

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c01>

# O RESPEITO COMO FERRAMENTA DE PRODUÇÃO DO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

**Luma Costa Pereira Peixoto<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-6366-0212

**Rafaela Dias Cajú<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-4431-1383

**Sinara Lima de Souza<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-8003-2093

**Rita da Cruz Amorim<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-8782-2151

**Luana Machado Andrade<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-2917-6873

## INTRODUÇÃO

O surgimento da População em Situação de Rua (PSR) deu-se com o início da Revolução Industrial, período que aumentou a urbanização, conseqüentemente, a desigualdade social, a pobreza e o desemprego<sup>(1)</sup>. Esse grupo social marginalizado pela sociedade tem como habitação os logradouros ou albergues públicos ou filantrópicos. Além disso, expõe-se a situações de trabalho, condições de vida e inserções sociais precárias. A falta de moradia convencional não é o único problema incidente nesse grupo, que apresenta importante comprometimento de outros fatores socioeconômicos, como a identidade, a segurança, o bem-estar físico e emocional, o sentimento de pertencimento e as raízes<sup>(2)</sup>.

Os serviços que são ofertados, através do SUS, mostram-se inadequados às necessidades da PSR, mesmo quando são procurados espontaneamente ou por encaminhamento de outras redes de serviço, pois estas não contam com condições de acolhimento, oferecem um tratamento preconceituoso, em que se fazem exigências relacionadas às condições de higiene, ao uso de vestimentas sujas, à falta de documentação para identificação e/ou à necessidade de acompanhamento<sup>(3)</sup>.

Frente à necessidade de uma assistência voltada à PSR que faz uso de substâncias psicoativas, a partir de políticas que considerem a psicodinâmica da rua, a Equipe do Consultório na Rua (eCnaR) torna-se uma estratégia inovadora ao prestar um atendimento *in loco*, com uma abordagem ampliada, que garante o acesso à saúde humanizado como uma política de direito e não como caridade<sup>(4)</sup>.

O Consultório na Rua hoje representa o resultado de várias modalidades de atendimento à PSR e a experiência acumulada na estratégia de Redução de Danos (RD) a essa população. A transferência do Consultório de Rua, que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012, para a Política Nacional de Atenção Básica representa

<sup>I</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.  
Jequié, Bahia, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana.  
Feira de Santana, Bahia, Brasil.

### Autora Correspondente:

Luma Costa Pereira Peixoto  
[luma.costa@uesb.edu.br](mailto:luma.costa@uesb.edu.br)



### Como citar:

Peixoto LCP, Cajú RD, Souza SL, Amorim RC, Andrade LM. O Respeito como ferramenta de Produção do Cuidado à População de Rua. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 5-11 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c01>

Revisora: Daniela Sousa Oliveira.  
Universidade Federal da Bahia.  
Salvador, Bahia, Brasil.



mais que uma mudança de nomenclatura (Consultório “de” para Consultório “na” Rua), quando se entende que não é apenas a atenção em relação ao consumo e à dependência de crack, álcool e outras drogas da qual a população em situação de rua necessita. Devido a isso, o Consultório na Rua (CnaR) caracteriza-se por ser um serviço transversal, produzindo tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental quanto práticas inerentes à Atenção Básica<sup>(5)</sup>.

Quando se desenvolve uma estratégia para atender de maneira especializada essa população, podemos pensar na produção do cuidado através de práticas assistenciais que garantam a integralidade, uma das principais diretrizes do SUS. Sendo a produção do cuidado uma organização dos serviços de saúde pautada no usuário como centro, que aposta nas tecnologias relacionais para assistência, o cuidado é considerado além de saberes e tecnologias, o qual consegue chegar num espaço de negociação a fim de garantir a inclusão dos conhecimentos e das necessidades do outro<sup>(6)</sup>.

Sendo a eCnaR uma nova tecnologia de produção do cuidado para um atendimento especializado à PSR, faz-se necessário investigar as práticas dos profissionais de saúde vinculados a esse serviço, como acontece o atendimento a esse público, pautado nas dimensões metodológicas do vínculo e do acolhimento. Frente a esse contexto, o estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: como se dá a produção do cuidado à população de rua pela Equipe do Consultório na Rua, a partir das dimensões do acolhimento e vínculo?

