

Atención a la salud de la población sin hogar en Brasil: una revisión de la literatura

Atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil: uma revisão de literatura

Attention to the health of the population in the street situation in Brazil: a literature review

Alicia Almeida da Silva Jesus¹ 

Milena Silva Lisboa² 

¹Autora para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. ali.almeidasj@gmail.com

²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. milenalisboa@bahiana.edu.br

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: La población en situación de calle, caracterizada como un grupo poblacional heterogéneo que tiene en común la pobreza extrema, es un público con la mayoría de los derechos humanos vulnerados, entre los que destacamos el frágil acceso a la salud pública. Pensando en esto, este estudio tiene como objetivo entender cómo la literatura científica aborda la atención a la población sin hogar ofrecida por el SUS – Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud), para conocer las estrategias de atención utilizadas y reflexionar sobre el funcionamiento de la relación entre la población sin hogar y la red sanitaria. **MÉTODOS:** Se trata de una revisión bibliográfica integradora, realizada a partir del análisis de la producción científica en el área de la salud, publicada en la base de datos de la Biblioteca Virtual de Salud entre los años 2000 y 2019, teniendo como criterio de inclusión artículos en portugués, completos y disponibles en línea, publicados en revistas brasileñas. **RESULTADOS:** Los resultados se dividieron en tres categorías (Dimensiones Organizacionales del Cuidado, Dispositivos de Cuidado y Determinantes Sociales) y ocho subcategorías (Acceso a la Salud, Políticas Públicas, Intersectorialidad y Red, Estrategias de Cuidado y Estrategias Orientadoras, Salud-Enfermedad y Exclusión Social). **CONCLUSIÓN:** Se pudo observar que, entre las políticas públicas dirigidas a la atención de la población en situación de calle, la más eficaz y satisfactoria es la Clínica de Calle, presentando como estrategias orientadoras el vínculo entre la población y los equipos de salud, la reducción de daños y actividades educativas. Sin embargo, sigue siendo necesaria la aplicación de políticas públicas centradas en las necesidades específicas de la población en cuestión.

PALABRAS CLAVE: Población sin hogar. Primeros auxilios. Salud pública. Calidad de vida. Políticas públicas.

RESUMO | INTRODUÇÃO: A população em situação de rua, caracterizada como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, é um público com a maioria dos direitos humanos violados, entre os quais destacamos o frágil acesso à saúde pública. Pensando nisso, esse estudo tem como objetivo compreender como a literatura científica aborda os cuidados à população em situação de rua ofertados pelo Sistema Único de Saúde, conhecer as estratégias de cuidado utilizados e refletir sobre o funcionamento da relação entre a população de rua e a rede de saúde. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, realizada a partir da análise da produção científica na área da saúde, publicada no banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde entre os anos de 2000 e 2019, tendo como critérios de inclusão os artigos em português, completos e disponíveis online, publicados em periódicos brasileiros. **RESULTADOS:** Os resultados foram divididos em três categorias (Dimensões organizativas do cuidado, Dispositivos de cuidado e Determinantes sociais) e oito subcategorias (Acesso à saúde, Políticas públicas, Intersetorialidade e Rede, Estratégias de cuidado e Estratégias norteadoras, saúde-doença e exclusão social). **CONCLUSÃO:** Foi possível observar que, dentre as políticas públicas direcionadas aos cuidados da população em situação de rua, a que mais se mostra eficaz e satisfatória é o Consultório na Rua, apresentando como estratégias norteadoras o vínculo entre a população e as equipes de saúde, a redução de danos e atividades educativas. Contudo, ainda é necessário a efetivação de políticas públicas com a atenção voltada às necessidades específicas da população em questão.

PALAVRAS-CHAVE: População em situação de rua. Atenção primária à saúde. Saúde Pública. Qualidade de vida. Políticas Públicas.

Presentado 06/07/2021, Aceptado 19/09/2022, Publicado 09/11/22

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2022;11:e3939

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2022.e3939>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: Jesus, A. A. S., & Lisboa, M. S. (2022). Atención a la salud de la población sin hogar en Brasil: una revisión de la literatura. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 11, e3939. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2022.e3939>



ABSTRACT | INTRODUCTION: The homeless population, a heterogeneous populational group which is living in extreme poverty, is a public with most human rights violated, among which we may highlight the fragile access to public health. With that in mind, this study aims to understand how the scientific literature reflects about the care of the homeless people performed by the SUS – Sistema Único de Saúde (Unified Health System), to investigate the care strategies that are being used as well as to comprehend the relationship between the homeless population and the health network. **METHODS:** This is an integrative literature review based on the analysis of scientific production in the health field published in the Virtual Health Library database between 2000 and 2019, having as its inclusion criteria articles written in portuguese, complete and available online, published in Brazilian journals. **RESULTS:** The results were divided into three categories (Organizational dimensions of care, Care devices and Social determinants) and eight subcategories (Health access, Public policies, Intersectoral approach and network, Care and Guideline strategies, Health-disease and Social exclusion). **CONCLUSION:** It was observed that among the public policies directed towards the care of the homeless population, the most effective and satisfactory one is the Street Clinic, since it provides guiding strategies such as the bond between the population and the health teams, Harm Reduction Strategy and educational activities. However, it is still necessary to implement public policies with attention to the specific needs of that population.

KEYWORDS: Homeless people. Primary health attention. Public Health. Quality of life. Public policies.

Introducción

La existencia de la población sin hogar (PSR) tiene una historia antigua, relacionada con las transformaciones socioeconómicas y políticas que afectan a las grandes capitales, a nivel mundial (Aguiar & Iriart, 2012). Reflexionar sobre la atención sanitaria de la PSR requiere un análisis de estos sujetos más allá de sus condiciones como "residentes de calle", en un intento de proximidad que proyecta una mirada a las otras dimensiones que constituyen su trayectoria de vida.

El hallazgo de Costa (2007) es que la situación de la calle ganó visibilidad a medida que crecía, convirtiéndose en algo cada vez más presente en la vida cotidiana de las ciudades y, junto a ello, en los nuevos discursos, técnicas y entidades que reflejan su presencia. Desde la década de 1960, algunas ciudades brasileñas han sido el escenario para el surgimiento de movimientos para garantizar los derechos de PSR. A finales de 1970, la Pastoral do Povo da Rua, un movimiento de la Iglesia Católica, comenzó a establecer hogares de ancianos, estimular la organización de movimientos populares de recicladores de materiales reciclables y realizar eventos sociales en las ciudades de São Paulo y Belo Horizonte (Candido, 2006).

En algunas ciudades del país ha habido un mayor malestar sobre las personas sin hogar en las últimas tres décadas, dando mayor visibilidad a este tema. Así, la idea sobre la existencia de una "población callejera" y en consecuencia la "situación de calle" es una "invención social reciente y bien fechada en nuestro país" (Costa, 2007, p. 18), que ha sido históricamente modificada.

En la década de 1990, la lucha por los derechos de PSR se intensificó y obtuvo importantes avances en algunas ciudades, como Fortaleza, Porto Alegre, Río de Janeiro y Salvador. Este fue el factor que posiblemente influyó en los órganos públicos, como la Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Belo Horizonte (Secretaría Municipal de Desarrollo Social de Belo Horizonte), por ejemplo, para crear su Programa de População em Situação de Rua (Programa de Población sin Hogar) en 1993 y promover un Fórum da População em Situação de Rua (Foro de Población sin Hogar), permaneciendo en funcionamiento hasta 1999 (Frota & Brasil, 2013).

Con el avance de los movimientos, la población en situación de calle se convierte en un problema oficialmente social, exigiendo al Estado intervenciones que tengan en cuenta cómo se constituye y las formas de supervivencia desarrolladas allí. Para la construcción de un modelo de atención propuesto por el Sistema Único de Saúde – SUS (Sistema Único de Salud) - universal, equitativo e integral -, es fundamental conocer a la población que vive en la calle, identificando sus demandas sociales y la complejidad de su proceso salud-enfermedad, así como las causas que los llevaron a las calle (Bottil, et al., 2009).

Las conferencias nacionales y estatales, los foros nacionales y los consejos de derechos se han convertido en importantes métodos de extensión en presencia de la comunidad en el ciclo de políticas públicas en Brasil. En el marco de estas iniciativas de interlocución, el 25 de octubre de 2006, el Presidente de la República estableció un Grupo de Trabajo (GT) Interministerial ([Decreto s/n](#), 2006). Según el Gobierno Federal de Brasil (2008), el grupo estaba integrado por las siguientes entidades: Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre, Ministerio de ciudades, Educación, Cultura, Salud, Trabajo y Empleo, Justicia, Secretaría Especial de Derechos Humanos y Defensoría Pública de la Unión y representantes del Movimiento Nacional de la Población Callejera (MNPR), de la Pastoral dos Povo da Ruay de la Colegiata Nacional de Gestores Municipales de Asistencia Social. Este grupo de trabajo tuvo como tarea realizar estudios y debates, proponiendo una Política Nacional para la Inclusión de las personas sin hogar ([Governo Federal do Brasil](#), 2008), basada en el concepto de intersectorialidad, proporcionando la integralidad de los individuos.

