

Transformando práticas em modelo: caminhos para uma Rede de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua

Transforming practices into models: paths towards a Health Care Network for the Homeless Population

Transformar prácticas en modelos: caminos hacia una Red de Atención de Salud para la Población sin Hogar

Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas (<https://orcid.org/0000-0001-8499-9429>)¹

Luísa da Matta Machado Fernandes (<https://orcid.org/0000-0002-5440-7928>)¹

Ana Luísa Jorge Martins (<https://orcid.org/0000-0001-5634-9023>)¹

Rafaela Alves Marinho (<https://orcid.org/0009-0007-6577-9325>)¹

Diadorim Maria Rodrigues (<https://orcid.org/0009-0004-1812-9707>)¹

Gabriela Drummond Marques da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-1145-3940>)¹

Anelise Andrade de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-2408-7054>)¹

Rômulo Paes-Sousa (<https://orcid.org/0000-0002-3384-6657>)¹

Resumo A População em Situação de Rua (PSR) apresentou um crescimento exponencial na última década acarretando diferentes desafios para o Sistema Único de Saúde, especialmente durante a pandemia de COVID-19. Estudo transversal, descritivo e exploratório, com triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, de 2020 a 2022, que explorou as práticas de cuidado no município de Belo Horizonte voltadas à PSR. Na etapa quantitativa utilizou-se bancos oficiais das secretarias de saúde e assistência social, e na etapa qualitativa foram realizadas 48 entrevistas semiestruturadas e 4 grupos focais, totalizando 86 participantes. Os resultados apontam para a necessidade de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS PSR) poliárquica e multiprofissional, com apoio intersectorial, orientada pela territorialização e longitudinalidade do cuidado, integrada aos sistemas de informação, visando a complexidade da abordagem e pautada na lógica da clínica ampliada. A atualização cadastral da PSR nos sistemas de saúde e qualificação dos serviços são cruciais para a eficácia da RAS PSR. Compreender a dinâmica das ações implementadas e/ou ampliadas no município e lições aprendidas localmente possibilita auxiliar na elaboração de políticas de cuidado efetivas.

Palavras-chave Rede de Cuidados Continuados de Saúde, População em situação de Rua, Políticas Públicas

Abstract The Homeless Population (HP) has grown exponentially in the last decade, causing different challenges for the Brazilian Unified Health System, especially during the COVID-19 pandemic. A cross-sectional, descriptive, and exploratory study, with triangulated quantitative and qualitative methods, was conducted from 2020 to 2022, exploring care practices geared to the HP in Belo Horizonte. The quantitative stage adopted official datasets from the health and social assistance secretariats, and 48 semi-structured interviews and four focus groups were conducted in the qualitative stage, totaling 86 participants. The results point to the need for implementing a polyarchic and multidisciplinary Healthcare Network (RAS-PSR) with intersectoral support, guided care territorialization and longitudinality integrated with information systems to address the complex approach and based on the logic of the expanded clinic. Updating HP records in health systems and qualifying services is needed to achieve RAS-PSR efficacy. Understanding the dynamics of actions developed or broadened by the municipality and lessons learned locally can assist the development of effective social care and health policies that can be upscaled to the national level.

Key words Continuing Health Care Network, Homeless Population, Public Policies

Resumen La Población Sin Hogar (PSH) ha mostrado un crecimiento exponencial en la última década, provocando diferentes desafíos para el Sistema Único de Salud brasileño, especialmente durante la pandemia de COVID-19. Se ha implementado un estudio transversal, descriptivo y exploratorio con triangulación de métodos cuantitativos y cualitativos de 2020 a 2022, que exploró las prácticas de atención en la ciudad de Belo Horizonte dirigidas a la PSH. En la etapa cuantitativa se utilizaron bancos oficiales de las secretarías de salud y asistencia social, y se realizaron 48 entrevistas semiestructuradas y cuatro grupos focales en la etapa cualitativa, totalizando 86 participantes. Los resultados apuntan a la necesidad de una Red de Atención de Salud (RAS-PSR) poliárquica y multiprofesional, con apoyo intersectorial, orientada por la territorialización y longitudinalidad de la atención, integrada con sistemas de información, apuntando a la complejidad del abordaje y basada en la lógica de la clínica expandida. La actualización de los registros de la PSH en los sistemas de salud y los servicios de calificación son cruciales para la eficacia de la RAS-PSR. Comprender la dinámica de las acciones implementadas y/o ampliadas en el municipio y las lecciones aprendidas localmente permite coadyuvar en el desarrollo de políticas de cuidado efectivas y escalables a nivel nacional.

Palabras clave Red de Atención de Salud Continuada, Población sin hogar, Políticas Públicas

¹ Instituto René Rachou/
Fundação Oswaldo Cruz
(Fiocruz Minas). Av.
Augusto de Lima 1715,
Barro Preto. 30190-002
Belo Horizonte MG Brasil.
caroldantas.to@gmail.com

Introdução

Na última década, a população em situação de rua (PSR) tem apresentado um crescimento exponencial no Brasil. Em 2022, estimavam-se 281.472 pessoas em situação de rua no país, representando um crescimento de 211% em relação a 2012, enquanto a população geral cresceu 11%, no mesmo período¹. Esse aumento repercutiu sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo durante a pandemia da COVID-19. No entanto, as respostas produzidas no nível municipal variaram em abrangência e efetividade. Em Belo Horizonte (BH), neste período, as ações desenvolvidas para a população geral foram reconhecidas pelo desempenho satisfatório na gestão da emergência sanitária e suas respostas multidimensionais aos novos desafios². O Imperial College London³ destacou que BH apresentou as menores taxas de mortalidade intra-hospitalar por COVID-19 entre as 14 capitais analisadas. Estimou que mais de 300 mil mortes poderiam ter sido evitadas caso a tendência observada em BH tivesse ocorrido em todo o Brasil³. Isto revela um histórico de investimentos em políticas públicas, anterior à pandemia, incluindo a estruturação do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no município^{2,4}.

Uma preocupação adicional ao enfrentamento da pandemia em BH esteve relacionada à PSR. Mitchell *et al.*⁵ assinalaram que a PSR se diferencia da população urbana em geral pela exposição às piores condições de saúde física e mental, tendendo a apresentar maior utilização dos serviços de saúde e mortalidade. Por se tratar de uma população vulnerabilizada, sem condições para cumprir isolamento social e outras recomendações que diminuíssem o risco de adoecimento por COVID-19, o município traçou um plano de acompanhamento específico para a PSR, incluindo a reestruturação da rede de saúde pré-existente e a criação de novos serviços.

