

INTEGRAÇÃO EM REDE: EXPERIÊNCIA INTERSETORIAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

NETWORK INTEGRATION: AN INTERSECTORAL EXPERIENCE IN HEALTH AND SOCIAL ASSISTANCE IN CARING FOR THE HOMELESS POPULATION

INTEGRACIÓN EN RED: UNA EXPERIENCIA INTERSECTORIAL EN SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN EN CALLE

Lívia Gonçalves Neves¹
Tatiane da Costa Raposo²
Laís Oliveira de Moraes Tavares³
Leonardo Cassimiro Fonseca e Souza⁴
Camila Souza de Almeida⁵
Amanda Conrado Silva Barbosa⁶
Débora Aparecida Silva Souza⁷
João Marcos Alves Melo⁸

RESUMO: Garantir acesso e qualidade da assistência à saúde para população em situação de rua (PSR) configura-se entrave para o sistema público; perpetuam iniquidades e exclusão. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de ações intersetoriais entre assistência social e à saúde para PSR em município de Minas Gerais, destacando estratégias, desafios e resultados obtidos. Trata-se de um relato de experiência desenvolvida entre 2023 e 2024, por meio da articulação entre Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de Assistência Social, com planejamento conjunto, abordagens em campo e sistematização de registros. Foram realizadas 37 intervenções em campo, com 47 atendimentos realizados, incluindo procedimentos clínicos de enfermagem e odontologia, acolhimento psicológico e assistência social. Demonstrou-se eficácia, sobretudo nos períodos de clima frio, com relevante aceitação. A experiência reafirmou a necessidade de articulação intersetorial, para garantia dos direitos universais e cuidado integral. Falhas na sistematização de registros demonstraram-se limitações importantes.

Palavras-chave: Pessoas Mal Alojadas. Colaboração Intersectorial. Promoção da Saúde. Equidade em Saúde. Integralidade em Saúde.

¹ Bacharel em Enfermagem, Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

² Bacharel em Enfermagem, pela Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Divinópolis.

³ Mestre em Ciências, pela Universidade Federal de São João del-Rei. Docente do Departamento de Ciências da Reabilitação e Saúde, da Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Mestrando em Ciências, na Universidade Federal de São João del-Rei. Bacharel em Enfermagem pela Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

⁵ Doutora em Promoção da Saúde, pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente do Departamento de Ciências da Reabilitação e Saúde, da Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

⁶ Mestre em Educação em Saúde e Enfermagem, pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Docente da Educação Superior, grau IV, na Universidade do Estado de Minas Gerais, Passos, Minas Gerais, Brasil.

⁷ Coorientador. Mestre em Educação em Saúde e Enfermagem, pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente no Departamento de Ciências da Reabilitação e Saúde, na Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

⁸ Orientador. Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal de São João del-Rei. Docente do Departamento de Ciências da Reabilitação e Saúde, da Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

ABSTRACT: Ensuring access to and quality of health care for people experiencing homelessness (PEH) remains a challenge for the public health system, perpetuating inequities and social exclusion. From this perspective, this study aimed to report the experience of intersectoral actions between social assistance and health services for PEH in a municipality in Minas Gerais, Brazil, highlighting the strategies, challenges, and outcomes achieved. This is an experience report developed between 2023 and 2024 through coordination between Primary Health Care and the Unified Social Assistance System, involving joint planning, field-based outreach, and systematization of records. A total of 37 field interventions were conducted, resulting in 47 health care encounters, including clinical procedures in nursing and dentistry, psychological support, and social assistance. The actions proved effective, particularly during periods of cold weather, with relevant acceptance among the population. This experience reaffirmed the need for intersectoral coordination to ensure universal rights and comprehensive care. Limitations in the systematization of records represented important challenges.

Keywords: Ill-Housed Persons. Intersectoral Collaboration. Health Promotion. Health Equity. Integrality in Health.

RESUMEN: Garantizar el acceso y la calidad de la atención sanitaria para las personas en situación de calle (PSC) constituye un desafío para el sistema público de salud, perpetuando las inequidades y la exclusión social. En esta perspectiva, el objetivo de este estudio fue relatar la experiencia de acciones intersectoriales entre los servicios de asistencia social y salud dirigidas a las PSC en un municipio de Minas Gerais, Brasil, destacando las estrategias, los desafíos y los resultados obtenidos. Se trata de un relato de experiencia desarrollado entre 2023 y 2024, mediante la articulación entre la Atención Primaria de Salud y el Sistema Único de Asistencia Social, con planificación conjunta, abordajes en campo y sistematización de los registros. Se realizaron 37 intervenciones en campo, con 47 atenciones, incluyendo procedimientos clínicos de enfermería y odontología, acogida psicológica y asistencia social. Las acciones demostraron ser eficaces, especialmente durante los períodos de clima frío, con una aceptación relevante por parte de la población. La experiencia reafirmó la necesidad de la articulación intersectorial para garantizar los derechos universales y la atención integral. Las deficiencias en la sistematización de los registros se evidenciaron como limitaciones importantes.

Palabras clave: Personas com Mala Vivienda. Colaboração Intersectorial. Promoção de la Salud. Equidade em Salud. Integralidade em Salud.

INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) constitui um grupo heterogêneo, geralmente marcado pela pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e ausência de moradia. Utilizam espaços públicos e áreas precarizadas como local de dormir, alimentar-se, realizar necessidades fisiológicas, em alguns casos, consumir drogas lícitas e ilícitas, além de recorrerem, temporária ou permanentemente, a unidades de acolhimento noturno (Brasil, 2023). Tal condição não se resume à ausência de moradia, mas expressa um processo contínuo de

exclusão social e familiar, produzido por desigualdades estruturais e fragilização de políticas públicas (Natalino, 2024).

