

Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua

Silent violence and prejudice: strategies for a health team in defense of homeless's citizenship

Ariane Graças de Campos¹, Maria Paula Freitas de Souza^{II}

Resumo

Este trabalho é um relato da experiência vivida por uma equipe especial da Estratégia Saúde da Família da região central do município de São Paulo, no período de julho de 2008 a abril de 2013, cuja atuação ocorreu junto a um homem em situação de rua há 22 anos, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS). O presente relato tem por objetivos mostrar as estratégias que a equipe de saúde utilizou para o enfrentamento da violência muda evidenciada pelos preconceitos vivenciados diariamente pela população em situação de rua, no sentido de permitir o acesso à Unidade Básica de Saúde, assim como ultrapassar as barreiras sociais e aquelas encontradas nos próprios serviços de saúde. Este artigo propõe que o acolhimento às pessoas em situação de rua seja diferenciado e prioritário nos serviços de saúde, estimulando a autonomia e a cidadania, articuladas a toda a rede social e de saúde no território.

Palavras-chave: População de Rua, Atenção Básica em Saúde, Preconceito

Abstract

This paper reports the experience of a special team of the Family Health Strategy in the central region of São Paulo, from July 2008 to April 2013, whose performance was next to a man on the street for 22 years, the area covered by the Basic Health Unit (BHU). This report aims to show the strategies that health staff used to dealing with violence changes evidenced by the prejudices experienced daily by people on the streets, in order to allow access to Basic Health Unit, as well as overcoming barriers those found in social and health services themselves. This article proposes that the host people on the street is different and priority health services, encouraging autonomy and citizenship, linked to any social network and health in the territory.

Keywords: Homeless, Primary Health Care, Prejudice

^I Ariane Graças de Campos (arianegraca@bol.com.br) é enfermeira do Consultório na Rua do Município de São Paulo, formada pela Faculdade de Medicina de Marília, preceptora do grupo de vulnerabilidade do PET-Saúde SP; pós-graduada em Saúde da Família pela Universidade do SUS, em Saúde Pública pela Universidade Cruzeiro do Sul, Docência do Nível Superior pela Universidade da Cidade de São Paulo.

^{II} Maria Paula Freitas de Souza (mariapaulaf_souza@yahoo.com.br) é psicóloga do Consultório na Rua do Município de São Paulo, formada pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), campus de Assis; especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).



Introdução

A Reforma Sanitária tem como base a proposta de um novo modelo de atenção básica à saúde, visando reorganizar o modelo biomédico que culminou com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do artigo 198 da Constituição de 1988. Esse novo sistema emergiu dos princípios de universalização, integralidade, equidade, descentralização, controle social, baseando-se em uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Em 1994, o SUS se reforça com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), principal estratégia do governo federal para mudança do modelo da atenção básica de saúde, que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua^{1,2}.

O PSF assume um conceito ampliado de atenção básica, implicando também uma reviravolta ética, marcada por práticas humanizadas e vinculadas ao processo de construção da cidadania, tanto do indivíduo quanto da família. Essa mudança de enfoque, associada ao multiprofissionalismo, rompe com o protagonismo do saber médico e visa à maior interação com a comunidade para a construção de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde².

Na realidade urbana atual, a população de rua apresenta-se como um grupo social de dimensões quantitativas e qualitativas novas, aumentando nos períodos

de recessão econômica e com maior visibilidade para as demandas nas áreas social, de saúde, habitação e segurança pública⁴.

A população de rua predomina nas áreas centrais urbanas, onde há um grande fluxo de pessoas, comércio, serviços em geral, possibilitando acesso à alimentação, a dinheiro e a espaços vazios à noite, que se transformam em abrigos⁴.

Socialmente, existe a tendência em se naturalizar o fenômeno das pessoas em situação de rua. Análises fragmentadas podem conduzir a responsabilização do indivíduo por seus problemas, impedindo uma apreciação dos contextos de produção do fenômeno e a formulação de políticas públicas para o seu enfrentamento. Assim, são criadas estratégias isoladas com grandes limitações em sua efetividade, como abrigos e albergues¹⁰.