O reconhecimento da PSR enquanto um grupo populacional que necessita de atenção diferenciada é definido nacionalmente pela Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR)⁶, que objetiva assegurar o acesso amplo às diversas políticas públicas, dentre elas, aquelas relacionadas aos cuidados em saúde. Devido às dificuldades para a efetiva implementação da PNPSR em território nacional, o poder judiciário tem destacado a necessidade e urgência do atendimento das demandas específicas da PSR. Em julho de 2023, o Superior Tribunal de

Justiça determinou ao poder executivo federal a formulação de um Plano de Ação e Monitoramento para efetiva implementação da referida política⁷. Em dezembro deste mesmo ano, o governo federal lançou o plano de ação e monitoramento para efetivação da PNPSR. Dentre os eixos abordados, estão as ações da política de saúde onde são previstas o fortalecimento das equipes do Consultório na Rua (CnaR), formação de profissionais para o atendimento da PSR, entre outras metas⁸.

Assim, em busca de embasar os alicerces de uma Rede de Atenção à Saúde para População em Situação de Rua (RAS PSR), por meio de evidências empíricas, este artigo tem como objetivo explorar os fundamentos, tecnologias e estratégias, a partir da experiência de BH durante a pandemia de COVID-19, visando identificar os possíveis desafios e potencialidades para sua implementação. Considerou-se neste estudo a possibilidade de avaliação da experiência de BH, a partir do seu ciclo de produção das políticas públicas e respostas na emergência sanitária, para induzir a elaboração de um modelo de RAS nacional.

Metodologia

Estudo transversal descritivo e exploratório, com triangulação de métodos, incluindo a coleta de dados primários na fase qualitativa e a análise de bancos de dados secundários para a fase quantitativa, no período de 2020 a 2022⁹. A pesquisa foi financiada pelo Edital INOVA da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou, sob o CAAE 43259221.6.0000.5091 e parecer 4.610.014.

A coleta de dados qualitativos ocorreu por meio de entrevistas em profundidade com cinco gestores e 11 trabalhadores do SUS; seis gestores e seis trabalhadores do SUAS; dois gerentes de equipamentos intersetoriais coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC); três gestores e dois trabalhadores da Pastoral Nacional do Povo da Rua (Pastoral de Rua); duas lideranças de movimentos sociais ligados à PSR; um trabalhador da Defensoria Pública; e 13 pessoas em situação de rua e/ou que superaram essa situação. Além disso, foram realizados quatro grupos focais com 35 pessoas em situação de rua. No total, houve participação de 86 pessoas. O período de coleta dos dados primários foi de junho de 2021 a ju-

nho de 2022 e os participantes foram identificados de acordo com sua vinculação com as ações voltadas para a PSR no município e com o movimento social, bem como a partir de indicações do Comitê de Acompanhamento da Pesquisa, que contou com a representação de todos os setores envolvidos no estudo. Para as entrevistas e os grupos focais foram utilizados roteiros semiestruturados desenvolvidos de acordo com as especificidades de cada grupo entrevistado e objetivos da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os grupos focais e entrevistas com a PSR ocorreram em locais de fácil acesso à PSR, com apoio do Movimento Nacional das Pessoas em Situação de Rua (MNPSR) e da Sociedade Civil Organizada (SCO), representada pela Pastoral de Rua.

As entrevistas e grupos focais ocorreram de modo remoto ou presencial sendo gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para a subsequente análise de conteúdo¹⁰. Ao final foram delimitadas 35 categorias de análise, incluindo a saúde. Os trechos apresentados nos resultados estão identificados pelas siglas EGT para se referir às falas de gestores ou trabalhadores indicando o setor de origem; EPSR para pessoas em situação de rua e GF para grupo focal, todos seguidos de um número que representa a ordem da entrevista no banco de dados da pesquisa. As siglas e numeração foram desenvolvidas com o intuito de garantir o anonimato dos participantes na divulgação dos resultados da pesquisa.

Na análise quantitativa foram utilizados métodos estatísticos epidemiológicos para avaliar o perfil da PSR e dos atendimentos nas unidades de saúde de acordo com a localização geográfica. Um *linkage* probabilístico foi realizado, de forma a permitir a identificação da pessoa única nos dois bancos avaliados. As análises descritivas em saúde foram feitas a partir das bases de dados dos serviços selecionados para essa análise, a saber, bases oficiais da SMS e da SMASAC.

A base de dados da SMS apresentou informações sobre serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) (Unidades Básicas de Saúde/UBS e CnaR), além de informações dos atendimentos da saúde mental, utilizando uma janela de análise de 01/03/2019 a 28/02/2021 que possibilitou a comparação das informações de um ano antes e um ano após o início da pandemia (01/03/2020 a 28/02/2021). A forma de extração ocorreu por prontuários eletrônicos que continham a marcação de identificação do usuário como

pessoa em situação de rua. Para a avaliação de informações da assistência social, o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) foi utilizado, com informações do mês de setembro de 2021, última data de atualização do cadastro dentro do recorte de avaliação do atual estudo. Este banco permitiu complementar a avaliação realizada do perfil sociodemográfico da PSR do município de BH, obtido pelos dados da saúde.

As variáveis selecionadas para análise quantitativa, de forma a permitir a descrição do perfil da PSR do município de BH e do perfil dos atendimentos na saúde e assistência social foram: (i) saúde: total de atendimentos realizados; atendimentos por sintomas respiratórios, por categoria e equipe profissional; número de pessoas em situação de rua atendidas e de diagnósticos confirmados pela APS por COVID-19; afecções mais frequentes identificadas pelo Código Internacional de Doenças (CID-10); sexo de nascimento; cor e idade; (ii) CadÚnico: sexo de nascimento; cor e idade; escolaridade; tempo de rua; renda per capita (PC); remuneração; contato com parentes fora da rua; bolsa família e regional de permanência. Os fatores associados ao tempo de rua de até um ano, para pessoas com dados atualizados a até 18 meses no CadÚnico (durante a pandemia), foram identificados via regressão logística. A análise simples (significância de 20%) precedeu a estimação da Razão das Chances (RC) através do modelo múltiplo. As variáveis contínuas foram testadas na forma logarítmica e a seleção do melhor modelo baseou-se na Curva ROC. O Fator de Inflação da Variância avaliou multicolinearidade do modelo final. A escolaridade não fez parte do modelo múltiplo em função da multicolinearidade observada.

Resultados e discussão

Os resultados deste estudo serão apresentados a partir da organização proposta por Mendes¹¹, considerando os três elementos constitutivos da RAS, a saber: *a população* sob responsabilidade sanitária e econômica da RAS, que deve ser cadastrada e registrada de acordo com seus riscos sociosanitários e as dinâmicas territoriais; *a estrutura operacional* constituída pelos nós que se comunicam através de ligações materiais e imateriais e o *modelo de atenção à saúde* que organiza o funcionamento da RAS mediante a situação epidemiológica, bem como seus fundamentos, tecnologias e estratégias¹¹⁻¹³(Figura 1).