Essa população vivencia múltiplas vulnerabilidades e forte estigmatização social, frequentemente associada à aparência corporal e às condições de higiene, o que acentua seu afastamento do convívio social. Como destaca Pimenta (2019), a PSR carece de reconhecimento social positivo, sendo diferenciada do domiciliado por gestos, vestimentas e formas de comunicação.

Segundo dados do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua (OBPopRua/POLOS-UFMG), em março de 2021, o número de indivíduos em situação de rua, com base no Cadastro Único (CadÚnico) para Programas Sociais, foi de 160.097 (Dias, 2021, p. 13). Já em maio de 2026, este número alcançou 338.855, representando um aumento de quase 100% em relação a 2020 (UFMG, 2026). A região Sudeste concentra a maior parte desse contingente (61%, equivalente a 234.535 pessoas). O perfil demográfico aponta predominância masculina (84%), faixa etária de 18 a 59 anos (88%), baixa escolaridade (52% sem o ensino fundamental completo) e maioria negra. Além disso, 81% sobrevivem com até R\$109,00 mensais, o que corresponde a 7,18% do salário-mínimo vigente de R\$1.518,00, e foram notificadas 46.865 situações de violência contra essa população entre 2020 e 2024, sobretudo em vias públicas (UFMG, 2026).

3

As demandas da PSR extrapolam a lógica biomédica, envolvendo dimensões sociais, culturais e políticas. Nesse sentido, a intersetorialidade desponta como estratégia fundamental para articular respostas entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), evitando a fragmentação do cuidado (Freitas *et al.*, 2023). Entre os marcos legais, destacam-se a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto nº 7.053/2009 (Brasil, 2009), e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (Brasil, 2005), que, em conjunto com o SUAS e o SUS, possuem como objetivo assegurar a proteção social, promover a dignidade humana, fortalecer a articulação intersetorial e ampliar a promoção da equidade. Ainda assim, estudos indicam que a existência de políticas não garante, por si só, o cuidado integral, devido a barreiras culturais, institucionais e atitudinais que perpetuam a exclusão (Andrade *et al.*, 2021).

Em relação à saúde, esse grupo apresenta altas taxas de mortalidade prematura e menor expectativa de vida que a população geral. As principais causas de óbito incluem suicídio, lesões não intencionais, infecções, transtornos mentais e uso abusivo de substâncias, além de

problemas oftalmológicos, auditivos e odontológicos, que aceleram o processo de envelhecimento (Freitas *et al.*, 2023).

Nesta perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS), descrita como porta de entrada preferencial do sistema público de saúde brasileiro, regida e organizada pela legislação que regulamenta o SUS, fundamentalmente é estruturada para atuar maximizando o acesso para as diversificadas populações (Brasil, 2017). Ainda, para a abordagem da PSR, a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) institui a estratégia Consultório na Rua, com equipes itinerantes que buscam atender às necessidades do grupo vulnerável. Complementarmente, o SUAS, por meio de seus atores, tem por contribuição assegurar direitos comuns aos indivíduos e assistir às populações necessitadas, como a PSR, atuando na função de intercessores das necessidades psicossociais do indivíduo (Souza; Costa-Rosa; Benelli, 2019).

O perfil de atendimentos e acesso aos serviços, entretanto, ocorre majoritariamente por ambulatorios e unidades de pronto-atendimento, em virtude de barreiras na acessibilidade programática, relacionadas a exigências burocráticas, horários inflexíveis e dificuldades de agendamento, ressaltando fragilidades na capilaridade da APS (Andrade *et al.*, 2021; Brasil, 2017; Couto *et al.*, 2023; Lira *et al.*, 2019). A partir de que o usuário adentre o serviço, na APS ou demais níveis de atenção, persistem, ainda, barreiras relacionadas a outras dimensões de acesso: o programático – oportunidades de atendimentos em diferentes horários, como exemplo -, o atitudinal – verificado por preconceitos, estereótipos, estigma -, e o metodológico – métodos e técnicas utilizados para abordagem e assistência (Hungaro *et al.*, 2024).

Destarte, a organização de ações efetivas para assistência à PSR em caráter interseccional e intersetorial, despontam essenciais à garantia dos direitos constitucional e legalmente dispostos. No contexto experienciado, as ações versaram sobre a promoção de acolhimento humanizado, atenção à saúde física e mental e das demandas sociais e éticas crescentes, na busca pela efetivação do princípio de equidade. Trata-se de município que não dispõe de população verificada suficiente para implantação de equipe de Consultório na Rua (eCR), contudo, com relativa ocorrência de pessoas em situação de rua. As barreiras de vínculo e ausência de estratégias sólidas apontam a necessidade de arranjos intersetoriais para criação de uma intervenção que atenda à PSR ocorrente no território.

Diante disso, o estudo apresenta relevância científica ao contribuir para o fortalecimento do debate no campo da saúde coletiva e da assistência social acerca de modelos de cuidado voltados à população em situação de rua; relevância social ao conferir visibilidade às demandas,

direitos e iniquidades que atravessam esse grupo; e relevância prática ao oferecer subsídios técnico-operacionais para gestores e profissionais na formulação, implementação e qualificação de estratégias intersetoriais equitativas, resolutivas e sustentáveis no território. Ainda, alinha-se aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que compreendem 17 metas econômicas, sociais, políticas e de saúde para que atinja-se a sustentabilidade do desenvolvimento humano. Mais especificamente, este estudo alinha-se aos ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), 10 (Redução das Desigualdades) e 11 (Cidades Sustentáveis). Ainda, a intervenção busca a efetivação dos princípios-base do SUS, que versam sobre a promoção de ações de saúde integrais, isto é, em todos os momentos da vida, para todas as demandas em saúde; equitativas, sem discriminações de quaisquer tipos; e universais, garantidas a todos os indivíduos em território nacional.

