CUIDAR SEM ENDEREÇO: VÍNCULO, ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E PRODUÇÃO DE CUIDADO NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

CARING WITHOUT AN ADDRESS: BONDING, THERAPEUTIC ITINERARIES AND CARE PRODUCTION FOR PEOPLE EXPERIENCING HOMELESSNESS

https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-082

Vinicius de Lima Lovadini
Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP
E-mail: viniciuslovadini@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9066-2160

Elen Saluana da Silva Buffo
Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste – UFMS
E-mail: elen.saluana.buffo@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-3064-9359

Andréa Rosa Rossini Domingues
Especialista em Psicoterapia pela Universidade de São Paulo – USP
E-mail: andrearossiniarjol@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-2086-1849

Lieny Munhoz Martins
Mestre em Educação pela UEMS
E-mail: lieny.martins@unijales.edu.br
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0492-7406

Tryssia Scalon Magalhães Moi
Doutora em Cirurgia Veterinária pela UNESP
E-mail: tixa_moi@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4076-5548

Leyde Emanuelle Costa Pereira
Doutora em Medicina Veterinária pela UNESP
E-mail: leyde.vet@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5900-1230

Ana Lucia Borges de Souza Faria
Mestre em Bioengenharia pela UNICASTELO
E-mail: analucianatural@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-0875-4157

Milene Carolina Attili Silva Ribeiro
Especialista em Psicopedagogia pelo Centro Universitário de Votuporanga
E-mail: mileneattili@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1092-044x

Wagner Rafael da Silva
Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil – UB
E-mail: wagner.silva@ub.edu.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0952-4877

Luan Souza do Nascimento
Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade Brasil – UB
E-mail: nascimentoluansouza@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6829-3258

Roger Guimarães de Almeida
Médico cirurgião geral pela Santa Casa de Fernandópolis – SP
E-mail: rogerguimaraessfs@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0008-1103-6849

André Wilian Lozano
Doutor em Enfermagem pela UFSCar
E-mail: lozanoenf@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5721-7054

Resumo

O capítulo analisa a produção de cuidado em saúde para pessoas em situação de rua a partir de três dimensões: vínculo, itinerários terapêuticos e capacidade da rede de adaptar-se a modos de vida que não seguem a organização convencional dos serviços. Trata-se de revisão bibliográfica narrativa, sustentada por estudos brasileiros sobre Atenção Primária, Consultório na Rua, acesso, estigma, redução de danos e coordenação do cuidado. O objetivo é discutir como práticas territoriais podem produzir continuidade mesmo diante de mobilidade, ausência de endereço fixo, dificuldade de armazenamento de medicamentos e trajetórias marcadas por exclusão social. Os estudos mostram que exigências documentais, horários rígidos, preconceito e fragmentação da rede afastam usuários e favorecem procura tardia por urgência e emergência. Em contraste, busca ativa, agendas flexíveis, acompanhamento no território e relações de confiança ampliam a possibilidade de cuidado longitudinal. O Consultório na Rua aparece como dispositivo estratégico, mas seu alcance depende de integração com unidades básicas, saúde mental, hospitais, assistência social e políticas de proteção de direitos. Conclui-se que cuidar sem endereço exige substituir a expectativa de adaptação do usuário ao serviço por uma organização assistencial capaz de reconhecer trajetórias reais e sustentar vínculo ao longo delas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Continuidade do Cuidado; Pessoas em Situação de Rua; Vínculo.

Abstract

This chapter analyzes health care for people experiencing homelessness through three dimensions: bonding, therapeutic itineraries, and the ability of health networks to adapt to ways of life that do not follow conventional service organization. It is a narrative literature review based on Brazilian studies on Primary Health Care, Street Clinic teams, access, stigma, harm reduction, and care coordination. The aim is to discuss how territorial practices can produce continuity despite mobility, lack of a fixed address, difficulties storing medicines, and trajectories marked by social exclusion. Studies show that documentation requirements, rigid schedules, prejudice, and fragmented networks distance users from services and favor late use of emergency care. In contrast, active outreach, flexible schedules, territorial follow-up, and trusting relationships increase the possibility of longitudinal care. Street Clinic teams emerge as a strategic device, but their reach depends on integration with primary care units, mental health services, hospitals, social assistance, and rights protection policies. Caring without an address therefore requires replacing expectations that users adapt to services with health care organization capable of recognizing real trajectories and sustaining bonds across them.

