

Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, Supl.++ n. 1 (2022).
ARTIGO DE REVISÃO
DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p179-189
**População em Situação de Rua sob a Perspectiva da
Intersetorialidade e Direitos Humanos na Gestão do Cuidado em
Saúde**
**Population in Street Situation Under the Perspective of Intersectorality and
Human Rights in Health Care Management**

Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos

Enfermeiro, Especialista em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, Mestre em Psicologia; Membro da equipe do Consultório na Rua da Prefeitura Municipal de Rio Branco, AC, Brasil
fagneralfredo@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6563-6155>

Nathalia Halax Orfão

Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente na Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR)
nathaliahalax@unir.br

<https://orcid.org/0000-0002-8734-3393>

Resumo: A População em Situação de Rua (PSR) é caracterizada pela vulnerabilidade social que em sua experiência de rua convivem com a discriminação, preconceitos e estigmas, violação dos Direitos Humanos (DH) e barreiras em acessar o serviço público de saúde. Este estudo teve como objetivo identificar a intersectorialidade e inserção dos DH na gestão do cuidado em saúde da PSR. Trata-se de uma revisão de integrativa de literatura realizada nas bases de dados Lilacs, PubMed, Scopus, Web of Science e PsycArticles através dos descritores indexados e seus respectivos sinônimos nos Descritores em Ciências da Saúde e *Medical Subject Headings*, nos idiomas em português, inglês e espanhol. Das 588 publicações encontradas, foram analisados 23 artigos pelo software MAXQDA para categorizar os núcleos de sentido, a saber: Gestão do cuidado a PSR permeada pelos DH e intersectorialidade, Intersectorialidade como suporte ao cuidado a PSR e Violação dos DH da PSR. As ações intersectoriais nos serviços para o atendimento da PSR ainda são desarticuladas entre si, o que implica diretamente no distanciamento da gestão do cuidado em relação as necessidades da PSR e expõem lacunas, como serviços burocratizados, inflexíveis e que dificultam o acesso em saúde, colaborando para a violação dos seus DH.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Colaboração Intersectorial; Direitos Humanos; Pessoas em Situação de Rua.

Abstract: The Homeless Population (HP) is characterized by social vulnerability that in their street experience coexist with discrimination, prejudice and stigma, violation of Human Rights (HR) and barriers to access public health services. This study aimed to identify the intersectorality and insertion of human rights in the management of health care in the HP. This is an integrative literature review carried out in the Lilacs, PubMed, Scopus, Web of Science and PsycArticles databases using the indexed descriptors and their respective synonyms in the Descriptors in Health Sciences and Medical Subject Headings, in Portuguese, English and Spanish. Of the 588 articles found, 23 articles were analyzed using the MAXQDA software to categorize the cores of meaning, namely: Care management to HP permeated by human rights and intersectorality, Intersectorality as support to care a HP and Violation of HP's human rights. The Intersectoral Action in the services for the care of the HP are still disjointed, which directly implies the distancing of care management in relation to the needs of the HP and exposes gaps, such as bureaucratic, inflexible services that hinder health access, collaborating for the violation of their HR.

Keywords: Health Management; Intersectoral Collaboration; Human Rights; Homeless Persons.

Introdução

A População em Situação de Rua (PSR) é definida como um grupo populacional possuidor em comum a pobreza, vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos, ausência de emprego assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, não tendo uma moradia convencional regular e fazendo da rua sua fonte renda, sustento e residência, sejam de forma temporária ou permanente.^{1,2}

Estima-se que, no mundo, existem entre 900.000 mil a 1,6 bilhões de pessoas em situação de rua,^{3,4} e no Brasil em torno de 101 mil,⁵ ainda que os estudos no país mostrem divergências nesse quantitativo,^{2,6} o que demonstra e reforça a invisibilidade social da PSR perante a sociedade.⁵