Assim, este artigo tem como objetivo relatar a experiência desenvolvida no município de Carmo do Cajuru (MG), evidenciando as estratégias intersetoriais entre saúde e assistência social voltadas ao cuidado integral da população em situação de rua, destacando avanços, desafios e perspectivas de inclusão e cidadania.

MÉTODOS

5

Trata-se de relato de experiência, relatado segundo as diretrizes *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0), vivenciado durante os anos de 2023 e 2024, por enfermeiro, professor do magistério superior e servidor público municipal, na função de coordenação e articulação intersetorial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e discentes do curso de enfermagem. Observada a relevância social e a experiência prática desenvolvida no território, o grupo propôs-se a analisar sistematicamente a intervenção, contribuindo para aproximação da realidade vivenciada, aprendizado sobre o manejo das iniquidades em saúde, difusão de estratégias intersetoriais consideradas exitosas para atuação profissional e produção e divulgação de conhecimento científico.

O relato de experiência não dispõe, essencialmente, um relato de pesquisa acadêmica; compõe-se da descrição concisa e detalhada de uma experiência exitosa, que possibilita produção de conhecimento, divulgação científica e replicação em diversificados contextos. Desta forma, contribui socialmente de modo a viabilizar o acesso, divulgação e compreensão de questões sociais, hodiernamente, facilitada pelo meio digital, uma vez que a informatização contemporânea assim permite (Mussi; Flores; Andrade, 2021).

A intervenção foi centrada em um município de pequeno porte, situado na macrorregião Oeste de saúde, região geográfica Centro-Oeste do estado de Minas Gerais. O município tem população verificada, em 2022, de 23.479, e estimada, para 2025, de 24.581 habitantes. A conformação dos serviços de saúde do município se concentra na Atenção Primária e Secundária à Saúde, contando com 10 equipes de Saúde da Família (eSF), complementadas por equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipe Multiprofissional (e-Multi), correspondendo a uma cobertura potencial da APS de 142,38% (Brasil, 2026). Também, a assistência municipal é apoiada pelos setores de Vigilância em Saúde, Pronto Atendimento Municipal, Laboratório de Análises Clínicas Municipal, Serviço de Residência Terapêutica e Tratamento Fora do Domicílio (Especialidades).

Atestada a impossibilidade de implantação de equipe de Consultório na Rua, a intervenção compôs-se da abordagem intersetorial da PSR pelo território do município, com o oferecimento de assistência de enfermagem em procedimentos - aferição de pressão arterial, realização de curativos, realização de testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), cuidados com higiene - e educação em saúde; assistência psicológica; e odontológica - avaliação bucal, rastreamento de lesões malignas e encaminhamento para os consultórios das unidades de saúde.

6

O projeto foi estruturado em etapas, a saber: organização de reuniões entre a APS e o SUAS - especificamente, equipe do Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) - para alinhamento do processo de trabalho, demarcação das áreas de abrangência e locais para realização da intervenção; e definição das atividades a serem realizadas. Após, procedeu-se a sensibilização de toda a rede, tratando a temática sobre a saúde da PSR e a importância da fortificação da rede. Frisou-se, durante os momentos de sensibilização, a necessidade de acolhimento humanizado, com devido alinhamento entre os serviços e uma rede qualificada na temática, para posterior sensibilização comunitária.

Procedeu-se à organização de uma escala, com revezamento entre os profissionais que prestavam assistência nas equipes de Saúde da Família (eSF), equipe Multiprofissional (eMulti) e equipes de Saúde Bucal (eSB). Foram escalados profissionais diversos, em cada equipe da rede. Na assistência social, foram escalados os técnicos em referência do serviço, compostos por psicólogo, assistente social e advogado. Nas eSF, escalou-se o enfermeiro das unidades, para a realização dos procedimentos e articulação intersetorial da rede; e das eSB, cirurgiões-dentistas. Da e-Multi, convocou-se o profissional psicólogo.

Fora estruturada, também, a organização dos materiais para atuação da equipe, dentre os quais: cortador de cabelos, cortador de unhas, caixa para perfurocortantes, materiais para realização de curativos (gazes, ataduras, máscaras, luvas, coberturas, embalagens de soro fisiológico 0,9%, agulhas e lâminas de bisturi), testes rápidos de ISTs (HIV, sífilis, hepatites B e C), preservativos de uso interno e externo, materiais de escritório para registros e instrumentos de avaliação clínica (esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro, otoscópio e lanterna clínica).

As escalas foram confeccionadas seguindo ordem de prioridades: possibilidade de atuação da equipe do CREAS; disponibilidade de carro com motorista (de posse do SUAS); e disponibilidade dos profissionais da APS, em virtude de remanejo de escalas e folgas. Inicialmente, a intervenção ocorreu com base semanal, em dois dias, nos turnos matutino e vespertino/noturno. Posteriormente, houve reduções mensais, reduções quinzenais e alterações conforme necessidade. Nas estações de clima frio, como outono e inverno, foram realizadas abordagens noturnas, com distribuição de alimentos e oferta de abrigo em locais improvisados pelo CREAS.