Keywords: Bonding; Continuity of Care; Homeless Persons; Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

A organização convencional dos serviços de saúde parte de pressupostos simples: o usuário possui endereço, consegue guardar documentos e medicamentos, recebe ligações, comparece em horários agendados e retorna quando solicitado. Para pessoas em situação de rua, esses pressupostos podem não existir. Quando a rede interpreta essa diferença como falta de adesão, produz uma barreira adicional para quem já vive sob intensa desigualdade social.

A situação de rua resulta de processos heterogêneos. Pobreza, desemprego, rupturas familiares, violência, sofrimento mental, uso de substâncias e ausência de moradia podem aparecer em combinações diferentes. Por isso, a população em situação de rua não deve ser tratada como grupo homogêneo nem ter suas necessidades reduzidas à higiene, alimentação ou uso de álcool e outras drogas.

No campo da saúde, as trajetórias costumam atravessar unidades básicas, Consultório na Rua, serviços de urgência, hospitais, CAPS, assistência social e organizações comunitárias. Esse percurso constitui um itinerário terapêutico que nem sempre segue fluxos formais de referência e contrarreferência. Com frequência, é o vínculo com um trabalhador específico que mantém a conexão entre usuário e rede.

Este capítulo discute como vínculo, mobilidade e itinerários terapêuticos desafiam a organização tradicional da APS e analisa práticas capazes de produzir continuidade do cuidado para pessoas em situação de rua.

2 METODOLOGIA

Foi realizada revisão bibliográfica narrativa, de caráter teórico-aplicado, com base em estudos brasileiros publicados sobre população em situação de rua, Atenção Primária à Saúde, Consultório na Rua, acesso aos serviços, vínculo e coordenação do cuidado. Foram privilegiados estudos qualitativos e avaliações de experiências capazes de dar visibilidade às trajetórias de usuários e às práticas de trabalhadores.

A discussão foi organizada em quatro núcleos: barreiras produzidas pelo desenho convencional dos serviços; vínculo como tecnologia de cuidado; itinerários terapêuticos e coordenação da rede; e especificidades do Consultório na Rua. O foco não foi quantificar acesso, mas compreender como relações, regras institucionais e organização territorial podem aproximar ou afastar usuários do SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira barreira é frequentemente administrativa. Estudos brasileiros relatam exigência de documento, comprovante de residência e procedimentos de cadastro incompatíveis com a vida nas ruas. Mesmo quando essas exigências não são normativamente obrigatórias, podem funcionar como filtro informal. A barreira burocrática se soma a horários rígidos, necessidade de retornos programados e dificuldades para guardar receitas ou medicamentos.

Valle e Farah (2020) encontraram predomínio de uso de urgência e emergência e acesso restrito à Atenção Básica. Nascimento et al. (2022) também descrevem procura por serviços em situações agudas e dificuldades relacionadas à documentação e à informação. Esses resultados ajudam a compreender por que a presença de uma unidade próxima não garante acesso efetivo.

O estigma produz outra camada de afastamento. Bombonatti et al. (2022) e Gonçalves et al. (2023) descrevem preconceito, negligência e experiências institucionais negativas. Uma pessoa que espera ser tratada com desconfiança tende a adiar a procura por cuidado. A barreira relacional pode ser tão decisiva quanto distância ou horário.

Quadro 1. Barreiras frequentes e respostas possíveis na produção de cuidado

Barreira	Efeito sobre o itinerário	Resposta assistencial
Exigência documental	Adia ou impede cadastro e atendimento	Acolhimento sem barreiras indevidas e apoio para regularização documental
Horários rígidos	Dificulta retornos e acompanhamento	Agenda flexível, encaixe responsável e acompanhamento territorial
Estigma e preconceito	Reduz confiança e procura futura	Educação permanente, abordagem não discriminatória e construção de vínculo
Fragmentação da rede	Perde seguimento entre serviços	Acompanhamento compartilhado, comunicação ativa e referência responsável
Mobilidade territorial	Dificulta localização e continuidade	Busca ativa, registro de pontos de referência e atuação itinerante

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

O vínculo aparece nos estudos como uma tecnologia clínica e organizacional. Ele não é sinônimo de simpatia ou proximidade pessoal. Vínculo significa reconhecimento, confiança e expectativa de que o serviço continuará disponível. Engstrom e Teixeira (2016) mostraram que presença territorial, portas abertas e redução de danos favorecem cuidado. Santos e Almeida (2021) destacaram agenda flexível e busca ativa como componentes da coordenação.