Quando ingressam em situação de rua, as pessoas se confundem com a população em geral, mantendo, assim, pequenos laços familiares. Somente com o passar do tempo enraízam a cultura da rua. Em geral, esse processo apresenta uma natureza progressiva, e quanto maior o tempo de rua, menor as chances de sair dela. O quadro se agrava com o preconceito em relação ao morador de rua, que é estigmatizado em razão das péssimas condições de vida, visíveis no descuido com a aparência, o que contribui para sua baixa estima⁸. Além

disso, o estigma social dirigido às pessoas em situação de rua, vinculado ao uso de drogas e criminalidade, contribui para o seu isolamento e distanciamento da sociedade¹².

Por sua vez, a internalização do preconceito pelas pessoas em situação de rua é um processo que consiste em uma identificação do sujeito com as características que formam as representações sociais dirigidas a eles e que servem de referência para a configuração de sua própria identidade. Fruto de um contexto sócio-histórico, a representação é sentida como atributo individual, produzindo sentimentos de fracasso e de incompetência social⁷.

Assim, a atenção à saúde dirigida a grupos altamente vulneráveis deve promover a inclusão com ações que mantenham a saúde e recuperem a responsabilidade e a autonomia dos indivíduos por meio do princípio de equidade (orientações aos grupos diferentes em suas necessidades de diversas maneiras), formulação de tecnologias e abordagens adequadas às demandas dessa população⁵.

Preconceito e dificuldades de adesão do usuário aos serviços de saúde

Segundo o último censo sobre população em situação de rua, realizado em 2011, existem na cidade de São Paulo 14.478 pessoas vivendo nesta situação, sendo 82% do sexo masculino e 13% do sexo feminino. É na região central de São Paulo que está concentrada a maior parte dos moradores de rua, totalizando 55,3%⁶.

No Brasil, é recente a preocupação do poder público com a população em situação de rua. O cotidiano dessas pessoas, associado às condições adversas da rua (extrema pobreza), dificulta a produção de projetos de futuro. O imediatismo é vivenciado o tempo todo como um “eterno presente”⁹, o que também se reflete no cuidado à saúde, com a negação ou o adiamento da procura do serviço. Muitos acabam apresentando quadros de doença aguda ou crônica. Verifica-se que o agravamento é valorizado pela população de rua quando interfere na sua locomoção, impossibilitando sua itinerância e a vivência de sua dinâmica⁵.

Denominaremos “Dinâmica da Rua” a configuração das relações sociais e do cotidiano das pessoas em situação de rua que é composta pela utilização da “boca de rango” (busca de alimentação), uso abusivo de álcool e drogas, realização de atividades ilícitas, “bicos”

(práticas de trabalho informal), mendicância, além da falta de referência temporal (horários e dias) e dificuldade de transitar e utilizar os serviços e espaço público devido à internalização do preconceito.

Além do preconceito sofrido por profissionais e usuários dos diversos serviços, os indivíduos em situação de rua têm a necessidade de cuidar do “mocó” – lugar na via pública sem privacidade onde ficam seus pertences e animais de estimação.

O acompanhamento adequado da situação de saúde desses indivíduos é dificultado por várias questões: a organização dos serviços de saúde, filas, demora na marcação de consultas, longo tempo de espera e dificuldade dos próprios profissionais técnicos no atendimento. Além disso, as condições prioritárias para essa população, como local para dormir e dificuldades de obter alimentação, fazem com que a saúde, por vezes, não seja prioridade. Não obstante, as condições degradadas de higiene com que se apresentam nos serviços de saúde geram preconceito e dificultam o atendimento e o acesso aos serviços como direito de cidadania¹¹.

Os serviços de saúde têm o desafio de realizar a inclusão das populações excluídas historicamente nas práticas assistenciais, oferecendo serviços com o intuito de diminuir a desigualdade em relação ao acesso em todos os níveis de assistência à saúde e de ações de cuidado que objetivem a integralidade³. Assim, a situação precária de vida da população de rua pressupõe ações específicas quanto ao processo saúde-doença, na qual a ideia de adoecimento está relacionada com a violência urbana, a perda de vínculos familiares e o preconceito sofrido e internalizado⁴.

