AB), com o objetivo de ampliar o acesso da PSR à rede de serviços de saúde, incluindo atenção básica e saúde mental, e ofertar um cuidado mais humanizado, integral e territorializado (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015). O CR surge, assim, como resposta concreta a barreiras históricas de acesso, articulando práticas que se dão “no território”, ruas, praças, abrigos, cenas de uso e que se orientam por princípios de redução de danos, acolhimento, construção de vínculo e articulação em rede.

Essa estratégia representa uma mudança paradigmática na abordagem à PSR, ao deslocar o cuidado de um modelo assistencialista, centrado em encaminhamentos pontuais e ações pontuais de “resgate”, para práticas que reconhecem a autonomia, a singularidade e os direitos dos sujeitos, construindo projetos terapêuticos compartilhados e itinerários de cuidado articulados entre rua, serviços de saúde e rede intersetorial (MARTINS et al., 2023). As experiências de atuação dos profissionais do CR constituem, nesse sentido, um campo complexo de significados, percepções e trajetórias que ultrapassam o âmbito técnico-assistencial, envolvendo dimensões subjetivas do cuidado, construção de identidades profissionais, ressignificação de experiências e produção de vínculos que impactam diretamente na qualidade e efetividade da assistência prestada (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Ao mesmo tempo, a literatura aponta que esses profissionais enfrentam desafios constantes, como o confronto cotidiano com práticas higienistas, a persistência de estigmas que associam a PSR a “perigo” e “sujeira”, a precariedade de recursos institucionais, a fragmentação da rede de serviços e a tensão entre lógicas punitivas e de cuidado (FILGUEIRAS, 2019; PAIVA et al., 2016). Em contextos específicos, como municípios de fronteira e destinos migratórios, essas tensões se intensificam, dada a circulação de transeuntes, “malabares” e “trecheiros”, a sobrecarga dos serviços de proteção social especial e a necessidade de articulação intersetorial permanente (FERRO, 2011).

Diante desse panorama, torna-se fundamental sistematizar criticamente o que a produção científica tem revelado sobre estratégias de cuidado, práxis e significados profissionais nos CR. A literatura sobre narrativas, perspectivas e trajetórias em saúde, especialmente no cuidado a populações vulnerabilizadas, evidencia que as experiências e sentidos produzidos por trabalhadores e usuários constituem chave analítica para compreender os modos de operar o cuidado e os limites e potências das políticas (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; WIJK; MÂNGIA, 2018). No entanto, no contexto dos CR, pesquisas disponíveis ainda se mostram dispersos, com forte concentração em aspectos normativos, operacionais ou epidemiológicos, deixando déficits em relação às estratégias de acolhimento, vínculo, redução de danos e articulação de redes, bem como aos significados atribuídos pelos profissionais ao trabalho na rua e à população atendida (BRITO; SILVA, 2021; MARTINS et al., 2023).

Nesse sentido, uma revisão integrativa de literatura que se proponha a sintetizar a produção científica e as experiências documentadas sobre estratégias de cuidado, práxis e significados profissionais nos Consultórios na Rua na Atenção Primária à Saúde responde a uma dupla demanda. Do ponto de vista científico e metodológico, permite reunir, organizar e interpretar criticamente estudos com diferentes delineamentos, identificando e caracterizando estratégias de cuidado implementadas nos CR como acolhimento, construção de vínculo, práticas de redução de danos e articulação de rede, analisando vivências, percepções e significados atribuídos pelos profissionais ao trabalho de rua e à PSR, e mapeando desafios, barreiras e fatores facilitadores para a operacionalização e sustentabilidade dessas equipes (MARTINS et al., 2023; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; WIJK; MÂNGIA, 2018, p. 3358). Do ponto de vista social e político, essa síntese pode oferecer subsídios concretos para gestores, trabalhadores e movimentos sociais na construção de respostas mais efetivas, humanizadas e alinhadas ao enfrentamento das desigualdades estruturais que produzem e reproduzem a situação de rua (IAMAMOTO, 2000; SANTOS, 2012).

## **2. JUSTIFICATIVA**

### **2.1 Relevância dos Consultórios na Rua (CR)**

Ao focalizar a produção científica e as experiências documentadas sobre os Consultórios na Rua na Atenção Primária à Saúde (APS), esta revisão integrativa busca produzir insumos concretos para qualificar a Estratégia Saúde da Família na “instrumentalização” do cuidado no

cotidiano, no mapeamento/cartografia do território, na abordagem e no acolhimento, bem como na redução de danos como eixo transversal do cuidado. Mantém-se alinhada à orientação dos manuais e normativas que atribuem às equipes de CR a finalidade de “ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral”, reconhecendo-as como porta de entrada prioritária na Atenção Básica para a PSR.

Ao sintetizar evidências sobre estratégias de cuidado, práxis e significados profissionais, a revisão possibilita identificar, de forma comparativa, como diferentes contextos têm operado o fluxo rua–rede–sede, a construção de espaços protegidos de cuidado quando necessário e a transformação de queixas em demandas pactuadas. Dessa forma, a análise da literatura permite tensionar e aprimorar os modos de organização do cuidado, revelando experiências exitosas e desafios recorrentes. Os resultados podem orientar processos de educação permanente, fortalecer a equidade e a integralidade e elevar a resolutividade da APS no cuidado à PSR, reafirmando o papel dos CR na PNAB e da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2012).

## **2.1 Relevância científica e metodológica**

O campo de estudos sobre narrativas, perspectivas e trajetórias em saúde, especialmente no cuidado a populações vulnerabilizadas, vem se consolidando como importante ferramenta para compreender as dimensões subjetivas e relacionais do cuidado. No contexto dos CR, contudo, a produção permanece fragmentada, muitas vezes concentrada em aspectos operacionais, normativos ou de gestão, deixando lacunas quanto às estratégias de cuidado, à práxis cotidiana das equipes e aos significados que os profissionais atribuem ao seu trabalho e aos vínculos estabelecidos com a PSR.

A adoção de uma revisão integrativa de literatura permite reunir, sistematizar e interpretar criticamente pesquisas com diferentes delineamentos, compondo um panorama abrangente da produção científica sobre CR na APS. Ao organizar e sintetizar categorias como estratégias de cuidado, práticas concretas e sentidos atribuídos pelos profissionais, a revisão evidencia padrões, convergências, tensões e ausências na literatura, oferecendo uma visão mais articulada do campo. Esse movimento contribui tanto para qualificar futuras pesquisas (incluindo estudos empíricos locais) quanto para fundamentar decisões de gestão e de cuidado a partir de evidências consolidadas.

## **2.2 Relevância social e política**

O contexto político e social brasileiro, marcado pela ampliação da visibilidade da PSR e pela implementação de iniciativas como censos municipais, reforça a necessidade de políticas públicas ancoradas em evidências robustas. Os dados quantitativos disponíveis, a exemplo de censos que apontam centenas de pessoas em situação de rua, com baixa proporção de naturais do município, revelam a complexidade do fenômeno e a insuficiência de respostas meramente assistencialistas.

Nesse cenário, uma revisão integrativa que sintetiza a produção científica sobre estratégias de cuidado e práxis dos Consultórios na Rua oferece um suporte qualificado para a formulação e o aprimoramento de políticas e serviços. Ao articular resultados de diferentes evidências, a pesquisa contribui para compreender como distintas experiências têm respondido às necessidades da PSR, quais arranjos de cuidado têm se mostrado mais potentes e quais barreiras persistem na prática. Assim, os achados podem subsidiar gestores, trabalhadores e formuladores de políticas na construção de estratégias mais efetivas e humanizadas, orientando processos de educação permanente, a qualificação das práticas nos CR e o fortalecimento de uma APS comprometida com a equidade e a integralidade do cuidado à PSR.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Sintetizar a produção científica e experiências documentadas sobre estratégias de cuidado, práxis e significados profissionais nos Consultórios na Rua na Atenção Primária à Saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar e caracterizar estratégias de cuidado implementadas nos CR (acolhimento, vínculo, redução de danos, articulação de rede)
- b) Analisar vivências, percepções e significados atribuídos pelos profissionais ao trabalho no CR e à população atendida
- c) Mapear desafios, barreiras e fatores facilitadores para a operacionalização e sustentabilidade dos CR

- d) Descrever inovações metodológicas, protocolos e diretrizes que orientam a práxis do CR
- e) Consolidar recomendações para qualificação e educação permanente de equipes de CR

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo, desenvolvido por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Esse tipo de estudo tem como objetivo reunir, analisar e sintetizar o conhecimento produzido em pesquisas primárias sobre um tema específico, de forma sistemática e organizada, contribuindo para o aprimoramento da prática em saúde e para a formulação de políticas e protocolos. A revisão integrativa segue etapas metodológicas encadeadas, desde a formulação da pergunta de pesquisa até a apresentação da síntese final, assegurando rigor metodológico e transparência ao processo (Ercole, et al, 2014).

Esta revisão foi conduzida em seis etapas: (1) identificação da temática e formulação da pergunta de pesquisa; (2) definição dos critérios de inclusão e exclusão; (3) estabelecimento das informações a serem extraídas dos estudos; (4) avaliação crítica dos artigos incluídos; (5) interpretação e discussão dos resultados; e (6) apresentação da síntese final. Na primeira etapa, a pergunta norteadora foi elaborada com base em referencial teórico sobre o Consultório na Rua e a Atenção Primária à Saúde, delimitando a população de interesse, o foco nas estratégias de cuidado e a perspectiva dos profissionais, o que orientou a seleção dos estudos, das bases de dados e das informações a serem coletadas (SOUZA, et al, 2010).

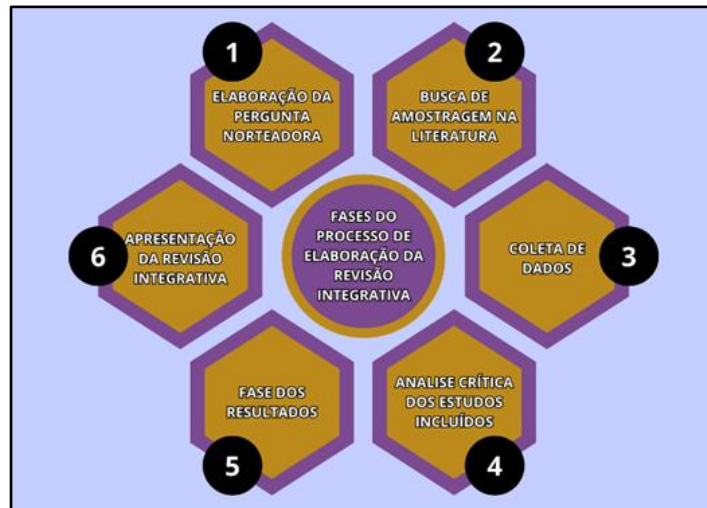
Na segunda etapa, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão e realizada a seleção da amostra. Foram incluídos artigos originais publicados em periódicos científicos, disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol, dentro do período estabelecido, que abordassem estratégias de cuidado, barreiras de acesso, percepções ou vivências de profissionais ou usuários e/ou a efetividade das ações dos Consultórios na Rua. Foram excluídos artigos de revisão, editoriais, resenhas, relatos de experiência sem descrição metodológica, pesquisas de caso isolados, reflexões teóricas, teses, dissertações, monografias, resumos em anais e pesquisas duplicados. A seleção ocorreu em duas fases: leitura de títulos e resumos e, posteriormente, leitura na íntegra dos textos potencialmente elegíveis (Souza, et al, 2010).

Na terceira etapa, realizou-se a extração sistemática dos dados das investigações que compuseram o corpus da revisão, por meio de um instrumento de coleta contendo a identificação do artigo (autor, ano, país e periódico), características metodológicas (tipo de estudo, participantes, cenário e abordagem analítica) e informações referentes às estratégias de cuidado, práxis e significados atribuídos pelos profissionais, bem como desafios, barreiras e inovações no trabalho dos Consultórios na Rua. Na quarta etapa, os estudos foram submetidos à avaliação crítica, considerando a coerência entre objetivos e metodologia, a clareza na descrição das intervenções e a consistência das conclusões, possibilitando identificar potencialidades e limitações das evidências disponíveis (Souza, et al, 2010).

Na quinta etapa, os resultados foram interpretados e discutidos à luz do referencial teórico sobre Atenção Primária à Saúde, saúde da PSR e atuação dos Consultórios na Rua. A análise comparativa permitiu identificar convergências, divergências e lacunas no conhecimento, bem como organizar categorias analíticas relacionadas às estratégias de cuidado, às vivências profissionais e aos desafios na operacionalização dos serviços. Por fim, na sexta etapa, a síntese da revisão foi apresentada de forma descritiva e temática, por meio de quadros e categorias, oferecendo ao leitor uma visão clara e organizada do percurso metodológico e das principais evidências produzidas (Souza, et al, 2010).