A continuidade, nesse contexto, não depende de o usuário permanecer no mesmo endereço. Ela pode ser produzida por uma equipe que mantém memória do cuidado, reconhece locais de circulação, acompanha encaminhamentos e evita reiniciar a história clínica a cada contato. Essa continuidade é especialmente relevante para tuberculose, HIV, doenças crônicas, saúde mental, feridas e condições que exigem uso regular de medicamentos.

Os itinerários terapêuticos mostram que a rede real é diferente da rede desenhada em fluxogramas. Usuários circulam entre serviços conforme horários, experiências anteriores, localização, gravidade e relações de confiança. Quando uma equipe compreende esse percurso, consegue utilizar os pontos já acessados como oportunidades de reconexão com a APS.

O Consultório na Rua altera a lógica da porta de entrada ao deslocar profissionais para o território. Cardoso et al. (2018) descrevem necessidade de planejamento flexível e atuação multiprofissional. Azevedo et al. (2026) identificam vínculo mais forte com esse tipo de equipe, enquanto serviços de urgência permanecem associados às demandas agudas.

Redução de danos é central porque permite construir cuidado sem condicionar atendimento à abstinência ou a mudanças imediatas de comportamento. Na prática, isso amplia o espaço de negociação terapêutica e favorece acompanhamento de problemas que poderiam permanecer sem tratamento. A mesma lógica vale para outras escolhas e prioridades: o plano precisa dialogar com aquilo que é possível no contexto de vida do usuário.

A autonomia do Consultório na Rua, entretanto, não pode transformar-se em isolamento. Quando outros serviços passam a considerar que toda demanda da população em situação de rua pertence ao CnaR, cria-se nova forma de segregação. A equipe itinerante precisa ampliar portas na rede, não substituir o direito de acesso às UBS, CAPS, especialidades e hospitais.

A coordenação do cuidado depende de comunicação entre serviços. Santos e Almeida (2021) identificaram que parte dessa articulação ocorre por relações informais entre trabalhadores. Embora úteis, contatos pessoais não são suficientes como política institucional. Mudanças de equipe podem romper fluxos que nunca foram formalizados.

Assistência social, habitação e proteção de direitos também integram os itinerários. Muitas necessidades clínicas não podem ser resolvidas quando a pessoa não dispõe de local para repousar, alimentar-se, realizar higiene ou armazenar medicamentos. A intersetorialidade precisa ser organizada como responsabilidade compartilhada, e não como encaminhamento sucessivo de um serviço para outro.

Cuidar sem endereço implica reconhecer que longitudinalidade pode assumir formas diferentes. Para alguns usuários, será acompanhamento frequente e regular; para outros, contatos intermitentes que retomam um plano já conhecido. A medida de sucesso não pode ser apenas comparecimento a consultas, mas capacidade da rede de permanecer acessível e reconstruir continuidade após interrupções.

3.1 CUIDADO COTIDIANO, MEDICAÇÃO E POSSIBILIDADE REAL DE ADESÃO

A adesão terapêutica entre pessoas em situação de rua não pode ser analisada apenas pelo cumprimento da prescrição. Guardar comprimidos, manter curativos limpos, conservar insulina, realizar jejum para exames ou comparecer a consultas em horários fixos depende de condições materiais que muitas vezes não existem. Quando o plano terapêutico ignora essas condições, o fracasso é atribuído ao usuário apesar de ter sido produzido por uma proposta incompatível com sua realidade. A clínica precisa incorporar perguntas sobre onde a pessoa dorme, onde guarda seus pertences, como se alimenta e quais deslocamentos consegue realizar.

Esquemas terapêuticos simples, dispensação ajustada, possibilidade de retirada em diferentes pontos e acompanhamento mais próximo podem ser decisivos. Isso não significa reduzir padrões técnicos, mas adaptar a forma de oferta. Em algumas situações, a equipe precisa articular local seguro para armazenamento de medicamentos ou negociar horários que coincidam com outras atividades do usuário. A tomada de decisão compartilhada ganha relevância porque revela quais recomendações são factíveis e quais exigem apoio adicional.