En el mismo año las propuestas presentadas por el grupo y los movimientos sociales se consolidaron en la Política Nacional de Población sin Hogar constituida por el decreto N° [7.053](#) del 23 de diciembre de 2009 por el que se establece la Política Nacional para la Población sin Hogar (PNPSR - Política Nacional para a População em Situação de Rua, en portugués) y también el Comité Intersectorial de Seguimiento y Seguimiento, con el fin de garantizar un acceso amplio, simplificado y seguro a los servicios y programas que integren las diversas políticas públicas desarrolladas por los nueve ministerios que lo componen.

Caracterización de la población sin hogar

En el artículo primero del Decreto N° [7.053](#) de 23 de diciembre de 2009, párrafo único, se consolida el entendimiento oficial utilizado por el Estado para la población sin hogar (PSR). Así, el PSR comienza a ser considerado como un grupo heterogéneo que tiene en común la pobreza extrema, los lazos familiares interrumpidos o frágiles, así como la ausencia de vivienda, utilizando espacios públicos, áreas

degradadas y unidades de recepción como lugar temporal de vivienda (Decreto N° [7.053](#), 2009).

Brasil no tiene datos oficiales sobre el PSR. Esta ausencia se explica por la complejidad operativa de una encuesta de campo con personas sin domicilio fijo, dificultando la implementación de políticas públicas dirigidas a este contingente y reproduciendo la invisibilidad social de la población sin hogar en el ámbito de las políticas sociales ([Natalino](#), 2016).

Una encuesta realizada en 2016 por el Instituto de Investigación Económica Aplicada ([Natalino](#), 2016), muestra una población de alrededor de 100.000 personas que viven en las calles de Brasil. Sin embargo, la estimación de esta investigación se basó en el Registro Único de Programas Sociales. Según Vanilson Torres, líder del MNPR, solo entre el 3 y el 5% de la población callejera está inscrita en el Registro Único. En base a esto, el MNPR considera la existencia de mucho más de 100.000 personas sin hogar en Brasil, lo que es necesario un nuevo Censo y Encuesta Nacional de Población sin Hogar, como se hizo en 2007/2008 ([DENEM](#), 2017).

El Censo y Encuesta Nacional de Población sin Hogar realizado por el Ministerio de Desarrollo y Lucha contra el Hambre (MDS - Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome), en 2007/2008, identificó a 31.922 adultos de 18 años o más, en el universo de 71 municipios brasileños con una población de más de 300.000 habitantes, que viven en situación de calle. La población es predominantemente masculina, 82%. Más de la mitad (53,0%) se encuentran en grupos de edad entre 25 y 44 años ([Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome](#), 2009).

Los datos obtenidos por las razones para salir a la calle revelaron que el 71,3% de los entrevistados citaron al menos una de las tres razones, a menudo de manera correlacionada. Las principales razones fueron: problemas con el alcohol y/u otras drogas (AD), desempleo y desacuerdos con el padre/madre/hermanos. Sólo el 5,6% no citó ninguna razón ([Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome](#), 2009).

Vieira, Bezerra y Rosa (1992) proponen tres posibles situaciones en relación con la permanencia en la calle: 1. "Permanecer en la calle", descrito por un estado de precariedad temporal, sin embargo, sin identificarse con los "sin techo" y en constante búsqueda de trabajo para salir de esta situación; 2. "Estar en la calle", un estado en el que la gente termina adoptándolo como un lugar para pernoctar; 3. "Ser de la calle", cuando las relaciones y los espacios públicos de la ciudad se consideran espacios de vivienda casi definitivamente.

Al considerar las causas que hacen que las personas permanezcan en las calles, [Muñoz](#) (2007) se centra en los procesos estructurales fundacionales en la construcción de la identidad humana, citando como ejemplos las rupturas de vínculos, decepciones y fracasos experimentados en el ámbito profesional, así como el debilitamiento en los lazos familiares, sociales y afectivos, así como problemas de salud de origen físico y/o mental, entre otros.

La mayoría (68,6%) suele dormir en la calle, aunque el 51,9% de los entrevistados tiene un familiar que vive en la ciudad donde se encuentran. Casi el 71% (70,9%) de las personas se dedican a algún tipo de actividad remunerada, aunque sea de manera informal. De este porcentaje, destacan las siguientes ocupaciones: el 27,5% trabaja como reciclador de materiales reciclables, el 14,1% gana dinero en la actividad de "franela", el 6,3% en la construcción, el 4,2% en la actividad de limpieza y el 3,1% como cargadores o ativadores largos ([Noto et al., 2004](#)).

Cuando se les pregunta sobre actividades ilícitas, el predominio se encuentra entre los niños, niñas y adolescentes que no conviven con sus familias. En este caso, el 36,7% reportó haber cometido robo y hurto, el 7,4% entregar y vender drogas, el 8,6% tuvo relaciones sexuales por dinero y el 49,5% mencionó que consume drogas ilegales ([Noto et al., 2004](#)).

Los temas de alimentación, higiene y salud se presentaron en el Censo y la Investigación juntos porque estaban directamente vinculados. En el aspecto alimentario, el 79,6% pudo comer al menos una comida al día y el 31,1% no come todos los días. En cuanto a la higiene, los lugares más utilizados para bañarse son: calle, albergues/

refugios, baños públicos y el hogar de familiares y amigos; en relación a las necesidades fisiológicas las principales son: calle, albergues/refugios, baño público, establecimiento comercial, casa de amigos ([Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009](#)).

Teniendo en cuenta las precarias condiciones en alimentación e higiene, la salud se ve afectada. El 30% de las personas sin hogar afirman tener problemas de salud, siendo la hipertensión, los problemas psicológicos, la diabetes y las ITS (infecciones de transmisión sexual) como sus más citadas. Al mapear la situación de salud de la población sin hogar en comparación con la población general, los estudios destacan algunos daños con mayor atenuación, tales como: más embarazos, más alcoholismo y más tuberculosis ([Carneiro, Jesus & Crevelim, 2010](#)), además de la diversas formas de violencia que afectan la salud física y mental. Sin embargo, cuando se verifica el historial de uso abusivo de sustancias psicoactivas, se destaca que gran parte de la población tuvo el primer contacto con el alcohol y el tabaco antes de estar en la calle.

Acceso a la salud

En 1986, en la 8ª Conferencia Nacional de Salud (CNS - Conferência Nacional de Saúde), el movimiento de salud destacó el concepto ampliado de salud que abarca más que la atención médica - resultando entonces de condiciones básicas de supervivencia, como alimentación, vivienda, educación, ingresos, medio ambiente, trabajo, entre otros -, no se refiere sólo a la ausencia de enfermedades, excediendo así el concepto tradicional de la Organización Mundial de la Salud ([Ministério da Saúde, 1986](#)).

Este concepto de salud fue plasmado en el texto constitucional de 1988, que asume a toda la población brasileña el derecho a la salud, y es, entonces, el deber del Estado, que debe ser garantizado a través de políticas sociales para reducir los riesgos y lesiones de enfermedades, así como para ofrecer acceso a acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de manera universal e igualitaria ([Constituição Federal, 1988](#)).

La Atención Primaria de Salud (APS – Atenção Primária à Saúde), desde la Declaración de Alma-Ata en 1978, se ha establecido como una puerta de entrada prioritaria a los sistemas de salud. Según el Ministerio de Salud (MS – Ministério da Saúde), con base en la Política Nacional de Atención Primaria de 2011, la atención primaria se define como:

(...) un conjunto de acciones de salud, a nivel individual y colectivo, que abarque la promoción y protección de la salud, la prevención de lesiones, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de daños y el mantenimiento de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que impacte en la situación sanitaria y la autonomía de las personas, y en los determinantes y condiciones de salud de las colectividades. Se desarrolla a través del ejercicio de prácticas de cuidado y gestión, democráticas y participativas, en forma de trabajo en equipo, dirigidas a las poblaciones de territorios definidos, por lo que asume responsabilidad sanitaria, considerando la dinamidad existente en el territorio en el que viven estas poblaciones. Utiliza tecnologías de atención complejas y variadas que deben ayudar en la gestión de demandas y necesidades de salud de mayor frecuencia y relevancia en su territorio, observando criterios de riesgo, vulnerabilidad, resiliencia y el imperativo ético de que toda demanda, necesidad de salud o sufrimiento debe ser acogida (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, 2011, p. 19).

La práctica terapéutica en salud pública brasileña está orientada y ofrecida a la población por el Sistema Único de Salud (SUS), que tiene como lineamientos los principios doctrinales de universalidad, integralidad y el principio ético de equidad, cuya forma de organización y operacionalización se basa en la participación popular, la regionalización y la jerarquización, la descentralización y el mando único (Lei nº 8.080, 1990). Se suma a la práctica los conocimientos sobre el entorno físico, socioeconómico y cultural, y la promoción, protección y recuperación de la salud.