A sexta etapa corresponde à fase de apresentação da revisão integrativa. Nessa fase, espera-se que os achados sejam expostos com clareza, de modo a possibilitar que o leitor examine criticamente os aspectos descritos com base em informações minuciosas e em metodologias contextualizadas de forma íntegra, evitando omissões de dados ou distorções na interpretação dos resultados. A consistência dessa etapa está diretamente ligada ao rigor empregado em todo o percurso da pesquisa, especialmente nas fases de coleta, análise e discussão dos dados (SOUZA et al., 2010).

**Figura 1:** Étapas da revisão integrativa



Fonte: Elaboração do autor

## 4.2 Amostra

Estudos primários que atenderam os critérios de inclusão e exclusão.

## 4.3 Critérios de Inclusão

- a) Artigos originais publicados em periódicos científicos;
- b) Disponíveis online nos idiomas português, inglês ou espanhol;
- c) Publicados entre 2011 e 2025;
- d) Que abordem estratégias de cuidado, barreiras ao acesso, percepção/ vivências de usuários ou profissionais;
- e) Que incluam profissionais atuantes no Consultório na Rua (agentes comunitários, técnicos, enfermeiros, médicos) e/ou pessoas em situação de rua.

## 4.4 Procedimentos para obtenção da amostragem

Para localização e seleção das pesquisas, foi realizada busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que recuperou artigos indexados nas bases LILACS, MEDLINE e BDNF. Além disso, foram realizadas buscas diretamente na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na base MEDLINE via PubMed.

Para direcionar a estratégia de busca e elaboração da questão norteadora será utilizado a estratégia PICO, onde: P (População ou Problema); I (Intervenção ou interesse) e Co (Contexto) (Quadro 1). Utilizou os descritores identificados no DECS nos idiomas português, inglês e espanhol (Descritores em Ciências da Saúde).

Quadro 1 – Estratégia Pico

P	Profissionais de saúde que atuam em Consultórios na Rua ou PSR
I	Estratégias de cuidado e práxis profissional
Co	Vivências, percepções, desafios na qualificação do cuidado

Fonte: Elaboração pelo autor (2026)

Nesse contexto, inicialmente definiu-se o tema e o objetivo da pesquisa. Dessa forma elegeu-se como questão norteadora: “Quais são as estratégias de cuidado e práxis profissional desenvolvidas no Consultório na Rua, e como se expressam as vivências, percepções e desafios dos profissionais?”. Após, foram selecionados os descritores controlados do DeCS/MeSH e termos alternativos específicos para "Consultório na Rua": em português (Consultório na Rua, População em Situação de Rua, Moradores de Rua, Pessoas em Situação de Rua); em espanhol (Consultório de Calle, Personas sin Hogar, Personas sin Domicilio Permanente, Personas en Situación de Calle); e em inglês (Street Clinic, Homeless, Homeless Population).

Para a elaboração da estratégia de busca, foram utilizados os descritores: (Atenção Primária à Saúde OR Enfermagem de Atenção Primária OR Médicos de Atenção Primária OR Enfermagem Itinerante) AND (População em Situação de Rua OR Moradores de Rua OR Pessoas em Situação de Rua); Estratégias de Saúde OR Estratégias de Saúde Locais OR Modelos de Assistência à Saúde; Percepção OR Eficácia Coletiva OR Barreiras de Comunicação OR Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde OR Acesso à Atenção Primária, com suas respectivas traduções para espanhol e inglês. Os descritores foram associados pelos operadores booleanos AND, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) nos idiomas português, espanhol e inglês.

Quadro 2 – Descritores identificados para estratégia de busca

Acrônimo	Termos	DECS português	DECS espanhol	DECS inglês
P (população/ problema)	Consultório na Rua	(Atenção Primária à Saúde OR Enfermagem de Atenção Primária OR Médicos de Atenção Primária OR Enfermagem Itinerante) AND (População em Situação de Rua OR Moradores de Rua OR Pessoas	(Atención Primaria de Salud OR Enfermería de Atención Primaria OR Médicos de Atención Primaria OR Enfermería de Viaje) AND (Personas sin hogar OR Personas sin domicilio permanente OR	(Primary Health Care OR Primary Care Nursing OR Médecins de premier recours OR Travel Nursing) AND (Homeless OR Homeless Population)

		em Situação de Rua)	Personas en Situación de Calle)	
I (Tema de Interesse)	Estratégias de cuidado Práxis profissional	Estratégias de Saúde OR Estratégias de Saúde Locais OR Modelos de Assistência à Saúde	Estratégias de Salud OR Estratégias de Salud Locales OR Modelos de Assistência a la Salud	Health Strategies OR Local Health Strategies OR Healthcare Models
Co	Vivências Percepções Desafios	Percepção OR Eficácia Coletiva OR Barreiras de comunicação OR Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde OR Acesso à Atenção Primária	Percepción OR Eficacia Colectiva OR Barreras de Comunicación OR Barreras de Acceso a los Servicios de Salud OR Acceso a Atención Primaria	Perception OR Collective Efficacy OR Communication Barriers OR Barriers to Access of Health Services OR Access to Primary Care

Fonte: Elaborado pelo autor

Foram desenvolvidas três estratégias de busca (Quadro 3), tendo a estratégia 3 (E3) se mostrado mais vantajosa, embora não tenha apresentado uma diferença quantitativa expressiva em relação às demais, recuperando um número relevante de estudos nas bases de dados. Sua seleção foi priorizada pela maior especificidade em alinhamento aos objetivos da revisão integrativa, conforme diretrizes metodológicas como as de Souza et al. (2010), que recomendam equilibrar sensibilidade (recuperação ampla de estudos relevantes) e especificidade (redução de resultados irrelevantes), priorizando a relevância conceitual à pergunta norteadora. Assim, a E3 garantiu precisão temática ao foco em estratégias de cuidado nos Consultórios na Rua, evitando sobrecarga com registros periféricos e favorecendo evidências diretamente relacionadas à práxis profissional, percepções e barreiras no atendimento à população em situação de rua.

Quadro 3 – Estratégia de busca

<b>E1</b>	("Consultório na Rua" OR "Consultorio de Calle" OR "Street Clinic" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Primary Health Care") AND ("População em Situação de Rua" OR "Personas en Situación de Calle" OR "Homeless Population" OR "Moradores de Rua" OR "Moradores de Calle" OR "People Living on the Street" OR "Pessoas Mal Alojadas" OR "Personas Mal Alojadas" OR "Inadequately Housed People") AND ("Estratégias de Saúde" OR "Estrategias de Salud" OR "Health Strategies" OR "Percepção" OR "Percepción" OR "Perception" OR "Barreiras" OR "Barreras" OR "Barriers" OR "Modelos de Assistência" OR
-----------	--

	"Modelos de Asistencia" OR "Healthcare Models")
<b>E2</b>	("Consultório na Rua" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Street Clinic" OR "Primary Health Care" OR "Consultório en la Calle" OR "Atención Primaria de Salud") AND ("População em Situação de Rua" OR "Pessoas em Situação de Rua" OR "Moradores de Rua" OR "Pessoas Mal Alojadas" OR "Homeless Population" OR "Homeless Persons" OR "People Living on the Street" OR "Inadequately Housed People") AND ("Estratégias de Saúde" OR "Percepção" OR "Barreiras de Comunicação" OR "Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde" OR "Barreiras de comunicação" OR "Modelos de Assistência" OR "Health Strategies" OR "Perception" OR "Barriers to Access of Health Services" OR "Communication Barriers " OR "Healthcare Models")
<b>E3</b>	("Consultório na Rua" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Consultorio de Calle" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Street Clinic" OR "Primary Health Care") AND ("População em Situação de Rua" OR "Pessoas em Situação de Rua" OR "Moradores de Rua" OR "Personas en Situación de Calle" OR "Personas sin Hogar" OR "Homeless Persons" OR "Homeless Population" OR "People Living on the Street") AND ("Estratégias de Saúde" OR "Percepção" OR "Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde" OR "Barreiras de Comunicação" OR "Modelos de Assistência" OR "Estrategias de Salud" OR "Percepción" OR "Barreras para Acceder a los Servicios de Salud" OR "Barreras de Comunicación" OR "Modelos de Asistencia" OR "Health Strategies" OR "Perception" OR "Barriers to Access of Health Services" OR "Communication Barriers" OR "Healthcare Models")

Legenda: Estratégia (E)

Fonte: Elaborado pelo autor

Os artigos identificados nas bases de dados foram importados, em formato RIS, para o aplicativo web Rayyan QCRI (OUZZANI et al., 2016), no qual se realizou a identificação de duplicidades e a triagem inicial por meio da leitura dos títulos e resumos de todas as publicações selecionadas.

#### 4.5 Plano de análise

Na análise das informações identificadas, seguiram-se os referenciais de Minayo (2012), que valorizam a exploração do conjunto de opiniões e representações dos interlocutores na interpretação qualitativa dos dados (MINAYO, 2012, p. 79), articulados à sequência de etapas da revisão integrativa proposta por Creswell (2007). Além disso, ressaltou-se o rigor da análise de conteúdo, nos termos de Bardin (2011) e Minayo, Deslandes e Gomes (2013), por possibilitar a superação de incertezas e a sistematização dos achados por meio da criatividade investigativa, especialmente no campo da saúde (CAMPOS, 2004). Desse modo, após leitura minuciosa dos estudos incluídos, foram definidos o problema de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, os objetivos e a questão norteadora, procedendo-se à organização em categorias e subcategorias das evidências, com vistas a uma síntese crítica coerente com a

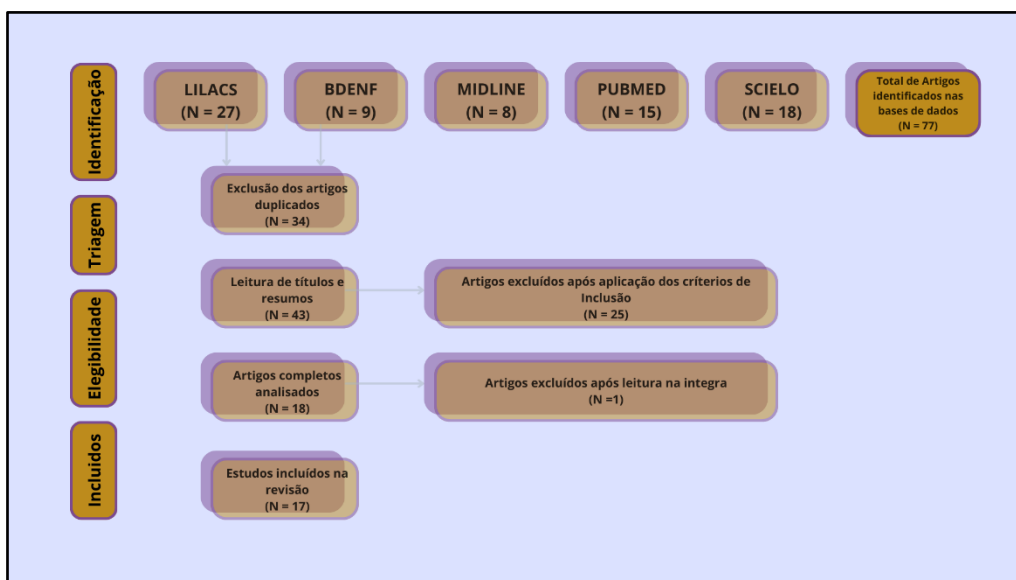
relevância social e científica do tema.

## 5. RESULTADOS

A busca na literatura resultou em 77 registros. Após remoção de duplicatas, triagem por títulos e resumos, leitura integral dos textos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 17 estudos foram selecionados para compor esta revisão.

O fluxograma PRISMA (Page et al., 2021) tem o propósito de ilustrar as fases do processo de seleção dos estudos primários incorporados à revisão.

Figura 2 - Fluxograma Prisma: Etapas para seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Para sintetizar e organizar as evidências, elaboraram-se os Quadros 4 e 5, que promovem a visualização clara dos dados e facilitam a análise dos artigos selecionados. O Quadro 4 apresenta a caracterização das 17 pesquisas, estruturados por base de dados/biblioteca eletrônica, idioma original, título, autores, periódico/ano de publicação e objetivos principais. Já o Quadro 5 oferece uma síntese das principais evidências identificadas. Adicionalmente, os estudos foram codificados de E1 a E19, conforme a numeração sequencial em ordem decrescente de publicação.