Feridas, doenças respiratórias, hipertensão, diabetes, tuberculose, HIV e problemas de saúde mental podem coexistir com violência, fome e ausência de local para repouso. A priorização clínica precisa considerar esse conjunto. Um curativo pode ter pouca chance de cicatrizar quando a pessoa permanece

exposta à chuva, enquanto um medicamento que causa sonolência pode ser evitado por quem teme sofrer violência durante o sono. A compreensão do cotidiano modifica escolhas terapêuticas sem abandonar critérios clínicos.

3.2 ALTA HOSPITALAR, TRANSIÇÕES E RISCO DE PERDA DE SEGUIMENTO

A alta hospitalar é um ponto crítico dos itinerários. Prescrições extensas, retorno ambulatorial em local distante e orientações baseadas em repouso domiciliar podem perder sentido quando o usuário retorna diretamente para a rua. A transição precisa começar antes da saída do hospital, com contato com a APS ou Consultório na Rua, definição de local de acompanhamento e verificação de como medicamentos e curativos serão mantidos. Sem essa articulação, a alta pode encerrar o episódio hospitalar sem produzir continuidade.

O mesmo problema ocorre após atendimento em urgência. Serviços de emergência resolvem situações agudas, mas nem sempre conseguem conectar o usuário à rede longitudinal. Uma estratégia possível é estabelecer comunicação direta com equipes territoriais sempre que uma pessoa em situação de rua receber alta com necessidade de acompanhamento. O compartilhamento de informação deve respeitar privacidade, mas evitar que o próximo serviço desconheça diagnósticos, exames e condutas já realizados.

Internações repetidas podem indicar não apenas gravidade clínica, mas falhas na continuidade. Analisar reinternações, abandonos de tratamento e retornos frequentes à urgência ajuda a identificar trajetórias que demandam gestão de caso. Nessas situações, um profissional de referência pode acompanhar o percurso entre serviços, facilitar agendamentos e reconstruir o plano após interrupções.

3.3 DOCUMENTAÇÃO, DIREITOS E ACESSO SEM CONDICIONANTES INDEVIDOS

Documentos pessoais facilitam cadastro e acesso a outras políticas, mas sua ausência não deve funcionar como condição para cuidado em saúde. Equipes podem apoiar obtenção ou recuperação de documentos sem transformar esse processo em etapa anterior ao atendimento. A diferença é importante: documentação é direito a ser promovido, não filtro para reconhecer outro direito. Práticas de acolhimento precisam estar claras para recepção, segurança e todos os trabalhadores que realizam o primeiro contato.

A exigência de comprovante de residência também precisa ser revista quando utilizada de forma automática. Pessoas em situação de rua circulam entre territórios e podem não se encaixar em critérios tradicionais de adscrição. A responsabilidade sanitária deve ser negociada de modo que a mobilidade não produza sucessivas recusas. O vínculo pode ser mantido por referência territorial, ponto de permanência ou relação com equipe já conhecida, sem exigir uma residência convencional.

3.4 AVALIAR O QUE IMPORTA PARA O CUIDADO

Indicadores tradicionais de produtividade captam número de consultas, procedimentos e encaminhamentos, mas podem dizer pouco sobre vínculo e continuidade. Para o cuidado de pessoas em situação de rua, também importa saber quantos usuários retomaram tratamento após interrupção, quantos conseguiram concluir investigação de tuberculose, quantas altas hospitalares foram acompanhadas e quantos encaminhamentos resultaram em atendimento efetivo. Esses resultados aproximam avaliação da trajetória real do usuário.

A avaliação também precisa considerar experiências negativas. Reclamações, recusas, episódios de discriminação e abandono de serviços podem ser analisados como eventos sentinela. A discussão em equipe permite identificar barreiras institucionais e corrigir rotinas. Educação permanente ganha sentido quando parte de situações concretas vividas pelos usuários e trabalhadores, em vez de tratar estigma apenas como conceito abstrato.