A PSR enfrenta barreiras, tais como o preconceito, estigmas sociais, discriminação pelas suas escolhas na vida, condição social, comportamento de risco à saúde, pobreza, condição precária de higiene, dentre outras, para acessar os serviços de saúde que preferencialmente ocorre nas unidades de urgência e emergência, quando a sua necessidade ultrapassa os limites da dor ou possui interferência direta na sua sobrevivência, realização das atividades diárias e organização social na rua.^{2,7-10}

Partindo do pressuposto que a saúde é um direito fundamental do ser humano, e que são inerentes a ela, as ações que destinam a garantir as pessoas e a coletividade social o bem-estar físico, mental e social.¹¹ É relevante para a gestão do cuidado de saúde a PSR, a integração vertical e horizontal entre os serviços e profissionais, com a colaboração e articulação de ações intersetoriais que permitam abranger as questões sociais, judiciais e/ ou qualquer serviço imprescindível, a fim de atender e assegurar a integralidade do cuidado e dos seus direitos.^{5,6,9,12-15}

Acredita-se que o exercício dos direitos humanos (DH) permite a PSR ser capaz de se desenvolver socialmente, participar ativamente da vida e vivenciar plenamente a sua cidadania,¹⁶ a qual é construída pela participação social e (re)conhecimento dos seus direitos.^{5,17}

Os DH são normas que reconhecem e protegem a dignidade de todas as pessoas de forma individual como vivem em sociedade e entre si, bem como sua relação com o Estado e as obrigações deste com aquelas.¹⁸ A Declaração Universal dos DH considera que os princípios destes são prerrogativas inalienáveis a cada pessoa, como o respeito e exercício à vida, liberdade, consciência,

igualdade, dignidade e valor de cada indivíduo, segurança pessoal, tratamento respeitoso e não-cruel, a livre-expressão de suas vontades e desejos, a segurança social e trabalho, a escolarização e instrução, o lazer e cultura, e um padrão de vida capaz de proporcionar o seu bem-estar social.¹⁹

Tais princípios aparecem na Política Nacional para a PSR (PNPSR) que estimula a integração dos atores sociais mediante o acesso amplo e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas, visando a continuidade e integralidade da assistência^{1, 20} por meio da intersetorialidade para agregar os diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais que contribuem para tomada de decisão e resolução de problemas,²¹ com o intuito de proporcionar maior acessibilidade aos serviços, promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como suporte em conduzir um tratamento inclusivo e integral a PSR.^{12, 15, 22}

Deste modo, serviços flexíveis e que priorizam a estratégia de Redução de Danos (RD), contribuem na adesão ao tratamento e proporcionam bem-estar, qualidade de vida e protagonismo social a PSR. Mas para cultivar essa cultura nas instituições é necessário treinamento da equipe com o objetivo de desmitificar o processo saúde-doença que relaciona a experiência de rua e o sujeito, o qual vai além de suas escolhas e condições precárias de vida.^{10, 12, 15, 22}

Assim, este estudo teve como objetivo identificar a intersetorialidade e inserção dos DH na gestão do cuidado em saúde da PSR.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada a partir de seis etapas, a saber: (1) seleção da pergunta de pesquisa, (2) definição dos critérios de inclusão, exclusão da pesquisa e sua seleção da amostra, (3) representação dos estudos selecionados por tabelas, considerando as características comuns que apresentam, (4) análise crítica e reflexiva dos achados, identificação de diferenças e conflitos, (5) interpretação e análise dos resultados, e (6) reportar de forma clara, concisa e sistemática as evidências encontradas.^{23, 24}

Para atender a primeira etapa da revisão integrativa, e auxiliar na busca do material bibliográfico, elaborou-se como pergunta norteadora: De que modo as ações intersetoriais e os DH estão inseridas na gestão do cuidado em saúde para a PSR? Utilizou-se a estratégia PICO,^{25, 26} em que “P” é a população (PSR), “I” a intervenção (Ações Intersetoriais e DH) e “Co” o contexto (Gestão do Cuidado em Saúde), para a definição e seleção dos descritores a serem incluídos na expressão de busca e, conseqüentemente, nesta revisão de literatura.