Figura 1. Elementos estruturantes da RAS para a PSR.

Fonte: Adaptado a partir de Mendes¹¹ e Ouverney e Noronha¹².

Rede de Atenção à Saúde para a PSR: a proposição de um modelo a partir da experiência de BH

As justificativas para a criação de uma RAS perpassam a busca generalizada por melhores resultados econômicos, epidemiológicos e de integralidade do cuidado em saúde, mas também incluem o reconhecimento que existem certos grupos populacionais, dos quais são necessárias estratégias de cuidados continuados em redes de saúde singulares para garantir a integralidade e a economia de escala e de escopo¹⁴. O estudo da experiência de BH durante a pandemia da COVID-19 nos cuidados à PSR apontou que as barreiras e dificuldades estruturais para essa população acessar o cuidado foram exacerbadas no momento de crise sanitária, e foram possíveis de serem abordadas com uma ação intersetorial bem coordenada e desenvolvimento de serviços especializados e focados na demanda da PSR⁹.

Um levantamento da literatura nacional sobre a PSR identificou alguns estudos discutindo linhas de cuidados e itinerários terapêuticos para este grupo, mas nenhum artigo propondo uma RAS estruturada para a PSR¹⁵⁻²⁰. Desse modo, propõe-se a composição da RAS PSR representada na Figura 2. A Figura 2a apresenta as unidades e serviços que comporiam uma RAS PSR poliárquica, multiprofissional, e integrada

aos sistemas de apoio e logística. A Figura 2b traz as características intersetoriais da RAS PSR, indicando a articulação das unidades e serviços de saúde com outros atores e outras políticas direcionadas à PSR. Estes elementos constitutivos e características são alicerces para a estruturação nacional de uma RAS específica para PSR.

Uma RAS estruturada atribui concretude para o princípio da integralidade através da materialização de conexões nos diversos territórios com articulação supramunicipal¹⁴, o que potencializaria o alcance deste grupo populacional que transita territorialmente. O desenvolvimento de redes integradas de serviços de saúde é uma estratégia central de sistemas de saúde focado na atenção primária para oferecer cuidado de qualidade e eficiente a grupos populacionais com demandas e necessidades específicas de saúde²¹. A implementação da RAS PSR no SUS, representa o enfrentamento às iniquidades em saúde, a ampliação do acesso e a qualificação do cuidado à saúde.

A População em Situação de Rua na pandemia de COVID-19 em BH

Nesta pesquisa, foram avaliadas informações referentes a 13.885 pessoas únicas em situação de rua atendidas na saúde e 8.659 cadastradas no CadÚnico nos períodos analisados. Estes dados apresentam um crescimento significativo da PSR relativo ao censo municipal de 2013²², seguindo tendência similar ao crescimento da PSR apontado na última década no Brasil¹. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e o CadÚnico têm sido as fontes mais utilizadas para caracterizar o perfil da PSR. Porém, há uma invisibilidade do poder público frente àqueles que não acessam estas redes, o que reflete em dificuldade na precisão do perfil sociodemográfico, lacuna encontrada nos dados do presente artigo.

Na saúde, havia prevalência do sexo masculino (57,7%), com média de idade de 33,9 anos e cor da pele preta ou parda (69,0%). Este padrão se repete, independentemente do tipo de serviço em que ocorreu o atendimento (Figura 3). No CadÚnico, a maioria das pessoas cadastradas também eram do sexo masculino (89,6%) com média de idade de 42,4 anos, cor da pele preta ou parda (83,6%), e ensino fundamental incompleto (51,8%). O *perfil sociodemográfico* da PSR nestas duas bases de dados seguiu a tendência nacional²³.

No entanto, os efeitos da pandemia refletiram em relativas mudanças do perfil sociodemográfico em BH. Os profissionais e gestores

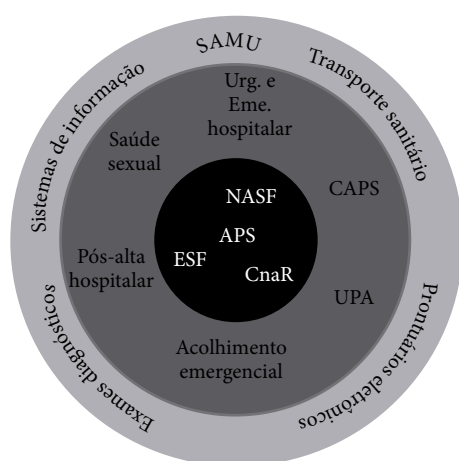


Figura 2a



Figura 2b

Figura 2. RAS PSR.

Fonte: Autores.

entrevistados relataram uma percepção de que o perfil da PSR mudou durante a pandemia com aumento de idosos, mulheres e famílias inteiras vivendo nas ruas.

O número de idosos, também, assim, eu vi crescendo e o público LGBTQIA+, principalmente jovens em situação de rua, foi algo visível também, sabe? Então, sim, teve crescimento, né? (EGT19_Assistência Social).

Na avaliação do CadÚnico, houve maior chance de tempo de rua de até um ano entre pessoas brancas (RC=1,43), mulheres (RC=1,28), com renda PC de R\$ 89,01 a 1/2 salário-mínimo (RC=1,48), sem bolsa família (RC=0,54) e fora da região Centro-Sul (RC=1,36). Esta chance cresce com a redução do logaritmo da idade (RC=0,25) (Tabela 1). A área da curva ROC (0,674) foi baixa, mas os resultados, em grande parte, corroboram as informações da análise qualitativa ao sugerir incremento de pessoas com perfil atípico para a PSR durante a pandemia.

Em relação a avaliação de territorialização, foi observado uma maior concentração de atendimentos de pessoas em situação de rua nas regiões Centro-Sul e Leste do município. Estas regiões são marcadas pela maior disposição dos serviços de saúde e socioassistenciais e maior oferta de estruturas públicas e comerciais que permitam a sobrevivência no cotidiano (banheiro, alimentação, trabalho). A regional Centro-sul, destacou-se com 32,97% (n=3.949) das pessoas atendidas na APS, com o Centro de Saúde Carlos Chagas registrando o maior número

(n=2.536), devido ao seu histórico de referência para a PSR. O resultado é corroborado pelo estudo de Temponi *et al.*²⁴ em BH que vincula o uso do território por mulheres em situação de rua e maior concentração na região central em função da oferta de bens e serviços, necessidade de autoproteção e sociabilidade.