Considerando que a atenção básica à saúde é a porta de entrada do SUS, torna-se fundamental que as equipes de saúde possibilitem uma perspectiva inclusiva do usuário em situação de rua na rede de serviços de saúde. Os diagnósticos médicos mais frequentes são de dependência de álcool, doenças pulmonares, úlcera e dores em membros inferiores⁴.

Atentos às dificuldades citadas, foram criadas estratégias para o acolhimento dessa população na unidade de saúde, como flexibilidade de agendas dos profissionais, períodos maiores de visitas no território para busca ativa, pactuação de cuidados e fortalecimento de vínculo da equipe multiprofissional.

As dificuldades do atendimento dessa população por outros profissionais da unidade básica de saúde

(UBS), relacionadas à falta de traquejo na relação direta com as pessoas em situação de rua, frequentemente afetada pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, entre outros agravos, torna esses usuários, por vezes, mais agressivos, gerando mais desgaste e aumentando o preconceito de parte a parte. O vínculo é tênue, e qualquer situação é decisiva na adesão do usuário ao serviço, exigindo da equipe uma “reconquista” permanente desse usuário⁴. O acolhimento desse grupo precisa ser diferenciado e prioritário. A solução deve ser dada na hora, seja de ordem física, psíquica ou social. A vinculação do usuário em situação de rua está associada à oportunidade de se fazer o maior número de ações e abordagens por diversos profissionais no mesmo dia⁵.

Acreditamos que a discriminação positiva pode auxiliar na maior qualidade da atenção ao usuário, como um conjunto de medidas especiais de incentivo e proteção a grupos para promover a ascensão e maiores oportunidades de inserção social. A discriminação positiva consiste em uma estratégia para promoção da inclusão social com medidas especiais que buscam remediar processos discriminatórios, com tratamento diferenciado, tendo em vista as suas especificidades e fragilidades⁹.

Relato de caso: o Sr. F.

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) Especial que acompanhou o caso do Sr. F. era composta por uma médica, uma enfermeira, seis agentes comunitários de saúde (ACS), dois auxiliares de enfermagem, além de contar com o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A equipe atua no território – centro do município de São Paulo – desde julho de 2008, quando iniciou o cadastro das pessoas em situação de rua na área de abrangência da UBS.

Em agosto de 2012, a equipe foi modificada com a inserção do Consultório na Rua do SUS, ligado à atenção básica, sendo composta por uma médica, uma enfermeira, três ACS, dois agentes sociais, um auxiliar de enfermagem e uma psicóloga, tendo como retaguarda a mesma UBS. A proposta de trabalho passou a ser focada na redução de danos e maior período no território. Passou-se também a contar com suporte de um carro para locomoção de profissionais e usuários.

No ano de 2008, o Sr. F., 42 anos, foi cadastrado pela equipe. Nascido no Rio de Janeiro, pais falecidos

desde os 12 anos, foi criado por uma tia. Quando completou 18 anos, mudou-se para São Paulo, onde trabalhou como porteiro e passou a morar só no centro da capital. Usuário de álcool desde os 12 anos, após dois anos na cidade estava em situação de rua. Sem filhos, tinha uma companheira, que entrou em óbito após ser incendiada por outra moradora de rua, há aproximadamente três anos. Desde então, o Sr. F. tem vivido um processo depressivo. Ele faz uso de grande quantidade de cachaça, se alimenta precariamente, com algumas doações que recebe na rua. Usuário de múltiplas drogas, higiene pessoal precária, passa meses sem tomar banho e trocar de roupa. Faz suas necessidades fisiológicas na rua, se recusa a dormir em albergues, justificando a ocorrência de brigas e roubos nesses locais.

Desde o início, o Sr. F. é acompanhado, tendo em seu vasto prontuário numerosas visitas da equipe multiprofissional e poucas passagens para consultas na unidade de saúde. Ele se recusava a ir à UBS por causa do preconceito arraigado, considerando não merecer estar no mesmo ambiente que as pessoas “normais”, de bem, limpas e educadas. Relatou também medo de ser maltratado, o que inclui olhares julgadores, dizeres ofensivos e isolamento.