No fue hasta 1994 que el Ministerio de Salud instituyó el Programa de Salud de la Familia (PSF – Programa Saúde da Família) en Brasil, teniendo como función primordial el funcionamiento como instrumento de reorganización del SUS. Según Lisboa (2013), el modelo de atención de la salud FHP tiene como objetivo desarrollar la promoción y protección de la salud en tres niveles: el individuo, la familia y la comunidad.

El objetivo de la PSF es reorganizar la práctica asistencial en nuevas bases y criterios, sustituyendo el modelo tradicional de atención, orientado a la cura de enfermedades en el hospital. La atención se centra en la familia, entendida y percibida desde su entorno físico y social, lo que ha permitido a los equipos de Salud de la Familia tener una comprensión ampliada del proceso de salud/enfermedad y la necesidad de intervenciones que vayan más allá de las prácticas curativa (Ministério da Saúde, 1998, citado por Silva, 2001, p. 63).

Desde entonces, el PSF se ha destacado como la principal estrategia para la expansión del primer acceso y transformación del modelo asistencial. Como eje guía de la base del SUS, el Ministerio de Salud promovió el cambio del Programa de Salud de la Familia a la Estrategia de Salud de la Familia, incluida en la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB - Política Nacional de Atenção Básica) en 2006 (Portaria nº 648/GM, 2006).

Clínica de la calle

En 1989, el Centro de Estudio y Terapia del Abuso de Drogas (CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas), vinculado a la Faculdade de Medicina de la Universidade Federal da Bahia (UFBA), que opera desde 1985 en la ciudad de Salvador, desarrolló un proyecto denominado "Banco de la calle" (Banco de rua), siendo uno de los pocos servicios públicos de salud especializados en atención a usuarios de sustancias psicoactivas que se encontraban en situación de calle. A través de esta iniciativa, comenzamos a crear vínculos institucionales con organismos gubernamentales responsables de la atención de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social, enfocándonos en la provisión de recursos humanos y materiales para la solidificación del Proyecto Clínica de la Calle. En 1995 se inició el trabajo del primer equipo de la práctica de calle, extendiéndose hasta 2004 a través de convenios con CETAD (Nery Filho, Valério & Monteiro, 2012).

El primer equipo estuvo conformado por dos psicólogos, un trabajador social, un antropólogo, un conductor y dos pasantes de psicología, presentándose con una propuesta de atención a las vidas en situación de calle, favoreciendo el establecimiento del vínculo con los profesionales. El vínculo constituye la base de apoyo del trabajo,

ya que es a través de él que es posible obtener información sobre el cuidado de la salud, la higiene, la preservación y la reducción de daños ([Nery Filho, Valério y Monteiro, 2012](#)).

Actuando también desde la estrategia de reducción de daños, la clínica de calle surge como una estrategia de atención médica llevada a cabo en el mismo lugar donde vive la población con un enfoque en los factores que amenazan la vida, especialmente el uso de alcohol y otras drogas y los riesgos relacionados con el contagio de infecciones de transmisión sexual (IST). Su funcionamiento cuenta con un vehículo equipado (tipo camioneta), adaptado para transportar al equipo, materiales y equipos) a efectos de intervenciones en la calle en las modalidades de asistencia social, atención sanitaria inmediata, reducción de daños y perjuicios asociados al consumo de alcohol y otras drogas, atención psicológica y derivación a la red social y sanitaria, así como la acción preventiva y educativa.

En 2009, la Clínica de la Calle se convirtió en parte integral del Plan de Emergencia para la Ampliación del Acceso al Tratamiento y Prevención en Alcohol y Otras Drogas (PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas) en el SUS, determinado por la Ordenanza Nº 1.190 del 4 de junio de 2009, estableciendo un importante recurso público integral a la red de atención de la salud. Se busca minimizar el fracaso histórico de la asistencia en políticas de salud dirigidas al consumo de alcohol y otras drogas por parte de personas sin hogar, a través de acciones de promoción, prevención y atención primaria en el espacio de calle, teniendo como principios rectores el respeto a las diferencias, la promoción de los derechos humanos y la inclusión social, hacer frente al estigma, las acciones de reducción de daños y la intersectorialidad ([Tondin, Neta y Passos, 2013](#)).

Por lo tanto, la Clínica de la Calle utiliza estrategias dirigidas a promover la salud, la ciudadanía y la dignidad humana y se define como un dispositivo clínico para la atención biopsicosocial de la salud de personas sin hogar, expuestas a riesgos de vida relacionados con el uso de sustancias psicoactivas y el contagio de enfermedades de transmisión sexual ([Nery Filho, Valerio y Monteiro, 2012, p. 33](#)).

De acuerdo con la Guía de Proyectos de Clínica de la Calle (2012), las oficinas utilizan dos categorías de supuestos: principios éticos, que se refieren a las preguntas sobre el posicionamiento del equipo; y las directrices técnicas, que son en el caso de la práctica diaria del equipo. Pensar en las interpretaciones del sentido común y unilateral sobre el uso problemático de las drogas, la marginalidad y la situación de calle, partiendo del supuesto de que toda conducta humana responde por un significado personal es la condición para reconocer actos más allá del margen del estigma.

"(...) que cada uno se vería privado de su mirada técnica y podría conocer la calle a través de la mirada del otro.

Es decir, que el antropólogo pudiera mirar a través de la mirada del psicoanalista, y que el psicoanalista pudiera mirar desde el lugar del conductor, y el conductor del lugar del trabajador social, y así sucesivamente, en una permanente deconstrucción-reconstrucción de miradas sobre el mismo objeto (...)"
(Entrevista con Antônio Nery Filho, citado por Nery Filho, Valério y Monteiro, 2012, p. 28).

Una de las estrategias adoptadas es la reducción de riesgos y daños, aplicada en los casos en que el individuo no está en la posibilidad de abstenerse del abuso de una sustancia en particular. Sin embargo, esto no le impide realizar acciones de autocuidado y control que dirijan la reducción de los efectos secundarios a la salud. Esto crea la viabilidad del propio usuario para desarrollar una atención centrada en su salud física y mental. La práctica de la reducción de daños se basa en el punto de subjetividad del individuo y sus derechos como ciudadano. La promoción de la salud implica que el individuo es protagonista de las acciones sociales en su calidad de vida, en vista de la autonomía y la emancipación.

El concepto de reducción de daños se desarrolló a partir de la [Carta de Ottawa](#) (1986), donde se pretendía que las acciones de promoción de la salud redujeran las diferencias en el estado de salud de la población y garantizaran oportunidades e igualdad de recursos de capacitación para que toda la población realizara plenamente su potencial de salud. Incluyen recursos y oportunidades, entornos favorables, acceso a información, experiencias y habilidades en la vida,

así como oportunidades que le permiten tomar decisiones para una vida más saludable. Un ejemplo citado por la Guía del Proyecto de la Clínica de la Calle (2012) se refiere a las personas que no pueden abstenerse del uso de la sustancia psicoactiva: en casos como estos, aún pueden contar con acciones de autocuidado y control que se oponen a reducir la incidencia de efectos nocivos para la salud resultantes del consumo de drogas.

Pensando en las propuestas de clínicas de calle, la Política Nacional de Atención Primaria instituyó la creación de equipos de atención primaria para poblaciones específicas ([Portaria nº 2.488](#), de 21 de outubro de 2011, 2011), a través de la ordenanza Nº 2.488, del 21 de octubre de 2011, llevando la nomenclatura "Clínica en la Calle" para la atención integrada a las Unidades Básicas de Salud (UBS – Unidades Básicas de Saúde), Centro de Atención Psicosocial (CAPS – Centro de Atenção Psicosocial), Servicios de Emergencia y Emergencia y otros puntos de atención para el PSR. Con ello, la Clínica en la Calle se dirige a recibir demandas de salud diversificadas y complejas del PSR, centrándose en la promoción de la salud y el rescate de la calidad de vida, con intervenciones en los factores que la ponen en riesgo. Actualmente, Brasil cuenta con 145 equipos de Clínicas en la calle distribuidos en 96 municipios brasileños.

A pesar de todos los avances que ha logrado el SUS, aún existen muchos obstáculos en la realización del derecho a la salud para todos, especialmente cuando se trata de la población que históricamente ha limitado el acceso a los derechos fundamentales del ciudadano. El derecho de acceso a los servicios de salud es uno de los principales obstáculos para las comunidades sin hogar, en algunos casos debido a la falta de preparación de los profesionales, la exigencia de acreditar la residencia y la documentación, además de que los tratamientos de salud no son viables con las condiciones de vida de esta población ([Costa](#), 2005).

Los servicios de salud pueden terminar reproduciendo, de manera prejuiciosa y discriminatoria, la lógica de acciones descrita por [Sposati](#) (1995) como un modelo filantrópico higiénico, en el que la orientación del trabajo es segregar, ocultar y sanear. En esta perspectiva, se sostienen concepciones reduccionistas que clasifican los problemas mentales y/o psiquiátricos experimentados por las personas en situación de calle como consecuencias directas y

exclusivas del uso de sustancias psicoactivas ([Varanda](#), 2003). Esta comprensión puede ser encomiable con otras formas de control social, como las propuestas de hospitalización involuntaria y obligatoria.

Otros ejemplos de estos obstáculos son los requisitos relacionados con los baños, la necesidad de que las personas estén acompañadas y la negativa a hacer procedimientos por temor a la contaminación ([Costa](#), 2005). También existe la dificultad de hacer coincidir los horarios de los profesionales de la salud y la población, que a menudo tienen dificultades para seguir los horarios previamente programados. En casos de tratamientos prolongados que requieren un comportamiento sistemático, como en el caso del diabete y las ITS, es difícil para la población que vive en las calles satisfacer las demandas de estos tratamientos ([Costa](#), 2005). Por lo tanto, estos aspectos relacionados con la organización de los servicios y las prácticas de atención limitan el acceso a los servicios de salud.

Ante este escenario de complejidades en la atención sanitaria a esta población, este estudio tiene como pregunta de investigación: "¿Cómo aborda la literatura científica la atención a la población sin hogar que ofrece el Sistema Único de Salud?", teniendo como objetivo general: "Discutir cómo la literatura científica aborda la atención de la población sin hogar ofrecida por el Sistema Único de Salud.", y específico: "Conocer las estrategias de atención" y "Reflexionar sobre el funcionamiento de la relación entre la RSP y las redes de atención sanitaria".

Método

El artículo propone realizar una revisión de la literatura integradora. Según [Whittemore](#) y [Knafl](#) (2005), la revisión integradora es un enfoque metodológico amplio dentro de los estudios de revisión de literatura, ya que en esta modalidad se permite incluir estudios experimentales y no experimentales, combinando datos de la literatura teórica y empírica, sin la pretensión de agotar todos los estudios. Integra varios propósitos: definición de conceptos, revisión de teorías y evidencias y análisis de problemas metodológicos de un tema en particular. Su vasto contenido muestral, asociado a la multiplicidad de propuestas, debe generar una visión

general consistente y comprensible de conceptos complejos, teorías o problemas de salud relevantes, aunque no exhaustivos, como las revisiones sistemáticas.

La búsqueda se realizó entre octubre de 2019 y marzo de 2020, abarcando los artículos publicados de 2000 a 2019, a partir del análisis de la producción científica en el área de la salud publicado en la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), desarrollada bajo la coordinación del Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), que consiste en un portal que integra una red de fuentes de información en salud en línea para la distribución de conocimiento científico y técnico, incluyendo las principales revistas y portales de las revistas científicas más respetadas de América Latina.

Se utilizaron los descriptores primarios: Población sin hogar y Personas sin hogar, y como secundarios: Atención primaria de salud, Salud pública, Calidad de vida y Políticas públicas. Se realizó una investigación inicial sobre los primeros descriptores y, a continuación, la búsqueda cruzada avanzada de estos con estos últimos, con el objetivo de levantar artículos que discutieran la salud de la Población sin Hogar.

Como criterios de inclusión, se consideraron los artículos en portugués, completos y disponibles en línea, publicados en revistas brasileñas.

Resultados y discusión

La investigación inicial sobre descriptores primarios y secundarios contó con 8.495 artículos. Con la lectura previa de los títulos y resúmenes, se seleccionaron los artículos completos, en línea y escritos en portugués que abordaron el tema del estudio, y se identificaron 97 artículos científicos. Después de esta encuesta, se utilizaron los criterios de exclusión: artículos repetidos, que presentaban una población recortada (género y edad, sexualidad, enfermedades específicas, entre otras) y que no abordaban el tema de la salud pública, que contaba con 17 artículos seleccionados para el análisis. En el [Archivo adjunto 1](#) figura un cuadro con la información sobre dichos artículos.

Después de la lectura completa de todos los artículos, se construyeron 3 categorías analíticas (I - Dimensión organizativa de la gestión de la atención a PSR; II - Dispositivos de cuidado en la atención y asistencia a PSR; III - Determinantes sociales del proceso salud-enfermedad en el PSR), a partir de la producción de significados encontrados en las repeticiones de los temas identificados, con respecto a la práctica de la atención de salud de la población sin hogar en Atención Primaria, sus desafíos, dificultades y poderes. Dentro de las categorías, se encontraron 8 subcategorías: Acceso a la salud, Políticas Públicas, Intersectorialidad, Red, Vínculo, Estrategias de Atención, Salud-enfermedad y Exclusión Social, siendo reubicadas como se muestra en el gráfico 1:

Quadro 1. Categorías analíticas

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	ARTÍCULOS	%
Dimensión organizativa de la gestión de la atención a PSR	Acceso a la salud	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 9 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 e 17	82%
	Políticas Públicas	1 - 2 - 3 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 e 17	82%
	Intersectorialidad	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7 - 8 - 10 - 12 - 13 e 16	65%
	Red	1 - 5 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 e 15	53%
Dispositivos de cuidado en la atención y asistencia a PSR	Estrategias de atención	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7 - 8 - 9 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 e 17	82%
	Estrategias de orientación	3 - 4 - 5 - 7 - 12 - 13 - 15 e 16	47%
Determinantes sociales del proceso salud-enfermedad en el PSR	Salud-enfermedad	1 - 3 - 4 - 5 - 6 - 9 - 10 - 14 - 15 e 17	59%
	Exclusión Social	1 - 2 - 4 - 5 - 6 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 14 - 15 - 16 e 17	82%

En los artículos seleccionados, fue posible observar una mayor prevalencia en artículos publicados en revistas de enfermería (6 artículos, 35%) y en revistas de Salud Pública (5 artículos, 29%), presentando un menor número en Psicología (2 artículos, 12%), Salud Colectiva (2 artículos, 12%), Salud y Sociedad (1 artículo, 6%) y Atención Primaria de Salud (1 artículo, 6%). Los años de publicación de los artículos encontrados variaron entre 2006 y 2018, con una mayor concentración en 2018, con un total de 8 artículos, y 2016, con 4. Los otros artículos se publicaron en 2014 (2 artículos), 2015, 2012 y 2006 con solo uno cada año. De los autores, el único que se repite es Anderson da Silva Rosa, enfermera egresada de la Universidade Federal de São Paulo.

El análisis se realizará desde la teoría del Construcciónismo Social, especialmente el método desarrollado por Mary Jane Spink (2013) sobre Prácticas Discursivas y Producción de Sentidos en la vida cotidiana, teoría que está atenta al papel del lenguaje en el proceso de construcción social de la realidad social, es decir, por las formas en que los sentidos construidos lingüísticamente en las producciones académicas terminan compuestas a la realidad discursiva que se ocupa de las prácticas de atención a la población sin hogar.

La dimensión organizativa de la gestión de la atención a PSR

La dimensión organizativa de la gestión de la atención a las personas sin hogar se dividió en cuatro subcategorías: I - Acceso a la salud, abordando las dificultades de acceso y no acceso a los servicios; II - Políticas Públicas, aportando los principales hitos en materia de derechos en salud del PSR; III - Intersectorialidad, como estrategia fundamental para la atención integral; IV - Redes, familia o cuidados.

Acceso a la salud

De los artículos analizados, solo tres (8, 10 y 11) no abordaron el acceso a la salud para la población sin hogar. Cuatro artículos señalan que si bien la Constitución Federal garantiza la salud como el derecho de todos y el deber del Estado, existen varios obstáculos para que el PSR acceda al Sistema Único de Salud. En una investigación realizada en Artículo 6, [Rosa, Secco y Brêtas \(2006\)](#) señalan la opinión

positiva de la población sobre la atención ofrecida. En opinión de los trabajadores, el servicio es de mala calidad, lo que enfatiza la falta de preparación de los profesionales para tratar con la población y la dificultad para obtener los medicamentos recetados.

• Dificultades de acceso

Uno de los obstáculos más citados se refiere al requisito en la presentación de documentación de identificación con foto emitida por una agencia pública y prueba de residencia. En los artículos 4 y 15 se refuerza que el municipio cuenta con una instrucción normativa¹, donde el PSR puede darse de alta en la Unidad de Salud de su preferencia, sin necesidad de comprobante de domicilio, ni de la presentación de un documento con foto, siendo aceptado únicamente el nombre social. Otro obstáculo muy mencionado es el estigma, los prejuicios, la discriminación y las actitudes higienistas con la suciedad, el mal olor y el efecto del alcohol y otras drogas, por parte de los profesionales de APS, UBS y Servicio Móvil de Atención de Emergencia (SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), dificultando, inhibiendo o incluso dificultando el acceso del PSR sin la compañía de los profesionales de la Clínica en la Calle.

• Falta de servicio

Se observó que algunas visitas no obtuvieron resultados satisfactorios debido a la lógica de la programación previa y la necesidad de que el paciente sea más autónomo en su proceso de salud-enfermedad, como en los casos de diabetes e hipertensión (artículos 3, 6, 14, 15).

Políticas Públicas

Como se muestra en el Gráfico 1, en esta categoría 13 artículos (82%) abordaron preguntas sobre políticas públicas relacionadas con la Población sin Hogar. En los artículos 9, 14 y 17, los autores se refieren a los I y II Encuentros Nacionales de Población sin Hogar. El I Encuentro, realizado en 2005, tuvo como objetivo conocer los desafíos y establecer estrategias para la construcción de políticas públicas, resultando en la aprobación de la Ley N° 11.258, que prevé la creación de programas específicos de asistencia social. En la II Reunión, celebrada en 2009, se publicó el texto del PNPSR.

¹ La instrucción normativa se refiere a la Ley N° 13.714, de 24 de agosto de 2018.

Los autores [Hamada](#), Alves, Hamada, Hamada e Valvassori (2018), en su artículo 9, presentan la Ley N° 11.258 de 2005, que abre espacio para la creación de varios programas de asistencia ofrecidos a PSR, tales como: El Sistema Único de Salud (SUS), con los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), y el Sistema Unificado de Asistencia Social (SUAS - Sistema Único de Assistência Sociais), con los Centros Regionales Especializados de Asistencia Social (CREAS - Centros Regionais Especializados de Assistência Social) y Centros de Referencia Especializados para La Población sin Hogar (Centros POP), entre otros. Los artículos 14 y 15 destacan que los poderes públicos invierten poco en acciones de inclusión, reconocimiento del PSR y en políticas de cuidado que respondan a las necesidades y demandas de la población.

Los artículos 1, 3, 5, 9, 10, 13 y 15 traen a la PNPSR, Decreto Presidencial N° [7.053](#) de 2009, que caracteriza a la población sin hogar como un grupo poblacional heterogéneo que tiene en común la pobreza extrema. La ley se basa en la perspectiva de garantizar la integralidad de las políticas públicas y el acceso a los derechos de ciudadanía para las personas sin hogar. Sus principios son la igualdad, la equidad, la humanización, la universalidad, el derecho a la convivencia social, el reconocimiento de la singularidad social y el respeto a la dignidad y la ciudadanía.

En el artículo 2, [Oliveira](#) et al. (2018) y, en el artículo 15, [Hallais](#) y Barros (2015), refuerzan que, a pesar de la existencia de PNPSR y otras políticas sectoriales e intersectoriales, donde aseguran los derechos del PSR, no siempre garantizan una atención integral. Con ello, afirman la necesidad de visualización por parte de directivos y profesionales en las áreas social y de salud, considerando la vulnerabilidad física y social, proyectando una mirada basada en la atención equitativa.

[Sicari](#) y Zanella (2018) destacan la importancia de entender el proceso de salir de las calles para el diseño de políticas públicas que ayuden en la construcción de proyectos de vida. En el artículo 11, [Medeiros](#) y Cavalcante (2018) señalan la necesidad de que el gobierno federal considere la heterogeneidad política, socioeconómica y la capacidad de los

gobiernos municipales, generando así la cooperación interfederal para tener éxito en la efectividad de sus políticas públicas. Los artículos 3, 10 y 15 indican que uno de los retos para la gestión es implementar una política intersectorial que incluya acciones entre los sectores de Atención, Salud (incluyendo servicios de psicología y psiquiatría), Vivienda, Trabajo e ingresos, en la búsqueda de una atención integral. En el artículo 14, [Paiva](#) et al. (2016, p. 2.603) indican que "en el ámbito de las políticas de salud, persisten problemas de acceso, estigma, prejuicios, falta de preparación profesional, desarticulación entre sectores, atención uniprofesional, atención de salud, aún centrada en la atención y las acciones médicas".

Los artículos 1, 2, 8, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 citaron la Ordenanza No. 122 del 25 de enero de 2011, que define los lineamientos para la organización y funcionamiento de los equipos de práctica de calle como un avance importante para el acceso a los derechos básicos, garantizados por la Red de Atención Psicosocial. Sin embargo, en los municipios donde no existe Clínica en la Calle, la atención integral del PSR es responsabilidad de atención primaria, como postula la Política Nacional de Atención Primaria ([Oliveira](#) et al., 2018). Sin embargo, todavía encontramos ciudades en las que existe atención primaria, pero la población sigue en libertad en términos de atención médica básica.

Intersectorialidad

De los artículos analizados, 11 (65%) abordaron la intersectorialidad, siendo conceptualizada en los artículos 4 y 5 como la alineación de la estrategia de intervención y los recursos entre los actores de dos o más sectores y organismos (gubernamentales o no) dentro de la esfera pública. Su propósito es lograr objetivos complementarios que sean relevantes y valorados por todas las partes para resolver problemas sociales de gran complejidad (necesidades biológicas, psíquicas y sociales). En este sentido, como señalan [Paula](#) et al. (2018), en el artículo 3, todas las unidades de atención primaria de salud del territorio desempeñan un papel relevante en el proceso de atención multiprofesional. [Mattiello](#) y Ramos (2018), en el Artículo 10, destacan la falta de una política intersectorial de salud y educación integrada con otros servicios de apoyo a la PSR.

Los 11 artículos refuerzan la importancia de la intersectorialidad para hacer frente a las complejas demandas de la PSR, pero al mismo tiempo enfatizan que es uno de los mayores desafíos que enfrenta la salud pública. [Borysow](#) y Furtado (2014), en el artículo 5, señalan la necesidad de recrear acciones intersectoriales, ya que los sectores de Cuidado, Salud y Seguridad fueron incapaces de articular sus perspectivas. Para [Sicari](#) y Zanella (2018), la falta de articulación entre salud y asistencia social promueve una cronicidad e institucionalización de la persona. [Borysow](#) y Furtado (2014) también señalan que, además de la falta de flujos establecidos, hay una falta de personas para realizar trabajo intersectorial.

Red

Entre los 17 artículos analizados, nueve (53%) de ellos abordan aspectos de la red asistencial PSR. Según [Oliveira](#) et al. (2018, p. 2854), "las redes tejidas por los afectos en la vida cotidiana de la calle permiten a estos individuos conservar sus pertenencias y la construcción de relaciones de amistad que satisfagan las necesidades afectivo-sociales". Vargas y Macerata (2018), en el artículo 7, comentan que la red consiste en arreglos entre los diferentes servicios de salud en los territorios con el fin de deconstruir la fragmentación de las prácticas de salud sostenida solo por la lógica de la atención puntual a las lesiones, generalmente centrada en la lógica orgánico-biológica. Los artículos 9 y 12 destacan que la reintegración familiar y/o social suele ser difícil porque se produce una pérdida de los vínculos familiares, además del estigma social, que genera un aumento de la vulnerabilidad social.

• Red familiar

Según los artículos 2 y 10, es importante considerar el papel de la familia tanto a la hora de elegir la calle como vivienda, como en las estrategias a realizar. La red familiar debe trabajar en conjunto con la atención social, la salud y los profesionales relacionados, con el fin de fortalecer el tratamiento y la reintegración de la persona, después del alta de la clínica, en su contexto social. Es interesante observar cómo solo dos artículos abordan la importancia de las redes familiares, lo que apunta a la fragilidad y dificultades que experimentan los profesionales para reconstituir estos vínculos con sus usuarios.

• Red de atención

De conformidad con los artículos 7 y 11, la clínica de la calle tiene la función de tejer y calentar la red de asistencia sanitaria y social. En el artículo 15 ([Hallais & Barros, 2015](#)), la atención a esta población es realizada por el Departamento de Operaciones de Asistencia Social, a través de la Coordinación Sectorial de Protección Social Especial de Alta Complejidad. Los artículos 5, 8 y 9 destacan las casas de acogida como un poderoso servicio que rescata la autonomía y la ciudadanía. Es en este espacio acogedor donde el individuo tiene derecho a ir y venir, construir su proyecto de vida y reorganizar el tema escolar, profesional y financiero, asegurando la inserción social a través del contacto con la red de servicios públicos, con los profesionales de los equipos y con otros pasantes y usuarios de los servicios considerados, de modo que, cuando restauran su autonomía, pueden reconstruir nuevas relaciones afectivas. Destacamos un cierto silencio relacionado con los albergues, lo que indica poca reflexión sobre cómo están operando estos equipos, sobre todo teniendo en cuenta que su funcionamiento siempre está amenazado por cambios en las direcciones políticas municipales y está atravesado por pautas que varían en su relación con la defensa o negligencia a los derechos humanos y la salud.

Dispositivos de cuidado

La práctica de trabajar en el espacio de la calle debe incorporar conocimientos, experiencias y culturas de las personas involucradas en el proceso, así como comprender la realidad en la que se desenvuelve (desigualdad social, condiciones de vida precarias, invisibilidad). De los artículos analizados, 14 (82%) traen estrategias de atención, que son: La Clínica de la Calle como puerta de entrada al servicio de salud, el Vínculo, la reducción de daños y las actividades educativas como estrategias orientadoras.

Estrategias de atención

• Clínica en la calle

En los artículos 13 y 16, [Engstrom](#) y Teixeira (2016) y [Silva](#), Frazão y Linhares (2014), señalan que la propuesta de Clínica en la Calle se inspiró en la primera Clínica de la Calle. A partir de esta experiencia, en el año 2004, el CR se vinculó a un equipo de salud

mental, el Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas, inaugurando este dispositivo en la red institucional. [Hallais](#) y Barros (2015), en el artículo 15, traen que a partir de la Ordenanza 122, los equipos de la Clínica de calle, en principio asociados a la Coordinación Nacional de Salud Mental, comenzaron a llamarse Clínica en la Calle, integrando los servicios de atención primaria. La Clínica en la Calle surge como la puerta de entrada de este segmento de la población en los servicios de atención.

En el artículo 12 ([Ferreira](#), Rozendo & Melo, 2016), es posible ver que las declaraciones indican que, en el desempeño del equipo, la sensibilidad, el afecto, el apoyo a las demandas más inmediatas en el campo biológico y psicológico, así como, el intento de reinserir lo social y familiar, el respeto a la autonomía y la defensa de su integridad. Las acciones ofrecidas en la Clínica están dirigidas a promover la vida, reducir los daños, prevenir lesiones y mejorar las condiciones de salud. El artículo 3 ([Paula](#) et al., 2018) trae la importancia de que los profesionales que trabajan en equipo reinventen sus prácticas de cuidado, transformándose cada día para construir una base de trabajo agregada. En el artículo 16, [Silva](#), Frazão y Linhares (2014) abordan que el equipo de la oficina practica de acuerdo a las necesidades del campo, utilizando talleres, reconociendo que estas actividades realizadas en la calle permiten a los usuarios sentirse más cómodos para la participación y construcción del vínculo.

Estrategias de orientación

• Vínculo

Los artículos 3, 4, 12, 15 y 16 destacan que la relación dialógica y la escucha consisten en conocimientos necesarios para la construcción del vínculo con el PSR. La relación interpersonal es un factor positivo, aportando elementos importantes como el respeto mutuo, el apoyo a la dignidad, la construcción de confianza y la demostración de aceptación. Sin embargo, la creación y permanencia del vínculo fueron señaladas como difíciles, estando vinculadas a las características de invisibilidad social y sufrimiento psíquico de este grupo.

• Reducción de daños

De acuerdo con los artículos 13 y 16, la Reducción de Daños se ha convertido en una estrategia guía para la

atención, ofreciendo una atención integral a la salud del usuario, reduciendo las pérdidas agregadas debidas al consumo de drogas. Sin embargo, según el equipo, la reducción de daños no es una estrategia única para los usuarios de sustancias. Se considera como una puerta de entrada y como propuestas de metas y estrategias para la construcción del proyecto terapéutico.

• Actividades educativas

Según los artículos 13 y 16, las actividades educativas e informativas se insertan en todas las etapas del trabajo del equipo, basándose en políticas de reducción de daños, con información sobre lesiones más recurrentes, autocuidado, alimentación e higiene, derechos humanos y ciudadanía, entre otros temas relacionados con la calidad de vida. Esta atención se establece en base a la relación de respeto, entendiendo la educación para la salud como una herramienta para proporcionar el ejercicio de la ciudadanía de los residentes.

Determinantes sociales

Las condiciones y formas de vida de la población determinan su proceso de salud-enfermedad. En base a esto, esta categoría se dividió en dos subcategorías: I - Proceso salud-enfermedad, abordando la visión de los PSR y los problemas más prevalentes; II - Exclusión social, trayendo vulnerabilidades y la forma en que impacta en el no tratamiento.

Proceso Salud-Enfermedad

El proceso salud-enfermedad es un concepto indispensable para la delimitación de las acciones del sector Salud de la Población Sin Hogar. En esta subcategoría se identificaron 10 artículos. Los artículos 1, 6 y 14 muestran que, a juicio de la población sin hogar, la salud se asocia con la capacidad de estar vivo y resistir la vida cotidiana, mientras que la enfermedad ha sido entendida como un estado debilitante que compromete la lucha por la supervivencia (no poder ir a trabajar, impedimento para realizar tareas simples) y/o que exige una pronta atención. Para ellos, el proceso salud-enfermedad depende del individuo y el cuidado es responsabilidad de los servicios de salud. En Artículo 17, [Aguiar](#) y Iriart (2012) traen reflexiones sobre entrevistas semiestructuradas con personas

sin hogar protegidas y desprotegidas de la ciudad de Salvador/Bahia. Entre los desprotegidos, la opinión sobre la salud y la enfermedad era la misma que se presentaba en los artículos 1, 6 y 14. Entre los resguardados, la salud se asoció con la calidad de vida (vida prolongada, alimentación adecuada, mantenimiento de los cuidados higiénicos, cuidado del cuerpo y con un seguimiento médico rutinario y regular).

Los estudios de los artículos 1, 3, 9, 10, 15 y 17 identificaron que los principales problemas de salud fueron: Infección por HIV/SIDA, problemas respiratorios y dermatológicos (debido a la ausencia de servicios de higiene), oftalmológicos y dentales, tuberculosis, hipertensión y traumatismos por pisoteo, violencia e intentos de asesinato. Los problemas relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas también fueron mencionados en los artículos 1, 3, 4, 6, 10 y 17, siendo mencionados como determinantes de la entrada, permanencia y salida de la calle, mitigando la percepción de las rupturas sufridas y como medio para crear vínculos con otras personas que se encuentran en la misma situación de calle. Los trastornos mentales/psiquiátricos también se mencionaron en los artículos 1, 3, 5, 9, 10, 14, 15 y 17, con una mayor prevalencia de trastornos mentales leves y graves, esquizofrenia y psicosis (pueden o no resultar del uso de sustancias psicoactivas). En los artículos 14 y 17, se enfatiza que muchas personas sólo son sometidas a tratamientos de salud cuando son llevadas por los servicios de rescate o buscan atención cuando el problema es urgente y de emergencia, siendo atendidas, muchas veces, por profesionales sin la debida preparación técnica para comprender las necesidades de salud.

Exclusión social

El contexto de las calles está marcado históricamente por un proceso de exclusión, comúnmente permeado por la desintegración familiar, la violencia emocional, física y sexual, la exposición al uso de sustancias psicoactivas y la delincuencia. Como consecuencia de ello y de las precarias condiciones de las calles que se traducen en exposiciones y riesgos acumulados, el PSR se somete diariamente a condiciones de vulnerabilidad, estando privado de derechos sociales básicos. De los 17 artículos analizados, 14 (82%) plantearon cuestiones relacionadas con la exclusión social. [Rosa, Secco y Brêtas \(2006\)](#) muestran que los estigmas sociales y la discriminación provienen del momento

en que el PSR se vuelve descuidado, asumiendo sus propias características que la sociedad identifica como "mendigo". [Sicari](#) y Zanella (2018) llaman la atención sobre el estereotipo de estas personas propagado por los medios de comunicación, relacionándolos con la delincuencia, la degradación del espacio público, la locura y la pobreza, haciendo que el PSR sea identificado como causante de inseguridad y violencia, posibilitando acciones de limpieza y exclusión urbana. El análisis de los artículos mostró que la discriminación social ocurre por parte de la población en general, reflejándose en la atención de la salud, donde su presencia se traduce en un fuerte malestar tanto para los profesionales de la salud como para otros usuarios.

Al buscar el servicio de salud, es común enfrentar la falta de preparación e incapacidad de los profesionales de la salud para realizar cuidados orientados a acoger demandas y necesidades de salud, presentando un déficit en la escucha y comprensión del proceso salud-enfermedad para la población (Hino, Santos & Rosa, 2018), siendo referidos a albergues sin tratamiento, con la justificación de que primero deben pasar por la atención social ([Borysow & Furtado, 2014](#)). A menudo los equipos del Servicio Móvil de Atención de Emergencia (SAMU) y la Guardia Municipal se niegan a realizar intervenciones con el PSR que presenten un estado confuso y agresivo, alegando que la persona responsable del caso es el equipo de asistencia social ([Borysow & Furtado, 2014](#)).

[Mattiello](#) y Ramos (2018) afirman que las situaciones de vulnerabilidad social afectan el desarrollo biopsicosocial, agravan las posibilidades de reinserción en la sociedad, así como generan un fuerte impacto en la vida de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en formación de carácter y personalidad. La simbología estigmatizada perjudica la imagen que el individuo tiene de sí mismo, invalidando otras posibles representaciones del yo para estas personas.

Consideraciones finales

El artículo tuvo como objetivo comprender cómo la literatura científica aborda la atención de la salud de la población sin hogar, a través de la reflexión sobre la atención primaria y el desafío para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, llevado a cabo en particular por las Unidades Básicas de Salud.

Si bien existen políticas públicas que deben garantizar la atención integral e intersectorial al individuo, los estudios retrataron condiciones de vida precarias, así como numerosas barreras en la atención de salud para la población sin hogar. Las principales barreras de acceso encontradas son: la exigencia de identidad, prueba de residencia, cuestiones higienistas y un fallo en la articulación de la atención intersectorial. En las barreras de atención, encontramos la falta de apoyo al tratamiento por parte de las personas en situación de calle y la dificultad para obtener medicamentos. También fue posible encontrar la falta de preparación de los profesionales de la salud y el estigma social que presentan.

Entre las Políticas Públicas dirigidas a la Población sin Hogar, la que demuestra ser efectiva y satisfactoria para la población es la Clínica en la Calle, con sus estrategias de atención orientadas a la Reducción de Daños, respetando los derechos y voluntades del paciente, con el fin de hacerlo más participativo en su proceso salud-enfermedad y en el plan terapéutico, rescatando la autonomía y las prácticas de autocuidado.

El 11 de abril de 2019, en el decreto 9.761, se aprueba la nueva Política Nacional de Drogas (Pnad – Política Nacional de Drogas), que incorpora la estrategia de abstinencia de drogas lícitas e ilícitas como paradigma de tratamiento respecto a la reducción de los problemas sociales, económicos y de salud derivados del uso. Esta estrategia anula la reducción de daños, implicando directamente la autonomía del sujeto en la elección de su propuesta terapéutica, de la misma manera que dificulta la creación del vínculo entre la red de atención y la población sin hogar ([Portaria nº 1.190, 2009](#)).

En vista de los obstáculos actuales y los posibles obstáculos futuros, es posible notar una persistencia en la falta de atención médica a la población en cuestión, lesionando los derechos humanos y recurriendo a acciones que promueven juicios morales, exclusión y prácticas criminalizadoras y punitivas. Las terapias que se basan en la abstinencia se configuran como estrategias de alta demanda, ya que requieren del usuario la condición inicial de abstinencia del uso de sustancias psicoactivas para ser incluido en los servicios, además de mantener este objetivo, a riesgo de ser excluido de los Programas o ser admitido en instituciones de carácter correccional. Las Comunidades Terapéuticas aparecen en este escenario como instituciones que

apoyan el paradigma de la abstinencia, y guían sus terapias en prácticas guiadas por preceptos religiosos, apoyándose aún bajo la égida del tratamiento moral.

Esta investigación, por aportar resultados que parten de la historia de luchas y avances en el desarrollo de prácticas terapéuticas basadas en la Atención Primaria de Salud y promoción de la Salud Mental en el territorio donde viven (la calle) desde la estrategia de Reducción de Daños, tiene el deber de denunciar el retroceso que estamos viviendo con el desmantelamiento de la Clínica en la Calle con la exclusión de las estrategias de Reducción de Daños en el ámbito de la Política Nacional sobre Drogas y reafirmar la potencia de estos dispositivos presentados aquí. Coincidimos con los autores aquí investigados sobre la necesidad de mejorar las políticas públicas, con un enfoque exclusivo en las necesidades de la población, buscando nuevas formas de intervenciones que consideren a las personas en sus individualidades, así como dirigidas a la cualificación de los profesionales, deconstruidas en sus prejuicios y críticas en relación con las políticas higienistas, y preparadas para hacer frente a las diversas demandas presentadas.

Se cree en la relevancia de este estudio como contribución al campo de la investigación académica en el área de la salud, especialmente en Psicología, dada la necesidad de nuevas producciones sobre vulnerabilidades y desigualdades sociales, para el proceso de transformación de la visión estigmatizada, así como para la mejora de las políticas públicas que presenta gran fragilidad y retrocesos actuales.

Contribuciones de los autores

Jesus, A. A. S. participó en la concepción, planificación, diseño y desarrollo de la investigación, recopilación y análisis de datos, interpretación de los resultados y redacción del artículo. Lisboa, M. S. participó en la concepción, planificación, diseño y orientación de la investigación, así como en la revisión y corrección del artículo.

Conflictos de intereses

No se ha declarado ningún conflicto financiero, legal o político que involucre a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, pero no limitado a subvenciones y financiamiento, participación en consejo asesor, diseño de estudios, preparación de manuscritos, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista Psicologia, Diversidade e Saúde es indexada en [EBSCO](#), [DOAJ](#) y [LILACS](#).

EBSCO 

LILACS 

Referencias

- Aguiar, M. M., & Iriart, J. A. B. (2012). Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil [Significados y prácticas de salud y enfermedad entre la población sin hogar en Salvador, Bahía, Brasil]. *Cad. Saúde Pública*, 28(1), 115-124. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>
- Bottil, N. C. L., Carolina, G. C., Mônica, F., Ana, K. S., Ludmila, C. O., Ana, C. H. O. A. C., & Leonardo, L. K. F. (2009). Condições de saúde da população de rua na cidade de Belo Horizonte [Condiciones de salud de la población sin hogar en la ciudad de Belo Horizonte]. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 162-176. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68482>
- Borysow, I. C., & Furtado, J. P. (2014). Acceso, equidad y cohesión social: evaluación de estrategias intersectoriales para la población en situación de calle. *Rev Esc Enferm USP*, 48(6), 1069-1076. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>
- Candido, N. A. (2006). *Ação pastoral da Igreja Católica Apostólica Romana face ao direito à inserção social de pessoas em situação de rua* [Acción pastoral de la Iglesia Católica Romana frente al derecho a la inclusión social de las personas en situación de calle] [Disertación de maestría, Universidade Metodista de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/194>
- Carneiro, J. N., Jesus. C. H., & Crevelim. M. A. (2010). A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos [La estrategia de salud familiar para el acceso igualitario de la población en situación de calle en los grandes centros urbanos]. *Saúde e sociedade*, 19(3), 709-716. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>
- Carta de Ottawa. (1986). In: *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* [1º Congreso Internacional de Promoción de la Salud]. http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988*. (1988). Da ordem social, da saúde [Del orden social, de la salud]. (pp. 118-120). https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- Costa, A. P. M. (2005). População em situação de rua: contextualização e caracterização [Población sin hogar: contextualización y caracterización]. *Revista Virtual Textos e contextos*, 4(1), 1-15. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/993>
- Costa, D. (2007) *A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua* [La calle en movimiento: experiencias urbanas y juegos sociales en torno a la población sin hogar] [Disertación de Maestría, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-20122007-140625/pt-br.php>
- Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. (2009) Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [Establece la Política Nacional para la Población en Situación de Calle y su Comité Intersectorial de Seguimiento y Monitoreo, y dicta otras disposiciones]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm
- Decreto s/n, de 25 de outubro de 2006*. (2006). Constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas. [Constituye un Grupo de Trabajo Interministerial - GTI, con el propósito de elaborar estudios y presentar propuestas de políticas públicas]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn11024.htm
- DENEM. (2017). *Saúde da população em situação de rua* [Salud de la población sin hogar]. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/2018-Sa%C3%BAde-Pop.-de-Rua.pdf>
- Engstrom, E. M., & Teixeira, M. B. (2016). Equipe "Consultório na rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável [Equipo "Clínica en la Calle" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: prácticas de cuidado y promoción de la salud en un territorio vulnerable]. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(6), 1839-1848. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>
- Ferreira, C. P. S., Rozendo, C. A., & Melo, G. B. (2016). Consultorio de Calle en una capital del Nordeste brasileño: perspectiva de personas en situación de vulnerabilidad social. *Cad. Saúde Pública*, 32(8), e00070515. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>

- Frota, H. C., & Brasil, F. P. D. (2013). *Fórum de População de Rua de Belo Horizonte – a Criação de uma Política Pública de Forma Participativa e Deliberativa* [Foro de la Población Callejera de Belo Horizonte – la Creación de una Política Pública de Forma Participativa y Deliberativa]. http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/68/2013_EnANPAD_APB2069.pdf
- Governo Federal do Brasil. (2008). *Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua* [Política Nacional para la Inclusión Social de la Población en Situación de Calle]. https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf
- Hallais, J. A. S., & Barros, N. F. (2015). La consulta médica en la calle: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades. *Cad. Saúde Pública*, 31(7), 1497-1504. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>
- Hamada, R. K. F., Alves, M. J. M., Hamada, H. H., Hamada, J. S. F., & Valvassori, P. M. D. (2018). População em situação de rua: A questão da marginalização social e o papel do Estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil [Población sin hogar: La cuestión de la marginación social y el papel del Estado en la garantía de los derechos humanos y el acceso a los servicios de salud en Brasil]. *Rev. APS*, 21(3), 461-469. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16041>
- Hino, P., Santos, J. O., & Rosa, A. S. (2018). Personas que viven situación de calle bajo la mirada de la salud. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 732-740. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências [Dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y funcionamiento de los servicios correspondientes, y otras disposiciones]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lisboa, M. S. (2013). *Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização* [Locos de la calle y redes de salud mental: los desafíos del cuidado en el territorio y la trampa de la institucionalización] [Tesis de Doctorado, Pontificia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUCSP. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17023>
- Mattiello, F., & Ramos, W. M. (2018). Estudios en psicología y áreas interdisciplinarias sobre la población en situación de calle. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 67-77. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180008>
- Medeiros, C. R. S., & Cavalcante, P. (2018). A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores [La puesta en marcha del programa de salud específico para la población sin hogar - Puesto de calle: barreras y facilitadores]. *Saúde Soc*, 27(3), 754-768. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170946>
- Ministério da Saúde. (1986). *Conferência Nacional de Saúde*, 8, Relatório final [Conferencia Nacional de Salud]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- Ministério da Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata*, de 12 de setembro de 1978 [Declaración de Alma-Ata]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). I Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua - Síntese dos resultados [I Censo y Encuesta Nacional de Población en Situación de Calle - Resumen de resultados]. In: J. V. Q. Cunha & M. Rodrigues. *Rua: Aprendendo a contar* [Calle: aprendiendo a contar]. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
- Muñoz, J. V. (2007). *Bases para uma política pública de inclusão da população adulta em situação de rua no Estado do Rio de Janeiro* [Bases para una política pública de inclusión de la población adulta en situación de calle en el Estado de Río de Janeiro]. Fórum Permanente de população adulta em situação de rua RJ.
- Natalino, M. A. C. (2016). *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil* [Estimación de la Población Sin Hogar en Brasil]. Texto para Discussão nº 2246. IPEA. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf
- Nery Filho, A., Valério, A. L. R., & Monteiro, L. F. (2012). *Guia do projeto consultório de rua. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Salvador* [Guía de diseño de oficinas en la calle. Brasília: Secretaría Nacional de Políticas de Drogas/Salvador]. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/guia-do-projeto-consultorio-de-rua>
- Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., Nappo, S. A., Fonseca, A. M., Carlini, C. M. A., Moura, Y. G., & Carlini, E. A. (2004). *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003* [Encuesta nacional sobre consumo de drogas entre niños y adolescentes de la calle en 27 capitales brasileñas] CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas, SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/Levantamento-Nacional-sobre-o-Uso-de-Drogas-entre-Crian%C3%A7as-e-Adolescentes-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-nas-27-Capitais-Brasileiras-2003.pdf>

- Oliveira, D. M., Expedito, A. C., Aleixo, M. T., Carneiro, N. S., Jesus, M. C. P., & Merighi, M. A. B. (2018). Necesidades, producción del cuidado y expectativas de personas en situación de calle. *Rev Bras Enferm*, 71(6), 2849-2857. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>
- Paiva, I. K. S., Lira, C. D. G., Justino, J. M. R., Miranda, M. G. O., & Saraiva, A. K. M. (2016). Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática [Derecho a la salud de la población en situación de calle: reflexiones sobre el problema]. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(8), 2595-2606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>
- Paula, H. C., Daher, D. V., Koopmans, F. F., Faria, M. G. A., Brandão, P. S., & Scoralick, G. B. F. (2018). La implantación del Consultorio en la Calle en la perspectiva del cuidado en salud. *Rev Bras Enferm.*, 71(6), 3010-3015. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>
- Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. (2009). Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas [Establece el Plan de Emergencia para la Ampliación del Acceso al Tratamiento y Prevención del Alcohol y otras Drogas en el Sistema Único de Salud - SUS (PEAD 2009-2010) y define sus orientaciones generales, acciones y objetivos]. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (2011). Aprova a Política Nacional de Atención Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atención Básica, para a Estrategia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Aprueba la Política Nacional de Atención Primaria, estableciendo la revisión de lineamientos y normas para la organización de la Atención Primaria, para la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y el Programa Agentes Comunitarios de Salud (PACS)]. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Atención Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atención Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Aprueba la Política Nacional de Atención Primaria, estableciendo la revisión de lineamientos y normas para la organización de la Atención Primaria para el Programa de Salud de la Familia (PSF) y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS)]. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
- Rosa, A. S., Secco, M. G., & Brêtas, A. C. P. (2006). La atención a personas sin hogar: revisando el significado del proceso salud-enfermedad. *Rev Bras Enferm*, 59(3), 331-336. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300015>
- Sicari, A. A., & Zanella, A. V. (2018). Personas en situación de calle en Brasil: revisión sistemática. *Psicologia: Ciência e profissão*, 38(4), 662-679. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>
- Silva, F. P., Frazão, I. S., & Linhares, F. M. P. (2014). Prácticas de salud de los equipos de atención callejera. *Cad. Saúde Pública*, 30(4), 805-814. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100513>
- Silva, J. A. (2001). *O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: Agente Institucional ou Agente de Comunidade?* [El agente comunitario de salud del Proyecto Qualis: ¿Agente Institucional o Agente Comunitario?] [Tesis de Doctorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. Biblioteca digital USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-29082014-114850/pt-br.php>
- Sposati, A. (1995). Comentário sobre as formas de atuação com a população de rua [Comentar las formas de trabajar con la población sin hogar]. In: C. M. M. Rosa. (Org.). *População de rua: Brasil-Canadá*. HUCITEC.
- Tondin, M. C., Neta, M. A. P. B., & Passos, L. A. (2013). Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua [Clínica de Calle: intervención sobre el consumo de drogas con personas sin hogar]. *Revista de Educação Pública*, 22(49), 485-501. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929#:~:text=O%20Consult%C3%B3rio%20de%20Rua%20se,pe%C3%A7as%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua>
- Varanda, W. (2003). *Do direito a vida à vida como direito: sobrevivência, intervenções e saúde de adultos destituídos de moradia e trabalho nas ruas da cidade de São Paulo* [Del derecho a la vida a la vida como derecho: supervivencia, intervenciones y salud de adultos desposeídos de vivienda y trabajo en las calles de la ciudad de São Paulo]. [Disertación de Maestría, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. Biblioteca digital USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28022011-231027/pt-br.php>
- Vargas, E. R., & Macerata, I. (2018). Contribuciones de los equipos de Consultorio en la Calle para el cuidado y la gestión de la atención básica. *Rev Panam Salud Publica*, 42, 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>
- Vieira, M. A. C., Bezerra, E. M. R., & Rosa, C. M. M. (Orgs). (1992). *População de rua: quem é, como vive e como é vista* [Personas sin hogar: quiénes son, cómo viven y cómo son vistas]. HUCITEC.
- Whittemore, R., & Knafel, K. (2005). The integrative review: updated methodology [La revisión integradora: metodología actualizada]. *J Adv Nurs*, 52(5), 546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Archivos adjuntos

Archivo adjunto 1. Artículos seleccionados para el análisis

Nº	Nombre	Autor	Año	Revista	Método
1	Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde	Paula Hino; Jaqueline de Oliveira Santos; Anderson da Silva Rosa	2018	Brasileira de enfermagem	Revisão integrativa
2	Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua	Deise de Oliveira; Adélia Expedito; Milleny Aleixo; Nicoli Carneiro; Maria de Jesus; Miriam Merighi	2018	Brasileira de Enfermagem	Pesquisa qualitativa
3	A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde	Hermes de Paula; Donizete Daher; Fabiana Koopmans; Magda Faria; Paula Brandão; Graziela Scoralick	2018	Brasileira de Enfermagem	Relato de experiência
4	Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua	Maria Kami; Liliana Larocc; Maria Chaves; Laura Piosiadlo; Guilherme Albuquerque	2016	Escola de Enfermagem	Pesquisa qualitativa e exploratória
5	Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua	Igor da Costa Borysow; Juarez Pereira Furtado	2014	Escola de Enfermagem	Estudo de caso
6	O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença	Anderson Rosa; Maria Secco; Ana Brêtas	2006	Brasileira de Enfermagem	Pesquisa qualitativa
7	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica	Everson Vargas; Iacã Macerata	2018	Panamericana de Salud Pública	Revisão de literatura
8	Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática	Aline Sicari; Andrea Zanella	2018	Psicologia: ciência e profissão	Revisão Sistemática
9	População em situação de rua: A questão da marginalização e o papel do estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil	Rafael Hamada; Márcio Alves; Hélio Hamada; Jéssica Hamada; Pedro Valvassori	2018	APS	
10	Estudos em psicologia e áreas interdisciplinares sobre a população em situação de rua	Felipe Mattiello; Wilsa Maria Ramos	2018	Estudos de psicologia	Revisão de literatura
11	A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua	Cristiane Medeiros; Pedro Cavalcante	2018	Saúde e Sociedade	Descritivo-exploratório
12	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	Cíntia Ferreira; Célia Rozendo; Givânia Melo	2016	Caderno de Saúde Pública	Pesquisa qualitativa
13	Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil:	Elyne Engstrom; Mirna Teixeira	2016	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa qualitativa
14	Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática	Irismar Paiva; Cindy Lira; Jéssica Justino; Moêmia Miranda; Ana Saraiva	2016	Ciência e Saúde Coletiva	Revisão integrativa
15	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	Janaina Hallais; Nelson Barros	2015	Caderno Saúde Pública	Observação participante
16	Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua	Feliciale Silva; Iracema Frazão; Francisca Linhares	2014	Caderno Saúde Pública	Pesquisa qualitativa
17	Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil	Maria Aguiar; Jorge Iriart	2012	Caderno Saúde Pública	Pesquisa Qualitativo