**Quadro 4** – Descrição de estudos selecionados

<b>Estudos</b>	<b>Base/Ver. / Ano/Idioma</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Método/Abordagem</b>
<b>E1</b>	LILACS/ Rev. de APS./ 2025/ Português	O processo de trabalho da equipe de consultório na rua frente à pandemia da COVID-19	Passos, Bruna Victória da Silva, Oliveira, Douglas Vieira de, Fernandes, Márcia Astrês, Silva, Joyce Soares, Barbosa, Nanielle Silva, Araújo, Olívia Dias de, Pillon, Sandra Cristina	Compreender a percepção da equipe de Consultório na Rua sobre o processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19.	estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa
<b>E2</b>	LILACS/ Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup./ 2023/ Português	Sofrimento psíquico de pessoas em situação de rua: cotidiano de quem sofre e estratégias para o cuidado	Gonçalves, Hellen Matos, Surjus, Luciana Togni de Lima e Silva	O presente estudo buscou melhor compreender o cotidiano da população em situação de rua com sofrimento psíquico grave e as estratégias de cuidado em saúde mental para ela voltados.	Estudo exploratório e de abordagem qualitativa
<b>E3</b>	LILACS/ Rev. de Saúde Coletiva/ 2023/ Português	Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso	Borysow, Igor da Costa, Oda, Wagner Yoshizaki, Furtado, Juarez Pereira	Compreender as adaptações do programa Consultório na Rua ao contexto territorial, a partir das bases normativas, realizadas por uma equipe atuante na cidade de São Paulo, que oferece cuidado em saúde para as pessoas em situação de rua.	Estudo avaliativo de caso
<b>E4</b>	LILACS/ Rev. Contribuciones a las Ciencias Sociales/ 2022/ Português	Relações sociais entre profissionais do consultório na rua e pessoas em situação de rua: estudo fenomenológico	Tisott, Zaira Letícia	Compreender as relações sociais entre profissionais que atuam no Consultório na Rua e as pessoas em situação de rua.	Estudo qualitativa de natureza fenomenológica
<b>E5</b>	LILACS/ Rev. Medicina Ribeirão Preto/ 2021/ Português	Consultório na Rua: experiências e sentimentos vivenciados pelos profissionais na assistência em saúde	Silva, J. Victor dos Santos, Santos Júnior, Cláudio J, Bezerra, Waldez C, Brandão, Thyara M	Descrever as experiências, histórias e sentimentos vivenciados pelos profissionais do Consultório na Rua de Maceió-AL.	Estudo qualitativo descritivo-exploratório

<b>E6</b>	LILACS/ Rev. Interface (Botucatu ) / 2020/ Português	Território na pesquisa, território da pesquisa: protagonismo do território na pesquisa- intervenção participativa	Macerata, Iacã Machado, Sade, Christian, Ramos, Júlia Florêncio Carvalho	Discute a noção de território nas práticas de cuidado e de pesquisa em saúde com base na experiência de pesquisa- intervenção participativa sobre o trabalho de uma equipe de Consultório na Rua.	Pesquisa- intervenção participativa
<b>E7</b>	LILACS/ Rev. Textos & Contextos (Porto Alegre) / 2019/ Português	O acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do consultório na rua	Duarte, Afrânio Hemanuely Castanho	Apresentar alguns resultados, obtidos durante pesquisa de mestrado, sobre o processo de acolhimento em saúde no espaço da rua. Para tanto, nesta produção, daremos ênfase às concepções e percepções dos sujeitos entrevistados.	pesquisa quanti- qualitativa
<b>E8</b>	LILACS/ Interface (Botucatu ) / 2018/ Português	Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto	Santos, Carla Félix dos, Ceccim, Ricardo Burg	Debata o Consultório na Rua, envolvendo a cartografia do trabalho de uma equipe de saúde para "pensar": encontros na rua, redução de danos, respeito às pessoas em seus modos de ser/existir/constituir vida e inscrição em modelos próprios de saúde.	Cartografia de abordagem qualitativa.
<b>E9</b>	LILACS/ Online Brazilian Journal of Nursing / 2018/ Português	Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico	Koopmans, Fabiana Ferreira, Daher, Donizete Vago, Faria, Magda Guimarães de Araujo, Paula, Hermes Cândido de, Cursino, Emília Gallindo	Analisar os elementos constituintes do habitus de profissionais de saúde pertencentes a duas equipes de Consultório na Rua, localizadas na zona oeste do município do Rio de Janeiro	Pesquisa qualitativa, etnográfica
<b>E10</b>	SCIELO/ Saúde Debate (Rio de Janeiro) / 2024/ Português	Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua	Fraga, Priscilla Victória Rodrigues, Modena, Celina Maria, Silva, Paloma Ferreira Coelho	Analisar as barreiras de acesso aos serviços de saúde da População em Situação de Rua (PSR) e as estratégias de cuidado na percepção das trabalhadoras das equipes de Consultório na Rua (eCR) de Belo Horizonte.	Estudo qualitativo exploratori o
<b>E11</b>	SCIELO/ New Trends in Qualitativ e Reserch / 2023/ Português	Atenção Psicossocial à População em Situação de Rua frente ao uso de Álcool e outras Drogas: Percepção dos	Souza, Aline Pereira, Vernasque, Juliana Ribeiro da Silva, Rodrigues, Paula Sales, Marin, Maria José Sanches,	Interpretar como é desenvolvido o cuidado ofertado à população em situação de rua frente ao uso abusivo de álcool e outras drogas.	Estudo de campo de delineamen to qualitativo

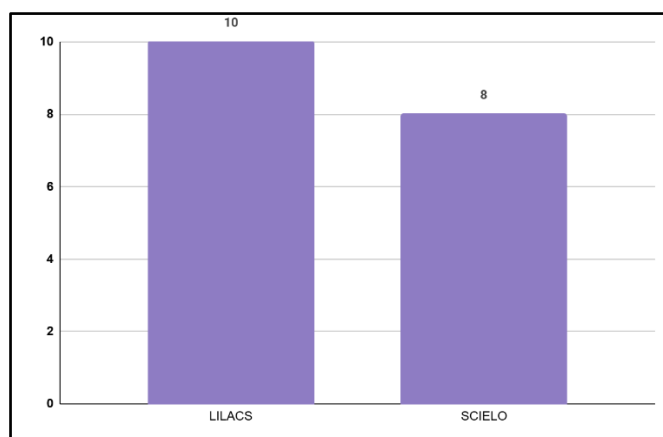
		Profissionais Envolvidos	Rezende, Kátia Terezinha Alves		
<b>E12</b>	SCIELO/ J Hum Growth/ 2022/ Português	Percepção dos fatores de risco do câncer bucal e acesso as ações de prevenção na perspectiva da população em situação de rua e profissionais de saúde no município de Rio Branco	Cadorin, Eufrasia Santos, Silva, Romeu Paulo Martins, Bezerra, Italla Maria Pinheiro	Analisar a percepção sobre o câncer bucal, seus fatores de risco e ações de prevenção na perspectiva dos população em situação de rua e profissionais de saúde da equipe do Consultório na Rua no município de Rio Branco – Acre.	Estudo de abordagem qualitativa
<b>E13</b>	SCIELO/ Cadernos de Saúde Coletiva/ 2021/ Português	Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil	Couto, Joaquim Gabriel Andrade, Godoi, Heloisa, Finkler, Mirelle, Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de	Demonstrar a percepção de profissionais de saúde sobre as ações de atenção à saúde bucal orientadas a essa população nas três capitais da Região Sul do Brasil.	A abordagem qualitativa, delineando-se um estudo transversal e com caráter exploratório
<b>E14</b>	SCIELO/ Physis: Revista de Saúde Coletiva/ 2022/ Português	A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde	Valle, Fabiana Aparecida Almeida Lawall, Farah, Beatriz Francisco	Compreender como é o acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção dos adultos em situação de rua. Abordagem metodológica qualitativa, com estudo descritivo exploratório.	Qualitativa, com estudo descritivo exploratório
<b>E15</b>	SCIELO/ Saúde em Debate, Rio de Janeiro/ 2019/ Inglês	The invisible urban dwellers: the stigma of People Living in the Streets in Rio de Janeiro	Teixeira, Mirna Barros, Belmonte, Pilar, Engstrom, Elyne Montenegro, Lacerda, Alda	This population suffers from stigmas linked to a perception of weak character, such as a lack of willpower to stop using drugs, and being seen as dangerous because they are feared by society and perceived as aggressors.	Pesquisa qualitativa descritiva
<b>E16</b>	SCIELO/ Ver. Esc. Enferm. USP/ 2019/ Português	Recognizing the risks in the work of Street Medical Consultations: a participative process	Lima, Ana Flávia Silva, Almeida, Lenira Wanderley de Santos, Costa, Laís de Miranda Crispim, Marques, Emilly Souza, Lima Júnior, Mário César Ferreira, Rocha, Kely	Describe the work environment and recognize the occupational risks to which the Street Clinic team is exposed, as well as the applicable preventive measures according to the perception of the professionals who make up the team.	Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva

			Regina da Silva Lima		
<b>E17</b>	SCIELO/ Rev. Latino- Am/ 2018/ Inglês	Tuberculosis control from the perspective of health professionals working in street clinics	Hino, Paula, Monroe, Aline Aparecida, Takahashi, Renata Ferreira, Souza, Káren Mendes Jorge de, Figueiredo, Tania Maria Ribeiro Monteiro de, Bertolozzi, Maria Rita	To present the opinion of professionals on homeless people undergoing tuberculosis treatment and to identify strategies for its control in this population.	Estudo exploratório, descritivo, e qualitativo

Fonte: Elaboração do autor  
 Legenda: Estudo (E)

As amostras obtidas totalizaram 17 estudos, dos quais 9 (53%) foram identificados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 8 (47%) na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) (Figura 3).

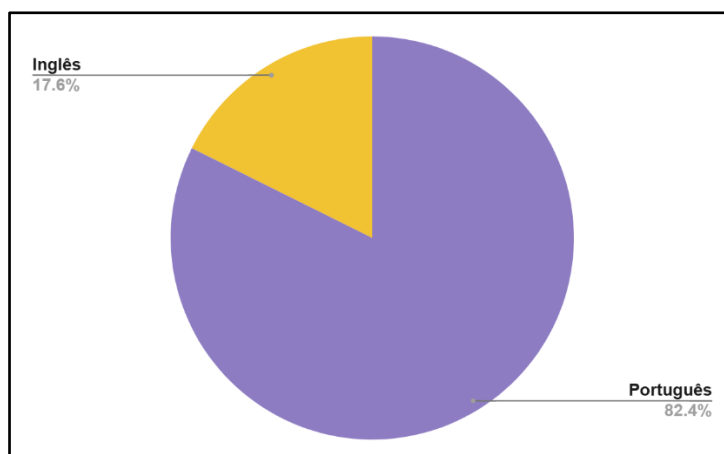
Figura 3 – Ilustração das bases de dados segundo distribuição quantitativa dos estudos



Fonte: Autor, 2025

Quanto ao idioma de publicação, observa-se que a maior parte dos estudos selecionados foi publicada em português (14), considerando que a pesquisa tem como foco a práxis profissional dos Consultórios na Rua no Brasil. Dessa forma, os artigos em português correspondem a 82,4% do total analisado. Já os estudos publicados em inglês somam 3, representando 17,6% da amostra (Figura 4).

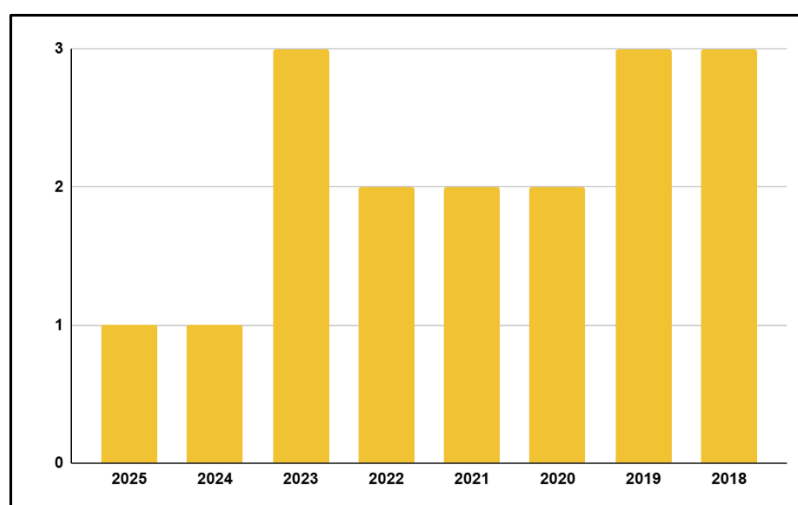
Figura 4 – Ilustração do idioma de publicação segundo distribuição quantitativa dos estudos.



Fonte: Autor, 2025

No que se refere à distribuição dos estudos por ano de publicação, observa-se que, em 2025 e 2024 foi identificado um (1) estudo. Nos anos de 2022, 2021 e 2020, registraram-se dois (2) estudos em cada ano. Já em 2019, 2018 e 2023, registram-se três (3) estudos em cada ano (Figura 5).

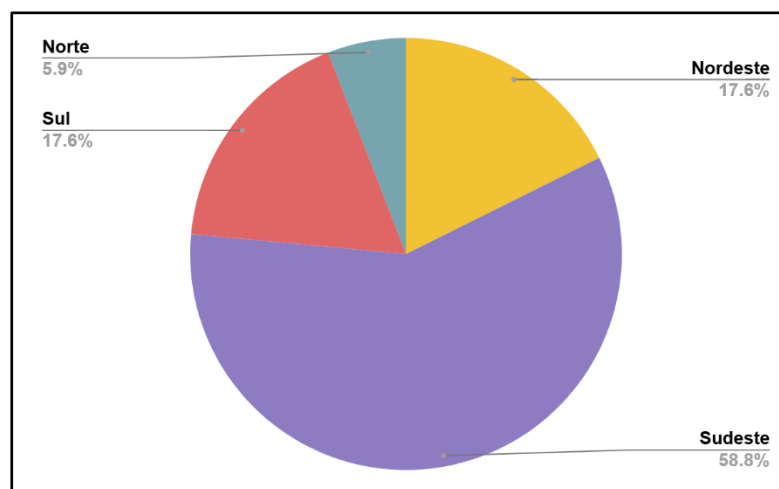
Figura 5 – Ilustração do ano de publicação segundo distribuição quantitativa dos estudos.



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Entre as pesquisas selecionados para esta análise, verificou-se que todas as publicações foram realizadas no Brasil, evidenciando uma produção de caráter nacional. Esse achado é coerente com o objeto investigado, uma vez que as pesquisas abordam um serviço que existe exclusivamente no contexto brasileiro, o que justifica a ausência de publicações internacionais sobre o tema. Quanto à distribuição regional, a região Sudeste concentrou o maior número de pesquisas, com 10 publicações. Em seguida, destaca-se a região Nordeste e região Sul com 3 estudos, enquanto a região Norte apresentou 1 estudo (Figura 6).

Figura 6 – Ilustração de artigos segundo regiões do Brasil de acordo com a origem da população e local de estudos.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

O gráfico mostra uma distribuição fortemente concentrada no Sudeste, mas com presença de estudos em todas as grandes regiões do país. Aproximadamente 60% dos trabalhos foram realizados em estados sudestinos, com destaque para São Paulo (São Paulo e Santos), Rio de Janeiro (múltiplos estudos) e Minas Gerais (incluindo Belo Horizonte), que aparecem repetidamente como panorama das investigações. As demais pesquisas se distribuem por Rio Grande do Sul, capitais da Região Sul, Maceió e outros contextos do Nordeste brasileiro, além de pesquisas em Rio Branco (Acre) e em recortes mais amplos que englobam o “Brasil - Nordeste” ou “Brasil - capitais da Região Sul”.

Essa configuração reforça que, embora haja uma certa capilaridade territorial, a produção científica sobre o CR e atenção à PSR ainda é majoritariamente ancorada em grandes centros urbanos do Sudeste, onde se concentram universidades, serviços de referência e grupos de pesquisa consolidados, o que ajuda a explicar a predominância dessa macrorregião no conjunto de estudos incluídos na revisão.

O Quadro 5 foi elaborado com base na análise dos estudos incluídos. Para estruturar as informações apresentadas, inicialmente, cada artigo foi lido e examinado detalhadamente, com o objetivo de identificar as estratégias de cuidado, práxis profissionais e significados atribuídos pelos profissionais do CR no contexto da atenção à PSR.

Nesse processo, foram considerados todos os elementos relatados nas pesquisas, abrangendo diferentes dimensões da prática em saúde, incluindo aspectos relacionais (acolhimento, vínculo), organizacionais (processo de trabalho, rede de apoio), subjetivos

(vivências e percepções profissionais) e contextuais (barreiras de acesso, condições territoriais).

Quadro 5 – Síntese dos resultados segundo dimensão temática

ESTUDOS/ AUTORES	DIMENSÕES E SÍNTESES
<b>DIMENSÃO 1</b> <b>Inserção do Consultório na Rua na APS e no território</b>	
E3 Borysow, Igor da Costa, Oda, Wagner Yoshizaki, Furtado, Juarez Pereira	Compreender as adaptações do programa Consultório na Rua ao contexto territorial, a partir das bases normativas, realizadas por uma equipe atuante na cidade de São Paulo, que oferece cuidado em saúde para as pessoas em situação de rua.
<b>DIMENSÃO 2</b> <b>Modos de cuidado no território e tecnologias de intervenção</b>	
E2 Gonçalves, Hellen Matos, Surjus, Luciana Togni de Lima e Silva	O presente estudo buscou melhor compreender o cotidiano da população em situação de rua com sofrimento psíquico grave e as estratégias de cuidado em saúde mental para ela voltados.
E7 Duarte, Afrânica Hemanuely Castanho	Apresentar alguns resultados, obtidos durante pesquisa de mestrado, sobre o processo de acolhimento em saúde no espaço da rua. Para tanto, nesta produção, daremos ênfase às concepções e percepções dos sujeitos entrevistados.
E8 Santos, Carla Félix dos, Ceccim, Ricardo Burg	Debata o Consultório na Rua, envolvendo a cartografia do trabalho de uma equipe de saúde para "pensar": encontros na rua, redução de danos, respeito às pessoas em seus modos de ser/existir/constituir vida e inscrição em modelos próprios de saúde.
E11 Souza, Aline Pereira, Vernasque, Juliana Ribeiro da Silva, Rodrigues, Paula Sales, Marin, Maria José Sanches, Rezende, Kátia Terezinha Alves	Interpretar como é desenvolvido o cuidado ofertado à população em situação de rua frente ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
E12 Cadorin, Eufrasia Santos, Silva, Romeu Paulo Martins, Bezerra, Italla Maria Pinheiro	Analisar a percepção sobre o câncer bucal, seus fatores de risco e ações de prevenção na perspectiva dos população em situação de rua e profissionais de saúde da equipe do Consultório na Rua no município de Rio Branco – Acre.
E13 Couto, Joaquim Gabriel Andrade; Godoi, Heloisa; Finkler, Mirelle; Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de	Demonstrar a percepção de profissionais de saúde sobre as ações de atenção à saúde bucal orientadas a essa população nas três capitais da Região Sul do Brasil.

E17 Hino, Paula, Monroe, Aline Aparecida, Takahashi, Renata Ferreira, Souza, Káren Mendes Jorge de, Figueiredo, Tania Maria Ribeiro Monteiro de, Bertolozzi, Maria Rita	To present the opinion of professionals on homeless people undergoing tuberculosis treatment and to identify strategies for its control in this population.
<b>DIMENSÃO 3</b> <b>Experiências, sentidos e subjetividades de profissionais e usuários</b>	
E1 Passos, Bruna Victória da Silva, Oliveira, Douglas Vieira de, Fernandes, Márcia Astrês, Silva, Joyce Soares, Barbosa, Nanielle Silva, Araújo, Olívia Dias de, Pillon, Sandra Cristina	Compreender a percepção da equipe de Consultório na Rua sobre o processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19.
E4 Tisott, Zaira Letícia	Compreender as relações sociais entre profissionais que atuam no Consultório na Rua e as pessoas em situação de rua.
E5 Silva, J. Victor dos Santos, Santos Júnior, Cláudio J, Bezerra, Waldez C, Brandão, Thyara M	Descrever as experiências, histórias e sentimentos vivenciados pelos profissionais do Consultório na Rua de Maceió-AL.
E9 Koopmans, Fabiana Ferreira, Daher, Donizete Vago, Faria, Magda Guimarães de Araujo, Paula, Hermes Cândido de, Cursino, Emília Gallindo	Analisar os elementos constituintes do habitus de profissionais de saúde pertencentes a duas equipes de Consultório na Rua, localizadas na zona oeste do município do Rio de Janeiro
<b>DIMENSÃO 4</b> <b>Determinantes contextuais, acesso e barreiras ao cuidado</b>	
E10 Fraga, Priscilla Victória Rodrigues; Modena, Celina Maria; Silva, Paloma Ferreira Coelho	Analisar as barreiras de acesso aos serviços de saúde da População em Situação de Rua (PSR) e as estratégias de cuidado na percepção das trabalhadoras das equipes de Consultório na Rua (eCR) de Belo Horizonte.
E14 Valle, Fabiana Aparecida Almeida Lawall, Farah, Beatriz Francisco	Compreender como é o acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção dos adultos em situação de rua. Abordagem metodológica qualitativa, com estudo descritivo exploratório.
E15 Teixeira, Mirna Barros, Belmonte, Pilar, Engstrom, Elyne Montenegro, Lacerda, Alda	This population suffers from stigmas linked to a perception of weak character, such as a lack of willpower to stop using drugs, and being seen as dangerous because they are feared by society and perceived as aggressors.
<b>DIMENSÃO 5</b> <b>Organização do processo de trabalho, território e práticas de pesquisa-intervenção</b>	

E6 Macerata, Iacã Machado, Sade, Christian, Ramos, Júlia Florêncio Carvalho	Discute a noção de território nas práticas de cuidado e de pesquisa em saúde com base na experiência de pesquisa-intervenção participativa sobre o trabalho de uma equipe de Consultório na Rua.
E16 Lima, Ana Flávia Silva, Almeida, Lenira Wanderley de Santos, Costa, Laís de Miranda Crispim, Marques, Emilly Souza, Lima Júnior, Mário César Ferreira, Rocha, Kely Regina da Silva Lima	Describe the work environment and recognize the occupational risks to which the Street Clinic team is exposed, as well as the applicable preventive measures according to the perception of the professionals who make up the team.

Fonte: Autor, 2025

A partir dessa identificação, os achados foram organizados em categorias temáticas (Quadro 6), buscando agrupar aqueles que apresentavam similaridades quanto à natureza das estratégias, desafios e significados descritos na literatura analisada.

Quadro 6 – Codificação dos resultados segundo categorias, subcategorias de análise

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Estudo (E)</b>	<b>%</b>
Estratégias de cuidado e praxis profissional	Acolhimento, vínculo e redução de danos	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17	70,6%
	Articulação de rede e territorialização	2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17	64,7%
Vivências, percepções e significados profissionais	Papel/ missão do CR e população atendida	4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 17	47,0%
	Satisfações e sofrimentos éticos no trabalho	1, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 16	47,0%
Desafios, barreiras e facilitadores operacionais	Estruturais e organizacionais	1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 16, 17	70,6%
	Relacionais e de acesso à população	2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17	70,6%
Organização do processo de trabalho e protocolos	Composição equipe e rotina territorial	2, 5, 9, 12, 13, 14	35,3%
	Protocolos, fluxos e registro	2, 3, 6, 12, 14	29,4%
Formação, educação	Educação permanente e lacunas formativas	3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14	47,0%

permanente e recomendações	Recomendações para gestão e políticas	2, 3, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17	58,8%
----------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-------

Fonte: Elaboração do autor, 2025

## 6. DISCUSSÃO

Acerca da dimensão 1, “Inserção do Consultório na Rua na APS e no território”, esta revisão integrativa revelou que a formação e a educação permanente constituem elementos estruturantes para qualificar a inserção do CR na Atenção Primária à Saúde, especialmente diante das singularidades territoriais, das vulnerabilidades da PSR e dos entraves inerentes à atuação itinerante (Fraga et al., 2024) (E10); (Couto et al., 2021) (E13).

Destaca-se a urgência de processos formativos contínuos capazes de enfrentar lacunas históricas na formação em saúde, preconceitos internalizados e a persistência do paradigma biomédico, que ainda dificulta a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS no cuidado à PSR.

Essas fragilidades formativas se expressam no despreparo para operacionalizar a Política Nacional de Redução de Danos e na resistência à adoção de abordagens interdisciplinares que articulem saúde, assistência social e direitos humanos, frequentemente resultando em práticas centradas na medicalização e na abstinência. Como consequência, perpetuam-se barreiras simbólicas e relacionais, comprometendo a resolutividade e a humanização do atendimento nas equipes de CR. Além disso, observa-se que a estrutura organizacional inflexível, os horários rígidos e o restrito aporte de educação permanente comprometem diretamente a ampliação do acesso da PSR aos cuidados em saúde. Como aponta um estudo,

“a estrutura organizacional inflexível em relação aos horários e aos modos de circulação dos usuários, e o restrito aporte de educação permanente dificultam a obtenção da melhoria do acesso das PSR aos cuidados em saúde” (Borysow et al., 2023) (E3)”.

Além disso, foram identificadas diversas consequências associadas à formação insuficiente dos profissionais de saúde. Nesse contexto, a educação permanente emerge não apenas como estratégia técnica, mas como dispositivo político para desmistificar estigmas, romper com concepções normativas e alinhar a prática às diretrizes nacionais. As ações de educação permanente em saúde mostram-se eficazes para reduzir barreiras discriminatórias, desconstruindo estigmas e orientando os profissionais.

Essas iniciativas devem incorporar as diretrizes de redução de danos e os princípios fundamentais do SUS, integralidade, universalidade e equidade, além de reforçar a obrigatoriedade de que a atuação dos servidores esteja em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde e com a Política Nacional para a PSR (Fraga et al., 2024) (E10). Essa formação deve começar já na graduação, preparando os profissionais para reconhecer a diversidade de modos de existência e transcender abordagens verticalizadas e prescritivas (Couto et al., 2021) (E13).

Em relação à subcategoria “Educação permanente e lacunas formativas”, a literatura aponta que os encontros semanais das equipes funcionam como espaços educossanitários potentes, onde se discutem acompanhamentos longitudinais, rede intersetorial e intervenções focais.

“Os encontros que se produzem nas reuniões semanais são momentos de discussão sobre: os acompanhamentos de usuários e familiares, a rede intersetorial, as possibilidades de encaminhamento, e as intervenções focais longitudinais. [...] Os momentos de reunião tornam-se potentes ao encontro a partir dos trabalhadores, que falam de suas percepções, incômodos, ideias e de seus estranhamentos (momentos educossanitários)” (Santos et al., 2018) (ART. 8).

As evidências indicam que o perfil profissional para o trabalho com a PSR é atravessado por valores pessoais e experiências prévias. Tais elementos favorecem a construção de disposições capazes de transcender crenças individuais religiosas, morais ou ideológicas em favor da articulação e da flexibilidade necessárias ao cuidado territorial. Tal preparação pessoal, muitas vezes inconsciente para os próprios profissionais, revela-se essencial para enfrentar a diversidade de situações encontradas na rua, demandando não apenas perfil específico, mas sobretudo capacidade de escuta e adaptação contínua às demandas da PSR (Koopmans et al. 2018) (E9).

Esses encontros configuram-se como espaços de formação situada, nos quais a experiência prática se transforma em aprendizado coletivo. Tais momentos promovem um “aprender em ato”, no qual a expressão de sentimentos que provém do contato com as histórias de vida na rua se converte em formação transformadora para a equipe multiprofissional. (Santos et al., 2018) (E8).

No entanto, persistem insuficiências na preparação para o trabalho com PSR, apontadas pela dificuldade em lidar com questões como transtornos mentais e uso abusivo de substâncias, o que compromete a resolutividade do cuidado (Souza et al., 2023) (E11).

Na subcategoria “Recomendações para gestão e políticas”, as pesquisas convergem para a necessidade de fluxos e protocolos específicos que considerem os modos de vida da PSR, com ampla divulgação na rede e fortalecimento da participação social.

“Faz-se necessário refletir sobre as leituras superficiais e arbitrárias, nas quais estes objetos são lidos como desqualificados e com potencial de riscos à saúde pessoal e coletiva, apresentando-se o desafio de como desenvolver serviços e estratégias para que as pessoas possam manter de forma protegida seus pertences, seja no transporte para as unidades de cuidado, no acolhimento noturno ou mesmo na permanência em situação de rua, entendendo-os enquanto garantia mínima de privacidade e habitação” (Gonçalves et al. 2023) (E2).

Tais proposições reforçam a inserção do CR como porta de entrada qualificada na APS, articulando-se com a PNPSR, PNAB e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para garantir cuidado equânime e territorializado. Ademais, destacam a promoção da autonomia da PSR por meio de atividades educativas dialógicas e do protagonismo no controle social (Cadorin et al., 2022) (E12); (Valle et al. 2020) (E14).

Outras pesquisas ampliam esse debate ao destacar que a educação permanente precisa ocorrer de forma transversal e integrada entre diferentes áreas do conhecimento, contribuindo para a formação de profissionais preparados para atuar junto à PSR. Nesse contexto, as estratégias educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde devem estar alinhadas a uma abordagem freireana, fortalecendo a autonomia dos sujeitos e reafirmando sua dignidade. Tais ações devem ser pautadas no acolhimento, no respeito e na sensibilidade, possibilitando a construção de vínculos entre trabalhadores e usuários e estimulando a participação ativa dessas pessoas no cuidado e nas decisões que envolvem sua própria saúde (Cadorin et al., 2022) (E12). Assim, a dimensão formativa e político-institucional emerge como condição imprescindível para que o CR ultrapasse práticas assistencialistas e contribua para o enfrentamento das desigualdades estruturais que sustentam a situação de rua, fortalecendo uma APS efetivamente universal, territorializada e comprometida com a justiça social.

Para além das condições formativas e institucionais que estruturam a inserção do CR na APS, as pesquisas também analisam como o cuidado se materializa no território, por meio de estratégias concretas de intervenção e tecnologias relacionais.

Acerca da dimensão 2, “Modos de cuidado no território e tecnologias de intervenção”, evidenciou-se que as estratégias de cuidado desenvolvidas pelo CR se organizam, predominantemente, em torno de tecnologias leves, do acolhimento e da construção de vínculo, configurando uma clínica ampliada e itinerante que se afasta do modelo estritamente biomédico e se ancora na presença, na escuta e na relação de confiança com a PSR. A literatura mostra que a presença sistemática da equipe nos territórios e a vinculação com os usuários constituem a base para conectar sujeitos historicamente marcados por violências institucionais à rede de serviços, produzindo possibilidades concretas de cuidado mesmo em cenários de exclusão e ruptura de direitos.

No âmbito da subcategoria “Acolhimento, vínculo e redução de danos”, os achados apontam a potência das tecnologias leves como eixo estruturante do trabalho do CR. Em uma das pesquisas, os autores afirmam que a presença continuada e o vínculo com os usuários favorece o estabelecimento de vínculos de confiança. A partir desses vínculos, torna-se possível aproximá-los dos serviços, mesmo diante das repetidas violências vivenciadas na busca por seus direitos, demonstrando compromisso com a promoção de sua saúde e criando oportunidades para o cuidado (Gonçalves et al. 2023) (E2). A equipe reconhece que, para o cuidado na rua,

“não consigo pensar em outra forma senão uma que esteja ancorada nas tecnologias leves, só por meio dela vamos conseguir fazer uso das outras, e avançar um pouco no sentido dessa busca pelo cuidado, promoção da saúde, e espaços de produção de saúde...” (Gonçalves et al. 2023) (E2).

O acolhimento, a escuta qualificada e a promoção do acesso aos serviços aparecem, assim, como a “maior potência” das equipes, constituindo-se como porta de entrada real para usuários que, em outros pontos da rede, são frequentemente recusados ou invisibilizados (Borysow et al., 2023) (E3).

Os relatos dos próprios usuários reforçam a centralidade do vínculo e do reconhecimento da dignidade humana na produção de cuidado. Um estudo mostra que uma usuária atribui ao CR a mudança radical em sua trajetória, narrando que, a partir da intervenção

da equipe, conseguiu internação, acompanhamento em desintoxicação, benefício social, abrigo e reconexão familiar, afirmando que “se não fosse elas eu tinha morrido, me encontraram muito mal” (Tisott, 2022) (E4). Em outra pesquisa, usuários destacam que o atendimento é “muito carinhoso”, diferente de outros espaços em que são tratados como lixo, e que no CR “sempre fomos tratados como gente”, o que torna o cuidado “muito gratificante” (Duarte, 2019) (E7). Essas narrativas ilustram uma clínica pautada na intersubjetividade e na empatia, na qual o encontro face a face visa atender necessidades biopsicossociais e não apenas demandas pontuais, mobilizando o cuidado como experiência de reconhecimento e pertencimento (Tisott, 2022) (E4).

A literatura também reforça que o acolhimento na rua é mais do que uma etapa inicial de triagem; ele se entrelaça com outras estratégias como busca ativa, abordagem, escuta, construção de confiança e elaboração de projetos terapêuticos singulares. Um artigo explicita que, ao longo da pesquisa, houve ressignificação do próprio conceito de acolhimento, que passou a ser compreendido como elemento condutor do processo de trabalho e do acesso à saúde, mas também como estratégia que articula-se e integra-se à construção desse processo de trabalho, juntamente com outras técnicas e estratégias, como a busca ativa, a abordagem, a escuta qualificada e o estabelecimento de vínculo e confiança com os usuários (Duarte, 2019) (E7). Nessa direção, outro estudo descreve que o primeiro passo do atendimento é a abordagem, entendida como aproximação que busca construir laço de amizade ou vínculo afetivo, para só então elaborar um projeto singular de cuidado (Silva et al., 2021) (E5).

A clínica peripatética, inspirada em Lancetti, aparece como referência conceitual importante para a práxis das equipes. Em vez de se restringir ao consultório físico, a clínica se desloca com os profissionais pelos territórios, operando em meio aberto, em cenas de rua que adquirem função clínico-terapêutica. Nesse sentido, um artigo destaca que a presença do CR,

“não é simplesmente técnica, trata-se de uma presença política na esfera dos direitos, da equidade e da justiça, mas trata-se, também, de intervenção política e cultural respeitando os modos de vida, a promoção da saúde e a defesa da multiplicidade na cidadania” (Santos et al., 2018) (E8).

Outro estudo afirma que, na rua, o profissional “vê mais o processo que a gente chama de longitudinalidade”, acompanhando deslocamentos, retornos ao espaço da rua, idas e vindas entre calçada, abrigo, casa e novamente rua, o que permite uma compreensão mais concreta do “caminhar” do usuário do que dentro do consultório (Koopmans et al. 2018) (E9). A clínica,

assim, se converte em clínica dos encontros, um “consultório desguarnecido do consultório” que só existe na e pela interação com as cenas do território (Santos et al., 2018) (E8).

A redução de danos, por sua vez, é apresentada como diretriz central para o cuidado de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Em vez de propor a abstinência como condição para o acesso, os achados mostram que o CR busca estratégias que respeitem o contexto de vida e reconheçam o uso de substâncias como dispositivo de enfrentamento da realidade.

Nesse contexto, os autores destacam que a decisão de interromper o uso dessas substâncias não pode ser compreendida como simples escolha moral entre certo e errado, pois envolve trajetórias marcadas por vulnerabilidades sociais complexas. A instrução em higiene oral, nessa realidade, é compreendida como medida de proteção específica que se articula a outras ações de cuidado, compondo uma estratégia de prevenção que dialoga com a realidade da PSR (Cadorin et al., 2022) (E12).

Do ponto de vista da categoria “Estratégias de cuidado e práxis profissional”, emerge com força a ideia de que o vínculo não é apenas efeito colateral de um bom atendimento, mas condição para que o cuidado aconteça. Um estudo sintetiza que as percepções sobre o cuidado à população de rua podem ser resumidas em três grandes eixos: vínculo, acolhimento e resolutividade. O vínculo favorece o trabalho, contribuindo para a formação do perfil profissional necessário para atuar com PSR; o tempo de cuidado e a experiência prévia na atenção básica (AB) e no próprio CR são apresentados como fatores que moldam esse perfil (Koopmans et al. 2018) (E9).

Na subcategoria “Articulação de rede e territorialização”, os estudos mostram que o modo de cuidar do CR está intrinsecamente ligado à sua capacidade de habitar e acompanhar os territórios de vida dos usuários, funcionando serviço articulador de rede. Fortalecer a presença de profissionais nos contextos reais de vida, acessando usuários onde eles estão e produzindo cuidado nesses espaços, é descrito como estratégia potente, que desloca o centro das ações do serviço para o entorno e para as relações que ali se tecem (Gonçalves et al. 2023) (E2). Em um caso, a equipe reorganiza seu itinerário para garantir que um usuário com necessidade de atendimento em CAPS tenha acesso à UBS parceira e, na sequência, ao serviço de saúde mental, revelando o trabalho de articulação prévia e advocacy realizado pelo CR (Gonçalves et al. 2023) (E2).

Os dados indicam que o CR assume papel de porta de entrada e de elo entre a PSR e diversos pontos de atenção, realizando busca ativa, intermediação e defesa de direitos. Em outra pesquisa, profissionais referem que o CR circula a cidade como um todo, encontra pessoas sem vínculo com qualquer Centro de Saúde e procura vinculá-las a uma UBS de referência, para que depois possam ter “acesso livre” aos serviços (Couto et al., 2021) (E13). Tais experiências reforçam a ideia de que o CR funciona como serviço articulador de rede, adaptando-se à realidade da PSR com sua infraestrutura móvel e, muitas vezes, subvertendo protocolos rígidos para garantir acesso (Fraga et al., 2024) (E10).

A territorialização aparece, assim, como tecnologia fundamental da práxis profissional no CR. Equipes são organizadas em microequipes que atuam em microáreas específicas, com rotinas de território em dias fixos, mapeando tanto o espaço físico quanto as relações que ali se estabelecem (Santos et al., 2018) (E8). Essa lógica de trabalho contrasta com o modelo institucional da UBS, no qual o usuário procura o serviço com fluxos pré-definidos; no CR, o desafio é operar no “não programado, no não prescrito”, ajustando o cuidado às condições reais da rua (Duarte, 2019) (E7). Ao mesmo tempo, as evidências apontam desafios importantes na articulação com as Redes de Atenção à Saúde, sobretudo com a RAPS, assinalando insuficiências de integração entre setores e dificuldades da PSR em acessar equipamentos disponíveis nos territórios (Souza et al., 2023) (E11); (Cadorin et al., 2022) (E12).

Em síntese, a dimensão “Modos de cuidado no território e tecnologias de intervenção” mostra que a práxis do CR se constrói em torno de uma clínica da presença, do vínculo e da redução de danos, articulada a uma forte vocação territorial e à função de articulação de rede. Essas estratégias permitem operar uma atenção que reconhece a PSR como sujeito de direitos, produz cuidado em meio às cenas da rua e tensiona, na prática, os limites de um sistema de saúde ainda marcado por protocolos rígidos e por uma lógica institucional centrada no consultório tradicional.

Além das práticas de cuidado desenvolvidas no território, a literatura também explora os sentidos subjetivos e experiências vividas por profissionais e usuários no cotidiano do trabalho do CR.

No âmbito da dimensão 3 “Experiências, sentidos e subjetividades de profissionais e usuários”, esta revisão integrativa mostra que o CR é vivido, ao mesmo tempo, como dispositivo técnico de cuidado e como espaço denso de significados afetivos, éticos e políticos.

A literatura indica que o CR é percebido por trabalhadores e usuários como um serviço com forte valor social, associado à reintegração, cuidado, empatia e defesa de direitos, diferindo profundamente dos serviços tradicionais de saúde pelo fato de deslocar o centro do trabalho para o ambiente da rua e para as trajetórias concretas da PSR. Nesse cenário, emergem sentidos de missão, compromisso e transformação subjetiva, tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado, atravessados por alegrias, sofrimentos e conflitos ético-políticos que marcam o cotidiano do trabalho na rua.

Na subcategoria “Papel/missão do CR e população atendida”, as pesquisas sinalizam que a equipe compreende sua atuação para além da oferta de procedimentos, assumindo a missão de construir pontes, dar visibilidade e resgatar cidadania. Um artigo sintetiza que o trabalho do CR Possui um importante papel social relacionado à reinserção, ao cuidado e à sensibilidade diante das necessidades das pessoas, sendo percebida pela PSR como um apoio acessível para um cuidado que considera suas dimensões subjetivas (Tisott, 2022) (E4).

Em outra pesquisa, as falas dos profissionais associam o cuidado à “condução dos casos e implementação de estratégias”, “dar visibilidade e o resgate à cidadania”, “garantir o acesso e a retomada social”, “favorecer o acesso e construir possibilidades de cuidado” e “adaptação de protocolos à realidade local”, indicando uma compreensão ampliada da missão do CR, que inclui tanto o cuidado clínico quanto a articulação de redes e a defesa de direitos (Koopmans et al. 2018) (E9). Ao se deslocar para a rua como espaço de trabalho, com todas as suas peculiaridades, os profissionais reconhecem que as características dos usuários, do processo de trabalho e dos sentidos atribuídos ao cuidado diferem radicalmente dos demais serviços de produção de saúde (Silva et al., 2021) (E5).

Em diferentes realidades, o CR é descrito como serviço que “chega aonde os outros serviços não chegam”, um dispositivo que “faz ponte” e “chega com o corpo como nenhum serviço chega”, justamente porque se insere nos territórios, circula pelos abrigos, praças e equipamentos de proteção social, e se articula com a rede intersetorial para garantir respostas mais integradas às necessidades da PSR (Souza et al., 2023) (E11).

Essa percepção de missão também aparece quando o CR é reconhecido como espaço privilegiado de cuidado em situações específicas, como no enfrentamento do câncer bucal em populações altamente vulnerabilizadas. Em Rio Branco, por exemplo, apesar das limitações nas ações de prevenção, o CR é apontado como “um espaço para o cuidado na saúde, pois possibilita

a criação de vínculo entre os serviços de saúde e essa população” (Cadorin et al., 2022) (E12). Em outro município, o serviço passa semanalmente pelos albergues, verifica necessidades de saúde, realiza encaminhamentos e recebe elogios unânimes dos entrevistados que o utilizaram, sendo descrito como “muito legal... o pessoal é muito gente boa” (Valle et al. 2020) (E14). Em certas localidades, a figura do profissional do CR, identificado pelo jaleco azul, é associada à chegada de “anjos”, o que indica um forte reconhecimento simbólico da equipe como presença protetora e confiável no cotidiano da rua (Hino et al., 2018) (E17).

Na subcategoria “Satisfações e sofrimentos éticos no trabalho”, os achados revelam um campo de intensas ambivalências afetivas: o trabalho é descrito como simultaneamente tenso, exaustivo e profundamente enriquecedor. Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, os profissionais relatam medo da exposição, exacerbação de sintomas psíquicos e sensação de vulnerabilidade ampliada.

Um entrevistado afirma que “primeiro veio uma sensação de medo por conta da exposição”, que já era grande em relação a outras doenças como a tuberculose, mas que se intensificou diante de uma doença sobre a qual “não se sabia de nada”, gerando forte nervosismo. Outro profissional relata que já fazia tratamento para ansiedade desenvolvida no próprio trabalho do CR, e que, em alguns momentos, “não tinha coragem de ir trabalhar”, embora a equipe se revezasse para garantir que o serviço não parasse, demonstrando um compromisso ético coletivo com a continuidade do cuidado (Passos et al., 2025) (E1).

Os depoimentos também mostram que o contato cotidiano com múltiplas vulnerabilidades produz sentimentos recorrentes de tristeza, indignação e, ao mesmo tempo, satisfação e sentido de missão. Em um estudo, os autores destacam que “um sentimento bastante evidente na maioria das falas dos profissionais é o de tristeza em relação às inúmeras vulnerabilidades e rupturas que marcaram a vida das pessoas em situação de rua e sua condição atual” (Silva et al., 2021) (E5).

Ao mesmo tempo, trabalhadores relatam o impacto de serem reconhecidos e agradecidos pelos usuários, referindo que, embora considerem estar apenas cumprindo seu trabalho, a forma como são olhados e o reconhecimento recebido fazem sentir que estão “de verdade fazendo a diferença na vida de alguém” (Silva et al., 2021) (E5). Outro colaborador afirma que, embora nunca se acostume com a dureza das situações, “a gente dá tudo de si pra fazer o melhor que pode [...] para não estar levando isso para casa”, indicando um esforço

contínuo de manejo emocional e de proteção psíquica diante do sofrimento alheio (Silva et al., 2021) (E5).

Os sofrimentos éticos aparecem de forma particularmente aguda quando os profissionais se deparam com situações de negligência, preconceito ou violação de direitos em outros pontos da rede. Em um dos relatos, uma usuária levada para internação retorna à porta da UPA sem condições de andar, após assinar um “termo de evasão”; a profissional do CR questiona a equipe da unidade e conclui que houve “negligência mesmo, de cuidado”, denunciando a naturalização da desresponsabilização em relação à PSR (Fraga et al., 2024) (E10).

Em outro episódio, um médico nega tratamento adequado a um usuário por ser dependente de crack, culpabilizando-o e expondo-o publicamente; a profissional do CR intervém, lembrando que o uso de drogas “não tem nada a ver com a medicação” e afirmando que o usuário “está aqui para receber cuidado, e a gente está aqui pra garantir que isso aconteça”, configurando um ato de defesa ética do sujeito diante do moralismo e da criminalização (Fraga et al., 2024) (E10). Esses episódios ilustram o lugar do CR como linha de frente na disputa por uma prática de saúde não discriminatória, tensionando permanentemente as fronteiras éticas da rede.

Ao mesmo tempo, os achados mostram que o trabalho no CR provoca transformações subjetivas profundas nos próprios profissionais, reconfigurando identidades e projetos de vida. Um artigo sintetiza que eles descrevem o ambiente de trabalho como cenário “permeado por tensões, dificuldades e vulnerabilidades, e, ao mesmo tempo, rico de aprendizados e prazeres, os quais provocam mudanças no modo de ser e viver do profissional” (Lima et al., 2019) (E16). Em suas falas, trabalhadores afirmam que o CR “me fez a pessoa que sou hoje”, que foi o trabalho “que me deu mais ânimo” em toda a trajetória na Secretaria de Saúde, e que se trata de um ambiente em que se aprende muito “como ser humano, enquanto profissional”. Outra síntese afirma que é um trabalho que “ao mesmo tempo que nos faz crescer, nos faz ficar inquietos ao ver a injustiça social”, sendo “tenso”, mas “extremamente enriquecedor” (Lima et al., 2019) (E16).

Em conjunto, a dimensão “Experiências, sentidos e subjetividades de profissionais e usuários” aponta que o CR é vivido como espaço de forte investimento afetivo e ético, no qual se constroem missões, compromissos e identidades profissionais atravessados por alegria, sofrimento e indignação. As vivências relatadas mostram que o CR não apenas presta cuidado,

mas também produz sujeitos, trabalhadores e usuários que se reconhecem mutuamente como protagonistas de processos de reconstrução de vida e de disputa por direitos em contextos de profunda desigualdade social. Contudo, essas experiências de cuidado e vínculo ocorrem em um panorama atravessado por múltiplos determinantes sociais e institucionais que influenciam o acesso da PSR aos serviços de saúde.

Na dimensão 4 “Determinantes contextuais, acesso e barreiras ao cuidado”, a subcategoria “Relacionais e de acesso à população” indica que o encontro entre o CR e a PSR é atravessado por uma tensão permanente entre potência de cuidado e produção de obstáculos, reafirmando a discussão da dimensão anterior. De um lado, a relação construída com a PSR é descrita como fonte de sentido, “oxigênio” e retroalimentação para os trabalhadores, que reconhecem nas pessoas atendidas o motivo principal para permanecerem no serviço, apesar de todas as dificuldades (Gonçalves et al. 2023) (E2). De outro lado, as investigações mostram um conjunto de barreiras simbólicas, institucionais e subjetivas, como preconceito, violência, estigma, burocracia, exigência de documentos e desconsideração dos modos de vida que limitam o acesso da PSR à rede de saúde e proteção social, tornando o CR, muitas vezes, o único mediador possível desse acesso.

Os achados revelam que muitos profissionais de outros serviços da rede têm dificuldade em lidar com características próprias da PSR, manifestando “despreparo de ordem pessoal, profissional e institucional” e impondo obstáculos burocráticos ao atendimento (Borysow et al., 2023) (E3). Como discutido na dimensão formativa, essas dificuldades também se relacionam às deficiências históricas na formação em saúde e à persistência de concepções estigmatizantes sobre a PSR.

Em um dos estudos, as pessoas em situação de rua relatam que temem “não receber tanta atenção” por falta de continuidade no tratamento, por episódios de agressividade ou pela percepção de que “algumas pessoas possuem mais privilégios que outras” (Tisott, 2022) (E4). Outro depoimento ilustra a ambiguidade dessa relação: uma usuária, ao mesmo tempo em que reconhece o cuidado recebido, afirma sentir-se “estorvo” quando busca ajuda, chegando a dizer que “só venho aqui quando eu preciso”, o que lhe causa incômodo e tristeza por estar “na rua de novo” (Tisott, 2022) (E4). Esses relatos apontam que as barreiras de acesso não se restringem à dimensão física, mas incluem experiências de desqualificação, vergonha e autoestigmatização.

A literatura destaca ainda que a construção de um espaço de escuta e vínculo depende da capacidade dos profissionais de reconhecer e respeitar a temporalidade da rua e as particularidades dos sujeitos que nela vivem. Um estudo assinala que a ambiência para a escuta se torna propícia “a partir do momento que este encontro seja construído”, com atenção às temporalidades e diferenças individuais. Ao mesmo tempo, os dados mostram que a PSR está exposta a diferentes formas de violência, institucional, policial, entre grupos de rua, que intensificam o medo e a evitação dos serviços (Duarte, 2019) (E7).

Os achados também ressaltam que o uso de substâncias psicoativas funciona, muitas vezes, como tentativa de enfrentar uma realidade insuportável, e que a condição de viver na rua favorece recaídas e agrava o sofrimento mental (Souza et al., 2023) (E11). As barreiras persistentes ao acesso para PSR com transtorno mental e uso abusivo de álcool e outras drogas são atribuídas tanto às insuficiências formativas dos profissionais, manejo clínico, uso de psicotrópicos, compreensão da vulnerabilidade; quanto às dificuldades de gestores em garantir uma rede efetiva de cuidado (Souza et al., 2023) (E11). No campo da saúde bucal, por exemplo, um artigo aponta que o acesso restrito da PSR aos serviços públicos configura fator crítico para a prevenção e controle de agravos como o câncer bucal, assinalando que, além das barreiras físicas, há barreiras no acolhimento e vínculo, alimentadas por práticas estigmatizantes e discriminatórias que afastam essa população dos serviços (Cadorin et al., 2022) (E12).

Embora o Sistema Único de Saúde seja orientado pelo princípio da universalidade, as investigações indicam que, na prática, o acesso da PSR aos serviços de saúde ocorre majoritariamente por meio da mediação do CR. Esse panorama revela uma dependência importante desse dispositivo para a efetivação do cuidado, revelando limitações na capacidade da rede de acolher diretamente essa população. Um estudo aponta que os participantes “afirmaram que a forma de acesso da PSR aos serviços de saúde se dá, principalmente, por meio do CR, e entendem este equipamento como um facilitador do acesso”, mas também destacam a dificuldade de entrada em outros serviços quando não estão vinculados a uma equipe de CR (Couto et al., 2021) (E13).

Em outro trabalho, observa-se que os acessos à rede de saúde ocorrem “com mediação dos equipamentos da rede de proteção social ou do Consultório na Rua”, o que, paradoxalmente, revela tanto a potência do CR quanto o cerceamento do acesso direto aos serviços de saúde por parte da PSR (Valle et al. 2020) (E14).

Um estudo conclui que, apesar do SUS preconizar acesso universal, esse ainda é um desafio: profissionais relatam que o comportamento de colegas de outros níveis de atenção, exigência de documentos, atitudes preconceituosas, recusa de atendimento, constitui barreira concreta para o cuidado, especialmente em serviços de maior complexidade, onde muitas vezes apenas atendem a PSR se ela estiver acompanhada pela equipe do CR (Teixeira, 2019) (E15).

Os determinantes relacionais do acesso são atravessados, ainda, por dinâmicas familiares e territoriais. As pesquisas indicam que rompimentos familiares, uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos mentais, pobreza extrema e rejeição relacionada à orientação sexual são causas frequentes da ida para a rua. O constante deslocamento de grupos que vivem em situação de rua também é descrito como estratégia para evitar serviços de saúde e instituições de controle, inclusive Polícia, o que fragmenta vínculos e dificulta a continuidade do cuidado (Hino et al., 2018) (E17).

As condições de vida em áreas ocupadas ou prédios sem saneamento, onde “o esgoto escorre escada abaixo”, são tão precárias que alguns entrevistados consideram “melhor morar na rua” do que permanecer nesses locais (Hino et al., 2018) (E17). Para os trabalhadores do CR, esse panorama se traduz em um ambiente de trabalho em que se encontram “pessoas em plena vulnerabilidade social”, em uso de drogas, em situação de exploração sexual e envolvidas com o tráfico, o que exige manejo constante de riscos e de dilemas éticos (Lima et al., 2019) (E16).

Em síntese, a dimensão "Determinantes contextuais, acesso e barreiras ao cuidado" demonstra que o CR constitui o principal mediador do acesso da PSR à rede SUS, confrontando barreiras multifacetadas: simbólicas (preconceito, estigma, autoestigmatização), institucionais (burocracia documental, falta de vagas na AB, priorização inadequada) e relacionais (despreparo profissional, rejeição familiar, dificuldade de manejo de transtornos mentais e uso de substâncias), em territórios atravessados por violência, mobilidade constante e condições precárias de moradia. Apesar da universalidade constitucional, o acesso direto da PSR permanece cerceado, revelando dependência crítica do CR e limitações estruturais da rede, que frequentemente exige sua mediação para acolher essa população.

Na última dimensão, a dimensão 5 “Organização do processo de trabalho, território e práticas de pesquisa-intervenção”, os estudos revelam que a atuação do CR se dá em um cenário marcado por fortes limitações estruturais e organizacionais, ao mesmo tempo em que produz

formas singulares de organizar o trabalho em equipe, rotinas territoriais e fluxos de cuidado. A combinação entre insuficiências de recursos, violência institucional e insuficiência da rede de atenção com a inventividade das equipes multiprofissionais faz com que o serviço opere frequentemente “no limite”, improvisando espaços, dispositivos e arranjos para garantir o cuidado à PSR, em contraste com um sistema de saúde que permanece centrado em modelos curativos, hospitalocêntricos e pouco responsivos às particularidades da rua.

Na subcategoria “Estruturais e organizacionais”, as pesquisas apontam que a PSR está particularmente vulnerável à violência institucional, que se manifesta “por meio de burocracias, regras e normas que reforçam as estruturas sociais injustas”, desconsiderando necessidades individuais em nome de uma coletividade abstrata. Historicamente, equipamentos da assistência social e da rede conveniada padecem de “estruturas precárias e recursos humanos limitados”, situação que foi agravada pela pandemia de COVID-19, aprofundando as dificuldades de acesso e acolhimento (Passos et al., 2025) (E1). No cotidiano das equipes, essa precariedade se traduz em obstáculos concretos: em determinado município, após poucas semanas de trabalho de campo, o carro oficial foi para manutenção “sem data para retorno”, obrigando os profissionais a utilizarem veículos sem condições mínimas para o atendimento, “sem local para transporte de usuários ou seu acolhimento, sem pia para lavar as mãos (...) ou estrutura para coleta de exames” (Gonçalves et al. 2023) (E2). Em outra experiência, trabalhadores relatam que, na UBS de referência, a sala destinada ao CR é precária, “sem luz”, com limpeza insuficiente e falta de materiais, o que reforça a sensação de não pertencimento: “É uma coisa à parte, não faz parte, é à parte (...) nós somos pedintes (...) a gente tem que ficar pedindo esmolas para os nossos usuários” (Lima et al., 2019) (E18).

Essas barreiras estruturais se expressam também na forma de barreiras protocolares e burocráticas. Embora existam diretrizes municipais para dispensação de medicação à PSR sem documentos, a literatura mostra que, na prática, persistem exigências documentais que “reforçam a violência institucional oriunda da burocracia dos serviços de saúde” (Fraga et al., 2024) (E10).

Em muitos contextos, o acesso à atenção odontológica e a ações de prevenção em saúde bucal é limitado pela “ausência de profissional da área trabalhando em equipe nas abordagens às pessoas em situação de rua”, pela não priorização de ações preventivas e pelo escasso entendimento do processo saúde-doença na realidade da rua (Cadorin et al., 2022) (E12); (Couto et al., 2021) (E13). Os serviços públicos de saúde “não estão adequados à realidade e às

necessidades das pessoas em situação de rua”: faltam condições de acolhimento, e a própria PSR evita procurar os serviços por já conhecer as limitações de acesso e por sentir-se discriminada (Duarte, 2019) (E7).

Do ponto de vista da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da rede de serviços em geral, a literatura revela insuficiências relevantes. Há “fragilidades na estruturação da RAPS, bem como no vínculo entre os profissionais dos diferentes serviços”, com propostas de cuidado ainda muito centradas na abstinência, internação e medicalização, sem investimento consistente na reconstrução de laços afetivos e na garantia de continuidade do cuidado (Souza et al., 2023) (E11).

Em várias cidades, o número de serviços específicos para PSR é pequeno, e os equipamentos existentes sofrem com precarização física e de recursos humanos, tornando insuficiente a capacidade de resposta às necessidades do território (Duarte, 2019) (E7). No campo da saúde bucal, por exemplo, a caracterização da atenção à PSR em capitais sul-brasileiras aponta que, embora a assistência odontológica esteja formalmente ofertada nas UBS, há

“ausência de profissionais da saúde bucal trabalhando em equipe nas abordagens às pessoas em situação de rua, escassez de dados sociais e epidemiológicos, e limitado entendimento do processo saúde-doença no contexto de vulneração da PSR” (Couto et al., 2021) (E13).

Paralelamente, as evidências mostram que a posição do CR dentro da rede é atravessada por tensões organizacionais e simbólicas. Profissionais relatam que se sentem vistos pela gestão “como tudo que a sociedade pensa da pessoa em situação de rua, sempre com o chapéu estendido pedindo coisas, que não chegam a ser nem 10% do que a gente precisa”, o que gera dificultadores para manter territórios, potencializar vínculos e construir itinerários terapêuticos (Gonçalves et al. 2023) (E2). Em algumas UBS, colegas não “aceitam” o serviço, por ser relativamente novo, produzindo um ambiente “com energia mais de rejeição do que de agregar, integrar, acolher” (Lima et al., 2019) (E16).

Relatos de agressões verbais, atrasos propositais no atendimento a usuários acompanhados pelo CR e incompreensão sobre a finalidade da equipe reforçam a percepção de que o serviço é visto como paliativo, “tapando buracos do governo”, e não como parte estratégica da APS e da rede de cuidado (Lima et al., 2019) (E16).

Frente a essa realidade, a categoria “Organização do processo de trabalho e protocolos” mostra como as equipes constroem rotinas territoriais e arranjos de trabalho que buscam responder às demandas da PSR mesmo diante das limitações institucionais. Na subcategoria “Composição de equipe e rotina territorial”, as investigações descrevem que as equipes são multiprofissionais e se organizam em diferentes modalidades, combinando profissionais de nível superior (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos, dentistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos) e de nível médio (técnicos de enfermagem, redutores de danos, educadores sociais, agentes de rua), além de motoristas (Silva et al., 2021) (E5); (Koopmans et al. 2018) (E9); (Cadorin et al., 2022) (E12). Em um dos casos, uma equipe de quatro trabalhadores atua das 14h às 20h, com idas diárias a territórios de maior concentração de PSR, visitando-os semanalmente para “garantir a vinculação e oferta de cuidado” (Gonçalves et al. 2023) (E2). Em outro município, o CR na modalidade II passa pelos albergues uma vez por semana para verificar necessidades de saúde e realizar encaminhamentos, sendo o atendimento elogiado por todos os entrevistados que o utilizaram (Valle et al. 2020) (E14).

A experiência acumulada das equipes também é enfatizada como componente da organização do trabalho. Um estudo mostra que a maioria dos profissionais atuantes no CR tem mais de quatro anos de experiência na equipe, e mais de dez anos de atuação na Atenção Básica, o que contribui para uma práxis mais afinada com as especificidades da PSR (Koopmans et al. 2018) (E9). As ações *in loco* incluem reconhecimento dos espaços, escuta qualificada, ações de prevenção e promoção em saúde, realização de testes rápidos, procedimentos curativos e ações de redução de danos (Couto et al., 2021) (E13). A organização territorial, com divisão por microáreas e definição de rotinas de abordagem, busca, assim, compensar as falhas da rede fixa, levando o cuidado até onde a PSR vive, circula e se relaciona.

Na subcategoria “Protocolos, fluxos e registro”, os achados indicam que, embora existam diretrizes formais e instrumentos de planejamento (como planos municipais de saúde e programações anuais), as ações específicas para a PSR nem sempre são contempladas explicitamente. No caso do câncer bucal, por exemplo, o Plano Municipal de Saúde de Rio Branco e a Programação de Saúde expressam a necessidade de ampliar o acesso à assistência

odontológica e de desenvolver ações de promoção, prevenção e controle de doenças bucais, mas “não são encontradas ações específicas para a prevenção deste agravo nas ações voltadas para a PSR” (Cadorin et al., 2022) (E12). Isso obriga as equipes a reorganizarem sua prática, identificando grupos em situação de risco e inserindo ações de prevenção na agenda local, muitas vezes sem reconhecimento formal ou suporte adequado.

Em uma narrativa, a equipe, diante das demandas de um usuário (Lima), reorganiza o itinerário: vai à UBS parceira, onde a relação prévia com uma trabalhadora residente facilita o atendimento para cuidado de uma ferida no pé, e em seguida encaminha ao CAPS, com articulação prévia para garantir o acolhimento (Gonçalves et al. 2023) (E2). Em outro contexto, a eCR realiza busca ativa nas ruas e em equipamentos sociais como atividade principal, revelando um modelo de organização em que o protocolo é menos uma sequência rígida de passos e mais uma gramática flexível de circulação entre territórios, serviços e atores (Borysow et al., 2023) (E3).

As pesquisas lembram ainda que a formulação e implementação de tecnologias de saúde coerentes com a realidade da rua exigem investigação sistemática e planejamento intersetorial. No campo da tuberculose, por exemplo, os profissionais apontam que, embora a atuação de uma equipe treinada possa contribuir para o controle da doença na PSR, a TB nesse grupo permanece como desafio para gestores e serviços, necessitando ser “devidamente investigada para subsidiar a formulação, implantação e utilização de tecnologias de saúde” adequadas à vulnerabilidade e às condições de vida nas ruas (Hino et al., 2018) (E17).

Em síntese, a dimensão “Organização do processo de trabalho, território e práticas de pesquisa-intervenção” revela que o CR opera em meio a um cenário de fragilidade estrutural, violência institucional e limitações da rede, mas também produz arranjos organizacionais inovadores, equipes multiprofissionais, rotinas territoriais, fluxos flexíveis e articulação intersetorial que permitem, ainda que com limites, a construção de percursos de cuidado para a PSR. Esses achados reforçam que a consolidação do CR como componente estruturante da APS depende tanto de investimentos materiais e de gestão (infraestrutura, transporte, profissionais, integração com a rede) quanto do reconhecimento político de sua centralidade na garantia da equidade e do direito à saúde.

Em conjunto, as cinco dimensões analisadas revelam que o CR se configura como dispositivo estratégico para a garantia do direito à saúde da população em contexto de rua, operando na interface entre cuidado territorial, defesa de direitos e mediação institucional. Os achados indicam que sua potência reside na combinação entre práticas relacionais, territorialização do cuidado e articulação intersetorial, ao mesmo tempo em que demonstram limites estruturais importantes, como precarização de recursos, fragilidades da rede e persistência de estigmas institucionais. Assim, a consolidação do CR como componente estruturante da Atenção Primária à Saúde depende não apenas da ampliação de recursos materiais e humanos, mas também do fortalecimento de processos formativos, da reorganização dos serviços e do reconhecimento político de sua centralidade na promoção da equidade em saúde.

## REFERÊNCIAS

Agência Brasil. Mais de 335 mil pessoas vivem em situação de rua no Brasil. Agência Brasil, Brasília, 14 abr. 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2025-04/mais-de-335-mil-pessoas-vivem-em-situacao-de-rua-no-brasil>.

Acesso em: 5 ago. 2025.

Brasil. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20072010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20072010/2009/decreto/d7053.htm). Acesso em: 10 jul. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. SABERES E PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/saberesepraticasnaaps.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004: Norma operacional básica – NOB/SUAS. Brasília. 2005. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 20 ago. 2025.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf). Acesso em: 5 set. 2025.

Brasil. 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. Brasília, 26 jan. 2012. Seção 1, p 46. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_122\\_25\\_01\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_122_25_01_2011.pdf). Acesso em: 14 out. 2025.

Brasil. Superpopulação relativa e “nova questão social”: um convite às categorias marxianas. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 283-293, jul./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/cSWypK3DNqcz6hcJKpsn3WM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2025.

Brito, C.; Silva, L, N da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 31 de Oct. de 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7LPJ5Lk7TZkZSG9fnprTPyg/>. Acesso em: 11 jul. 2025.

Borysow, I. da C.; Oda, W. Y.; Furtado, J. P. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 33, e33042, 2023.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333042>. Acesso em: 17 ago. 2025.

Cadorin, E. S.; Silva, R. P. M.; Bezerra, I. M. P. Percepção dos fatores de risco do câncer bucal e acesso às ações de prevenção na perspectiva da população em situação de rua e profissionais de saúde no município de Rio Branco - Acre. *Journal of Human Growth and Development*, v. 32, n. 3, p. 252-264, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/jhgd.v32.13314>. Acesso em: 10 set. 2025.

Campos, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2025.

Castel, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998. Trechos disponíveis em: <https://pt.scribd.com/document/357218300/As-metamorfoses-da-questao-social-CASTEL-pdf>. Acesso em: 2 mar. 2025.

Couto, J. G. A.; Godoi, H.; Finkler, M.; Mello, A. L. S. F. Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 518-527, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040223>. Acesso em: 17 out. 2025.

Creswell, J. W. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2007. (Tradução brasileira: Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007). Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/718711/5/Metodos-Quanti-Quali-e-Mistos-de-Pesquisa-GRAFICA-Texto.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2025.

Duarte, A. H. C. O acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 1-14, jul./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.34306>. Acesso em: 18 out. 2025.

Ercole, F. F.; Melo, L. S. de; Alcoforado, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. Disponível em: <https://periodicos-old.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19924/11996>. Acesso em: 14 ago. 2025.

Ferro, M. C. T. *Desafíos de la participación social: Alcances y límites de la construcción de la Política Nacional para la Población en Situación de Calle en Brasil*. Tesis (Maestría en Ciencias Políticas) – Facultad Latinoamericana de ciencias sociales – FLACSO. 2011. Disponível em: [https://www.academia.edu/38762432/Desaf%C3%ADos\\_de\\_la\\_participaci%C3%B3n\\_social\\_alcances\\_y\\_l%C3%ADmites\\_de\\_la\\_construcci%C3%B3n\\_de\\_la\\_pol%C3%ADtica\\_nacional\\_para\\_la\\_poblaci%C3%B3n\\_en\\_situaci%C3%B3n\\_de\\_calle\\_en\\_Brasil\\_The\\_challenge\\_of\\_social\\_participation\\_the\\_democratic\\_construction\\_of\\_the\\_National\\_Policy\\_for\\_Street\\_Population\\_in\\_Brazil](https://www.academia.edu/38762432/Desaf%C3%ADos_de_la_participaci%C3%B3n_social_alcances_y_l%C3%ADmites_de_la_construcci%C3%B3n_de_la_pol%C3%ADtica_nacional_para_la_poblaci%C3%B3n_en_situaci%C3%B3n_de_calle_en_Brasil_The_challenge_of_social_participation_the_democratic_construction_of_the_National_Policy_for_Street_Population_in_Brazil). Acesso em: 31 ago. 2025.

Filgueiras, C. A. C. Morar na rua: realidade urbana e problema público no Brasil. *Cad. Metrópole*, São Paulo, v. 21, n. 46, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cm/a/JDs5DqSqSxZqjCb4mhtJs6D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 ago. 2025.

Filgueiras, C. A. C. Morar na rua: realidade urbana e problema público no Brasil. Cad. Metrópole, Paulo, v. 21, n. 46, 2019. Disponível <https://www.scielo.br/j/cm/a/JDs5DqSqSxZqjCb4mhtJs6D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 ago. 2025.

Fraga, P. V. R.; Modena, C. M.; Silva, P. F. C. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 48, n. 143, e8963, out.-dez. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241438963P>. Acesso em: 15 out. 2025.

Gonçalves, H. M.; Surjus, L. T. de L. e S. Sofrimento psíquico de pessoas em situação de rua: cotidiano de quem sofre e estratégias para o cuidado. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, Santos, v. 7, n. 4, p. 2127-2145, 2023. DOI: <https://orcid.org/0009-0009-2750-9724>. Acesso em: 15 out. 2025.

Gramajo, C. S.; Souza, M. L.; Pereira, R. T. (Sobre)viver na Rua: Narrativas das Pessoas em Situação de Rua sobre a Rede de Apoio. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 43, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/KnJ4NzHKBLksDZw7Dv5mhNm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 out. 2025.

Hino, P.; Monroe, A. A.; Takahashi, R. F.; Souza, K. M. J. de; Figueiredo, T. M. R. M. de; Bertolozzi, M. R. O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 26, e3095, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2691.3095>. Acesso em: 11 nov. 2025.

Holanda, M. N. A. B. Alienação, pauperismo e questão social. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 316-333, 2022. Disponível em: <https://share.google/anEFiHd3oUVzvRJSJL>. Acesso em: 10 jul. 2025.

Iamamoto, M. V. Rupturas e continuidade: pesquisa e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2000. Citado em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis\\_n\\_3\\_questao\\_social-201804131245276705850.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf). Acesso em: 2 mar. 2025.

IPEA. População em situação de rua cresce e fica mais exposta à covid-19. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&id=35811](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=35811). Acesso em: 10 mai. 2025.

Koopmans, F. F.; Daher, D. V.; Faria, M. G. A.; Paula, H. C. de; Cursino, E. G. Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico. Online Brazilian Journal of Nursing, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, e20186277, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20186277>. Acesso em: 17 mar. 2025.

Lima, A. F. S.; Almeida, L. W. S.; Costa, L. M. C.; Marques, E. S.; Lima Júnior, M. C. F.; Rocha, K. R. S. L. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 53, e03495, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018022603495>. Acesso em: 18 ago.

2025.

Macerata IM, Sade C, Ramos JFC. Território na pesquisa, território da pesquisa: protagonismo do território na pesquisa-intervenção participativa. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190733. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190733>. Acesso em: 08 out. 2025.

Martins, A. L. J.; Silva, R. P.; Oliveira, F. S.; Lima, C. M. A interface entre as políticas públicas de saúde, proteção social e ações da sociedade civil organizada para a população em situação de rua no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yGm45QnrnFwRJsSsnLB6dbd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 out. 2025.

Minayo, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2025.

Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F.; Gomes, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2025.

Netto, J. P. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no período 1964-1979. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995. Referenciado em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/download/37164/24536/118086>. Acesso em: 2 mar. 2025.

OUZZANI, Mourad; HAMMADY, Hossam; FEDOROWICZ, Zbys; ELMAGARMID, Ahmed. Rayyan — um aplicativo web e móvel para revisões sistemáticas. *Revisões Sistemáticas*, v. 5, p. 210, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 27 set. 2025.

Onocko-Campos, R. T.; Furtado, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053–1062, maio 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmytRqJtNYWFmjfLMtmz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 out. 2025.

Page, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, London, v. 372, n. 71, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2025.

Paiva, K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/knWgXfp7fKXpsW84f6gxM8r/?lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2025.

Passos, B. V. da S.; Oliveira, D. V. de; Fernandes, M. A.; Silva, J. S. e; Barbosa, N. S.; Araújo,

O. D. de; Pillon, S. C. O processo de trabalho da equipe de consultório na rua frente à pandemia da COVID-19. *Revista de APS*, v. 28, e282545657, 2025. ISSN: 1809-8363. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2025.v28.45657>. Acesso em: 18 out. 2025.

Pereira, V. S. Expressões da questão social no Brasil e população de rua: notas para uma reflexão. *Revista Libertas, Juiz de Fora*, ago.–dez. de 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18194>. Acesso em: 29 out. 2025.

Rosanvallon, P. A nova questão social: repensando o Estado Providência. Tradução de Sérgio Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998. Discussão disponível em: [https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/LEP/L9/LEP9\\_03ZeCelso.pdf](https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/LEP/L9/LEP9_03ZeCelso.pdf). Acesso em: 1 mar. 2025.

Santos, C. F. dos; Ceccim, R. B. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 22, n. 67, p. 1043-1052, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>. Acesso em: 17 out. 2025.

Santos, J. S. *Questão social: particularidades no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2012. Excerto disponível em: [https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1276601\\_06\\_08\\_2025\\_15-30-12\\_1207\\_v4.pdf](https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1276601_06_08_2025_15-30-12_1207_v4.pdf). Acesso em: 13 mar. 2025.

Silva, J. V. dos S.; Santos Júnior, C. J. dos; Bezerra, W. C.; Brandão, T. M. Consultório na Rua: experiências e sentimentos vivenciados pelos profissionais na assistência em saúde. *Revista de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto*, v. 54, e-176470, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.176470>. Acesso em: 20 nov. 2025.

Sousa, L. M.; Vieira, C.; Severino, S.; Antunes, V. Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, n. 2, p. 17-26, 2017. Disponível em: <https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>. Acesso em: 14 ago. 2025.

Souza, A. P. de; Vernasque, J. R. da S.; Rodrigues, P. S.; Marin, M. J. S.; Rezende, K. T. A. Atenção psicossocial à população em situação de rua frente ao uso de álcool e outras drogas: percepção dos profissionais envolvidos. *New Trends in Qualitative Research*, v. 18, e870, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e870>. Acesso em: 17 set. 2025.

Souza, M. T. de; Silva, M. D. da; Carvalho, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo), São Paulo*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261229>. Acesso em: 14 ago. 2025.

Teixeira, M. B.; Belmonte, P.; Engstrom, E. M.; Lacerda, A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro*, v. 43, n. especial 7, p. 92-101, dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S707>. Acesso em: 14 out. 2025.

Tisott, Z. L.; Nasi, C.; Silveira, A. da; Siqueira, D. F. de; Zubiaurre, P. de M.; Cocco, A. R.; Silva, F. P. da. Relações sociais com a equipe de consultório na rua: percepções de pessoas em situação de rua. *Contribuciones a las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais*, v. 17, n. 8, p. 1-

18, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-258>. Acesso em: 10 nov. 2025.

Valle, F. A. A. L.; Farah, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300226, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>. Acesso em: 19 out. 2025.

Wijk, L. B. V.; Mângia, E. F. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, 15 fev. de 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jkVXqj4J7w4FmxXVZ3YnWFy/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2025.

## ANEXO A - NORMAS DA REVISTA

### Revista SAÚDE EM DEBATE - Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos (Vancouver) descritos em Instruções aos Autores.

A primeira página do arquivo com o texto do manuscrito deve conter:

TÍTULO/RESUMO/PALAVRAS-CHAVE, com as devidas traduções para inglês e espanhol.

A identificação dos autores não consta no arquivo com o texto.

O número de autores/coautores não excede sete.

O nome dos autores deve ficar registrado no formulário de cadastro do artigo, em ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’. Informações imprescindíveis: NOME – E-MAIL – Nº ORCID – INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO.

O arquivo da submissão está no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

O texto está em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

Não utilizou sublinhados e negritos como grifo no texto.

Utilizou aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras.

Utilizou palavras em outros idiomas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Enviou figuras, gráficos, quadros e tabelas em formato aberto ou em alta resolução e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo.

O manuscrito contém no máximo cinco ilustrações, entre figuras, gráficos, quadros ou tabelas com no máximo duas páginas cada.

No caso de resenha, foi encaminhado capa do livro em alta resolução.

Encaminhou em arquivos separados a ‘Folha de rosto’ (obrigatória), ‘Declaração de responsabilidade, direitos autorais e autoria’ (obrigatória), o Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (quando pertinente) e o Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (obrigatório).