

Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil

Health care of people in homelessness: a comparative study of mobile units in Portugal, United States and Brazil

Igor da Costa Borysow¹
Eleonor Minho Conill²
Juarez Pereira Furtado³

Abstract *This paper describes and analyzes the legal and normative framework guiding the use of mobile units in Portugal, United States and Brazil, which seek to improve access and continuity of care for people in homelessness. We used a comparative analysis through literature and documentary review relating three categories: context (demographic, socio-economic and epidemiological), services system (access, coverage, organization, management and financing) and, specifically, mobile units (design, care and financing model). The analysis was based on the theory of convergence/divergence between health systems from the perspective of equity in health. Improving access, addressing psychoactive substances abuse, outreach and multidisciplinary work proved to be common to all three countries, with the potential to reduce inequities. Relationships with primary healthcare, use of vehicles and the type of financing are considered differently in the three countries, influencing the greater or lesser extent of equity in the analyzed proposals.*

Key words *People in homelessness, Health, Portugal, United States of America, Brazil*

Resumo *O trabalho descreve e analisa o quadro legal e normativo que orienta o uso de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil, que buscam melhorar o acesso e a continuidade dos cuidados em saúde de pessoas em situação de rua. Utilizou-se a análise comparada, por meio de revisão bibliográfica e documental relacionando três categorias: contexto (demográfico, socioeconômico e epidemiológico), sistema de serviços (acesso, cobertura, organização, gestão e financiamento) e as unidades móveis especificamente (concepção, modelo de atenção e financiamento). A análise fundamentou-se na teoria da convergência/divergência entre os sistemas de saúde, pela perspectiva da equidade em saúde. A melhoria do acesso, a abordagem do uso abusivo de substâncias psicoativas, busca ativa e trabalho multidisciplinar mostrou-se comuns aos três países, com potencial para reduzir as iniquidades. As relações com a atenção primária, uso de veículos e o tipo de financiamento são consideradas de maneira divergente nos três países, influenciando o maior ou menor alcance da equidade nas propostas analisadas.*

Palavras-chave *Pessoas em situação de rua, Saúde, Portugal, Estados Unidos da América, Brasil*

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. Av. Ana Costa 95/1º andar/ Laboratório de Avaliação de Programas e Serviços de Saúde, Vila Mathias. 11060-001 Santos SP Brasil. igorsow@yahoo.com.br

² Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC Brasil.

³ Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introdução

Garantir o acesso também aos grupos vulneráveis tem se constituído objetivo de alguns dos sistemas de saúde contemporâneos, como atesta o desenvolvimento de novas modalidades de atenção¹. Este trabalho descreve e analisa propostas dirigidas para pessoas em situação de rua em Portugal, Estados Unidos (EUA) e Brasil, denominadas, respectivamente, de Equipes de Rua, Clínicas Móveis de Busca Ativa e Consultório na Rua.

Sob a categoria “pessoas em situação de rua” (PSR) encontram-se indivíduos que compartilham a condição de extrema pobreza, o uso das ruas e espaços públicos (ou eventualmente albergues) como local primordial de sobrevivência, pernoite e relações pessoais, de maneira transitória ou permanente. Por outro lado, apresentam heterogeneidade nos motivos de ida às ruas e nas estratégias de vida^{2,3}. As PSR compõem os grupos populacionais excedentes que não acompanham o ritmo das transformações socioeconômicas e/ou são vítimas de circunstâncias – desastres ambientais, desapropriação, migração forçada etc. O desajuste em relação ao modelo social vigente origina discriminação negativa e ações de repressão⁴, pois são considerados pela sociedade como “uma presença inoportuna e ameaçadora”⁵. A prevalência de transtornos mentais e o uso abusivo de álcool e outras drogas vêm somar-se ao rompimento da PSR com suas redes sociais e coletivos protetores, aumentando sua vulnerabilidade⁶.

É da ordem de milhares o número de PSR no Brasil, Estados Unidos e Portugal⁷⁻⁹, onde são identificados problemas de acesso e continuidade dos tratamentos de saúde por inadequação dos serviços às particularidades desse grupo^{3,10,11} e pelo estigma de que são vítimas, inclusive por parte de trabalhadores¹². Frente a esses desafios, alguns países têm adotado as estratégias de busca ativa e itinerância para superar limitações da demanda espontânea a esse grupo¹³. Tais estratégias caracterizam-se pelo deslocamento de equipes no território de modo a alcançar pessoas refratárias ou inadaptadas às redes de saúde¹⁴, superando barreiras ao acesso nos serviços convencionais^{2,5,15}.

Inúmeras questões emergem das propostas de cuidados itinerantes, tanto de caráter político como técnico e institucional. No Brasil, os Consultórios na Rua totalizam 129 unidades¹⁶ e apesar de sua expansão numérica e complexidade das ações, a quantidade de estudos sobre o tema é ainda restrita¹⁷⁻²⁰. A presente pesquisa busca contrastar o que há de comum e de diverso entre as normativas voltadas ao cuidado itinerante em saúde das PSR, relacionando o contexto

socioeconômico e institucional dos países. Também objetiva evidenciar contribuições e limitações das iniciativas à equidade em saúde de sua população-alvo, ou seja, analisar o investimento e a organização dos sistemas e serviços no tratamento diferenciado e justo a uma população que vivencia desigualdades²¹, como as PSR. Diante da ausência de estudos comparados sobre esse objeto, situaremos a proposta brasileira numa perspectiva internacional comparada, de modo a que a experiência de outros países represente um espelho analítico²² e ofereça elementos úteis para a transferência de conhecimentos nesse campo²³ e subsídios para futuros estudos.