Apesar dessa concentração, todas as UBS do município registraram atendimentos à PSR no período analisado, o que denota em paralelo a relativa mobilidade urbana dos indivíduos e diferentes pontos de fixação. Esses dados provocam a necessidade de a RAS trabalhar a partir de uma territorialização com características mais fluidas em que o acesso aos serviços não seja restringido geograficamente. Em razão dessa dinâmica, por vezes a PSR é impedida de obter atendimento em determinado serviço de saúde sob o argumento de não pertencer àquele território ou pela ausência de documentação pessoal ou endereço fixo, apesar de existir normativa municipal assegurando esse direito.

A assistência social fez um pedido pra eles me atenderem, foi aonde que eles me atenderam sem a identidade. Sem documento cê não é atendido (GF3_PSR).

Como eu não tenho endereço nem de abrigo nem de nada, ela não me deu encaminhamento pra radiografia. Ela falou assim "ah ocê tem que tá no abrigo pra mim poder te atender" (EPSR4).

O conceito de território é um importante operador na construção da política de saúde brasileira, entretanto, tende a ser descaracteri-

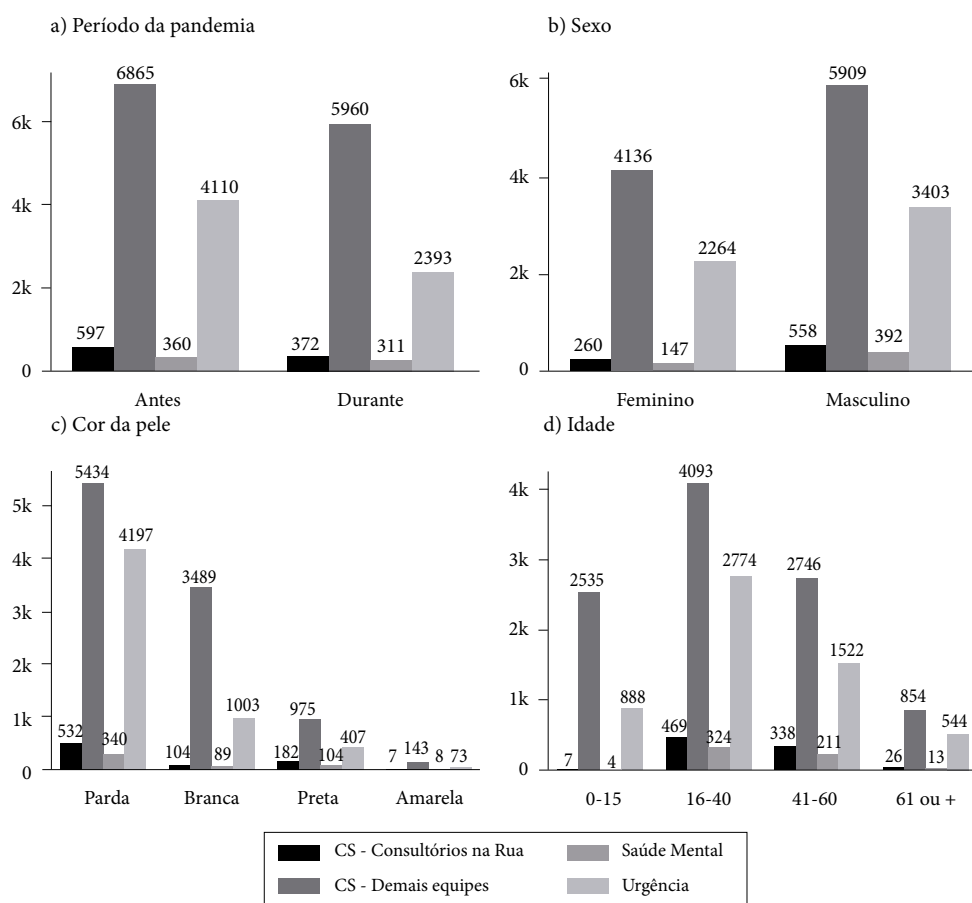


Figura 3. Pessoas atendidas por algum tipo de serviço de saúde. a) período da pandemia do atendimento, b) sexo, c) cor da pele, d) faixa etária. Obs.: CS = Centro de Saúde.

Fonte: Autores.

zado e compreendido apenas como uma demarcação geopolítica, desconsiderando elementos como a circulação dos usuários, as atividades econômicas e os potenciais da comunidade²⁵. Essa desvirtuação pode comprometer o cuidado da PSR que constantemente desloca-se no território enquanto uma estratégia de subsistência. A lógica territorial rígida, especialmente para o cadastramento dos usuários na APS, pode comprometer tanto o acesso quanto a *longitudinalidade do cuidado* à PSR.

A gente precisa de acompanhamento na longitudinalidade. Se a gente é, só atende e vira as costas e não pensa o que que vai acontecer depois, o paciente falta e a gente dá "Graças a Deus", ele vai aparecer pior (EGT10_Saúde).

Nesse sentido, as redes temáticas no SUS devem ser implementadas de acordo com as prioridades epidemiológicas, permitindo fi-

nanciamento, capacitação de profissionais e desenvolvimento de novos equipamentos de saúde voltados às necessidades de cada grupo populacional considerando a dinamicidade dos territórios²⁶. Reforça-se, portanto, a necessidade de estruturar uma RAS PSR pautada na compreensão ampliada sobre território.

No quesito *orientação às necessidades de saúde*, a pandemia de COVID-19 impulsionou a criação de dois equipamentos específicos para a PSR em BH. Ambos foram desenvolvidos com abordagem intersetorial e foi consenso entre os entrevistados, a necessidade de continuidade pós pandemia, pois, supriram demandas de saúde da PSR recorrentes e preexistentes, agravadas pela pandemia.

O primeiro equipamento é o Serviço de Acolhimento Emergencial e Provisório conhecido como Acolhimento Emergencial. Este

Tabela 1. Razão das Chances de ter até um ano de rua estimada nos modelos de regressão logística simples e múltipla.