Em fevereiro de 2009, o Sr. F. levou uma facada na mão direita, na tentativa de se defender durante uma briga com outro morador de rua. A lesão infectou, e mesmo após várias tentativas de sensibilizá-lo para o curativo, ele se recusou. A médica foi até o local, avaliou e deixou a medicação com o paciente, após orientá-lo sobre o uso correto. A auxiliar de enfermagem realizava a limpeza da lesão na rua. As visitas no território, quase que diárias, continuaram na tentativa de sensibilizá-lo quanto aos cuidados em saúde, mas sem sucesso.

No mês de março de 2010, o Sr. F. apresentava lesões por todo o corpo, decorrentes da intensa coceira devido à escabiose (sarna). A pele rompida por todo o corpo, junto com a higiene precária, culminou na infecção das lesões. Apresentava pediculose (piolhos) nos cabelos e barba. Novamente tentamos sensibilizá-lo para a melhoria das condições de higiene e tratamento das lesões infectadas, mas o Sr. F. relatava que estava bem e naturalmente se curaria. Mesmo com as negativas, as visitas diárias continuaram, e toda a equipe tentou convencê-lo, oferecendo, além do tratamento, roupas e banho na UBS.

Somente em maio de 2010 o paciente aceitou acompanhar o ACS à unidade de saúde. Passou por

consulta de enfermagem e médica, tomou banho e realizou troca de roupa, além do tratamento medicamentoso via intramuscular, já que a terapia oral não teve bons resultados. O Sr. F. dizia ter dificuldade para tomar os comprimidos no horário, já que não tinha relógio nem quem o auxiliasse na administração dos medicamentos. Sugerimos que ele voltasse durante três dias para banho, troca de roupa, reavaliação médica e coleta de exames laboratoriais. Na hora, ele concordou, mas no dia seguinte recusou-se a acompanhar o ACS, referindo melhora.

Nesse dia, quando o Sr. F. tinha ido até a UBS, percebeu alguns usuários que esperavam pela consulta fazendo caretas para ele, prendendo o nariz (estava sem tomar banho há semanas).

No âmbito individual, exploramos essas representações com o Sr. F., buscamos nos aproximar de suas concepções e vivências. Assim, percebemos que ele reconhecia ter o mesmo direito de usufruir da unidade de saúde como qualquer munícipe que tem residência fixa, mas o preconceito o paralisava, intervindo diretamente no acesso ao serviço.

A equipe de saúde elencou, após problematizar o caso, algumas intervenções para sensibilizar o paciente quanto ao cuidado com sua saúde e o acesso aos serviços, exames etc. Primeiramente, as visitas seriam diárias, objetivando ter acesso ao paciente antes de estar muito alcoolizado; a ACS o acompanharia sempre que fosse à unidade de saúde, ficando ao seu lado, assim como para realizar exames e ser atendido pelos especialistas em outros serviços.

Ao frequentar a unidade de saúde, o Sr. F. fazia questão de tomar banho e trocar de roupa antes de ser atendido. Disponibilizamos o banheiro da unidade para sua higiene pessoal, apesar de o paciente ter acesso a qualquer serviço na unidade, independentemente de ter tomado banho. Convidamos o Sr. F. para ir à unidade sempre que desejasse, mas ele só o fazia na companhia da ACS.

O Sr. F. era atendido imediatamente quando chegava à unidade (discriminação positiva), levando em consideração a angústia de estar no local – chegava ao posto dizendo que em breve precisava ir embora, procurar por comida.

Em agosto de 2011, ele nos relatou um episódio de convulsão após o uso intenso de cocaína e álcool, dizendo que o fato foi isolado e que não aceitaria qualquer tipo de cuidado.

No mês de março de 2012, iniciou-se um quadro de prostração. Ele ficava grande parte do dia deitado no chão, dormindo, bebendo cachaça, se alimentando uma vez por dia quando algum colega de rua levava comida, sem forças de sair do local para fazer suas necessidades fisiológicas. Todos os membros da equipe tentaram sensibilizá-lo para um atendimento de emergência, onde seria acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). A recusa do paciente foi taxativa, motivo de preocupação da equipe. Neste episódio, o orientamos a diminuir o consumo de álcool/drogas e se alimentar mais vezes. Pela manhã, a ACS levava um café com pão, e na hora do almoço um colega de rua se comprometeu a levar comida. Com o passar dos dias, ele melhorou.

No começo de julho de 2012, levamos a psiquiatra para avaliá-lo na rua, e ela cogitou uma possível depressão e déficit de memória. Nos dias seguintes, observamos novo episódio de prostração, e só no final do mesmo mês conseguimos levá-lo novamente à UBS. Em consulta compartilhada entre a clínica e a psiquiatra, foi levantada a hipótese diagnóstica de demência e neuropatia alcoólica. Colhemos exames, solicitamos tomografia de crânio e dispensamos medicação para minimizar os sintomas da neuropatia.

No mês seguinte chegaram os resultados dos exames laboratoriais, e a única alteração foi hepatite B. Discutimos sobre as implicações da doença e os locais especializados para o acompanhamento. Encaminhamos o Sr. F. para o Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) e para o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (Caps AD), mas ele se recusou a iniciar o tratamento.

Demonstrou desejo de ter seus documentos pessoais, já que há muitos anos haviam sido roubados. Procuramos a Atenção Urbana, serviço ligado à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) para retirar os documentos do Sr. F. Porém, na data para requerer a nova via da certidão de nascimento, ele se recusou. Neste episódio, o único desejo expresso por ele era a obtenção de seu documento de identidade, vontade que sustentou por pouco tempo. A equipe de saúde articulou-se ao serviço de assistência social para a obtenção dos documentos, pensando no resgate da cidadania do Sr. F.

Por um período de trinta dias ele desapareceu do território. Ninguém sabia onde o Sr. F. estava. Em outubro de 2012 retornou ao território, relatando que estava inter-



nado em um serviço da região e que não se lembrava de nada, já que estava dormindo quando o levaram.

Já em janeiro de 2013, ele começou a se queixar de dores e formigamentos em membros inferiores, em decorrência da neuropatia periférica. Nesse período, começou a relatar que ouvia vozes de pessoas falecidas e tinha ideias suicidas. Além das visitas diárias da equipe de consultório na rua, levamos a psiquiatra e a psicóloga para avaliação na rua. No final do mês, relatou que as vozes cessaram.

Em fevereiro de 2013 ele entrou em quadro de desnutrição e desidratação, estava bebendo muito e comendo pouco, apresentava dificuldade para andar. Considerando sua relutância em ir para o pronto-socorro, a equipe discutiu o caso e fez um contrato [? trato] com o paciente segundo o qual ele seria avaliado diariamente pela médica e discutir [para discutir] os seus problemas de saúde: alcoolismo, hepatite B, transtorno mental. Assim, seriam traçados planos de enfrentamento e a equipe iria acompanhá-lo em todos os serviços. Deixamos claro que sua vida estava em risco.

Com a troca da ESF para o Consultório na Rua, em março de 2013 foi disponibilizado um carro para o transporte dos profissionais e usuários. Desse modo, levamos o Sr. F. para a unidade e outros serviços, o que facilitou a adesão do paciente à terapêutica proposta. Durante esse mês ele foi levado cinco vezes à unidade, mas ainda se negava ao acompanhamento nos outros serviços.

No mês de abril de 2013, foi levado à UBS para a continuidade da soroterapia; no dia 10 aceitou a consulta compartilhada com a enfermeira, a psicóloga e o redutor de danos do Caps AD. Nesse dia, fez sua higiene pessoal e troca de roupa na unidade de saúde e foi levado a um Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids para iniciar o acompanhamento da hepatite B. Neste serviço foi feito um encaminhamento para um centro de referência de tratamento em álcool e drogas [Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas] (Cratod), com vistas a uma possível internação, com consentimento do Sr. F. Nesse mesmo mês, no dia 16, após conversa com a equipe, ele aceitou ir ao Cratod para acolhimento e avaliação da equipe.

Na manhã de 18 de abril, durante visita ao território da equipe do consultório na rua, o paciente foi encontrado no mesmo lugar onde costumava ficar.

Questionado sobre o porquê do retorno à rua, ele nos respondeu que foi levado pelo Cratod para o pronto-socorro nas redondezas e, na manhã do dia seguinte, teve alta médica, voltando para o seu território, o que demorou a manhã inteira. [?]

Imediatamente, levamos o paciente ao serviço que o internou no pronto-socorro para verificar o que tinha acontecido. Lá nos informaram que ele tinha sido levado ao hospital para ser avaliado clinicamente, com o fim de pleitear uma vaga de internação, e que deveriam ter avisado ao Cratod para ir buscá-lo. Levantaram a hipótese de que o paciente pudesse ter evadido do serviço.

Chegando ao pronto-socorro, procuramos a equipe de enfermagem e fomos novamente questionados se o Sr. F. não tinha evadido, o que é muito comum. Quando a enfermeira do hospital foi procurar o prontuário, verificou que ele tivera alta médica e fora liberado, mesmo debilitado, com hepatite B, em situação de rua. Retornamos com o paciente ao Cratod, que o acolheu novamente.

No final de abril, o Sr. F. foi acolhido no leito do Caps AD e encaminhado a uma casa de recuperação para álcool e drogas no interior do estado de São Paulo.

Considerações finais

A equipe persistiu por cinco anos para que o Sr. F. acessasse a rede de assistência à saúde e se vinculasse a ela. Foram dois os fatores determinantes para o sucesso das ações desenvolvidas com o usuário. Primeiramente, sua aceitação para que se tornasse sujeito do próprio projeto terapêutico. O outro fator foi a capacidade de enfrentamento das dificuldades que a equipe teve durante o episódio, considerando as múltiplas recusas do paciente e a resistência dos serviços de saúde em acolhê-lo. A equipe não se acomodou ao lugar de desamparo institucional e às angústias durante todo o processo de cuidado.

É recompensador observar hoje o Sr. F. utilizando os serviços que lhe são de direito, depois de enfrentar o seu próprio preconceito e o dos serviços de saúde.

O caso do Sr. F. permite verificar que os investimentos intensivos no sujeito, considerando o preconceito intrínseco e extrínseco e as variáveis da dinâmica da rua, incorreram na adesão e vinculação à equipe de saúde e UBS, promovendo o acesso a direitos e políticas públicas.

Partindo-se do princípio da equidade (SUS), é neces-

sário construir ações estratégicas a partir do território, da complexidade, heterogeneidade e dinâmica da população de rua para legitimar o acesso aos serviços de saúde a grupos de alta vulnerabilidade, visando à adesão e vinculação do usuário.

Para a construção de políticas públicas eficientes, com caráter protetivo e de redução de danos, as práticas precisam ser direcionadas no sentido de uma possível transformação cultural e social em relação ao estigma que a população de rua carrega. O relato de caso do Sr. F. nos mostra que as estratégias da equipe tiveram êxito porque a ferramenta primordial do trabalho foi a criação do vínculo, a informação e o acompanhamento nas ações acordadas com o paciente.

O Sr. F., que não conseguia cuidar de si e, por muitas vezes, disse que desejava a morte, hoje busca a vida.





Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 30. ed. São Paulo: Saraiva; 2002.
2. Campos AG. Planejamento Estratégico Situacional: solucionando problemas e reinventando ações. Rev Bras Promoção da Saúde. 2009;22(3): 151-156.
3. Carneiro Junior N, Andrade MC, Lupp, CG, Silveira C. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. Saúde Soc. 2006;15(3):30-39.
4. Carneiro Junior N, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali D, Martinelli M. Serviços de Saúde e população de rua: contribuição para um debate. Saúde Soc. 1998;7(2):47-62.
5. Carneiro Junior N, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. Cad Saúde Pública. 2003;19(6): 1827-1835.
6. Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo 2011/2012. São Paulo: SMA-DS; 2011.
7. Mattos RM, Ferreira RF. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre a pessoa em situação de rua. Psicol Soc. 2004;16(2):47-58.
8. Rosa AS, Secco MG, Bretas ACP. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. Rev Bras Enferm. 2006;59(3):331-336.
9. Rosa AS. Quem mandou morar na rua? Um estudo sobre o sentido da vida para moradores de rua [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2008.
10. Silva MLL. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno da população em situação de rua no Brasil [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
11. Vannucchi AMC. A População em situação de rua no Serviço de Urgência Psiquiátrica. In: Baldaçara L, Cordeiro DC, organizadores. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Roca; 2007. v. 1, p. 215-226.
12. Vieira MAC, Bezerra EMR, Rosa CMM, organizadores. População de rua: quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Hucitec; 1992.