Metodologia

Trata-se de um estudo múltiplo de casos²⁴ que tem a comparação como recurso analítico²⁵. Delineamos o foco sobre as iniciativas itinerantes para PSR de Portugal, dos Estados Unidos da América e do Brasil. A opção pelos EUA se deu pelo pioneirismo na oferta deste tipo de serviço e o volume de publicações indexadas sobre o tema; e Portugal pela proximidade cultural e semelhanças entre os princípios e desenho organizacional do Sistema Nacional de Saúde Português (SNS) com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Definimos como unidades de análise as propostas dos governos federais relativas aos serviços móveis, levando em conta a situação sociopolítica dos países e os seus sistemas de saúde²⁶. Definimos três categorias descritivas: contexto, características do sistema de serviços e das unidades. O primeiro utiliza um conjunto de indicadores que funcionam como aproximações (variável *proxy*) para situar os principais fatores que influenciam a situação de saúde – indicadores demográficos, socioeconômicos e perfil epidemiológico. Incluímos neste item os indicadores de problemas de saúde com maior prevalência entre as PSR, tais como uso problemático de álcool e outras drogas^{3,9,27}, transtornos mentais²⁸⁻³⁰, HIV/AIDS^{3,31} e tuberculose³²⁻³⁶ – considerando a pouca quantidade de dados específicos de saúde das PSR em Portugal e no Brasil. Também contemplamos estimativas da PSR sendo, no entanto, necessário considerar os limites de sua validade pela difícil operacionalização e uso de distintas metodologias⁷⁻⁹.

A descrição do contexto apresenta uma síntese da trajetória histórica dos sistemas de saúde, situando a opção político-institucional frente à proteção social em saúde predominante em cada país. Na operacionalização das características dos sistemas foram priorizados acesso, cobertu-

ra, organização e gestão dos serviços e o modo de financiamento, conforme expressos no marco normativo e legal^{25,37}. As unidades móveis foram descritas conforme sua concepção, modelo de atenção e financiamento.

O trabalho se apoia em revisão bibliográfica e documental, considerando leis, portarias governamentais e cartilhas do setor saúde, dentre outros. Para a identificação de artigos científicos foram utilizadas as bases SciELO, PubMed e Google Acadêmico com as seguintes combinações de termos: “*mobile out reach services*” and “*homeless*”, “*mobile health*” and “*homeless*”, “*mobile unit health service*” and “*homeless*”, “*saúde*” and “*morador de rua*”. A análise sistematiza semelhanças e diferenças entre as propostas das unidades móveis, fundamentando-se na teoria da convergência/divergência entre os sistemas contemporâneos^{25,38}.

Resultados - contexto, sistemas de saúde e estruturação das equipes móveis nos três países

Portugal e as Equipes de Rua

Em 2013, a população estimada para Portugal era superior a 10 milhões de habitantes, com um perfil demográfico marcado por baixa fertilidade e envelhecimento populacional³⁹. Neste mesmo ano, foram contadas aproximadamente 5.000 PSR, 0,04% da população total⁸. Em Lisboa, o levantamento de 2015 identificou uma maioria de homens portugueses solteiros, divorciados ou viúvos, com baixa escolaridade e sem formação profissional⁴⁰.

O Produto Interno Bruto (PIB) por habitante é de US\$ 22.080 com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito alto, e um Índice de Gini de 36,0^{41,42}. Ao ingressar na União Europeia em 1986, Portugal teve um período de melhoria dos indicadores socioeconômicos, mas que retrocederam a partir de meados de 2009 com o agravamento da crise financeira nesse espaço geopolítico, aliado às políticas sociais de austeridade⁴³.

O SNS foi criado em 1979, fundamentado na garantia de acesso universal, financiamento por fontes fiscais e descentralização de parte das responsabilidades na prestação de cuidados para as Administrações Regionais de Saúde (ARS); mas o SNS iniciou com baixo financiamento, pouco desenvolvimento de serviços próprios e problemas no acesso. A partir de 1990, ocorreu uma maior participação do setor privado no SNS num contexto internacional de acirramento do modelo neoliberal⁴⁴.

Gradativamente, houve favorecimento ao modelo de atenção primária, mas a despeito de seu bom desempenho^{44,45}, sua implantação foi reduzida com a crise econômica recente. Em 2013, o gasto continuava predominantemente público (66% do total), com crescente aumento dos gastos privados (*out of pocket* e seguros)⁴⁶. Como resultante dessa conjuntura, há hoje três subsistemas de saúde em Portugal: o SNS, os seguros de certas categorias profissionais e os seguros privados.

Alguns indicadores de saúde de Portugal estão próximos à média dos demais países da *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, enquanto outros – como a mortalidade por doença cerebrovascular, atenção em saúde mental e, principalmente, a prevalência de HIV/AIDS – mostram uma situação desfavorável no conjunto dos países europeus^{45,47}. Além disso, em 2012, 2,7% da população havia declarado ter utilizado algum tipo de droga nos últimos 12 meses, excluindo álcool e tabaco⁴⁸, e, em 2013, foi verificada alta taxa de consumo de álcool por pessoa ao ano⁴⁹. Foram estimados poucos casos de tuberculose em 2014⁵⁰, e a taxa de contribuição dos distúrbios neuropsiquiátricos sobre a carga global de doenças atingiu 25,6%.

Os índices de HIV/AIDS e de uso de substâncias psicoativas têm sido argumento para implementação de equipes itinerantes de saúde desde 2001, como as Equipes de Rua (ER), voltadas aos usuários de drogas^{45,51,52}. Porém, o aumento de PSR no país levou à criação, em 2006, de um grupo interinstitucional que elaborou a “Estratégia Nacional para Integração de Pessoas Sem-Abrigo” (ENIPSA)¹¹. A ENIPSA considerou a ER como principal meio de aproximação, acompanhamento e encaminhamento das PSR para demais pontos da rede, a fim de oferecer cuidados básicos.

As propostas para as ER de Portugal foram reorganizadas em 2013 por meio da criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), responsável pelos programas de saúde ligados a tal temática^{53,54}. O financiamento das ER seria de origem pública federal, complementado com recursos das instituições sociais que executariam o serviço⁵⁴.

Divulgar informações, utensílios e programas para a redução de danos e riscos, interagir com os consumidores, realizar encaminhamentos conforme as necessidades e o oferecimento de primeiros socorros são as ações previstas para as ER⁵². Estas equipes podem utilizar ou não veículos, sendo compostas por profissionais contratados e voluntários⁵². Atualmente as ER recebem financiamento do governo federal através de chamadas públicas lançadas pelos municípios, para atuações focais.

Os EUA e as Clínicas Móveis de Busca Ativa

País de grande extensão territorial com uma população estimada em mais de 320 milhões de habitantes⁵⁵, os EUA contabilizaram 610.042 PSR em 2013⁷, o que significava 0,20% da população. Um aumento significativo nesse número foi observado na década de 1970 com a desospitalização de pacientes psiquiátricos, e novo acréscimo ocorreu após os cortes de programas sociais nos anos 1980⁵⁶. O que se verificou em 2013 foi uma grande maioria de homens com mais de 25 anos, e 42,17% das pessoas com transtornos mentais graves e/ou distúrbios relacionados ao uso de substâncias psicoativas⁷.

O país apresenta um elevado PIB/per capita, IDH de 0.915 e Gini de 41.1. Em 2013, o gasto per capita em saúde era o dobro da média dos países integrantes da *OECD*, predominantemente privado (em torno de 52%). Tanto a mortalidade infantil quanto os anos potenciais de vida perdidos são superiores ao estimado para Portugal^{41,42,46,57}.

Ao longo do século XX, o sistema de saúde dos EUA se estruturou por um modelo empresarial e filantrópico com predomínio do financiamento e da prestação privada de serviços. Embora haja autonomia dos Estados americanos na coordenação do setor⁵⁸, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (*U.S. Department of Health and Human Services- HHS*) gerencia toda a rede de cuidados, regulando planos e serviços privados. Em 1965, foram criados dois subsistemas, o *Medicaid* e o *Medicare*. O primeiro tem caráter assistencial, voltado às pessoas de baixa renda, contando com subsídios federais; o segundo é um seguro social financiado por fontes fiscais e contribuições salariais para cobertura de pessoas com mais de 65 anos ou que apresentem morbidades específicas. O *HHS* também administra programas para outros grupos específicos, como veteranos de guerra e crianças de baixa e média renda⁵⁸.

Em 2010, 49% dos americanos tinham cobertura de um seguro patrocinado pelo empregador, 17% do *Medicaid*, 12% do *Medicare*, com 16% de indivíduos sem qualquer proteção social em saúde⁵⁹, entre os quais se incluíam as PSR. A existência de dificuldades no acesso e gastos cada vez mais elevados contribuíram para a aprovação do *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*, iniciando a reforma conhecida como *Obamacare*⁶⁰. O *ACA* baseia-se na expansão da cobertura pela obrigatoriedade de possuir seguro privado; aumento da regulação; ampliação de coberturas no *Medicare* e *Medicaid*; reformas no modelo assistencial; entre outras ações²⁵. Apesar de críticas ao modelo empresarial com intermediação de

seguros privados, esta reforma tem ampliado o acesso das PSR aos serviços^{25,61}.

Os indicadores de saúde identificaram alta taxa de infecção por HIV, semelhante a Portugal, em 2009⁴⁷. O consumo médio de álcool foi de 8,8 litros per capita em 2013⁴⁹. Sobre o consumo de outras drogas, 9,2% da população relatou ter usado algum tipo de substância no último mês, em 2012⁶²; e foi registrado reduzido número de casos de tuberculose em 2014⁵⁰. A taxa de contribuição dos distúrbios neuropsiquiátricos sobre a carga global de doenças atingiu 30,9%⁶³.

O uso de clínicas móveis de busca ativa (*mobile out reach clinics*) dirigidas às PSR teve início nos anos 1970⁶⁴. Dada a gravidade da situação das PSR nos EUA, diversos movimentos sociais pressionaram o governo federal a garantir direitos a esse público, o que levou à criação de uma seção específica para as PSR na Lei Anti-abuso de Drogas (*Anti-Drug Abuse Act*)⁶⁵. Em 1987, ainda sob intensa pressão de instituições e movimentos ligados à temática, e a partir da mobilização dos congressistas Stewart McKinney e Bruce Vento, o congresso aprovou a Lei McKinney para Assistência à Pessoa sem Moradia (renomeada depois como *McKinney-Vento Homeless Assistance Act*), que criou emendas ao *Public Health Service Act* para a implementação de serviços voltados às PSR, incluindo estratégias de busca ativa^{66,67}. A Lei McKinney-Vento não direciona a organização das equipes móveis, indica apenas constituírem serviços de atenção primária que podem ser complementados por equipes específicas voltadas ao tratamento de dependência química e transtorno mental.

Estudo realizado entre os anos de 2006 e 2007¹⁰ demonstrou que a grande maioria das equipes investigadas utilizavam veículo próprio e o financiamento advinha de fundos federais, municipais e de corporações. Elas eram formadas por diversas categorias profissionais e em pouco mais da metade delas estava presente um médico¹⁰. Atualmente, diversos elementos apontam uma sinergia de políticas no enfrentamento das dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela PSR. A implementação do *ACA* ampliou os critérios para inclusão no *Medicaid* e facilitou o financiamento de experiências inovadoras. Estas ações contribuíram para que desde 2010 ocorresse um decréscimo das PSR, apesar do contexto de recessão no país⁶¹. Também houve articulação de redes institucionais nacionais junto ao governo federal, tais como a *National Coalition for the Homeless* e a *National Alliance to End Homelessness*^{68,69}, que atuam como mobilizadoras de ações políticas e oferecem capacitação para diversas instituições

públicas e privadas executoras de serviços para PSR espalhadas pelo país.

O Brasil e o Consultório na Rua

Com uma população estimada em 200 milhões de habitantes⁷⁰, a contagem de PSR resultou em aproximadamente 50.000 em 2008, ou seja, 0,02% da população brasileira daquele ano⁹. A grande maioria eram homens afrodescendentes com baixa escolaridade, que associavam a ida às ruas ao consumo problemático de álcool e/ou outras drogas e ao desemprego, somados às divergências familiares⁹.

Em 2013, o Brasil apresentou PIB/per capita bem abaixo dos EUA e Portugal, e um Índice de Gini bem acima da média dos países da OECD⁴¹, porém seu IDH o posicionou na 75ª posição do ranking do Relatório de Desenvolvimento Humano de 2015⁴². O gasto per capita em saúde nesse mesmo ano foi muito abaixo dos países em estudo, e os anos potenciais de vida perdidos foram muito superiores aos encontrados em Portugal e Estados Unidos⁴⁶ (Tabela 1).

Com o advento da Constituição, em 1988, a saúde passou a ser um direito de cidadania no Brasil, assegurado através do SUS⁷¹, cujo objetivo é oferecer uma cobertura universal, integral

e equitativa por meio de redes organizadas de serviços, sob gestão compartilhada entre a esfera federal, estadual e municipal do governo⁷². No entanto, o baixo financiamento público decorrente da agenda neoliberal da década de 1990 fomentou uma expansão importante de planos privados de saúde. Tanto do ponto de vista do financiamento como da prestação dos serviços, o sistema de saúde brasileiro pode ser considerado híbrido, constituído por três subsistemas: o SUS financiado com recursos do Estado e de acesso universal com ênfase na atenção primária; um subsistema privado, podendo ter fins lucrativos ou não, mantido com recursos públicos e privados; e o subsistema complementar composto de diversos tipos de planos privados, que também recebe subsídios fiscais^{71,73}.

Em 2009, 0,31% da população vivia com HIV/AIDS⁴⁷. No ano de 2013 foi consumida uma quantidade menor de litros de álcool por pessoa que nos outros dois países⁴⁹, mas no ano de 2005, 10,3% da população havia declarado ter consumido algum tipo de droga, excluindo álcool e tabaco, nos últimos 12 meses⁷⁴. A alta incidência de casos de tuberculose em 2014⁵⁰ posicionou o país na lista de acompanhamento da Organização Mundial de Saúde. E foi calculado índice de 20,3% de contribuição dos distúrbios neuropsiquiátricos na carga global de doenças⁶³

Tabela 1. Indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde: Portugal, Estados Unidos da América e Brasil.

Indicadores/países	Portugal	Estados Unidos	Brasil
População, censos 2010	10.562.178	308.745.538	190.732.694
População estimada, 2015	10.427.301 (2013)	321.865.400	204.881.900
População em situação de rua Percentagem em comparação à população total estimada para o ano referido	Aprox. 5.000 (2013) 0,04%	610.042 (2013) 0,20%	Aprox. 50.000(2008) 0,026%
Produto Interno Bruto per capita, 2013 (US\$)	22,080.90	54,629.50	11,384.60
Índice de Desenvolvimento Humano, 2014	0,830	0,915	0,755
Índice Gini	36,0 (2012)	41,1 (2013)	52,9 (2013)
Taxa de fertilidade, 2013	1,21	1,86	1,8
Anos potenciais de vida perdidos por 100.000 habitantes- APVP, 2010	3492	4629	7576
APVP definidos por mulheres / homens, 2010	2230 / 4841	3447 / 5814	5037 / 10216
Taxa de contribuição dos distúrbios neuropsiquiátricos na carga global de doença, em 2008	25,6%	30,9%	20,3%
Consumo de álcool por pessoa ao ano em 2011	10,3 litros	8,8 litros	7,3 litros
Taxa de pessoas que consumiram alguma droga (exceto álcool e tabaco) no último ano, em 2012 (Brasil em 2005)	2,7%	9,2% (último mês)	10,3% (2005)
Taxa de pessoas infectadas por HIV/AIDS, 2009	0,40%	0,39%	0,31%
Incidência de casos de tuberculose a cada 100000 habitantes em 2014	25	3	44

Fontes: IBGE⁷⁵; United States Census Bureau⁵⁵; INE⁷⁶; OECD^{46,47,57}; Meta⁴; Estados Unidos da América⁷; Pereira e Oliveira⁸; PNUD⁴²; DATASUS⁷⁰; SICAD⁴⁸; WHO^{50,63}; Substance Abuse and Mental Health Services Administration⁶²; Duarte et al.⁷⁴.

As estratégias em saúde para as PSR surgiram de experiências municipais entre os anos 1980 e 2000, algumas relacionadas à atenção primária e outras voltadas aos usuários de substâncias psicoativas em situação de rua⁷⁷⁻⁷⁹. A partir de 2007, o Ministério de Desenvolvimento Social articulou-se com outros ministérios (Ministério das Cidades, da Educação, Saúde, Justiça, Trabalho e Emprego, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União), com trabalhadores da área e movimentos populares, o que resultou na produção da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua⁸⁰.

A partir desse documento, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu um plano emergencial para fortalecer e expandir os chamados Consultórios de Rua, serviços móveis itinerantes de assistência inspirada nas estratégias de redução de danos e tratamento à dependência química⁸¹. Dois anos depois, o MS reorganizou a Rede de Atenção Psicossocial⁸², articulando-a com os serviços da atenção básica, e remodelou o antigo Consultório de Rua para o “Consultório na Rua” (CnR), que passou a compor a atenção primária⁸². Em 2012 foram estabelecidos parâmetros para a implantação dos CnR e critérios para o número de equipes conforme a população dos municípios^{83,84}, e posteriormente foram redefinidos os valores de incentivo e o rol das categorias profissionais que integrariam as equipes^{85,86}.

O CnR é um serviço multiprofissional de atenção primária às PSR. Inclui o cuidado ao uso problemático de álcool e outras drogas por meio da busca ativa e do compartilhamento de ações com demais pontos da rede e outros setores. Sua implantação é obrigatória conforme o número de PSR identificadas nos municípios. Foram definidas três modalidades de equipes, sendo que apenas a modalidade III prevê a inserção de médicos⁸⁵.

A Tabela 1 e os Quadros 1 e 2 sintetizam os principais elementos encontrados na comparação entre os contextos, as características dos sistemas e das unidades móveis nos países analisados.

Discussão

Convergências para a redução da iniquidade: objetivos, busca ativa, multiprofissionalidade e redução de danos

Apesar das diferenças estruturais nas políticas de saúde do países pesquisados, os três reconhecem como problema principal as barreiras no acesso das PSR aos serviços, implantando estratégias e recursos semelhantes de aproximação e

cuidado^{52,66,83} (Quadro 1). A busca ativa, seguida de encaminhamento aos demais pontos da rede, demonstra ser estratégia essencial no vínculo e assistência continuada às pessoas nas ruas, com potencial para facilitar o acesso dos serviços pela população^{13,20}. A abordagem e oferecimento de cuidado frente às questões relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas também foi ação convergente^{52,66,83}, o que condiz com a alta prevalência no uso de substâncias psicoativas entre as PSR (como destacaram os censos de PSR dos EUA e Brasil) e entre a população geral dos três países estudados (Tabela 1).

Identificamos como recurso convergente a constituição das equipes por meio da integração de profissionais de distintas graduações. O efetivo caráter multidisciplinar parece fazer face à complexidade de seu objeto, permitindo a articulação de distintas perspectivas sobre os problemas^{87,88}.

Portanto, as estratégias de busca ativa e redução de danos, associadas ao recurso das equipes multiprofissionais favoreceriam a promoção da equidade ao adaptar a mobilidade e ampliar o alcance, o rol de ações e a composição das equipes para as necessidades essenciais da população, e atenuar as barreiras impostas pela desigualdade social, muitas vezes reproduzidas pela própria rede de saúde²¹.

Ações divergentes entre as propostas: modelos assistenciais e intersectorialidade

Nos EUA e no Brasil os serviços móveis originaram-se na assistência aos usuários de álcool e outras drogas^{52,65,77}, mas houve posterior direcionamento e integração com a atenção primária^{66,83}. Destarte, as ERs portuguesas focalizaram a estratégia de assistência aos usuários de substâncias psicoativas em resposta aos altos índices de HIV/AIDS e uso abusivo de substâncias no país⁸⁹, restrição reforçada pelo último decreto-lei⁵⁴, mesmo com a proposta de ampliação das funções das Equipes de Rua pela ENIPSA¹¹. Atuando pela atenção primária, os serviços brasileiros e estadunidenses potencializam a atenção integral em saúde para as PSR, considerando sua complexidade e as barreiras de acesso identificadas. Oferecem assistência para os problemas mais comuns da população, como, por exemplo, a tuberculose, evitando encaminhamentos excessivos às especialidades⁹⁰. Uma abordagem mais ampla permite melhor vinculação e continuidade aos tratamentos, e cuidado às comorbidades^{19,20,91}. Para os três países, mas especialmente para o Brasil, a atenção primária contribuiria para reduzir morbidades entre os homens, que são a grande

Quadro 1. Síntese da caracterização dos sistemas de saúde.

	Caracterização dos sistemas de saúde		
	Tipo de sistema/ cobertura	Organização e gestão dos serviços	Financiamento (2013)
Portugal	Sistema Nacional de Saúde - SNS. Cuidado universal e integral como direito de cidadania. Seguros para determinadas categorias profissionais e seguros privados.	Serviços públicos oferecidos nos três níveis de atenção através de serviços próprios, parcerias público-privadas e entidades privadas. SNS fiscaliza serviços públicos e privados 5ARS responsáveis pela operacionalização e transferência de recursos, incluindo para as Unidades de Saúde Familiar. Setor privado oferece serviços especializados, hospitalares e alguns procedimentos de alta densidade tecnológica. Não há política específica de saúde para as PSR, apenas propostas de adaptação sugeridas pela ENIPSA.	Fontes fiscais Gasto total per capita: US\$ 2,514 Público: 66,56% Privado: 33,44%
EUA	Empresarial permissivo ou pluralista de mercado. Obrigatoriedade da vinculação a um seguro privado para garantia de cuidados, com subsídios federais. Aposentados, portadores de algumas doenças crônicas, população de baixa renda cobertos por <i>Medicare</i> (seguro público) e <i>Medicaid</i> (assistência); subsistemas públicos para indígenas, crianças, militares e servidores civis.	Prestação de serviços fragmentada através de seguros privados ou subsistemas públicos. Rede mais voltada às especialidades, atenção hospitalar e, com alta incorporação tecnológica. Governo federal (<i>DHHS</i>) administra seguro público (<i>Medicare</i>) e regula seguros privados, governo estadual administra <i>Medicaid</i> ., seguros privados gerenciam a prestação dos serviços que asseguram (<i>managed care</i>). Há políticas de saúde específicas para PSR incluídas no <i>McKinney-Vento Act</i> .	Fontes fiscais, contribuições patronais e de trabalhadores, orçamento direto das famílias Gasto total per capita: US\$ 8,713 Público: 48,17% Privado: 51,83%
Brasil	Sistema Único de Saúde-SUS, sistema público de acesso universal, integral e gratuito, como direito de cidadania. Subsistema privado constituído por serviços e seguros privados regulados e subsidiados pelo governo federal.	Serviços de atenção primária oferecidos principalmente pelos municípios, Estados garantem atenção hospitalar e alguns serviços especializados, a União serviços de alta complexidade. Organização em três níveis de cuidados: atenção básica, média e alta complexidade. Estabelecimento de redes coordenadas de atenção nas áreas de obstetrícia e especialidades prioritárias. Gestão compartilhada entre níveis de governo, estímulo à regionalização através de Comissões Inter-gestores Regionais (CIRs) Rede privada oferece serviços suplementares voltada às especialidades, exames complementares e atenção hospitalar, com alta incorporação tecnológica Há políticas de saúde específicas para a PSR, em especial nos documentos de Atenção Básica.	Fontes fiscais, seguros privados com financiamento patronal, de trabalhadores e direto das famílias com subsídios federais (renúncia fiscal) Gasto per capita: US\$ 1,471 Público: 48,20% Privado: 51,80%

Fonte: Brasil⁷²; Bahia⁷¹; Paim et al.⁷³; Estados Unidos da América^{7,60}; Costa⁵⁸; Portugal⁵³; Santos⁴⁴; Conill²⁵.

parcela entre as PSR, os que apresentam maiores índices de anos potenciais de vida perdidos (Tabela 1), e os que menos procuram por serviços de saúde no país⁹².

De outra forma, os serviços propostos pela última legislação portuguesa não atendem à PSR em geral, e necessitam buscar em outros pontos da rede a atenção integral^{77,94}. Restringir a mo-

Quadro 2. Síntese da caracterização das unidades móveis de saúde para pessoas em situação de rua.

	Caracterização das unidades móveis para PSR		
	Concepção	Organização e gestão dos serviços	Financiamento
Portugal – Equipes de Rua	Redução de danos no uso problemático de substâncias psicoativas, atuando como mediadora entre os usuários nos locais de consumo e a rede de saúde. Prevista articulação com outros setores por meio do Núcleo de Planejamento e Intervenção.	- Serviços oferecidos: informações, utensílios e programas para redução de danos e riscos, interação com os consumidores, realização de encaminhamentos conforme as necessidades, oferecimento de primeiros socorros diante de situações de emergência e negligências. - Não foram definidas modalidades profissionais para atuar. - Integrantes podem ser contratados ou voluntários.	Público e privado. Governo federal define a percentagem de custeio de fundo público, a ser complementada pela instituição que irá executar o serviço.
EUA – Clínicas Móveis de Busca Ativa	Atenção primária incluindo cuidados aos usuários de substâncias psicoativas. Articula acesso aos demais pontos da rede de saúde, e serviços de outros setores quando necessário.	- Serviços oferecidos: podem variar conforme composição das equipes. - Não há definição para as categorias profissionais, mas devem respeitar o modelo de atenção primária e de tratamento ao uso abusivo de drogas.	Financiamento público, podendo ser complementado com verba privada via corporações. Governo federal avalia percentagem de pagamento, mas governo local necessita financiar pelo menos 25% do custo total do serviço.
Brasil – Consultório na Rua	Concepção voltada à atenção primária em saúde e redução de danos. Articula acesso aos demais pontos da rede de saúde e serviços de outros setores quando necessário.	- Serviços oferecidos: ações de atenção básica, primeiros socorros, testes rápidos, escuta qualificada, apoio psicológico, busca ativa, atividades educativas e culturais, dispensação de insumos. - Categorias profissionais previstas: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física, profissional com formação em arte e educação, agentes comunitários de saúde, médicos.	Financiamento público. Governo federal custeia gastos do serviço, exceto o fornecimento de veículo, cuja responsabilidade é da gestão municipal.

Fonte: Brasil^{83,84}; Estados Unidos da América⁶⁶; Portugal^{53,54,93}.

dalidade assistencial aqui em foco pode resultar em ações limitadas e estigmatizantes à população-alvo, correndo-se o risco de oferecer assistência apenas para questões urgentes, não promovendo processos de melhoria na qualidade global da saúde⁹⁵, e não favorecendo a superação da iniquidade²¹. Além disso, a ausência de um eixo mais organizado de ações em saúde pode levar à segmentação e/ou sobreposição de estratégias pelas ERs⁹⁶.

A ação intersetorial recebeu maior investimento do governo federal norte-americano, que articulou parcerias intersetoriais e interinstitucionais para o cuidado às PSR, constituindo uma rede organizada que promoveu a redução no número desse grupo populacional, considerando suas múltiplas necessidades^{7,61}. Tanto o governo brasileiro como o português consideraram a ar-

ticulação de diversos setores em suas estratégias nacionais^{11,80}. No entanto, apenas as portarias brasileiras do setor saúde consideraram tal princípio^{82,83}, sendo que ambos os países não apontaram resultados concretos sobre tal ação até o momento. A intersetorialidade para a atenção às PSR se constitui numa estratégia imprescindível frente à complexidade de suas demandas, evitando inadequações dos serviços aos seus usuários e promovendo a equidade⁹⁷.

Recursos diversificados e limitações para o enfrentamento à iniquidade

A existência ou não de um automóvel à disposição das equipes nos parece um indicador da efetiva capacidade de acompanhar as pessoas em

seus respectivos territórios, uma vez que tal recurso permite o deslocamento dos profissionais e a condução de equipamentos e insumos, além do traslado dos pacientes para outros serviços^{19,64}. Ao omitir a exigência de um automóvel nas propostas relativas às ERs, a iniciativa portuguesa compromete um dos pilares dessa estratégia, pautada justamente na mobilidade de sua equipe, não contribuindo para a redução da iniquidade frente às dificuldades das PSR em acessarem os serviços.

Com relação ao financiamento, em Portugal e nos EUA opera-se pelo compartilhamento dos recursos entre setor público e privado. Porém tais legislações diferem entre si pelo fato de que as ER portuguesas são terceirizadas, enquanto a legislação norte-americana possibilita tanto a execução do serviço pelo poder público como por terceiros, mesmo sob um sistema fortemente influenciado pela iniciativa privada^{52,54,66}. No caso da proposta brasileira, cabe ao governo federal e aos municípios arcarem com os custos e executar os CnR⁸³. A contratação direta pelo órgão público garante estabilidade e favorece a manutenção de vínculos entre estes e os usuários. Já a contratação por meio de instituições privadas permite maior agilidade no recrutamento de profissionais, mas traz o risco da precarização dos vínculos trabalhistas e da insatisfação dos trabalhadores, o que pode afetar a qualidade da atenção⁹⁸. Porém, mesmo com a vantagem na continuidade do cuidado apresentada por um serviço público, há o desafio de se manter uma equipe em pleno e adequado funcionamento quando inserida num sistema de saúde subfinanciado, como temos visto ocorrer no Brasil⁷³.

Conclusão

Para além de um produto de decisões técnico-institucionais, políticas de saúde são resultantes de sucessivas mediações entre diferentes agentes, até que ocorra sua expressão operacional em termos de serviços ou programas. Por essa razão, o quadro legal e normativo que descrevemos e comparamos neste estudo representa apenas uma parte desse panorama. Cada um dos países pesquisados organizou o serviço móvel conforme seu respectivo contexto econômico e político, seus sistemas de saúde e do modo como a problemática das PSR foi se conformando em cada uma dessas sociedades. No entanto, a perspectiva comparada nos permitiu apontar os principais elementos que compõem intervenções dessa ordem.

O objetivo de melhorar o acesso, o estabelecimento de equipes multiprofissionais, a busca ativa e a assistência frente ao uso problemático de

substâncias são comuns às três iniciativas, sugerindo um eixo essencial no cuidado das PSR. Porém, identificamos divergência entre as estratégias e recursos assistenciais – por um lado, cuidados primários e recurso obrigatório de veículo, e por outro, o oferecimento restrito à redução de danos com uso facultativo de veículo. Há maior potencial para reduzir o tempo de acesso e garantir a continuidade de cuidados se as equipes itinerantes puderem oferecer ações de atenção primária articuladas à redução de danos *in loco* como proposto pelas estratégias brasileiras e norte-americanas, resultando em maior equidade. Porém, oferecer toda a assistência possível na própria rua ou especificar serviços apenas para PSR poderá ocasionar menor frequência desse grupo nas unidades tradicionais, gerando um circuito segregador de assistência⁹⁹. Além disso, o excesso de atribuições das equipes associado às frágeis condições de trabalho resultantes das situações encontradas nas ruas, podem levar à simplificação de tarefas pelos trabalhadores, e redução do que poderia ser oferecido aos usuários dos serviços, mecanizando o cuidado na atenção primária^{100,101}.

O sistema de saúde norte-americano supendentemente apresentou propostas de assistência para PSR com maior integração à atenção primária, quando comparadas à iniciativa portuguesa, que esta inserida num sistema orientado pelo modelo primário. Os EUA também indicaram melhor inserção das ações de saúde no âmbito intersectorial⁶¹ em sinergia com medidas de melhoria do acesso pelo ACA⁶⁰.

Os aspectos destacados de cada um dos países estudados provém de revisão bibliográfica e da análise do quadro legal e normativo. No entanto seriam necessárias novas abordagens metodológicas e um aprofundamento no campo de avaliação de modo a identificar como os aspectos levantados se materializam na prática cotidiana.

Colaboradores

IC Borysow e JP Furtado trabalharam na concepção do tema. Os três autores, IC Borysow, JP Furtado e EM Conill, atuaram na pesquisa, na metodologia, e na redação final.

Agradecimentos

À FAPESP, pela concessão da bolsa de doutorado ao primeiro autor.

Referências

1. Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2015; 24(3):544-541.
2. Mattos RM. *Situação de rua e modernidade: a saída das ruas como processo de criação de novas formas de vida na atualidade*. São Paulo: Universidade São Marcos; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: MS; 2012.
4. Bauman Z. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
5. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saude Soc* 2004; 13(1):56-69.
6. Silva MLL. *Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil - 1995 a 2005*. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
7. Estados Unidos da América. The 2013 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress [Internet]. Washington D.C.; 2013. [cited 2016 Jan 10]. Available from: <https://www.hudexchange.info/resources/documents/ahar-2013-part1.pdf>
8. Pereira AC, Oliveira M. Mais de cinco mil pessoas sem abrigo em Portugal. Público [Internet]. 2014 Mar 31. [cited 2016 Jan 10]. Available from: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/mais-de-cinco-mil-pessoas-sem-abrigo-em-portugal-1630338>
9. META. Relatório final. Pesquisa Censitária e Amostral. População em situação de rua. Porto Alegre; 2008.
10. Post P. Mobile Health Care for Homeless People : Using Vehicles to Extend Care. Nashville: National Health Care for the Homeless Council; 2007.
11. Portugal. Estratégia Nacional para integração de pessoas sem-abrigo. Lisboa; 2009.
12. Borysow IDC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev da Esc Enferm da USP* 2014; 48(6):1069-1076.
13. Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de. *Estud e Pesqui em Psicol* 2010; 10(1):281-295.
14. Lemke RA, Silva RAN. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis* 2011; 21(3):979-1004.
15. Borysow IDC, Furtado JP. Acesso e intersetorialidade: O acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis* 2013; 23(1):33-50.
16. Brasil. Consultório na Rua [Internet]. Observatório Crack é possível vencer. 2011 [cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/consultorio-na-rua.html>
17. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/ na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(49):251-260.
18. Pacheco MEAG. Políticas Públicas e capital social: o projeto Consultório de Rua. *Fractal, Rev Psicol* 2014; 26(1):43-58.
19. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7):1497-504.
20. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saude Publica* 2016; 32(8):1-10.
21. Vieira-da-silva LM. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):217-226.
22. Fleury S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV; 2006.
23. James O, Lodge M. The Limitations of Policy Transfer and Lesson Drawing for Public Policy Research. *Polit Stud Rev* 2003; 1(2):179-193.
24. Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
25. Conill EM. Sistemas Comparados de Saúde. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006. p. 563-614.
26. Conill EM. *A análise comparada na avaliação de serviços e sistemas de saúde*. In: *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Unicamp; 2011.
27. Goering P, Tomiczenko G, Sheldon T, Boydell K, Wasylenki D. Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatr Serv* 2002; 53(11):1472-1474.
28. Heckert U, Silva J. Psicoses esquizofrênicas entre a população de rua. *Rev Psiq Clin* 2002; 29(1):14-19.
29. North C, Pollio D, Smith E, Spitznagel E. Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(7):393-400.
30. Cauce A, Paradise M, Ginzler J, Embry L. The characteristics and mental health of homeless adolescents: age and gender differences. *J Emot Behav Disord* 2000; 8(4):230-239.
31. National Coalition for the Homeless. HIV/AIDS and homelessness [Internet]. 2009 [cited 2016 Sep 5]. Available from: <http://www.nationalhomeless.org/factsheets/hiv.html>
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil: Populações Especiais*. Brasília: MS; 2011.
33. Duarte R, Diniz A. *Relatório para o Dia Mundial da Tuberculose*. Lisboa: Programa Nacional de Luta Contra Tuberculose; 2013. Vol. I.
34. Paulino J, Martins A, Machado M, Gomes M, Gaio AR, Duarte R. Tuberculosis in native- and foreign-born populations in Portugal. *Int J Tuberc Lung Dis* 2016; 20(3):357-362.
35. U.S. Department of Health & Human Services. Centers of Disease Control and Prevention. TB in the Homeless Population [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 1]. Available from: <http://www.cdc.gov/tb/topic/populations/homelessness/default.htm>
36. Bamrah S, Yelk Woodruff RS, Powell K, Ghosh S, Kammerer JS, Haddad MB. Tuberculosis among the homeless, United States, 1994-2010. *Int J Tuberc Lung Dis* 2013; 17(11):1414-1419.
37. Pereira AMM, Castro ALB, Malagón Oviedo RA, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde em Debate* 2012; 36(94):482-499.

38. Saltman R. Convergence versus social embeddedness. Debating the future direction of health care systems. *Eur J Public Health* 1997; 7(4):449-453.
39. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Labour Force Statistics 2015 [Internet]. OECD Labour Force Statistics. OECD Publishing; 2016 (OECD Labour Force Statistics). [cited 2016 Feb 2]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-labour-force-statistics-2015_oecd_lfs-2015-en
40. AMI atendeu 1.511 sem-abrigo em 2014, menos 10% face ao ano anterior. RTP Notícias [Internet]. 2015. [cited 2016 Mar 20]. Available from: http://www.rtp.pt/noticias/pais/ami-atendeu-1511-sem-abrigo-em-2014-menos-10-face-ao-ano-anterior_n826338
41. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Inequality [Internet]. Income Inequality. 2012 [cited 2016 Mar 20]. Available from: <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>
42. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking IDH Global 2014 [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 25]. Available from: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2014.aspx>
43. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos Cuidados de Saúde. Um direito em risco? [Internet]. Lisboa; 2015. [cited 2016 Mar 25]. Available from: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>
44. Santos CBG. *Disparidades na Distribuição Geográfica de Recursos de Saúde em Portugal*. Braga: Universidade do Minho; 2012.
45. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório Primavera 2014 - Saúde: síndrome de negação [Internet]. Lisboa; 2014 Nov. [cited 2016 Mar 25]. Available from: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>
46. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health Resources [Internet]. 2013. [cited 2016 Mar 25]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-resources/indicator-group/english_777a9575-en
47. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2011: OECD indicators [Internet]. 2011. [cited 2016 Mar 25]. Available from: dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-15-en
48. Portugal. Ministério da Saúde (MS). Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. *Sinopse Estatística*. Lisboa: MS; 2014.
49. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2013*. Paris: OECD Publishing; 2013.
50. World Health Organization. Incidence of tuberculosis (per 100,000 people) [Internet]. 2014. [cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD>
51. Barros PP, Machado SR, Simoes JA. Portugal. Health system review. *Heal Syst Transit* 2011; 13(4):1-156.
52. Portugal. Decreto Lei nº 183/2001, de 21 de Junho. *Diário da República* 2001.
53. Portugal. Decreto-Lei nº 124/2011. Lisboa: Plano de Redução e Melhoria da Administração Central. *Diário da República* 2011.
54. Portugal. Portaria nº 27 de 2013. *Diário da República* 2013.
55. United States Census Bureau. Population [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.census.gov/topics/population.html>
56. Donohoe M. Homelessness in the United States: History, Epidemiology, Health Issues, Women, and Public Policy. *Medscape Ob/Gyn Women's Heal* 2004; 9(2).
57. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2015 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015. (Health at a Glance). [cited 2016 Jan 10]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en
58. Costa JP. A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. *Arq Med* 2013; 27(4):158-167.
59. Noronha J, Giovanella L, Conill E. Sistemas de saúde da Alemanha, Canadá e dos EUA: uma visão comparada. In: Almeida Filho N, Paim JS. *Saúde Coletiva- Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 170.
60. United States of America. *Patient Protection and Affordable Care Act*. Washington D.C.; 2010.
61. United States of America. United States Interagency Council on Homelessness. *Opening Doors: Federal strategic plan to prevent and end homelessness*. Washington D.C.: United States Interagency Council on Homelessness; 2015.
62. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings [Internet]. NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD; 2013. [cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.google.com/patents/US1870942>
63. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011 [Internet]. Mental Health Atlas. 2011 Dec. [cited 2016 Jan 10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
64. Moulavi D, Bushy A, Peterson J, Stullenbarger E, Muolvie D. Thinking about a mobile health unit to deliver services? Things to consider before buying. *Aust J Rural Health* 2000; 8(1):6-16.
65. United States of America. Public Law 99th Congress 99-570. Washington D.C.; 1986.
66. United States of America. Public Law 100-77. To provide urgently needed assistance to protect and improve the lives and safety of the homeless, with special emphasis on elderly persons, handicapped persons, and families with children. Washington D.C.; 1987 p. 482-538.
67. National Coalition for the Homeless. McKinney-Vento Act [Internet]. Washington D.C.; 2006. [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://www.nationalhomeless.org/publications/facts/McKinney.pdf>
68. National Alliance to End Homelessness. About Us [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://www.endhomelessness.org/>
69. National Coalition for the Homeless. About NCH [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://nationalhomeless.org/about-us/>
70. DATASUS. População residente - Estimativas para o TCU - Brasil [Internet]. Brasília; 2008. [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ta-bcgi.exe?ibge/cnv/poptuf.def>

71. Bahia L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde Soc* 2005; 14(2):9-30.
72. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
73. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
74. Duarte PDCAV, Stempluk VDA, Barroso LP, organizadores. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. Brasília: CEBRID; 2005.
75. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*. [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
76. Instituto Nacional de Estatística. Instituto Nacional de Estatística [Internet]. *Census 2011*. 2015. [cited 2016 Jan 10]. Available from: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
77. Nery-Filho A, Valério ALR, Monteiro LF. *Guia do projeto Consultório de Rua*. Brasília, Salvador: SENAD, CETAD; 2012.
78. Canônico R, Tanaka A. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev da Esc Enferm da USP* 2007; 41(spe):799-803.
79. Carneiro N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. *Saude Soc* 2010; 19(3):709-716.
80. Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDSCF). *Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua*. Brasília: MDS-CF; 2008.
81. Brasil. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União* 2009; 5 jun.
82. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 30 dez.
83. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*; 2012.
84. Brasil. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. *Diário Oficial da União* 2012; 26 jan.
85. Brasil. Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2014; 21 maio.
86. Brasil. Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. *Diário Oficial da União* 2014; 7 jun.
87. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet* 1997; 11(1972):1-18.
88. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(22):239-255.
89. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saude Publica* 2000; 16(1):231-239.
90. Donaldson M, Yordy K, Lohr K, Vanselow N. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington: National Academies Press; 1996.
91. Nuttbrock L, Rosenblum A, Magura S, McQuiston H. Broadening perspectives on mobile medical outreach to homeless people. *J Health Care Poor Underserved* 2003; 14(1):5-16.
92. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):105-109.
93. Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 3.1. Eixo Estratégico - Cidadania em Saúde [Internet]. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Portugal: Plano Nacional de Saúde 2012-2016; 2012. [cited 2016 Jan 10]. Available from: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/99_3_1_Cidadania_em_Saude_2013_01_17_.pdf
94. Márcia F, Linhares P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua Health practices by teams from Street Outreach Offices Prácticas de salud de los equipos de atención callejera. 2014; 30(4):805-814.
95. Bento A, Barreto E. *Sem-amor, Sem-abrigo*. Lisboa: Cliepsi Editores; 2002.
96. Gomes TS, Guadalupe S. Redes de Suporte Formal ao Sem-Abrigo na Cidade de Coimbra 1. *Interações* 2011; 21:71-94.
97. Borysow IC. *Acesso e equidade: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua com transtorno mental grave* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2013.
98. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Context - Enferm* 2007; 16(3):417-425.
99. Lester H, Wright N, Heath I. Developments in the provision of primary health care for homeless people. *Br J Gen Pr* 2002; 52(475):912.
100. De Paula PP. *Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
101. Lipsky M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Nova York: Russell Sage Foundation; 2010.

Artigo apresentado em 04/05/2016

Aprovado em 25/10/2016

Versão final apresentada em 27/10/2016