Cuidado longitudinal para pessoas em situação de rua exige tolerar trajetórias descontínuas sem desistir do acompanhamento. Um usuário pode desaparecer por semanas, mudar de região ou interromper tratamento e depois reencontrar a equipe. A capacidade de retomar o vínculo sem punição e reconstruir o plano é uma medida importante da qualidade da APS. Persistência institucional, nesse contexto, é parte do cuidado.

3.5 REDES DE CONFIANÇA, PARTICIPAÇÃO E PRODUÇÃO DE AUTONOMIA

A construção de vínculo não pode resultar em dependência exclusiva de um profissional ou equipe. Quando apenas um trabalhador consegue intermediar o acesso, férias, afastamentos ou mudanças de vínculo podem romper a continuidade. O objetivo deve ser ampliar a confiança para a rede, fazendo com que o usuário reconheça diferentes portas como seguras. Apresentar profissionais, acompanhar os primeiros contatos e pactuar formas de retorno são estratégias simples que distribuem o vínculo e reduzem a personalização excessiva do cuidado.

A participação das próprias pessoas em situação de rua também melhora o desenho dos serviços. Horários, locais de abordagem, formas de comunicação e prioridades podem ser discutidos com usuários e movimentos sociais. O conhecimento de quem utiliza a rede ajuda a identificar barreiras que não aparecem em protocolos, como regras de segurança, tratamento hostil na recepção ou impossibilidade de entrar com pertences. Escutar essas experiências desloca a avaliação de uma lógica centrada apenas em oferta para outra que considera a experiência concreta de acesso.

Produzir autonomia significa aumentar capacidade de decisão e circulação na rede, não abandonar o usuário à própria responsabilidade. Orientar sobre onde buscar atendimento, como acessar benefícios, quais documentos são úteis e quais direitos não dependem deles amplia repertório para lidar com

instituições. Ao mesmo tempo, a equipe precisa permanecer disponível quando essas estratégias falham. Autonomia e suporte não são opostos; o cuidado mais potente é aquele que oferece apoio sem transformar a pessoa em objeto passivo da intervenção.

Essa perspectiva também modifica a educação permanente. Em vez de treinamentos genéricos sobre população em situação de rua, equipes podem analisar casos de recusa, perda de seguimento, conflitos e reinternações, identificando como regras e atitudes contribuíram para o resultado. A reflexão sobre situações reais favorece mudanças no processo de trabalho e reduz a tendência de atribuir todas as dificuldades ao comportamento do usuário.

4 CONCLUSÃO

A população em situação de rua evidencia limites de um modelo assistencial construído para usuários com rotina estável, endereço e capacidade de cumprir fluxos burocráticos. Quando o serviço exige essas condições como requisito tácito, transforma desigualdade social em barreira de acesso.

Vínculo, busca ativa, flexibilidade, redução de danos e acompanhamento territorial permitem reorganizar o cuidado sem reduzir sua qualidade. O Consultório na Rua tem papel estratégico porque aproxima a rede dos espaços de vida, mas sua potência depende da abertura efetiva dos demais serviços e da articulação com políticas sociais.

A continuidade do cuidado, nesse cenário, não significa imobilidade do usuário. Significa que o SUS consegue reconhecer sua trajetória, preservar a memória assistencial e oferecer novos pontos de encontro. Produzir cuidado para quem vive sem endereço exige uma rede capaz de permanecer presente mesmo quando o percurso não é linear.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. B. et al. At the limits of pain: perceptions of health care for people experiencing homelessness. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 47, e20250164, 2026.

BOMBONATTI, G. R. et al. Street Clinics and the Healthcare of Vulnerable Homeless Communities in Brazil: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, 2573, 2022.

CARDOSO, A. C. et al. Challenges and potentialities of nursing work in street medical offices. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3045, 2018.

DUARTE, A. H. C.; LANZA, L. M. B. A implementação do Consultório na Rua: estudo de casos múltiplos no Sul do país. **Serviço Social em Revista**, v. 28, n. 1, e51821, 2025.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe Consultório na Rua de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016.

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

NASCIMENTO, T. H. S. et al. População em situação de rua e o acesso aos serviços de saúde: concepções e determinantes. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 18, n. 2, p. 21-29, 2022.

SANTOS, A. R.; ALMEIDA, P. F. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 327-339, 2021.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, e300226, 2020.