

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c04>

LINHA DE CUIDADO ENFOCANDO A VULNERABILIDADE: PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Beatriz dos Santos Oranje¹

ORCID: 0000-0002-5239-1707

Evellyn Maria Pereira da Silva Oliveira¹

ORCID: 0000-0003-1538-8434

Dailon Ramos Rodrigues Júnior¹

ORCID: 0000-0001-8557-2873

Nair Chase da Silva¹

ORCID: 0000-0002-5880-4138

Valdenora Patrícia Rodrigues Macedo¹

ORCID: 0000-0002-8653-0883

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves¹

ORCID: 0000-0002-8460-8501

Daniel Teixeira de Amorim¹

ORCID: 0000-0002-9033-5554

INTRODUÇÃO

O conceito de vulnerabilidade é amplo e diz respeito tanto às questões econômicas, por falta ou escassez de renda, quanto às dificuldades e fragilidades encontradas nos vínculos e relações humanas, bem como à desigualdade no acesso a bens, direitos e serviços públicos⁽¹⁾. No que se refere à saúde pública, a vulnerabilidade é descrita como a situação em que um sujeito, grupo ou comunidade tem sua estrutura social determinada por fatores históricos, circunstanciais ou temporais, em que tais fatores refletem as condições de vida e de saúde identificadas neste sujeito ou grupo⁽²⁾. Em relação à vulnerabilidade social, a Política Nacional de Assistência Social se refere a ela como uma fragilidade por conta da exposição a processos aflictivos em famílias e indivíduos que vivenciam exclusão social e vivem contextos de pobreza, privação ou precarização de serviços públicos, com possibilidades de fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social⁽³⁾.

De um modo geral, em maior ou menor grau, todas as pessoas enfrentam alguma situação de vulnerabilidade, quando se considera a amplitude do conceito acima exposto. Além disso, há o grupo das pessoas em situação de rua que precisa de atenção especial, pois experiencia a vulnerabilidade em todas as suas dimensões, devido à complexidade da situação, e, como tal, requer abordagens que englobam as multifacetadas de reconhecer e enfrentar as situações de vulnerabilidades desse grupo populacional. O uso do espaço das ruas como modalidade de habitação e a ausência de moradia fixa tradicional configuram um perfil de vulnerabilidade pertinente entre pessoas em situação de rua, tendo em vista que situações de saúde requerem demandas urgentes de atenção à saúde⁽⁴⁾.

Dessa maneira, quando se pensa no acesso ao serviço de saúde, o foco dos profissionais da saúde deve voltar para a abordagem qualificada aos problemas encontrados, como também quais instrumentos e métodos devem ser

¹Universidade Federal do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.

Autora Correspondente:

Nair Chase da Silva
nairchase@ufam.edu.br



Como citar:

Oranje BS, Oliveira EMPS, Rodrigues Jr DR, Silva NC, Macedo VPR, Gonçalves MJF, Amorim DT. Linha de cuidado enfocando a vulnerabilidade: pessoas em situação de rua. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 33-9 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c04>

Revisor: Abel Santiago Muri Gama.
Universidade Federal do Amazonas.
Manaus, Amazonas, Brasil.



utilizados, considerando-se as especificidades e contexto no qual a coletividade está inserida, especialmente quando se consideram as situações e necessidades ligadas às vulnerabilidades. Nesse sentido, assume-se o potencial que a abordagem, por meio da Linha de Cuidado, fornece tanto para organizar quanto para implementar o cuidado.

A Linha de Cuidado pode ser entendida como o padrão técnico e organizado para determinar a oferta de ações de saúde no sistema e que deve ser utilizada abrangendo a integralidade na assistência à saúde e no cuidado, unindo ações preventivas, curativas e de reabilitação, focando no paciente a partir de abordagens interdisciplinares⁽⁵⁾. A Linha de Cuidado integral pode ser definida como uma união pactuada entre aqueles que controlam o serviço e os recursos assistenciais, por meio de fluxos assistenciais eficientes, a fim de atender às necessidades do paciente, procurando garantir-lhe uma assistência integral e equânime dentro de uma rede de saúde, conforme suas necessidades⁽⁴⁾.

O Sistema Único de Saúde já oferece algumas Linhas de Cuidados em seus serviços, tais como as de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, demência, ansiedade e HIV/AIDS⁽⁵⁾. Entretanto, não há uma Linha de Cuidado direcionada ao acolhimento das pessoas em situação de rua, considerando suas situações de vulnerabilidade. Portanto, a abordagem aqui proposta, além de trazer à tona o conhecimento acerca de vulnerabilidade e suas dimensões, foca na Linha de Cuidado às pessoas em situação de rua, reconhecendo a necessidade de relação com as redes de apoio, a fim de viabilizar o cuidado, o encaminhamento e o acompanhamento adequado, tendo como objetivo refletir acerca da vulnerabilidade e suas dimensões, focando na Linha de Cuidado às pessoas em situação de rua.

VULNERABILIDADE E SUAS DIMENSÕES

O termo vulnerabilidade nasce na década de 1960, compondo com magnitude e transcendência o planejamento normativo, tendo em vista que, nesse contexto, seu uso está referido à intervenção na doença e não à doença nas pessoas. Com o advento do HIV/AIDS, o conceito retorna sob novas bases, ora se aproximando da noção de risco, ora se distanciando, chegando aos descritores utilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), ser conceituado como o grau de suscetibilidade ou risco ao qual uma população está exposta a sofrer danos^(6,7).

Vale ressaltar a diferença entre risco e vulnerabilidade; no primeiro caso, admite-se que o comportamento adotado por indivíduos com características em comum os coloca em situação de risco de exposição que ameaça à saúde, ou seja, remete à culpabilização dessas pessoas por estarem em tal situação; já o conceito de vulnerabilidade se contrapõe ao risco, considerando que há mais chance de danos à saúde nos grupos de pessoas em situação de vulnerabilidade, por se inserirem em aspectos não apenas individuais, mas coletivos e contextuais, relacionados ao grau de acesso aos recursos, assegurados pelos Direitos Humanos, de todas as ordens, para a sua proteção⁽⁸⁾.

Dessa forma, as análises de vulnerabilidade devem considerar três dimensões: 1) individual, que consiste no reconhecimento da pessoa como sujeito de direito inserido dinamicamente em sua realidade; 2) social, que consiste no comportamento do sujeito nas relações sociais e sua inserção na organização e cenário cultural, considerando o desenvolvimento de sua cidadania; e 3) programática, que consiste na análise do quanto e como os governos participam e respeitam os direitos à cidadania e suas ações de proteção, promoção e assistência à saúde⁽⁸⁾.

Dentre as vulnerabilidades observadas dentro da sociedade, destaca-se a desigualdade perante a lei e sujeição à violência, dificuldade de acesso à moradia, serviços de saúde, assistência social e emprego, que, conseqüentemente, condicionam um indivíduo ou grupo à vulnerabilidade socioeconômica, referindo à falta de proteção quanto à garantia de trabalho, saúde, educação e direitos sociais básicos⁽⁸⁾.

Diante dessa perspectiva, a vulnerabilidade individual está referida ao indivíduo, condicionada à informação que tiver sobre o problema e a sua capacidade em usar as informações que tem para modificar suas práticas, sendo também levado em conta suas crenças, interesses e atitudes. A vulnerabilidade social diz respeito aos



recursos disponibilizados pela sociedade, que permitam à coletividade mobilizá-los em seu favor. As atitudes e práticas adotadas pela sociedade são decorrentes e influenciadas pelo seu contexto. Assim, há que se considerar emprego, renda, escolaridade, acesso a bens e serviços, entre outros elementos, que influenciam na forma como as pessoas vivenciam vulnerabilidades coletivamente⁽⁹⁾.

A vulnerabilidade programática está na dependência do que as instituições estabelecem, no caso do setor de saúde, aquilo que disponibilizam por meio das políticas públicas e procedimentos, com potencial de influenciar positivamente ou não no processo de adoecimento, a exemplo do acesso e qualidade dos serviços de saúde⁽⁹⁾.

A vulnerabilidade também pode ser vista relacionada a grupos etários, condições socioeconômicas e à questão temporal, podendo-se destacar: a vulnerabilidade juvenil, caracterizada pela população entre 15 e 24 anos de idade, que representa cerca de 18% da população brasileira, e está exposta a maiores taxas de mortalidade por fatores externos, como mortes violentas, facilidade de acesso às drogas, violência e gravidez precoce, principalmente quando estão em situações econômicas desfavoráveis; e a vulnerabilidade em saúde, representada pelas pessoas que estão mais expostas a riscos e danos para a saúde, quando essas vivem em comunidades ou áreas que são propícias a sofrer ameaças de surtos de doenças ou risco de desastre⁽¹⁰⁾.

No que se refere à vulnerabilidade socioeconômica, observa-se que as pessoas estão propensas à maior carga de doenças agudas e crônicas, número aumentado de acidentes domésticos e urbanos, e, ainda, mais dificuldade de acesso ao serviço de saúde, além da marginalização e exclusão. Nesses grupos, estão pessoas que vivem em moradias precárias ou ainda em moradia alguma, possuindo baixo nível ou nenhuma renda ou educação, estando submetidas ao subemprego ou desemprego, enfrentando dificuldades, tais como a desorganização familiar e a falta de participação social⁽¹⁰⁾.

O fator tempo demonstra que a vulnerabilidade não se restringe apenas a variáveis, como a pobreza, embora essa seja considerada agravante da vulnerabilidade, mas, visto que pode ser considerada uma condição crônica ou temporária, não sendo padronizada em todas as famílias, faz-se necessário compreender e enfrentar tais aspectos da vulnerabilidade, pois, quando isso não acontece, é capaz de gerar ciclos de vulnerabilidade que podem se transformar em situações de risco pessoal e social, caso não forem tratadas⁽¹¹⁾.

Estratégias possíveis para intervir nesse contexto podem consistir na realização do diagnóstico situacional de cada indivíduo, família ou comunidade, a fim de mapear as capacidades dos lugares, a rede de acesso de serviços e, assim, construir instrumentos e planos individuais ou familiares de acompanhamento, além de implementar as Linhas de Cuidados direcionadas às pessoas em situação de vulnerabilidade⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, o capítulo traz uma atenção especial às pessoas em situação de rua, considerando que este grupo se enquadra nas características de todas as situações de vulnerabilidade definidas, tendo em vista que o enfoque nesta população exige a compreensão de ações de saúde nas dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática.

VULNERABILIDADE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A população em situação de rua pode ser definida como aquela cujo denominador comum é a “população em situação de pobreza extrema, que possui vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e cuja inexistência de moradia convencional regular propicia o uso de logradouros públicos, assim como áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, quer de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”⁽¹¹⁾.

No âmbito nacional, estima-se que houve um aumento de cerca de 140% da população em situação de rua, considerando-se o período de setembro de 2012 a março de 2020, em que tal estimativa já apontava um aumento exacerbado. As razões para tal cenário previstas em todo o país, ainda que mais intensas nos grandes municípios, justificam-se por fatores, como a crise econômica, que contribuiu para o aumento do desemprego e da pobreza, além da pandemia de COVID-19, que poderá ainda elevar esse percentual⁽¹²⁾.



Um estudo em Mangueiras, bairro da zona norte do Rio de Janeiro, no Brasil, demonstrou que, em tal área, ocupada por diversas pessoas em situação de rua, o perfil sociodemográfico era composto em mais de 82% por homens, com a faixa etária compreendida entre 24 e 44 anos, em sua maioria autodeclarados pardos, com 48,7% alegando ter completado o ensino médio, cujos principais motivos para estar vivendo e morando na rua eram problemas com o álcool ou drogas, devido ao desemprego e desavenças com a família⁽¹³⁾.

Dentre os principais problemas de saúde que são identificados e diagnosticados nas populações em situação de rua, destacam-se: doenças infecciosas e parasitárias, tais como a tuberculose e a hanseníase; infecções sexualmente transmissíveis (IST); doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes e hipertensão; condições de saúde e fatores de risco, como uso e abuso de álcool, cigarro e outras drogas, gravidez de alto risco e insegurança alimentar, além de problemas de saúde bucal e saúde mental. Tais processos podem ser agravados, devido à permanência dessas pessoas em situação de rua pela dificuldade de acesso à saúde e pela própria condição de não ter moradia e falta de acesso a todos os serviços que contribuem para assegurar a dignidade da vida humana⁽¹⁴⁾.

A Política Nacional para População em Situação de Rua foi criada pelo Decreto 7.053, de 23 de dezembro de 2009, tendo suas diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultórios de rua definidas pela Portaria 122, de 25 de janeiro de 2011, integrando no seu todo a Política Nacional de Atenção Básica, a qual foi publicada em 2011 estabelecendo o papel da equipe multiprofissional e interdisciplinar na atuação junto a essa população, especialmente com foco nos consultórios de rua^(15, 16, 17).

Portanto, a fim de que as práticas assistenciais em saúde para a população em situação de rua promovam ações que garantam o princípio da equidade no SUS, é necessário promover um acolhimento com escuta qualificada, especializada e direcionada, focando na redução de danos e no atendimento local, na rua mesmo. No entanto, é necessário que haja um serviço planejado, estruturado e inclusivo, com foco nas vulnerabilidades enfrentadas por essa população. Desse modo, o objetivo da atuação profissional, pautado nas Linhas de Cuidados, é capaz de atender às necessidades da população em situação de rua.

VULNERABILIDADE E LINHA DE CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A atenção às vulnerabilidades demanda a instituição da Linha de Cuidado que considere as especificidades da população e, assim, atenda às suas necessidades de saúde. Seu funcionamento está atrelado às redes de atenção que, de forma estruturalmente operacional e não hierárquica, buscam oferecer atendimento de forma integral e contínuo à determinada população, tendo como agente coordenador a Atenção Primária à Saúde (APS)⁽¹⁴⁾.

Compõem as redes de atenção à saúde a APS, como eixo comunicador que coordena o fluxo e contrafluxo em relação à equipe de Saúde da Família ou à própria unidade de APS, o atendimento especializado e os sistemas de apoio, que atuam tanto no âmbito diagnóstico quanto no terapêutico da atenção à saúde⁽¹⁴⁾. A abordagem de Linha de Cuidado, vertente da APS, é uma ferramenta essencial para lidar com as vulnerabilidades e, assim, buscar atender ao princípio da equidade, disposto no Sistema Único de Saúde. É uma abordagem desafiadora, pois requer que o funcionamento do sistema de saúde seja como uma espécie de engrenagem devidamente articulada, a fim de atender todas as necessidades de saúde da população⁽¹⁴⁾.

Uma ferramenta base da Linha de Cuidado é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que tem por objetivo a integração entre os profissionais de saúde e os usuários, promovendo participação ativa do sujeito no planejamento das ações para a manutenção de sua saúde, com atuação em diferentes âmbitos de sua vida e o envolvimento de pessoas direta ou indiretamente ligadas a ele. O PTS permite que cada caso possa ser avaliado levando em conta sua singularidade e especificidade, facilitando traçar as estratégias terapêuticas adequadas para cada indivíduo. Sendo um elemento necessários à Linha de Cuidado, o PTS deve estar incorporado tanto na atenção primária quanto na especializada, seguindo um fluxograma de apoio ao diagnóstico e tratamento⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, a partir de uma avaliação de risco e das necessidades em saúde do indivíduo avaliado, ocorre a construção do PTS, em que a integração das ações e o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional



funcionam como um reforço do vínculo com o paciente e sua responsabilização para com ele, buscando evitar que fluxos e protocolos se sobreponham a possibilidades de diálogo e de responsabilização das diferentes instâncias e equipe, em que o monitoramento da população e o tratamento de suas necessidades de saúde, assim como a avaliação e a reavaliação, também devem ser realizados⁽¹⁸⁾.

A implementação eficiente de uma Linha de Cuidado com o PTS no serviço de saúde, em especial a rede de APS, possibilita a permeabilidade nos outros níveis de assistência, de maneira a seguir um fluxo de atendimento. O uso de ações ativas de saúde, como o Programa Consultório de Rua, é uma ferramenta útil para acompanhar pacientes em situação de vulnerabilidade, a fim de garantir o acesso constitucional à saúde, assim como a todos os fluxos assistenciais, atendendo ao atributo essencial da APS, o de coordenação do cuidado⁽¹⁸⁾.

Além do PTS, outra estratégia para compor a Linha de Cuidado que pode ser usada para alcançar o público-alvo é a rede de apoio, que pode ser definida como uma relação de vínculo social entre grupos organizados, em que as pessoas que participam podem compartilhar entre si seus conhecimentos e vivências e, dessa forma, contribuir para a promoção de saúde das pessoas da rede, cujo exemplo são os grupos de Alcoólicos Anônimos, no qual os participantes trocam suas experiências para ajudar uns aos outros⁽¹⁹⁾. Em relação às redes de apoio às pessoas em situação de rua, um estudo realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais demonstrou que tal troca de conhecimento entre os moradores de rua contribui para que eles percebam a saúde como algo que está ao seu alcance; dentre os relatos apresentados, eles compartilham seus conhecimentos de como cuidar da dor, de machucados e outros problemas que venham a surgir devido à vida em condições atípicas e precárias⁽¹⁹⁾.

Adicionalmente, na Linha de Cuidado, devem constar o Itinerário Terapêutico e o Protocolo de Ação, visto que tais ferramentas permitem a incorporação e a ampliação de significados presentes na trajetória das pessoas, quando buscam a solução de alguma questão relacionada à saúde. Tanto o Itinerário Terapêutico quanto o Protocolo de Ação devem ser irrestritos a um fluxo predeterminado e rígido, envolvendo não apenas as instituições de saúde, o diagnóstico e o tratamento de doenças, mas os médicos e suas prescrições, tendo em vista que os mesmos pressupõem a participação da população de forma ativa na tomada de decisão do cuidado em saúde e não apenas espectadora da assistência emanada pelos serviços de saúde⁽¹⁸⁾.

A elaboração de uma Linha de Cuidado para a população em situação de rua é um desafio, visto que a inserção dessa população nos serviços, de certa forma, é flutuante, já que requer dos serviços a devida estratégia para lidar com o sentimento frágil de pertencimento ao território e consciência de direitos de acesso aos mais diversos setores e serviços públicos, tendo em vista que a população em situação de rua chega ao serviço com vulnerabilidades peculiares que requerem novas tecnologias apropriadas para lidar com suas necessidades⁽¹⁸⁾.

Desse modo, a Linha de Cuidado à população em situação de rua deve ser iniciada por meio do acolhimento, que deve ser concebido como algo além de receber o usuário de forma acolhedora, devendo-se buscar compreender a sua demanda para além da queixa principal apresentada, percebê-lo no seu contexto social e inseri-lo em uma rede de atenção à saúde. Considerando que a APS é a ordenadora do cuidado, está sob sua responsabilidade a utilização de estratégias e mecanismos de atuação que facilitem o acesso da população em situação de rua ao sistema de saúde⁽¹⁸⁾.

Por conseguinte, no decorrer da abordagem ao usuário, a equipe deve priorizar uma observação e uma escuta qualificada que, necessariamente, passam pela valorização e respeito aos diversos saberes, visões de mundo e modos de viver dos indivíduos, possibilitando a construção de vínculos de confiança junto a essa população, que se reproduz em processos relacionais no cuidado integral à saúde⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

A compreensão da vulnerabilidade como fator norteador do fazer saúde, com toda a sua complexidade, é essencial aos profissionais de saúde e, somente assim, será possível construir um PTS que seja de fato singular,



além do devido itinerário terapêutico, construídos de forma compartilhada e dialógica, que atendam às necessidades de saúde e considerem as vulnerabilidades apresentadas por essa população.

A vulnerabilidade relacionada à população em situação de rua deve ser uma prioridade nas políticas públicas, considerando o seu crescimento na última década, assim como o advento da COVID-19, que, certamente, está modificando e agravando esse importante problema social e saúde em nossa sociedade. Ao mesmo tempo em que o país apresenta elevado crescimento de condições vulneráveis da população juvenil, ocorre o envelhecimento da população, que também vive em situação de rua.

Portanto, a Linha de Cuidado para a população em situação de rua deve envolver o acolhimento, a avaliação do risco da vulnerabilidade, a interação entre os sujeitos e o serviço de saúde, o mapeamento das redes de apoio e a atuação multiprofissional e intersetorial. A definição da oferta de cuidado deve ser feita com base nas necessidades de saúde, construindo-se um PTS e assegurando o Itinerário Terapêutico, criando, assim, condições para garantir a atenção integral à saúde à pessoa moradora de rua em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

1. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saude Publica*. 2018;34(3):e00101417. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>
2. Lorenzo C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. *RBB*. 2006;2(3):299-312. <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7986>
3. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
4. Franco TB, Magalhães Jr HM. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, 2a. ed. São Paulo: HUCITEC; 2004. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200014>
5. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul; 2012[cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>
6. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Do Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1326-30 <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>
7. Ayres JRCM, Franca Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. <https://doi.org/10.7476/9788575413531>
8. Ayres JR, Paiva Vera, França-Jr I. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. livro I, Curitiba: Juruá; 2012.
9. Ayres JR CM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Jr I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ; 2009.
10. Valle FAAL, Farah BFC, Carneiro N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde Debate*. 2020;44(124):182-92. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>
11. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Debate*. 2015;39(spe):246-56. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>
12. Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA). Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia; Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. DIEST, DISOC NT 74: População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais[Internet]. 2020[cited 2021 Oct 10]. 26p. Available from: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10078/1/NT_74_Diest_Disoc_Populacao%20em%20Situacao%20de%20Rua%20em%20Tempos%20de%20Pandemia.pdf
13. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Debate*. 2015;39(spe):246-56. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>



15. Presidência da República (BR). Decreto n.º 7.053, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 23 dez 2009[cited 2021 Oct 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 25 jan. 2012 [cited 2021 Oct 10]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011[cited 2021 Oct 10]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
18. Silva NEK. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. Ciên Saúde Coletiva. 2016;21(3):843-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
19. Vale AR, Vecchia MD. "UPA é nós aqui mesmo": as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. Saúde Soc. 2019;28(1):222-34. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180601>