Para combinar os descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), e seus respectivos sinônimos nos idiomas em português, inglês e espanhol, utilizou-se os operadores booleanos (AND/OR), a saber: “Pessoas em Situação de Rua” AND (“Colaboração Intersetorial” OR “Direitos Humanos”) AND “Gestão em Saúde”.

De acordo com a segunda etapa da revisão de literatura, definimos como critérios de inclusão, artigos completos, publicados nos idiomas em português, inglês e espanhol, no período entre 2015 a 2020. Como exclusão, os artigos duplicados e, por fim, como elegibilidade, os artigos que abordavam sobre a intersectorialidade e inserção dos DH na gestão do cuidado em saúde da PSR.

A expressão de busca foi inserida, em novembro de 2020, nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PubMed), Scopus, Web of Science e PsycArticles via acesso remoto pela Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) no Portal de Periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), obtendo-se 588 trabalhos. Todavia, 510 artigos foram excluídos por serem artigos incompletos (439), publicados em outros idiomas (4), inferiores ao período selecionado (55) e estavam duplicados (12).

De modo complementar, 78 artigos foram exportados para o aplicativo de revisão sistemática online *Rayyan QCRI*, para avaliação às cegas por pares a partir dos títulos e resumos. E diante de conflito entre esses, foram avaliados por um terceiro avaliador. Destes, 55 artigos foram excluídos, uma vez que não atendiam ao critério de elegibilidade, os quais abordavam exclusivamente sobre saúde mental, uso de drogas ilícitas, infecções sexualmente transmissíveis, imigração, tuberculose, câncer, bacteriologia e imunologia, violência e gravidez, abuso sexual, ideologia de gênero, qualidade de vida, famílias, ecologia, traumatologia, abrigos para moradores de rua e Covid-19. Totalizando 23 artigos para leitura na íntegra (Figura 1).

Posteriormente, para atender as demais etapas desta revisão, os 23 artigos foram lidos minuciosamente e analisados por meio da análise de conteúdo no software MAXQDA, o qual permite a análise dos dados qualitativos e métodos mistos, para a definição dos núcleos de sentido a partir das categorias temáticas.²⁷

Resultados/Discussão

A partir da análise de conteúdo, identificou-se a nuvem de palavras frequente e estrutura de palavras interativas para categorizar os núcleos de sentido formado para as três categorias temáticas, a saber: Gestão do cuidado a PSR permeada pelos DH e intersetorialidade, Intersetorialidade como suporte ao cuidado a PSR e Violação dos DH da PSR.

Gestão do cuidado a PSR permeada pelos DH e intersetorialidade

A gestão do cuidado a PSR é efetiva e proporciona a garantia do acesso aos serviços de saúde quando é permeada pelos DH e intersetorialidade amparados nas políticas de RD, Humanização, PNPSR, princípios doutrinários do SUS e Reforma Psiquiátrica,^{6, 14, 22} a fim de combater as iniquidades em saúde,²⁸ particularmente o direito a prevenção, cuidados e tratamento.⁹ Em toda prática de gestão, há uma dimensão de cuidado que norteia a assistência e colabora com a integralidade. Em que se produzir cuidado é construir a prática a partir das especificidades do objeto: pessoas e territórios singulares.

É necessário mudanças no atendimento com bases nas diretrizes para o cuidado integral com a definição de fluxos mais flexível, acessível e menos excludentes a PSR, que conceba o sujeito considerando as suas singularidades, necessidades individuais e coletivas, ultrapassando o conceito organicista de saúde, e ampliando estratégias de intervenções nos problemas e determinantes relativos a adoecer mesmo vivendo na rua.¹⁴

Assim, é preciso reestruturar os processos de trabalho ao assistir a PSR em seu território de vida, onde ocorre as relações e intersubjetividades da experiência de viver.^{14, 29} E nos serviços de saúde independentemente de estarem sujeitos, em uso abusivo de psicoativos e/ou surto psicótico,^{3, 15, 28} deve ser realizado o acolhimento, sem discriminação e/ou preconceito, respeitando sua história de vida, valorizando a sua autonomia e estimulando a corresponsabilização pelo cuidado.⁹