Variável/Categoria	Tempo de Rua - n (%)		RC (IC95%, p-valor) do modelo	
	Acima de 1 ano	Até 1 ano	Simples	Múltiplo
Cor/Raça				
Não branca	1.747 (65,7)	911 (34,3)	1,0	1,0
Branca	306 (60,1)	203 (39,9)	1,27 (1,05-1,54, p= 0,015)	1,43 (1,16-1,75, p= 0,001)
Sexo				
Masculino	1.852 (66,0)	955 (34,0)	1,0	1,0
Feminino	201 (55,2)	163 (44,8)	1,57 (1,26-1,96, p< 0,001)	1,28 (1,01-1,62, p= 0,044)
Regional de permanência				
Centro-Sul	1.207 (67,8)	572 (32,2)	1,0	1,0
Outras	846 (60,8)	546 (39,2)	1,36 (1,18-1,58, p< 0,001)	1,36 (1,16-1,58, p< 0,001)
Renda PC				
Até 89	1.890 (65,0)	1.018 (35,0)	1,0	1,0
89,01 a 1/2 SM	41 (43,6)	53 (56,4)	2,40 (1,59-3,65, p< 0,001)	1,48 (0,92-2,39, p=0,109)
>meio SM	122 (72,2)	47 (27,8)	0,72 (0,50-1,00, p= 0,057)	0,49 (0,33-0,73, p= 0,001)
Contato com parentes fora da rua				
Nunca	859 (65,3)	457 (34,7)	1,0	1,0
Quase nunca	490 (66,7)	245 (33,3)	0,94 (0,78-1,14, p=0,524)	0,95 (0,78-1,16, p=0,635)
Todo ano	121 (79,6)	31 (20,4)	0,48 (0,31-0,72, p< 0,001)	0,51 (0,33-0,77, p= 0,002)
Todo mês	302 (64,3)	168 (35,7)	1,05 (0,84-1,30, p=0,691)	0,93 (0,74-1,18, p=0,563)
Toda semana	206 (57,7)	151 (42,3)	1,38 (1,08-1,75, p= 0,008)	1,20 (0,93-1,54, p=0,153)
Todo dia	75 (53,2)	66 (46,8)	1,65 (1,16-2,35, p= 0,005)	1,25 (0,86-1,82, p=0,235)
Log (Idade)				
Média (DP)	3,8 (0,3)	3,6 (0,4)	0,22 (0,17-0,29, p< 0,001)	0,25 (0,19-0,33, p< 0,001)
Programa Bolsa Família				
Não	529 (55,2)	430 (44,8)	1,0	1,0
Sim	1.524 (68,9)	688 (31,1)	0,56 (0,48-0,65, p< 0,001)	0,54 (0,45-0,64, p< 0,001)
Remuneração no mês anterior				
Média (DP)	21,3 (115,9)	41,3 (171,0)	1,00 (1,00-1,00, p< 0,001)	1,00 (1,00-1,00, p= 0,012)
Escolaridade				
Sem instrução	181 (70,7)	75 (29,3)	1,0	-
Fund. Incomp.	1.113 (69,7)	483 (30,3)	1,05 (0,79-1,41, p=0,754)	-
Fund. Comp.	297 (65,6)	156 (34,4)	1,27 (0,91-1,77, p= 0,161)	-
Médio Incomp.	176 (55,2)	143 (44,8)	1,96 (1,39-2,79, p< 0,001)	-
>Med. Incompl.	286 (52,8)	256 (47,2)	2,16 (1,58-2,98, p< 0,001)	-

Obs.: SM = salários-mínimos, DP = desvio padrão, Incomp. = Incompleto, Comp. = Completo, Fund. = Fundamental, Med. = Médio, RC = razão das chances.

Fonte: Autores.

serviço ofertou dormitório, alimentação e possibilidade de isolamento para as pessoas com suspeita/casos confirmados de COVID-19. Foi um serviço gerido por uma Organização da Sociedade Civil (OSC) conveniada da SMASAC e integrado com a saúde, considerando a necessidade de gestão de medicamentos, realização de testes de COVID-19, e manejo da saúde mental durante o período de isolamento. O serviço apresentou algumas barreiras, dificultando o acesso ou permanência dos usuários em função da sua localização, das regras de não utilização de álcool e outras drogas, e cumprimento do tempo de isolamento necessário. A gestão inte-

grada entre saúde e assistência social foi apontada como uma eficiente ferramenta de superação dessas barreiras.

Os entrevistados destacaram que há, para além da pandemia de COVID-19, a necessidade de serviços para PSR que não tem indicação de internação hospitalar e nem possibilidade de aproximação com a família, mas necessitam de isolamento para tratamento de doenças como tuberculose, cuidados continuados para doenças crônicas, entre outras. No município havia apenas o Acolhimento Institucional Pós-Alta Hospitalar com finalidade semelhante, limitado ao encaminhamento de hospitais, sem abranger

demandas crônicas e com o número de vagas insuficiente.

A criação de uma RAS PSR pode ajudar a captar e direcionar recursos de forma mais eficiente, com priorização dos recursos por parte do Ministério da Saúde, como ocorreu na Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência (PCD) e na Rede Cegonha^{27,28}. Uma RAS PSR também pode potencializar a criação de novos serviços de saúde específicos para as demandas dessa população e com características voltadas para o atendimento efetivo desse público, como foi observado em outras redes de atenção, à exemplo da criação das Oficinas Ortopédicas e do programa Viver Sem Limite na PCD²⁷. Observa-se que a recomposição do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua (CIAMP Rua) aponta um percurso federal para uma política intersetorial específica da PSR^{8,29}.

Além dos equipamentos criados pela gestão municipal, observou-se a participação da SCO, que tem um destaque no cuidado direcionado à PSR. Durante a pandemia, foi criado pela Pastoral de Rua de BH e, posteriormente, absorvido pela SMASAC, hospedarias, que ficaram conhecidas como “pousadas”. Casas alugadas no centro da cidade foram destinadas a acolher pessoas em situação de rua com autonomia reduzida. Essas pousadas se diferenciavam das unidades de acolhimento institucional da assistência social, especialmente, pela existência de demandas de saúde dos moradores que recebiam cuidados em saúde no local. Contavam, inclusive, com apoio de carro para transporte para acesso aos serviços de saúde, garantindo a adesão dos usuários e a continuidade dos tratamentos. Nas pousadas, além da equipe de enfermagem, incluíram profissionais da terapia ocupacional, psicologia, serviço social, redutores de danos e motorista. Esta estrutura pode ser utilizada como ponto de partida para discussão e implementação de um serviço na RAS PSR semelhante ao que já acontece na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o Serviço Residencial Terapêutico³⁰.

No quesito *complexidade da abordagem*, observa-se que o cuidado à saúde da PSR tem uma dinâmica específica, uma vez que este grupo enfrenta dificuldades para realizar tratamentos de saúde programados, incluindo a continuidade do cuidado de doenças crônicas. Estratégias como o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) às consultas de especialistas e exames agendados, e disponibilidade de transporte sanitário são utilizadas pelas

equipes de saúde da família (eSF). Uma barreira que ainda persiste no município é a necessidade de ajustes no fluxo de regulação com priorização do agendamento de consultas e exames para PSR.