Após cada abordagem, eram feitos lançamentos individuais na ficha do paciente; na ocorrência de falta de cadastro, este era solicitado. A responsabilidade preenchimento das informações, no formato de ficha armazenada em nuvem (*cloud storage*), fora rateada entre a equipe. Foram registradas a equipe atuante, data, intervalo de tempo entre abordagens, descrição/relato das atividades, quantidade de PSR abordadas. Ainda, a abordagem visava sensibilizar a rede de PSR, uma vez que estes atuam de maneira protetiva e colaborativa entre si, para que ocorresse compartilhamento de informações sobre o acolhimento nos serviços de saúde e assistência social. Também, a malha comercial local e equipamentos sociais foram envolvidos no processo de estruturação de rede de proteção e divulgação de informações para as PSR.

RESULTADOS

A extração de dados para a seção de resultados baseou-se nas escalas de atendimento e no relatório consolidado de atividades de abordagem à PSR, registradas entre julho e dezembro de 2023 e entre maio e agosto de 2024. Analisaram-se as intervenções em campo realizadas, comparando-se com o esquema planejado, como também, o quantitativo de atendimentos e procedimentos viabilizados.

No período de 2023 a 2024, a análise comparativa entre a escala programada e os registros efetivamente realizados, revelou registros de 39 datas de atendimento, dos quais, 37 foram confirmados em dados oficiais, correspondendo a uma taxa de execução de 94,87% do planejado. No ano de 2023, das 21 datas previstas, 19 foram devidamente registradas. Apenas duas (27 e 28 de junho) não foram localizadas, e duas abordagens adicionais ocorreram em caráter não programado, em 27 de julho e 1º de agosto. Em 2024, todas as 18 datas previstas foram cumpridas e registradas, além de seis abordagens complementares realizadas extraordinariamente (9 de janeiro, 6 e 21 de fevereiro, 2, 17 e 19 de abril).

As atividades ocorreram exclusivamente em dias úteis, com maior concentração às terças-feiras (12 registros), seguidas das segundas-feiras (6), quartas-feiras (3) e quintas-feiras (2). Não houve registros em finais de semana. Quanto aos horários, observou-se variação conforme condições climáticas, disponibilidade de veículo fornecido pelo CREAS e agenda dos profissionais envolvidos. No período da manhã, foram registradas 15 abordagens (das quais, 9 entre 8h e 11h, e 6 entre 8h30 e 11h). À tarde, ocorreram 5 abordagens entre 13h30 e 16h, com o cancelamento de uma delas. À noite, destacaram-se 3 ações entre 17h e 20h em julho de 2023 e 11 atendimentos após 18h entre junho e agosto de 2024, estes últimos associados à sazonalidade das baixas temperaturas, visando oferecer acolhimento noturno e abrigo ao frio.

Em todos os atendimentos estiveram presentes profissionais da APS, incluindo obrigatoriamente enfermeiro, psicólogo e cirurgião-dentista. A equipe era complementada por profissionais do CREAS (psicólogo, assistente social ou advogado), além do motorista. Contudo, a indisponibilidade de alguns profissionais após as 16h, devido a demandas institucionais ou pessoais, dificultava o cumprimento integral da escala, resultando em equipes incompletas em parte das abordagens, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1 – Registro de ausência de profissionais por categoria de ocupação brasileira (CBO). Carmo do Cajuru-MG, 2023-2024.

PROFISSIONAL	Nº DE AUSÊNCIAS REGISTRADAS	MESES MAIS CRÍTICOS
Cirurgião dentista	10	Julho a outubro/2023 Junho a agosto/2024
Psicólogo	3	Agosto/2023 Agosto/24
Enfermeiro	2	Julho/2023 Julho/2024

Fonte: Elaborado pelos autores.

O município analisado, por estar localizado próximo a Divinópolis, principal cidade da região Centro-Oeste do estado, e no trajeto para a capital mineira, apresentava uma população em situação de rua sem permanência fixa, acarretando grande variabilidade e mobilidade pelo território, dificultando o seguimento terapêutico.

Em relação aos atendimentos e procedimentos realizados, a partir dos registros das ações, identificou-se que entre junho de 2023 e agosto de 2024 foram atendidas 47 pessoas em situação de rua.

Durante o ano de 2023, foram contabilizadas 29 pessoas abordadas, com maior concentração nos meses de junho ($n=11$) e agosto ($n=9$). O mês de julho apresentou baixa adesão ($n=4$, em quatro datas de intervenção); em outubro registraram-se 4 pessoas em duas abordagens e, em novembro, apenas uma pessoa atendida. Já em 2024, totalizaram-se 18 atendimentos, distribuídos principalmente em fevereiro, abril, julho e agosto. Destacam-se os meses de julho, com três ocasiões de abordagem e 6 pessoas atendidas, e abril, com 5 pessoas em dois dias de atividade. Nos demais encontros, a média foi de uma ou nenhuma pessoa atendida. O Gráfico 1 apresenta a distribuição dos atendimentos por mês, evidenciando as oscilações no período analisado.

Gráfico 1 - Número de atendimentos x meses do ano



Fonte: Elaborado pelos autores.

Na tangência dos procedimentos realizados, para todo o período da intervenção, fora possível mensurar a realização de cerca de 60 testes rápidos para ISTs, com apenas um resultado positivo para sífilis. Nesta situação, o paciente abordado fora devidamente referenciado à unidade de saúde. Os procedimentos clínicos de aferição de pressão arterial (n=35), aferição de pulso periférico (n=20), aferição de temperatura (n=15), oximetria (n=12) e avaliação de frequência respiratória (n=10) foram registrados. Também, observaram-se 28 atendimentos odontológicos, ressaltando procedimento exclusivo de avaliação geral da situação de saúde bucal dos indivíduos atendidos, tendo em vista questões estruturais dos momentos de intervenção. Tocante às ações de saúde mental, descreveram-se cerca de 25 atendimentos/abordagens específicas dos profissionais psicólogos.

Além das ações de saúde, percebe-se, dentre os registros, abordagens sociais pelos técnicos do CREAS, beneficiando 45 pessoas em situação de rua. As ações envolveram orientações sobre benefícios sociais, efetivação de documentação básica, distribuição de passes de transportes intermunicipais, além de orientações sobre demais situações de competência da assistência social.

DISCUSSÃO

10

A seção de discussão fora estruturada com base em cinco domínios, percebidos a partir do relato da experiência vivenciada. Abordaram-se temas relacionados à discriminação do indivíduo, intersetorialidade e integração dos serviços; essencialidade de registros de ações realizadas; influência da flexibilidade de horários e sazonalidade – climática, sobretudo -; ausência de profissionais e equipe responsável; e atendimentos extramuro, referência e contrarreferência.

Acesso ao serviço, discriminação e intersetorialidade

As abordagens em campo possibilitaram compreender a realidade social e de saúde da PSR, marcada por múltiplas vulnerabilidades no âmbito da saúde e em dimensões sociais. Foram identificadas condições crônicas sem acompanhamento, lesões físicas não tratadas, sofrimento psíquico intenso, uso abusivo de álcool e outras drogas, além da ruptura de vínculos familiares, comunitários e institucionais, fatores contribuintes para o processo de invisibilização e exclusão social (Brasil, 2023).

Essa realidade corrobora o estudo de Sousa e colaboradores (2020), que descrevem condições de vida extremamente desfavoráveis entre as pessoas em situação de rua, agravadas pela falta de acesso a serviços básicos, como saúde, educação e segurança. O preconceito associado a características estigmatizantes, como odor corporal, uso de substâncias, dificuldade de acesso a consultas, horários inflexíveis e ausência de rede de apoio para internações, reforçam a exclusão social dessa população (Koopmans *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2020).

A discriminação direcionada à população em situação de rua manifesta-se também nos serviços de saúde, onde ainda predomina a despersonalização desse grupo enquanto sujeito de direitos, refletindo a insuficiente compreensão das especificidades e necessidades singulares dessa população, frequentemente resultando em barreiras institucionais de acesso, ademais a pior qualidade de assistência e, por conseguinte, perpetuação de transtornos mentais e físicos (Reilly; Ho; Williamson, 2022). Em diversos contextos, observa-se que profissionais de saúde permanecem presos a concepções rígidas de territorialização e tecnocracia, o que leva à negação de atendimentos e à perpetuação de desigualdades no cuidado (Couto *et al.*, 2023).

Complementarmente, as trajetórias de cuidado de pessoas em situação de rua evidenciam que barreiras nos serviços de saúde – como preconceito, negligência e vivências de violência institucional, além de situações em que o acesso é negado ou dificultado – seguem determinando a exclusão e a vulnerabilidade desse grupo, ainda que existam dispositivos específicos na rede (Gonçalves *et al.*, 2023).

É importante destacar, ainda, a existência da sobreposição de exclusões e preconceitos, baseadas, por exemplo, em gênero, raça, sexualidade e vulnerabilidade, conceito determinado interseccionalidade (Collins; Bilge, 2021; de Paula, 2024). Como descrito, o perfil populacional da PSR brasileira evidencia maioria negra, de baixa escolaridade, que, somada aos fatores exclusivos da situação de rua, corroboram para maior estigmatização deste grupo (Barros *et al.*, 2022).

A atuação integrada entre o CREAS e as equipes de APS constituiu um elo estratégico para o fortalecimento da rede de cuidado. Essa articulação, além de garantir o atendimento direto às pessoas em situação de vulnerabilidade, promove processos educativos entre os profissionais, ampliando sua capacidade de reconhecer e intervir em casos complexos. Paralelamente, as ações desenvolvidas contribuíram para sensibilizar e mobilizar a comunidade, estimulando seu papel como agente promotor de saúde e facilitador do acesso a serviços, através de prestadores de informação, tanto diante de demandas sociais quanto de necessidades em

saúde. Tal achado converge com as determinações de Freitas e colaboradores (2023), que destacam a relevância do trabalho intersetorial na ampliação da qualidade do atendimento, ao contemplar não apenas o binômio saúde-doença, mas também os determinantes biopsicossociais, promovendo dignidade e garantindo direitos básicos.

Ainda, o letramento em saúde constitui um elemento estratégico para o fortalecimento das comunidades, pois amplia a capacidade dos indivíduos de interpretar criticamente as informações em saúde e tomar decisões fundamentadas sobre o cuidado. Esse processo favorece o empoderamento social e a corresponsabilização coletiva, pilares essenciais para a promoção da equidade e para o aprimoramento das práticas de atenção à saúde.

Assim, a experiência demonstra que o trabalho multiprofissional e intersetorial é indispensável, uma vez que as demandas da PSR ultrapassam o aspecto biológico, abrangendo múltiplas vulnerabilidades, por vezes, sobrepostas (Barros *et al.*, 2022; Couto *et al.*, 2023; Freitas *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2020). Portanto, a articulação entre diferentes políticas públicas e esferas de atenção à vida constituem artifício essencial para a construção de ações efetivas, voltadas à promoção de qualidade de vida e à redução das desigualdades sociais.

Ausência de registros

12

Durante a execução das ações observou-se entrave relacionado à ausência de registros-síntese das atividades e das abordagens realizadas pelas equipes. O registro na ficha-síntese ocorreu de modo similar a um prontuário clínico, propiciando continuidade do cuidado e acesso facilitado ao histórico de atendimentos para as equipes, em observância da escala de revezamento dos profissionais envolvidos. Além disso, o documento promoveu subsídio a ações de busca ativa, quando possível. Em algumas ocasiões, não fora realizado registro formal dos atendimentos, impossibilitando o monitoramento e a continuidade do cuidado prestado. Essa limitação tende a comprometer o processo de trabalho das equipes, bem como, a dificultar a coleta de dados para avaliação de eficácia e efetividade das estratégias implementadas.

Segundo Cacho (2016) a realização do registro é um essencial critério de avaliação da eficiência do serviço prestado, refletindo, também, a qualidade da assistência ofertada ao paciente. Os registros são considerados documentos, meios de comunicação entre vários setores e serviços, sendo responsáveis por armazenar informações que podem gerar conhecimento sobre intervenções realizadas e acompanhamento da continuidade do cuidado.

No entanto a ausência dos registros no atendimento à pessoa em situação de rua contribui de forma significativa para a invisibilidade institucional do grupo, juntamente com a dificuldade de identificação de demandas específicas, e o acompanhamento longitudinal no cuidado. No nível organizacional, a falta de informações para avaliar a resolutividades das ações, de mensurar e implementar políticas públicas, e documentar demandas legais corroboram a exclusão social desses indivíduos (Vasconcellos; Gribel; Moraes, 2008).

Neste cenário, a ausência dos registros de ações e atendimentos voltados a PSR traz implicações na qualidade da assistência, comprometendo a longitudinalidade, o acompanhamento da evolução do paciente, o conhecimento das necessidades específicas, o planejamento de políticas públicas e o manutenção de dados epidemiológicos. Falhas na realização de registros representam não somente inconsistências no processo de trabalho, como também, demonstram fragilidades na efetivação da integralidade e universalidade, além de contribuir com a invisibilidade social desta população (Hallais; Barros, 2015).

Horário da abordagem x sazonalidade

Durante as ações foi observado a influência do horário de abordagens e das condições climáticas no decorrer das atividades. A realização de atendimentos no período noturno permitiu o contato com indivíduos que dificilmente acessam o serviço de saúde durante o período diurno, ou mesmo, que se concentram em locais específicos após determinado horário. Além disso, a demanda obteve aumento em dias frios, devido às condições de saúde agravadas pelas baixas temperaturas. Este tópico foi de encontro à fatores limitadores, onde, as variações de atendimento, por muitas vezes não foram possíveis devido à disponibilidade dos atores.

Na experiência vivenciada, a PSR atendida demonstrou perfil nômade, sobretudo em virtude da localidade do município e do influxo demográfico direcionado às cidades maior porte. A extensão das ações para o período noturno demonstrou-se efetiva, contudo, ressaltando as barreiras relacionadas à continuidade do cuidado, por falhas estruturais relacionadas, não obstante, ao processo de exclusão.

A implementação da estratégia Consultório na Rua, instituída pela Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2017), desvela-se como principal artifício para assistência à população vulnerável, com objetivo de minimizar as mazelas e promover acesso facilitado à PSR. Estrutura-se com características relacionadas à mobilidade espacial e programática, abrangendo localidades diversas e horários flexíveis. Contudo, persistem barreiras relacionadas à adesão

municipal à estratégia (Medeiros; Cavalcanti, 2018), como também, à impossibilidade de adesão, em consonância aos requisitos estabelecidos, como exemplificado pelo município sede do estudo.

O cuidado prestado a PSR em horários flexíveis demonstra-se essencial para a efetivação do atendimento em saúde com esta população, como destaca Koopmans e coautores (2018) ao afirmar que o cuidado não deve ser pontual e prescritivo, e sim um ato que demanda tempo, parceria, escuta qualificada, identificação das necessidades para que se torne um cuidado longitudinal, assim construindo-se o vínculo. Dessa forma a ampliação do horário de atendimento, possibilita a inserção desse grupo na rede de cuidado e proteção.

Nesse sentido, a disponibilidade de horários de atendimento em diferentes turnos favorece a continuidade do cuidado, diminui barreiras de acesso e garante melhor atendimento de acordo com as necessidades reais da PSR. A adequação permitiu, por exemplo durante as ações, que fossem ofertados alimentos quentes, agasalhos e abrigo emergencial em horários ampliados, de encontro aos princípios do SUS, bem como à Política Nacional de Humanização, na perspectiva de observar-se a integralidade e a necessidade de aspectos humanísticos na assistência (Neto *et al.*, 2024; Sousa, Pereira e Gontijo, 2014).

Ausência e despreparo profissional

A inexistência de uma equipe exclusiva para o atendimento dessa população implica na adoção da estratégia de revezamento entre os profissionais que já atuantes da rede municipal, no SUAS ou na APS. Esses trabalhadores, contudo, acumulam as demandas do território adscrito, suas agendas regulares de atendimento e compromissos previamente estabelecidos conforme as escalas de trabalho. Tais fatores, em conjunto, resultam frequentemente no absenteísmo em diferentes momentos das abordagens, configurando um desafio relevante para a continuidade e efetividade das ações.

A impossibilidade de compor integralmente a equipe de atendimento, mesmo diante das estratégias de banco de horas e revezamento entre profissionais da APS e do SUAS, repercute diretamente na qualidade do cuidado ofertado. Em um município onde grande percentual da PSR tem característica nômade, a presença de uma equipe completa torna-se essencial para evitar a perda de oportunidades e garantir um cuidado verdadeiramente integral.

No entanto, a escassez de profissionais faz com que o acompanhamento seja fragmentado, realizado através de intervenções pontuais comprometendo a integralidade do

cuidado, reafirmando a vulnerabilidade de um grupo já marcado por exclusão social. Nesta perspectiva, a qualidade e quantidade dos serviços prestados às PSR devem ser coerentes com suas necessidades e demandas em termos de recursos humanos, horários, acolhimento, rotinas, protocolos direcionados à inclusão e tecnologias leves, a fim de legitimar essa população e incluir socialmente de acordo com suas vivências culturais anteriores (Lira *et al.*, 2019).

Ainda, é imprescindível que o cuidado à PSR seja adequado e de qualidade. Nesse sentido, o despreparo profissional desponta como limitador; a literatura destaca que profissionais da saúde possuem pouca experiência e conhecimento no acolhimento da PSR, bem como no atendimento de suas necessidades, acarretando precariedade na assistência. Desta forma, ações de educação continuada que visem atualizar e capacitar profissionais para atendimento das demandas da PSR, bem como o dimensionamento adequado de equipe e profissionais tendem a garantir a minimização das iniquidades em saúde e maior qualidade e resolutividade do atendimento do grupo vulnerável.

Atendimentos extramuro, referência e contrarreferência

Em referência à Andrade *et al.* (2022), o atendimento realizado através de abordagens extramuro contribui para melhorias no acesso da PSR, tornando-se porta de entrada fundamental para essa população nas RAS, uma vez que apresenta como característica primordial o acolhimento e a criação do vínculo com o esse grupo.

O atendimento *in loco*, com a presença das equipes em território foi fundamental para acessar os indivíduos que dificilmente procurariam os serviços. A projeção das intervenções extramuro baseou-se nas premissas de preconceitos sofridos pela PSR quando inserida nos sistemas de saúde, bem como, do perfil de busca do serviço apenas em quadros agravados, adentrando por ambulatórios e prontos-socorros (Lira *et al.*, 2019). Também, a tecnocracia relacionada à exigência de documentos pessoais, comprovação de residência e inflexibilidade de horários emergiram como limitadores de acesso.

Neste sentido, embora as abordagens não tenham ocorrido de forma diária ou semanal, as estratégias implementadas no território visavam demonstrar ao usuário em situação de rua a visibilidade dos indivíduos para o serviço e a iniciativa de atenção às suas necessidades. Paralelamente, reforçava-se para a comunidade a pertinência de atenção diferenciada a esses indivíduos. Observou-se, ainda, que as pessoas nessa condição formam uma rede própria de comunicação e apoio, na qual os próprios indivíduos atuavam como multiplicadores das

informações de educação em saúde, funcionamento da rede de serviços e do fortalecimento do cuidado comunitário.

Outra barreira observada durante a realização das ações foi a fragilidade de retorno dos usuários aos serviços de saúde, mesmo quando assim orientados. Foi possível perceber fragilidade na articulação intersetorial formal, em relação à referência e contrarreferência entre serviços, com pouca clareza sobre a efetividade do seguimento dos casos. Contudo, houve casos em que os encaminhamentos foram bem-sucedidos, com usuários retornando aos serviços e relatando melhora clínica. Neste cenário a ausência de melhor articulação entre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) – envolvendo as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), Redes de Assistência Social, com o SUAS e APS- ressalta as iniquidades da assistência à PSR. Para tanto, a criação de novas formas de articulação em rede com encaminhamento formal, fluxos bem definidos, comunicação intersetorial e corresponsabilidade entre os serviços envolvidos de acordo com necessidades e demandas dessa população possibilitam melhores atendimento e acolhimento às PSR (Lima *et al.*, 2023)

No entanto, apesar das dificuldades, a tentativa recorrente de articulação entre pontos da rede e a realização de encaminhamentos efetivados, apresentam-se como um avanço considerável, principalmente em municípios que não dispõe de equipe formal de eCR. Lira *et al.* (2019) ainda destaca que não é responsabilidade da PSR a dificuldade ao acesso à saúde, pois ela não depende exclusivamente do usuário, mas sim de todo sistema político-socioeconômico no qual estão inseridos os serviços de saúde. Sendo necessário que o serviço se reorganize a partir da condição de vida, trabalho e demanda dessa população. Dessa forma possibilita a construção do vínculo que estimula a autonomia e cidadania, diminuindo a invisibilidade já marcada por uma exclusão social, além de garantir o direito à saúde.

A intervenção perpassou algumas limitações, como a disponibilidade de recursos físico-estruturais, humanos, programáticos e organizacionais. A articulação entre trabalhadores da APS e SUAS, ainda que harmônica, não substitui a implementação de uma equipe de Consultório na Rua, específica para abordagem e atendimento da PSR. Também, o perfil nômade das pessoas em situação de rua transitando no município compromete a continuidade do cuidado e, por conseguinte, a avaliação de impacto individual das ações em saúde, educação e assistência social realizadas. Contudo, a intervenção demonstrou-se essencial à minimização das iniquidades em saúde para a PSR, bem como à sensibilização em rede (trabalhadores, comunidade e usuários) para acolhimento e assistência adequados.

CONCLUSÃO

O relato evidencia que as estratégias intersetoriais implementadas no município contribuíram para ampliação do acesso e fortalecimento da integralidade do cuidado à PSR. Destacam-se, como avanços, a abordagem extramuro realizadas com a integração intersetorial entre APS e SUAS, a flexibilização de horários e a atuação multiprofissional, atuando como práticas capazes de minimizar as barreiras históricas de acesso aos serviços de saúde e assistência social.

Apesar dos avanços, foram identificados desafios relevantes, como a ausência de registros sistematizados, a sazonalidade das ações, a rotatividade da população, a inexistência de equipe direcionada ao atendimento da PSR e as fragilidades nos fluxos de referência e contrarreferência. Os limitadores ressaltam a necessidade de provimento de recursos físicos, estruturais, humanos, informacionais, e assistenciais, bem como, da educação e preparo profissional para abordagem adequada.

A experiência demonstrou que arranjos intersetoriais são viáveis, mesmo em contextos de recursos limitados, oferecendo subsídios para gestores e profissionais de municípios de pequeno porte. Assim, reafirma-se que a efetividade do cuidado à PSR depende da superação de modelos fragmentados, da valorização da dignidade humana e da consolidação de políticas públicas integradas e comprometidas com a equidade.

17

.REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. *et al.* O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213216

BARROS, K.C.C. *et al.* Vulnerabilidades de mulheres em situação de rua: marcadores sociais de gênero e raça/cor. *Revista Rene*, v. 23, e80608, 2022. DOI: 10.15253/2175-6783.20222380608

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Primária à Saúde**. Cobertura Potencial da APS (2021-atual) [Internet], 2026. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/aps>. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>. Acesso em: 01 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004**. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília, DF: nov. 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/pnas2004.pdf. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 28 jul. 2026.

CACHO, P. de O. Dificuldades no registro de informações nos prontuários de uma unidade básica na percepção de trabalhadores da saúde. 2016. 51 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22189>. Acesso em: 16 set. 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo, 2021.

18

COUTO, J.G.A. *et al.* Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 2, e220531pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220531pt

DE PAULA, M.O. A interseccionalidade enquanto ferramenta analítica aplicada à interpretação da saúde: enfoque sobre as desigualdades em saúde à luz da diversidade e identidade. *Saúde e Sociedade*, v. 33, n. 4, e230828pt, 2024. DOI: 10.1590/S0104-1290202430828pt

DIAS, A. L.F. **Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil** – Relatório técnico-científico. Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: abr. 2021. 140 p. Disponível em: <https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio-Incontaveis-2021.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2026.

FREITAS, G. de L. *et al.* Necessidades da população em situação de rua e o desafio da abordagem intersetorial. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 17, n. 1, 2023. DOI: 10.5205/1981-8963.2023.254500

GONÇALVES, L. P. *et al.* Rede Viva: barreiras e acessos de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. *Revista Sustinere*, v. 11, n. 2, p. 453-470, 2023. DOI: 10.12957/sustinere.2023.74050

HALLAIS, J. A.S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 7, p. 1497–1504, 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00143114

HUNGARO, A.A. *et al.* Vulnerabilidade programática de pessoas em situação de rua. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 7, p. 1–24, 2024. DOI:10.55905/revconv.17n.7-216.

KOOPMANS, F. F. *et al.* Living on the streets: an integrative review about the care for homeless people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 1, p. 211–220, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0653

LIMA, D. E. F. *et al.* Necessidades da população em situação de rua e o desafio da abordagem intersetorial. *Revista de Enfermagem UFPE on-line, Recife*, v. 17, n. 1, 2023. DOI: 10.5205/1981-8963.2023.254500

LIRA, C. D. G. *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado? REME – Revista Mineira de Enfermagem, v. 23, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190004

MEDEIROS, C.R.S.; CAVALCANTE, P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na rua: barreiras e facilitadores. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 3, p. 754–768, 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902015170946

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educativa, Vitória da Conquista*, v. 17, n. 48, p. 60–77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010

NATALINO, M.A.C. **A população em situação de rua nos números do Cadastro Único.** Rio de Janeiro: Ipea, mar. 2024. 57 p.: il. (Texto para Discussão, n. 2944). DOI: 10.38116/td2944-port

NETO, J.L.F. *et al.* A Formulação da Política Nacional de Humanização e seus Antecedentes Históricos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, e268625, p. 1–14, 2024. DOI: 10.1590/1982-3703003268625

PIMENTA, M.M. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: processos de estigmatização e invisibilidade social. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, v. 19, n. 1, p. 82–104, 2019. DOI: 10.15448/1984-7289.2019.1.30905

REILLY, J.; HO, I.; WILLIAMSON, A. A systematic review of the effects of stigma on the health of people experiencing homelessness. *Health and Social Care*, v. 30, p. 2128–2141, 2022. DOI: 10.1111/hsc.13884

SOUSA, J. G. *et al.* Atenção à população em situação de rua no âmbito do Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática com metassíntese. *Saúde Coletiva (Barueri)*, v. 10, n. 55, p. 2935–2946, 2020. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i55p2935-2946

SOUZA, V.C.A.; PEREIRA, A.R.; GONTIJO, D.T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 22, suplemento especial, p. 37–47, 2014. DOI: 10/4322/cto.2014.028

SOUZA, W.A.; COSTA-ROSA, A.; BENELLI, S.J. Possibilidades nos Modos de Tratar a População em Situação de Rua. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, e189078, p. 1-17, 2019. DOI: 10.1590/1982-370300318907

UFMG. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Número de pessoas em situação de rua cresce no Brasil em 2025, mostra Polos de Cidadania, da UFMG**, 2026. Disponível em: <https://www.ufmg.br/comunicacao/radio-ufmg-educativa/publicacoes/noticias-externas/numero-de-pessoas-em-situacao-de-rua-cresce-no-brasil-em-2025-mostra-polos-de-cidadania-da-ufmg/>. Acesso em: 28 jun. 2026.

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. S173-S182, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008001300021