As instituições de saúde em suas missões, objetivos e valores são emancipadoras e promotoras da cidadania, DH e respeito a escolha, porém, na prática desenvolvem ações assistencialista que visualizam a PSR como pessoas desprovidas de escolhas, vontades, costumes e valores, e tentam moldá-las ao paradigma do homem civilizado, conforme a cosmovisão neoliberal.²

Conhecer as metas dos serviços e sua filosofia pode melhorar o trabalho em equipe e facilitar a relação com a PSR.²⁹ Deste modo, os estudos recomendam que sejam contratados e/ ou capacitados os profissionais da instituição para prestarem assistência a PSR com olhar para a intersetorialidade.^{10, 30}

Logo, quando há interação entre a gestão do cuidado com as políticas sociais, de forma cooperativa, interdependente e sem hierarquias, interagindo entre si, bem como considerando a intersetorialidade com a rede de apoio e suporte a PSR,^{31, 32} possibilita maiores chances de resolubilidade das suas necessidades humanas básicas e problemas de saúde.²² É essencial o protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente para a promoção, prevenção e qualidade de vida,³⁰ além da comunicação e articulação vertical (entre os serviços de saúde) e horizontal (entre os profissionais de saúde).¹⁵

Intersetorialidade como suporte ao cuidado a PSR

Para que a intersetorialidade seja o suporte ao cuidado a PSR é necessário a cooperação, aproximação, integração e comunicação entre os serviços e profissionais,^{7, 12, 32} incluindo saúde, assistência social, judiciário, educação e demais instituições como mecanismo efetivo para promover a integralidade da assistência e inclusão social.¹²

Em Luxemburgo, houve uma diminuição do número da PSR nos últimos anos devido a intersetorialidade, considerando ainda a real necessidade desta população, respeito ao seu direito de escolha, privacidade e a implementação de serviços com função terapêutica sistematizada e equipe multiprofissional para promover dignidade, autonomia, empoderamento, cidadania e *recovery*. Houve mudança de estilo de vida e comportamentos nocivos da PSR, aumentando suas competências e habilidades sociais para o enfrentamento eficaz dos problemas cotidianos e conflitos, com foco na resolução destes.¹⁵

No Canadá e Estados Unidos existem um serviço, denominado de *Housing First Model (HFM)*, para acolher a PSR independentemente de suas condições sociais e físicas, guiado pelo *recovery*, RD e direito de escolha do sujeito, com acompanhamento psicoterapêutico para a reinserção social e acesso aos DH.^{3, 34, 35}

Todavia, essa não é uma realidade generalizada, na qual estudos demonstram uma fragilidade na rede de apoio e cuidado, com articulações feitas por “amizade” e não como um fluxo a ser seguido, de maneira contínua e interdependente, sem quebras e barreiras, a fim de atender ao princípio da integralidade e dignidade humana.^{14, 22}

No Brasil, há casas/ albergues para estadias temporárias,³⁶ com estrutura burocrática e que, majoritariamente, não respeitam as escolhas e decisões da PSR, exigem sobriedade (abstinência de psicoativos), tem regras inflexíveis^{6, 15} e dificilmente acolhem uma pessoa em situação de rua com transtorno mental, nem que seja por um período, enquanto se estabiliza o quadro de confusão

mental para voltar para rua. Neste sentido, é essencial a participação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultório na Rua (CnR), Centros de Referências da Assistência Social (CRAS)/ Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência Especializado para PSR (Centro POP) para a elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular.²²

Violação dos DH da PSR

O acesso da PSR aos serviços de saúde apresenta barreiras a serem consideradas, relacionadas ao sistema na garantia do princípio da universalidade,^{9, 33} sendo o CnR um agente de promoção e reivindicação dos DH desta população,^{14, 22} principalmente quando atua como porta aberta, sem restrições e com um profissional como referência e apoio,¹⁴ inserido no contexto do cuidado longitudinal da APS.²

De modo complementar, a RD também se configura em uma estratégia para pactuar metas e corresponsabilização para o autocuidado junto a PSR diante dos comportamentos nocivos à saúde/vida com sua forma de viver.³⁴ É uma abordagem terapêutica válida que facilita o manejo do cuidado à PSR.²²

Estudos abordam, ainda, como obstáculos, aspectos relacionados com os profissionais de saúde que, muitas vezes, limitam o cuidado para as condições crônicas e saúde mental, sem abordar a construção do vínculo, contratualidade, promoção da saúde e RD,^{3, 7, 10, 31} subestimam a dor e retardam a conduta de analgesia,⁷ responsabilizando apenas o paciente pelo tratamento e adesão aos cuidados de saúde,^{2, 22} devido ao preconceito quanto a trajetória de vida, escolhas, comportamentos de risco e nocivos à saúde da PSR.

A declaração universal dos DH, em seu artigo 25, aborda sobre os aspectos indispensáveis para a dignidade humana e que respaldados pela Constituição Federal deveriam ser ofertadas pelo Estado que atua paradoxalmente, contribuindo para que a PSR seja destituída de sua cidadania e se tornem ainda mais invisíveis e discriminadas.^{5, 9, 28, 33, 37, 38}

Estudos reforçam que a PSR não acredita ser possuidores de DH,^{9, 28} possuem uma baixa participação social e empoderamento político,¹⁷ sofrem com a violação cultural quando não valoriza a sua percepção do mundo, costumes, história de vida e ancestralidade, além da sua experiência na rua, os quais deveriam ser considerados em qualquer abordagem e cuidado com objetivo principal de promover e garantir os seus direitos, qualidade de vida, dignidade e bem-estar.¹³

Por outro prisma até aqui abordada, o estudo de Stona et al. (2015)¹⁵ apresenta que devido a heterogeneidade presente entre cada pessoa em situação de rua, existe muitos conflitos e

violência devido as regras internas e códigos estabelecidos entre eles, bem como a sua forma de convivência social. Assim, é importante considerar que os serviços que atendem a PSR sejam pautados nas necessidades de saúde e sociais desta população, acessíveis, acolhedores e flexíveis, bem como que priorizem a intersetorialidade e colaboração entre as instituições e profissionais,³⁰ além de promoverem intervenções psicoterapêuticas que favoreçam a convivência em grupo e minimizem os conflitos interpessoais.¹²

Considerações finais

As categorias temáticas respondem à pergunta de pesquisa, no sentido de apresentar as necessidades das políticas públicas que atendem a PSR sejam eficientes e coerentes com os princípios dos DH e pressupostos práticos da intersetorialidade, principalmente em contextos atuais com a Covid-19 que abrange recomendações sanitárias e epidemiológicas, porém não inclusivas diante das especificidades e vulnerabilidades.

É essencial a reflexão sobre os alicerces em que a gestão do cuidado tem acontecido para a PSR com estruturas burocráticas, enrijecidas e inflexíveis para inclusão, integralidade e acompanhamento longitudinal. É necessário ainda a capacitação dos profissionais de saúde, além do desenvolvimento de ações intersetoriais articuladas entre si na garantia dos DH, partindo do princípio que o território de cuidado é a intersubjetividade presente entre sujeito, rua, necessidades, significado atribuído e experiência de vida na rua.

A gestão do cuidado a PSR é efetiva quando é fundamentada nos princípios dos DH e interdisciplinaridade. Quanto maior a violação dos DH, menor é participação da gestão do cuidado, que exige processos de trabalhos tangíveis, pautados na humanização, RD e *recovery* para acolher e compreender a singularidade da PSR. Além disso, o CnR e HFM se mostraram serviços qualificados, promotores da autonomia e acolhimento da PSR.

O presente estudo apresenta como limitação a não inclusão da percepção da PSR acerca do seus DH e intersetorialidade para o cuidado em saúde, os quais seriam relevantes para ampliar a visão sobre o tema, no que concerne ao cotidiano o cuidado em saúde e suas interfaces com os demais autores sociais.

Referências

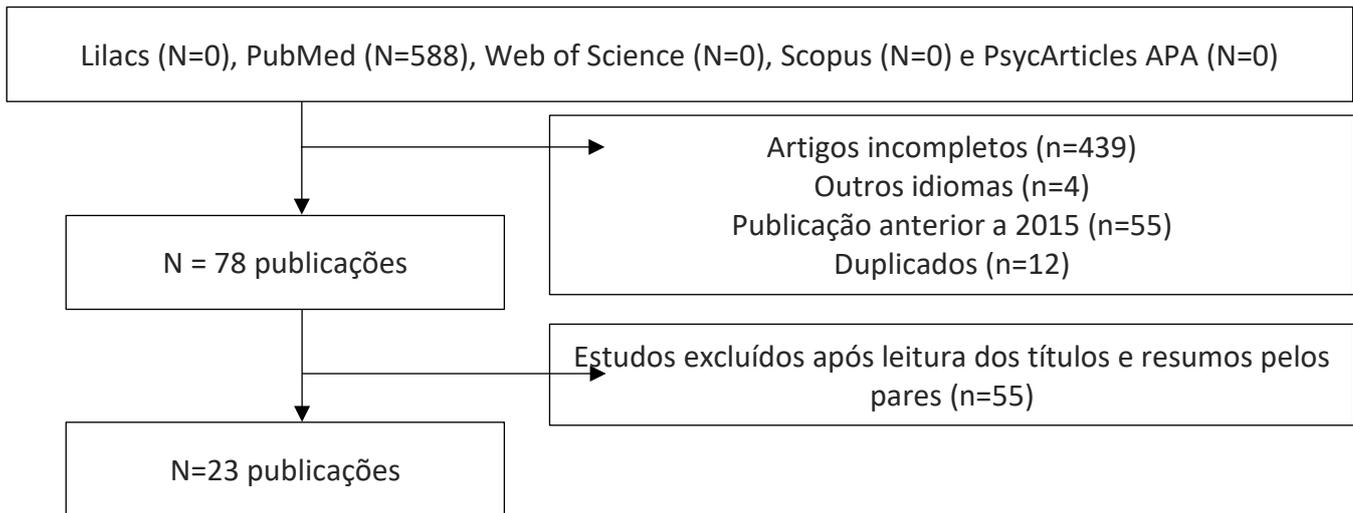
1. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 2009a. Seção 1. p.16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
2. Wijk LBV, Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2019; 24(9):3357-3368.
3. Padgett DK. Homelessness, housing instability and mental health: making the connections. *BJPsych Bull*. 2020; 44(5):197-201.
4. ONU. Organização das Nações Unidas. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context. In: United Nations. Geneva; 2015.
5. Neves-Silva P, Martins GI, Heller L. Human rights' interdependence and indivisibility: a glance over the human rights to water and sanitation. *BMC International Health and Human Rights*. 2019; 19:14.
6. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016; 21(8):2595-2606.
7. Gilmer C, Buccieri K. Homeless Patients Associate Clinician Bias with Suboptimal Care for Mental Illness, Addictions, and Chronic Pain. *J Prim Care Community Health*. 2020; 11:1-7.
8. Valle FAAL, Farah BF. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Physis*. 2020; 30(2): e300226.
9. Ravnbol CI. Doubling syndemics: Ethnographic accounts of the health situation of homeless Romanian Roma in Copenhagen. *Health Hum Rights*. 2017; 19(2):73-88.
10. Huynh L, Henry B, Dosani N. Minding the gap: access to palliative care and the homeless. *BMC Palliat Care*. 2015; 14:62.
11. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
12. Castillo EG, Ijadi-Maghsoodi R, Shadravan S, et al. Community interventions to promote mental health and social equity. *Current Psychiatry Reports*. 2019; 21(5):35.
13. Aho KLT, Fariu-Ariki P, Ombler J et al. A principles framework for taking action on Māori/Indigenous Homelessness in Aotearoa/New Zealand. *SSM - Population Health*. 2019; 8:e100450.
14. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. 2018; 42:e170.
15. Stona AC, Berrang C, Santerre H et al. Homelessness and stakeholders' involvement in the Grand Duchy of Luxembourg: a qualitative study. *Health Expectations*. 2015; 19:138-151.
16. Ventura CAA, Moraes VCO, Jorge MS. Direitos humanos de pessoas com transtornos mentais: perspectiva de profissionais e clientes. *Rev enferm UERJ*. 2017; 25:e4344.
17. Eiroa-Orosa FJ, Rowe M. Taking the Concept of Citizenship in Mental Health across Countries. Reflections on Transferring Principles and Practice to Different Sociocultural Contexts. *Front Psychol*. 2017; 8:1020.
18. Unicef. Introduction to the human rights based approach: a guide for finnish ngos and their partners. f Finland, 2014.