Nas regionais onde o CnaR estava integrado com a eSF, era possível encaixar consultas para o mesmo dia. Além disso, a disponibilidade de insumos e testes rápidos como de gravidez, HIV e sífilis, que podem ser realizados pelas equipes dos CnaR e BH de Mãos Dadas contra a AIDS facilita a adesão dos usuários. A literatura ressalta que o CnaR funciona como referência no cuidado à saúde da PSR facilitando a vinculação ao compreender a dinamicidade territorial e as especificidades da PSR^{15,31}. Internacionalmente observou-se que os serviços móveis de saúde podem melhorar a qualidade de vida e promover a equidade de acesso à saúde³². No entanto, há defasagem na cobertura desse serviço em território nacional³³.

Estrutura Operacional da RAS PSR

A situação de saúde e a utilização dos serviços de saúde encontradas no estudo corroboram o papel da APS enquanto coordenadora do cuidado a PSR, visto que foi apontada por todos os entrevistados como responsável pela coordenação clínica e integração dos cuidados em saúde para esses indivíduos. Há, no entanto, uma necessidade do cuidado no território e maior articulação com outros serviços regionalizados como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais e atenção especializada.

Três diagnósticos com resolubilidade na APS destacaram-se nos registros de atendimento antes e durante a pandemia: hipertensão arterial (n=618, 5,11%), nasofaringite aguda (n=372, 3,07%) e influenza de vírus não identificado (n=276, 2,28%). Estes dois últimos tendo apresentado crescimento durante a pandemia, enquanto os atendimentos para hipertensão arterial diminuíram (Figura 4). Quando avaliado o tipo de atendimento mais frequente em outras unidades de saúde, destacam-se ainda os atendimentos em saúde mental.

Em BH, os CnaR pertencem à RAPS em interface com a APS atuando sob o prisma do cuidado em liberdade e a partir da ética da redução de danos. Esse dispositivo acompanhou 597 pessoas antes da pandemia e 372 durante a pandemia (Figura 3) e foram identificados na pesquisa como o principal vínculo da PSR com a saúde.

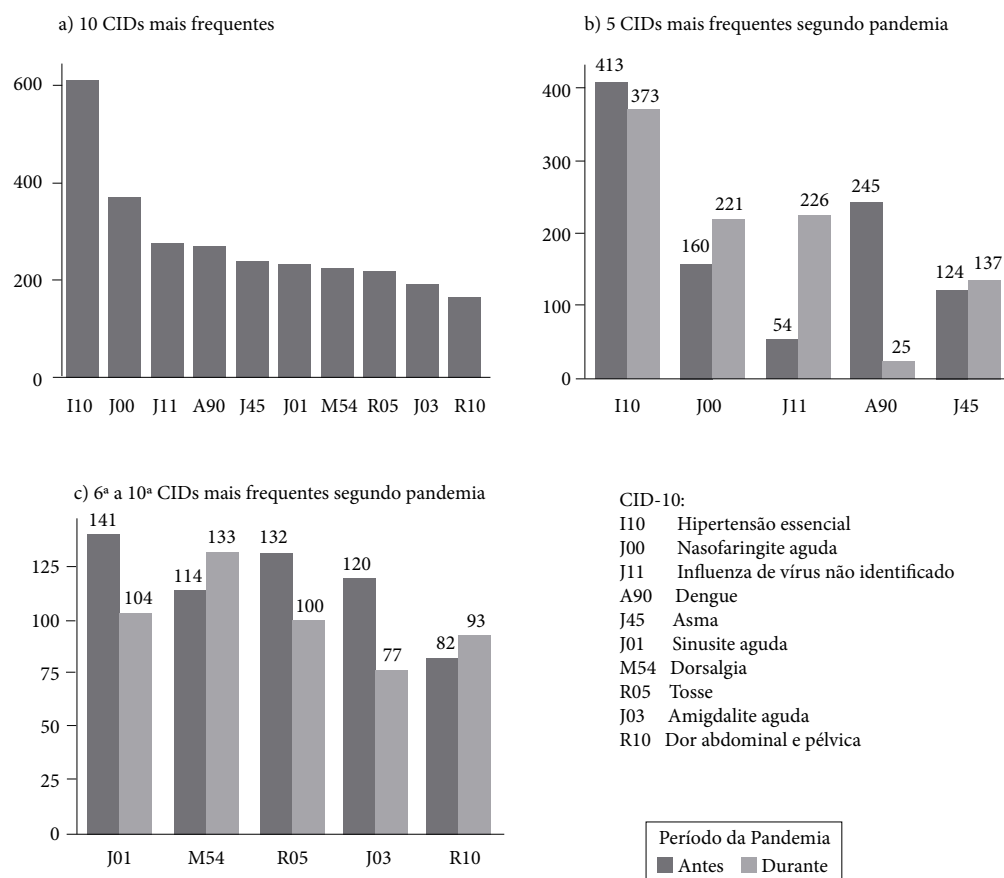


Figura 4. Número de pessoas atendidas antes e durante a pandemia nos 10 CID's mais frequentes para a população em situação de rua.

Fonte: Autores.

O CnaR é como se fosse um serviço complementar, ele se faz ponte entre os usuários e os serviços pra conseguir vinculá-los no território, porque o cuidado do usuário, ele vai ser mais qualificado se ele for no território, né? Então é importante que a atenção primária, que o centro de saúde, se aproprie desse usuário (EGT8_Saúde).

A RAPS do município conta com oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e cinco Centros de Referência de Saúde Mental - Álcool e outras Drogas (CERSAM-AD). Além disso, existem equipes de saúde mental nas 152 UBS do município. Desses serviços, os mais acessados pela PSR foram os CERSAMs Leste e Oeste, e o CERSAM-AD Centro-Sul.

Quanto ao acesso da PSR aos serviços da Atenção Especializada/Rede Complementar, houve registro de atendimento em todas as unidades antes e durante a pandemia. Com relação à rede de Urgência e Emergência, as UPAs

Centro-Sul e Noroeste foram as que registraram maior volume de atendimento à PSR antes e durante a pandemia, sendo uma importante porta de entrada na rede de saúde.

A UPA muitas vezes é a porta de entrada do cuidado para a PSR, em especial nos territórios em que há dificuldade de vinculação com a UBS. Isso indica uma necessidade de diálogo entre equipes da UPA, UBS, CnaR, CERSAM e outros serviços da rede de saúde. Em BH, esta integração ocorre sem o apoio de sistemas de informação e depende do contato pessoal entre os trabalhadores representando uma barreira para o compartilhamento da análise clínica. Dentre outras barreiras encontradas, destacam-se aquelas específicas à PSR, como: ausência de cadastro da PSR no sistema de informação; não identificação como PSR no prontuário eletrônico; e ausência de sistemas de informação que integrem os serviços do SUS e SUAS.

A gente não consegue ter em tempo real e ter acesso aos cadastros de quem está hoje no albergue. Eles têm a listagem e a gente normalmente pergunta em rede, olha estou com dificuldade de encontrar fulano, de tal centro de saúde por exemplo marcou um exame. Fulano é assíduo na ida ao albergue? Um responde sim, o outro não, a última vez que foi visto tal e tal (EGT5_Saúde).