Para responder essa questão, o estudo tem o objetivo de analisar a produção do cuidado à população em situação de rua por uma Equipe do Consultório na Rua, a partir das dimensões do acolhimento e do vínculo. A pesquisa justifica-se tendo em vista a importância histórica e social, devido ao atendimento a uma população com maior vulnerabilidade social e distanciada da rede de serviços de saúde.

## METODOLOGIA

Caracteriza-se como pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, que proporciona uma interpretação de cunho subjetivo das falas dos profissionais de saúde, através de expressões sobre suas práticas de cuidado. Trata-se de um recorte de trabalho de conclusão de curso intitulado “Produção do cuidado à População em Situação de Rua pela Equipe do Consultório na Rua”, realizado em um curso de graduação em Enfermagem de uma Universidade pública baiana.

O cenário da pesquisa deu-se na sede do Consultório na Rua de um município de grande porte localizado no interior da Bahia. Esse município tem somente uma eCnaR, pois contava, no momento da pesquisa, com apenas 409 pessoas em situação de rua cadastradas, sendo que o parâmetro nacional adotado é uma equipe para cada oitenta a mil pessoas em situação de rua. A escolha da sede do CnaR como referência deu-se em virtude de ser o ponto de encontro e reuniões dos profissionais que compõem essa equipe.

Participaram do estudo cinco profissionais de saúde que atuam no cuidado junto à PSR, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino. A faixa etária variou entre 31 e 52 anos. O tempo de atuação na eCnaR ficou entre dois anos e meio e quatro anos. No que se refere à raça/cor autodeclarada, quatro deles se consideram de raça/cor parda e um preta. Quanto ao estado civil, eram três casados, um solteiro e um em união estável.

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2018, mediante aproximação prévia da eCnaR, a fim de apresentar a pesquisa e fazer o convite para a participação, pela ausência de vínculo com a equipe.

Elegeu-se como técnica para coleta das informações a entrevista semiestruturada com questões norteadoras que abordaram sobre práticas de cuidado à PSR e processo para formação do vínculo e acolhimento, bem como as estratégias utilizadas para essa finalidade.

As entrevistas foram gravadas e transcritas de forma fidedigna. Para garantir o anonimato em todos os momentos da pesquisa, os participantes foram identificados pela letra “E” de entrevistado, seguida por números sequenciais, de acordo com a ordem em que as entrevistas ocorreram.

Para análise de dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo<sup>(7)</sup> através de procedimentos metodológicos, diante da perspectiva da pesquisa qualitativa, que consiste em três polos cronológicos, a saber:



pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Essa técnica de análise utilizada visa revelar o que está subentendido nas mensagens emitidas pelos participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, com parecer 2.789.092 e CAAE 89707718.0.0000.0053. A coleta deu-se mediante a assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo fornecidas informações sobre objetivo da pesquisa, riscos, benefícios e direito à recusa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

São consideradas tecnologias leves em saúde as práticas que utilizam das relações de subjetividade, as quais versam nas dimensões do respeito, do diálogo, da escuta qualificada, do estabelecimento de um elo de confiança e de amizade entre ambos (trabalhadores de saúde e usuários), a fim de efetuar o cuidado em saúde criativo e integral<sup>(8)</sup>.

O debate, nesse sentido, “deve ser direcionado para garantia de direitos e qualidade de vida do morador de rua, mediante respeito às suas trajetórias de vida e escolhas, fortalecendo a capacidade de empoderamento e autonomia desses sujeitos”<sup>(9)</sup>.

O respeito se sobressaiu nas entrevistas no momento que os participantes foram indagados sobre o cuidado à PSR, como promover acolhimento e formar vínculo. Na maioria das respostas, o respeito estava presente como ferramenta utilizada para o cuidado e a aproximação:

*A gente trabalha na perspectiva de sempre acolher, promovendo sempre a questão do respeito. A gente sempre trabalha isso com eles, que o respeito tem que ser mútuo. Eles precisam nos respeitar, porque a gente tá ali pra atender, pra acolher, que é direito deles, mas porque é um “direito meu” eu não posso banalizar, tenho que respeitar [...]. (E3)*

*[...] o respeito é fundamental. Acho que isso é básico para toda situação na vida de qualquer atendimento que a gente faz. (E4)*

O respeito é essencial para produzir cuidado, pois se encontra vinculado às dimensões do acolhimento e do vínculo, pautado na relação dialógica e nos afetos que dão significado à relação trabalhador-usuário. Assim, juntos, produzem algo em comum, no mesmo processo, como mencionado por E3, acerca do estabelecimento do respeito mútuo, que através da comunicação pode se alcançar um bem comum.

Diante da importância do respeito como ferramenta imprescindível para estabelecer relações e fomentar o cuidado à PSR, destacam-se o respeito à territorialidade, o respeito ao tempo/momento da pessoa em situação de rua e o respeito às particularidades. Tratando sobre o território, é possível mencionar que este possui várias dimensões de condições de vida: como “território físico”, aquele que é material, visível e delimitado; o “território como espaço-processo”, ou seja, construído cultural e socialmente, de forma dinâmica; e o “território existencial”, que se refere às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida<sup>(10)</sup>.

Nessa perspectiva, os profissionais das eCnaR buscam respeitar os indivíduos, a partir do seu contexto de vida e de uma avaliação da dinâmica do território citada pelos autores acima, uma vez que a PSR circula no território, possui condições de vulnerabilidade e violência, condições sanitárias e ambientais peculiares, além de cultura local e equipamentos existentes no território (governamentais e não governamentais). Assim, esses elementos são evidenciados na fala a seguir:

*[...] a gente precisa respeitar a territorialidade desse paciente, porque tem pacientes que têm o território dele, não deambulam por todos os espaços da cidade. Tem gente que tem o ponto fixo dele. Ele não pode sair daquele ponto, por exemplo, e ir pra outra área. Então, a gente tem esse cuidado. Se tem que agendar uma consulta, alguma consulta odontológica no posto de saúde, alguma UBS, tem que perguntar antes se ele tem algum problema em visitar aquela territorialidade. Esse cuidado é um dos cuidados que a gente tem. (E1)*



Nesse discurso, também fica evidente um cuidado específico para a PSR quanto ao respeito a sua psicodinâmica na rua e suas redes de apoio, de modo que existe uma preocupação do profissional ao encaminhar a pessoa para uma Unidade Básica de Saúde (UBS), levando em consideração sua condição de vulnerabilidade e violência, bem como suas rotas de circulação.

O território para a PSR torna-se um ambiente de resignação, ou seja, as pessoas constroem e reafirmam novos significados de vida e de vínculo com novas pessoas, formando e ali aliados e/ou uma “família de rua”. Assim, a todo momento, precisam se reconstruir, pois o contexto de vida na rua possui uma constante mutação. Dessa forma, podemos observar grupos formados pelas mesmas pessoas, com regras para garantir convivência, novos comportamentos, valores e uma adaptação psíquica para esta realidade.

Por isso, destaca-se a importância da cartografia como estratégia para o CnaR. É relevante estudar os territórios que podem identificar o perfil da população em cada região, fatores de risco à saúde, fatores de vulnerabilidade, redes de apoio e instituições que podem se tornar parceiras, tornando uma via fundamental para o acolhimento e para a construção de vínculos. Além desse diagnóstico, o profissional precisa compreender que sua presença não é simplesmente técnica, pois fazer um “consultório” a céu aberto trata-se de uma presença política na esfera dos direitos, da equidade e da justiça, mas também de intervenção política e cultural, respeitando os modos de vida, a promoção da saúde e a defesa da multiplicidade na cidadania<sup>(11)</sup>.

A atividade itinerante da eCnaR estabelece uma relação de respeito ao território da PSR ao fugir do modelo tecnoassistencial, utilizando da escuta qualificada para perceber as necessidades dos indivíduos dentro do seu espaço na rua. A ferramenta respeito é essencial para o cuidado nesses locais, pois as ações precisam considerar o território como um espaço de vida e moradia sem ser domiciliar, diferente dos territórios de vida comuns, além de sua organização e funcionamento com características de aspectos visíveis e invisíveis<sup>(12)</sup>.

Na perspectiva de acolher e estabelecer relações de vínculo, a eCnaR precisa compreender o tempo/momento de cada indivíduo. Então, se no momento da oferta do atendimento a pessoa se nega, o profissional recua e retorna em outro momento para uma nova tentativa, conforme evidenciado nos depoimentos:

*[...] A gente também tem o respeito ao tempo do paciente. A gente fala na criação de vínculo. Eu faço aquela abordagem inicial com o paciente, mas aquele momento ele não quer falar, aquele momento ele tá no momento dele. A gente respeita e, novamente, em outro momento, a gente aborda e faz essa tentativa de conhecer a história, conhecer a necessidade daquele paciente [...]. (E1)*

*[...] Vou deixando ele ter o tempo dele, quando ele achar que deve ser atendido, achar que deve conversar. A gente não impõe nada. A gente vai e oferece. Não quer, a gente espera. (E2)*

Há uma crescente mudança no conceito de saúde que perpassa do modelo tecnoassistencial para uma visão holística e coletiva, considerando o sujeito dentro da sua condição de vida. O respeito torna-se ferramenta essencial nesse sentido, sendo definido como o reconhecimento do valor e da dignidade de algo. É derivado do latim *respectus*, cujo significado literal é “olhar para trás”, “olhar de volta”, “olhar novamente”, “considerar” (do latim *re* “de novo” e *spicere* “olhar”)<sup>(13)</sup>. É a capacidade de compreender o outro e entender que naquele momento ele não deseja o atendimento ou a abordagem por diversos fatores, que não cabem julgamentos ou distanciamento, pois é necessário utilizar da ética profissional.

O CnaR tem como característica a oferta dos serviços, porém, como é uma estratégia relativamente nova, a PSR muitas vezes desconhece suas atividades. Dessa maneira, a abordagem à pessoa em situação de rua requer persistência até encontrá-la em um momento que o humor, a condição psicológica, o sono, a fome, a violência e o uso de drogas não sejam motivos para a recusa do atendimento, o que reforça a necessidade do respeito ao momento da pessoa.

Contudo, esse respeito ao tempo/momento não pode se transformar em negligência do cuidado, quando o profissional se acomoda diante dos “nãos”, sem procurar estratégias para enfrentar as barreiras. A conduta de “não



quero”, então “não vou insistir”, não pode se tornar algo cômodo, já que esperar a vontade do usuário, sem uma mudança de conduta que favoreça a sua aceitação, pode acarretar consequências negativas nas práticas de saúde.

Após estabelecida a relação usuário-profissional, que se deu por um acolhimento adequado e início de uma construção de vínculo, ocorre a busca da PSR pelo atendimento. Conforme expressado na fala abaixo, notamos a mudança na conformação organizacional inicial do processo de trabalho do serviço de saúde:

*[...] quando veem o carro plotado, já param, já gritam. Sabe que a gente tá ali pra ajudar. (E5)*

Percebemos que o acolhimento nos serviços na rua vai ao encontro da garantia da universalidade e da integralidade das ações, incluindo o usuário no processo de cuidado. É necessário, para tanto, que haja o reconhecimento do protagonismo por parte do usuário e dos trabalhadores na produção da saúde<sup>(14)</sup>. Dessa forma, saber aguardar o tempo do outro é uma maneira não impositiva na oferta de cuidado, com pontos facilitadores, na tentativa de uma nova aproximação e formação de vínculo.

Práticas de cuidado voltadas para o interesse em conhecer a história e as necessidades da PSR facilitam a formação de vínculo. Ao se deparar com histórias de vida em seus diversos contextos e buscar compreendê-las, o profissional pode entender melhor as condições de vida, adequar o cuidado, ampliando a sensibilidade para com o sujeito, respeitando a sua cidadania.

Alguns autores propõem que os trabalhadores da saúde ampliem a visibilidade das inúmeras existências que o indivíduo dialoga, tenciona, olha, se afeta, cheira, brinca, canta, dança, equilibra, chora, ri, namora, reza, trabalha, para incluir no seu Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>(15)</sup>.

No contexto da produção do cuidado, observa-se o potencial da clínica ampliada e do PTS. A clínica ampliada propõe uma prática clínica mais complexa, a qual se projeta para além das doenças, levando em consideração as questões de saúde que envolvem a vida e a vulnerabilidade, o que configura uma prática baseada na negociação, no diálogo e no reconhecimento do desejo das pessoas<sup>(16)</sup>.

O PTS é uma estratégia de cuidado desenvolvida através de ações articuladas por uma equipe multidisciplinar e sua rede social, definido a partir da singularidade do indivíduo, sendo elaborado com base nas necessidades de saúde de cada pessoa. Assim, levam-se em consideração suas opiniões, seu projeto de vida, suas limitações, angústias, devendo proporcionar uma intervenção democrática e horizontal entre os envolvidos<sup>(17)</sup>.

É importante o atendimento de qualidade aos usuários, independentemente da diversidade da PSR, sem distinção de raça/cor, histórico, idade, orientação sexual e de gênero, ressaltando, enfim, o respeito às particularidades. Nas descrições abaixo, podemos perceber esse cuidado no planejamento das ações da eCnaR:

*[...] Sempre com muito cuidado nas falas, até onde a gente vai? A gente vai até onde eles nos deixa ir, porque cada um tem sua particularidade e isso precisa ser respeitado. (E3)*

*[...] Eu me adapto a cada paciente. A maneira que eu vou conquistar você é uma maneira, a maneira que eu vou conquistar o outro/outra, de outra forma. (E4)*

Cada indivíduo possui uma maneira de vivenciar e encarar sua realidade e aquilo que lhe é ofertado, havendo, por isso, a necessidade de adaptação da equipe no momento de acolher essa pessoa. Isso se resalta principalmente no contexto de uma população que, devido às experiências de vida, às manifestações de maus-tratos e aos preconceitos, se torna desconfiada de qualquer atendimento que fuja a esse padrão.

Além disso, a eCnaR enfrenta o desafio da imprevisibilidade, diante da dinâmica da PSR, lançando mão de estratégias experimentais, para o “sucesso” na abordagem, como práticas que não se repetem para que possam promover um encontro entre o profissional e a pessoa que está sendo cuidada. É nesse campo, de trabalho vivo em ato, que vão se constituindo as teias de cuidado e a aproximação pautada na valorização da dignidade humana.



Respeitar as singularidades diz muito sobre a conduta do profissional, a partir da sensibilidade, da empatia, da fuga de rótulos que enquadram a PSR num padrão e não consegue enxergar além do “mendigo”, identificando-o como cidadão/cidadã, dando-lhe vez e voz para se expressar.

Assim, “os trabalhadores pareceram sensíveis ao fato de que a orientação clínica do trabalho é algo a ser construída no encontro e no laço que se funda com o outro, não se tratando, portanto, de um processo em que se definem metas *a priori*”<sup>(5)</sup>.

Mesmo fazendo parte da Política Nacional de Atenção Básica desde 2011<sup>(18)</sup>, os profissionais do CnaR sentem-se solitários nessa caminhada, diante das manifestações de preconceito e da falta de apoio por parte de outras equipes de saúde, dificultando o trabalho intersetorial e multiprofissional. A valorização com ênfase na potência e na efetividade dos CnaR necessita ganhar ampla discussão nesse cenário para que possamos, de fato, promover a formação de vínculos, com base no respeito à autonomia, às particularidades e à disponibilidade a essa população<sup>(4)</sup>.

São tecnologias leves que requerem perspicácia e competência ao serem executadas, abarcando um poder de compreensão de diversos fatores subjetivos. Porém, ao mesmo tempo, são desafios enfrentados rotineiramente pelos profissionais que formam a eCnaR, o que serve como reflexão das suas próprias práticas, a partir dos resultados do experimento de cada ação que foge do previsto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica de trabalho do CnaR requer imprevisto e criatividade para o desenvolvimento das atividades, diante de uma população inserida num contexto de desigualdade, exposta a violência, tráfico, uso de drogas e de uma condição de invisibilidade do ser humano. Isso mobiliza uma postura profissional com habilidades de adaptação e criação de possibilidades, a fim de alcançar uma aproximação positiva entre profissional e usuário, a partir de uma abordagem que consiga acolher, formar vínculo e estimular o exercício da cidadania.

O estudo constata que a ferramenta mediadora na produção do cuidado, a qual estabelece fortalecimento e reciprocidade nas relações profissional-usuário, é o respeito. A partir do respeito aos significados de vida que a PSR carrega consigo, ao território, ao momento e às particularidades do indivíduo, consegue-se realizar um cuidado adequado.

Com os resultados obtidos, observa-se que a vivência e a experiência prática com a PSR tornam os profissionais acolhedores, os quais passam a ter uma visão humanizada da pessoa em situação de rua, diante de uma percepção sensível.

Portanto, a pesquisa torna-se relevante no campo da saúde por suas reflexões sobre as formas de abordagem e reinvenção do cuidado, diante de práticas que se adaptam à realidade, sobre as tecnologias relacionais que podem ser apropriadas para inclusão social e mediadora do cuidado. Além disso, revela os desafios que precisam ser analisados para ultrapassarmos e alcançarmos respostas satisfatórias tanto para equipe quanto para os usuários. Tais reflexões são de responsabilidade da gestão, dos profissionais e da sociedade como um todo.

Como contribuições para a enfermagem, o trabalho aborda uma perspectiva para o olhar biopsicossociocultural, humanizado, com uma postura respaldada em princípios éticos. Porém, ressaltamos a necessidade de aprimoramento científico para subsidiar o atendimento das demandas e as atribuições de cunho assistencial, educativo e gerencial, bem como a movimentação dos profissionais da saúde no cenário político e social. Afinal, toda abordagem à PSR perpassa por um suporte social e de saúde indissociáveis, cujas políticas, ainda que sejam criadas, se mostram ineficientes diante de entraves nesse contexto.

## AGRADECIMENTOS

Nossos mais sinceros agradecimentos à professora Maria Geralda Gomes Aguiar (*in memoriam*), pelo início da construção desta pesquisa, por nos inspirar e por todas as suas contribuições deixadas.





## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. 39. p.
2. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 1):684-92. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: revisão sistemática. *Psicol: Ciên Profis.* 2018;38(4):662-79. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>
5. Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde Debate.* 2017;41(114):963-75. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711423>
6. Oliveira DM, Expedito AC, Aleixo MT, Carneiro NS, Jesus MCP, Merighi MAB. Needs, expectations and care production of people in street situation. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 6):2689-97. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2016.
8. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2018;23(3):861-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
9. Balieiro EO, Soares CPD, Vieira EA. Morador de rua: causas, entraves e serviços ofertados. *Temporalis.* 2018;17(34):333-53. <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2017v17n34p333-353>
10. Trino A, Rodrigues RB, Reis Júnior AG. A população em situação de rua e seus territórios. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
11. Santos CF, Ceccim RB. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2018;22(67):1043-52. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>
12. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>
13. Cunha B. *Dicionário de cultura de paz.* 2 ed. Curitiba: Editora CRV; 2021.
14. Duarte AHC. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. *Textos Contextos (Porto Alegre)* [Internet]. 2019[cited 2021 Sep 08];18(2):e34306. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/34306>
15. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Saúde Debate (Rio de Janeiro)* [Internet]. 2014[cited 2021 Sep 08];52:153-164. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774076>
16. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saúde Pública.* 2016;(32)8. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>
17. Lopes GVB. A escuta terapeutica como ferramenta na construcao de um projeto terapeutico singular com um drogadicto em um Centro de Atencao Psicossocial Alcool e Drogas. *Rev Enferm UERN.* 2018;6(1):9-16.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Gabinete do Ministro, 2011.