19. ONU. Organização das Nações Unidas. Universal Declaration of Human Rights. In: United Nations. Geneve; 1948.
20. Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprender a contar: pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: MDS: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b.
21. Garcia LMT, Maio IG, Santos TI et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde debate*. 2014; 38(103):966-980.
22. Cardoso AC, Santos DS, Mishima SM et al. Desafios e potencialidades do trabalho de enfermagem em consultório na rua. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26:e3045.
23. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Leadership of the nurse: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(3):651-658.
24. Ganong LH. Integrative Reviews of Nursing. *Rev. Nurs. Health*. 1987; 10(1):1-11.
25. Sousa LMM, Marques-Vieira C, Caldevilla MNGN et al. Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. *Rev Enfermería Global*. 2016; 15(42):506-521.
26. Austrália. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition/Supplement. The University Adelaide: South Australia, 2014.
27. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Editora: Hucitec. São Paulo, 2014. 407 p.
28. Neves-Silva P, Martins GI, Heller L. "A gente tem acesso de favores, né?". A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(3): e00024017.
29. Gaboardi M, Lenzi M, Disperati F et al. Goals and principles of providers working with people experiencing homelessness: A comparison between housing first and traditional staircase services in eight European countries. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(9):1590.
30. Aldridge R. Homelessness: a barometer of social justice. *The Lancet/Public Health*. 2020; 5(1):e2-e3.
31. Stajduhar K, Mollison A, Giesbrecht M et al. "Just too busy living in the moment and surviving": barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. *BMC Palliat Care*. 2019; 18(1):11.
32. Rhenter P, Tinland A, Grard J et al. Problems maintaining collaborative approaches with excluded populations in a randomised control trial: lessons learned implementing Housing First in France. *Health Res Policy Syst*. 2018; 16(1):34.
33. Fryling LR, Mazanec P, Rodriguez RM. Homeless Persons' Barriers to Acquiring Health Insurance through the Affordable Care Act. *J Emerg Med*. 2015; 49(5):755-762.
34. Watson DP, Shuman V, Kowalsky J et al. Housing First and harm reduction: a rapid review and document analysis of the US and Canadian open-access literature. *Harm Reduction Journal*. 2017; 14:30.
35. Van Voorhees EE, Resnik L, Johnson E et al. Post-traumatic stress disorder and interpersonal process in homeless veterans participating in a peer mentoring intervention: Associations with program benefit. *Psychological services*. 2019; 16(3):463-474.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

37. Embleton L, Shah P, Gayapersad A et al. Characterizing street-connected children and youths' social and health inequities in Kenya: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*. 2020; 19:147.
38. Swaminath G, Enara A, Rao R et al. Mental Healthcare Act, 2017 and homeless persons with mental illness in India. *Indian. J Psychiatry*. 2019; 61(Suppl 4):S768–S772.

Figura 1. Fluxograma das etapas para seleção dos artigos para esta revisão integrativa, 2021.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Como citar: Campos FAAC, Orfão NH. População em Situação de Rua sob a Perspectiva da Intersetorialidade e Direitos Humanos na Gestão do Cuidado em Saúde. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (Supl1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p179-189

Recebido em: 25/03/2021

Aprovado em: 03/09/2021