Sistemas de informação integrados são imprescindíveis ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações e serviços de saúde e assistência social, sendo capazes de identificar problemas individuais e coletivos e por conseguinte auxiliar nos processos decisórios da gestão³⁴.

No âmbito da *clínica ampliada e compartilhada*, as reuniões interdisciplinares organizadas pelos distritos sanitários para discussão de casos são estratégias adotadas que qualificam o cuidado à PSR. As reuniões que ocorriam presencialmente em BH passaram a acontecer de forma remota na pandemia, o que aumentou a participação e otimizou debates. Além disso, foram criados grupos temáticos para discutir as situações mais específicas como das gestantes, idosos e PSR, fomentando políticas de promoção da equidade em saúde³⁵.

Enquanto sistema de apoio e logística, o *transporte em saúde* para PSR foi apontado como estratégia relevante à garantia de acesso e ponto transversal à RAS PSR. Em BH, este transporte era disponibilizado para pessoas com dificuldade de mobilidade, pessoas vulnerabilizadas ou que não tinham recursos próprios para chegar ao serviço de saúde. Os profissionais de saúde entrevistados relataram que conseguiram incluir a PSR como público desta política.

Modelo de Atenção à Saúde da RAS PSR

A pesquisa demonstrou que o cuidado à PSR era realizado por *equipes multiprofissionais* tanto na APS quanto na RAPS antes e durante a pandemia. A multidisciplinaridade da intervenção expressa a compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e atende ao princípio de integralidade do cuidado no SUS. O assistente social integra essas equipes multiprofissionais sendo peça chave no fluxo do cuidado, no trabalho de referência e contrarreferência nos serviços da saúde e socioassistenciais, assim como o ACS apresenta um papel central no cuidado, como referência para a PSR.

A abordagem especializada das equipes de saúde mental nas UBS, incluindo o médico psiquiatra, mostrou-se bem-sucedida para atender as demandas da PSR, permitindo articulação

com outros pontos de atenção da RAPS. Na APS, o compartilhamento dos casos e o apoio matricial entre a eSF e os serviços especializados é uma prática essencial para a qualificação da atenção em saúde mental no que concerne à RAPS^{36,37}. Entretanto, os trabalhadores da saúde ressaltaram a necessidade de qualificar as formas de referência e contrarreferência para otimizar cuidados da PSR reforçando o quanto essa relação ainda é fragilizada.

As ações multidisciplinares e em especial intersetoriais são uma forte característica do cuidado específico para a PSR. Esta abordagem é reconhecida e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a conferência de Ottawa em 1986, e retomada com os princípios da Iniciativa *One Health* e os chamados para a colaboração de governos e diferentes setores da sociedade em juntar os esforços para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)^{38,39}. A constituição de uma RAS que possibilita a articulação intersetorial e multisetorial, aborda os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e promove equidade⁴⁰⁻⁴².

Durante a pandemia, a *intersetorialidade* tornou-se ainda mais necessária, indicando a urgência para se avançar na gestão integrada entre as políticas de saúde e assistência social.

Um ponto positivo que eu acho, é a articulação. A gente tem em todas as regionais um núcleo de vulnerabilidade e nós temos uma referência técnica específica né, da PSR. Um outro ponto forte é as reuniões, os GTs intrasetoriais e intersetoriais, que fazem estudos de caso, que dão esse apoio no cuidado, tanto no centro de saúde como nas redes integradas (EGT27_Saúde).

Na experiência de BH, a PSR demanda uma interação maior entre as políticas de moradia, a defensoria pública, segurança pública, educação de jovens e adultos, políticas de emprego, entre outras. A experiência internacional aponta a necessidade de articulação intersetorial, inclusive com o potencial de reduzir custos nos cuidados em saúde desta população^{43,44}. Outros autores alertam para a necessidade de abordar a lacuna entre o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas intersetoriais voltadas à PSR⁴⁵.

Conclusão

Neste estudo, verificou-se que há uma demanda para a constituição de uma RAS PSR, a ser composta por unidades de atendimento e serviços já existentes no SUS, em intersecção com outras RAS. Identificou-se ainda a necessidade de ser-

viços para suprir demandas específicas da PSR na lógica da integralidade e continuidade do cuidado. Ao compreender a dinâmica das ações implementadas no município de BH e as lições aprendidas localmente propusemos auxiliar na elaboração de políticas e ações permanentes de cuidado à PSR no âmbito nacional, a partir da proposição de uma RAS PSR que extrapole os contextos de emergência sanitária.

A experiência desenvolvida em BH demonstrou que a gestão intersetorial dos serviços é potencialmente resolutiva, o que torna a intersectorialidade um aspecto fundamental na efetividade de uma RAS PSR. Esta, deve ser estruturada a partir do diagnóstico situacional de saúde, da seleção dos serviços de referência no atendimento, indicação de ampliação ou criação de novos serviços, de implementação de sistemas de logística tais como *sistemas de informação* integrados, transporte sanitário e prontuário eletrônico.

A mudança de perfil sociodemográfico e aumento da PSR no município aponta para um provável déficit de atualização cadastral dessas pessoas nos sistemas de saúde. Suprir esta lacuna é uma condição importante para a qualificação de uma RAS. Além disso, deve se pautar por um modelo de atenção na perspectiva multidisciplinar, na clínica ampliada e compartilhada e no trabalho intersectorial.

Por fim, a complexidade da abordagem à PSR no SUS traz desafios aos gestores e trabalhadores em seus diferentes níveis. O papel central da APS na coordenação do cuidado em rede fica comprometido quando não há investimento efetivo em mecanismos de referência e contrarreferência. Apesar dos desafios para implementação da RAS PSR e superação de barreiras na comunicação intra e intersectorial, a pesquisa mostrou o potencial que o SUS, a partir da APS, tem de responder com qualidade às necessidades de saúde da PSR, principalmente quando se articula com o SUAS e a SCO.

Colaboradores

ACMTV Dantas contribuiu na pesquisa, concepção do manuscrito, metodologia, análise e discussão dos resultados, redação do manuscrito e revisão final do texto. LMM Fernandes, ALJ Martins, RA Marinho, DM Rodrigues, GDM Silva e AA Souza contribuíram na pesquisa, definição metodológica, análise e discussão dos resultados e redação do manuscrito. R Paes-Sousa participou da concepção do manuscrito e revisão final do texto.

Financiamento

Fundação Oswaldo Cruz - Edital INOVA (PIT-SS) – Fiocruz.

Referências

- Natalino M. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022)*. Brasília: Ipea; 2023.
- Bastos L, Magalhães BD, Santos IC, Brasil FPD, Carneiro R. *Governo local, gestão de crise e respostas multidimensionais - uma análise do caso de Belo Horizonte no contexto da pandemia de Covid-19*. Encontro Brasileiro de Administração Pública; 2021.
- Brizzi A, Whittaker C, Servo L, Hawryluk I, Prete C, De Souza W, Aguiar R, Araujo L, Bastos L, Blenkinsop A, Buss L, Candido D, Castro M, Costa S, Croda J, Aruska A, Santos S, Dye C, Flaxman S, Fonseca P, Geddes V, Gutierrez B, Lemey P, Levin A, Mellan T, Bonfim D, Miscouridou X, Mishra S, Monod M, Moreira F, Nelson B, Pereira R, Ranzani O, Schnekenberg R, Semenova E, Sonabend R, Souza R, Xi X, Sabino E, Faria N, Bhatt S, Ratmann O. Report 46: Factors driving extensive spatial and temporal fluctuations in COVID-19 fatality rates in Brazilian hospitals. *Nat Med* 2022; 28(7):1476-1485.
- Andrade MV, Noronha K, Turra CM, Guedes G, Cimini F, Ribeiro LC, Bernardes AT, Domingues E, Ribeiro MM, Botega LA, Carvalho LR, Nogueira D, Calazans JA, Julião NA, Souza A, Silva VA, Andrade JP, Ferreira MF, Santos RO, Silva JA. Os primeiros 80 dias da pandemia da COVID-19 em Belo Horizonte: da contenção à flexibilização. *Nova Econ* 2020; 30(2):701-737.
- Mitchell E, Waring T, Ahern E, O'Donovan D, O'Reilly D, Bradley DT. Predictors and consequences of homelessness in whole-population observational studies that used administrative data: a systematic review. *BMC Public Health* 2023; 23(1):1610.
- 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* 2009; 24 dez.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. *Plenário referendo na medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 976 Distrito Federal* [Internet]. 2023 [acessado 2024 fev 10]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadordpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=770954718>.
- Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. *População em Situação de Rua. Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; 2023.
- Martins ALJ, Souza AA, Silva GDM, Dantas ACMTV, Alves RM, Fernandes LMM, Oliveira AMC, Magalhães Júnior HM, Paes-Sousa R. Access to health and social protection policies by homeless people during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods case study on tailored inter-sector care during a health emergency. *Public Health* 2024; 12:1356652.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
- Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 143-182.
- Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSE. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery* 2015; 19(1):169-173.
- Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, Andreazza R, Chioro A. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Cien Saude Colet* 2021; 26(10):4769-4782.
- Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: Práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1839-1848.
- Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: Estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):879-890.
- Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: Um desafio para o Consultório na Rua e para o SUS. *Cad Saude Publica* 2017; 33(2):e00196916.
- Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7):1497-1504.
- Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivem em situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(Supl. 1):732-740.
- Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Rev Esc Enferm* 2014; 48(6):1066-1073.
- Pinto D, Máñez MA, Minué S, Pérez-Cuevas R, Regalia F, editors. *Health networks in action: the experiences of Argentina, Brazil, Colombia and Mexico*. Inter-American Development Bank (IDB), Felipe Herrera Library; 2020.
- Duarte F, Ricardo G, Souza CA, Brito CMD, Afonso LN, Castro M, Silva Filho HC. *Terceiro censo de população em situação de rua do município de Belo Horizonte*. Viçosa: Suprema; 2014.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília: MDS; 2009.
- Temponi SRN, Ribeiro LP, Pinheiro TMM, Carvalho SM. "Tudo é violência, viver é violência!": representações sociais e vivências de mulheres em situação de rua. *RPDS* 2022; 11:e4027.
- Tetemann EC, Trugilho SM, Sogame LCM. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos Contextos* 2016; 15(2):356-369.

26. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2010.
27. Brasil. Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*; 2012.
28. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*; 2011.
29. Brasil. Decreto nº 11.472, de 6 de abril de 2023. Altera o Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019, que dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. *Diário Oficial da União*; 2023.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: MS; 2004.
31. Franço PA, Mângia EF, Muramoto MT. O cuidado com a população em situação de rua: o consultório na rua nas redes de atenção à saúde e Intersetorial: revisão integrativa da literatura. *Rev Ter Ocupacional USP* 2020; 30(2):124-131.
32. Perna LK, Patterson C, Chairez AA, Lewis J, Jordan J, Komara H, Harris H. Healthcare outcomes for unsheltered persons experiencing homelessness using a street medicine model of care: a pilot program evaluation. *Cogent Soc Sci* 2024; 10(1):2328895.
33. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). *População em Situação de Rua - Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal*. Brasília: MDHC; 2023.
34. Saraiva LIM, Ramos FAZ, Santos GF, Vetorazo JVP. Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. *Rev Eletr Acer Enferm* 2021; 9:e6418.
35. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JIJ. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: O papel do ministério da saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1397.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *HumanizaSUS equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: MS; 2004.
37. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):371-382.
38. World Health Organization (WHO). *Ottawa charter for health promotion* [Internet]. 1986 [cited 2024 fev 10]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference#:~:text=The%20first%20International%20Conference%20on,health%20movement%20around%20the%20world>.
39. Queenan K, Garnier J, Nielsen LR, Buttigieg S, De Meneghi D, Holmberg M, Zinsstag J, Rüegg S, Häslar B, Kock RA. Roadmap to a one health agenda 2030. *Cab Review* 2017; 12(4):1-17.
40. Amri M, Chatur A, O'Campo P. Intersectoral and multisectoral approaches to health policy: an umbrella review protocol. *Health Res Policy Syst* 2022; 20(1):21.
41. Amri M. Global health in Canada: Three emerging prospects. *J Glob Health* 2021; 11:03025.
42. Vega J, Irwin A. Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bull World Health Organ* 2004; 82(7):482.
43. Brown M, Rowe M, Cunningham A, Ponce AN. Evaluation of a comprehensive SAMHSA service program for individuals experiencing chronic homelessness. *J Behav Health Serv Res* 2018; 45(4):605-613.
44. Zaretzky K, Flatau P. *The cost of homelessness and the net benefit of homelessness programs: a national study*, AHURI Final Report No. 218. Melbourne: Australian Housing and Urban Research Institute; 2013.
45. Martins ALJ, Souza AA, Fernandes LMM, Oliveira AMC, Cordeiro JC, Oliveira AF, Magalhães Júnior HM. A interface entre as políticas públicas para a população em situação de rua: revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2023; 28(8):2403-2416.

Artigo apresentado em 26/02/2024

Aprovado em 25/06/2024

Versão final apresentada em 27/06/24

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva