

## Atenção à Saúde para quem (con)vive nas sombras

Healthcare for those who (live) in the shadows

Atención en salud para quienes (con)viven en las sombras

1

ARTIGO TEMÁTICO

Aline Gonçalves Pereira (<https://orcid.org/0000-0001-8231-8538>)<sup>1</sup>  
Thais Barbosa de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-8461-4186>)<sup>1</sup>  
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas (<https://orcid.org/0000-0002-6887-4471>)<sup>1</sup>  
José Eudes Barroso Vieira (<https://orcid.org/0009-0000-5832-6538>)<sup>1</sup>

**Resumo** Este estudo teve como objetivo analisar a implantação das equipes de Consultório na Rua, cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, em território nacional, no período de 2018 a 2023, com foco na perspectiva da equidade e na abrangência dos cuidados em saúde prestados à população em situação de rua no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa, com técnicas de distribuição espacial, baseado em dados secundários de equipes de Consultório na Rua implantadas. A análise dos dados sobre a implantação das eCnaR apresentou evoluções importantes em direção à democratização do acesso aos serviços de saúde. Durante o período de 2018 a julho de 2023, registrou-se um incremento de 21,73% no número de equipes cofinanciadas pelo Ministério da Saúde.

**Palavras-chave** Atenção Primária à Saúde, População em situação de rua, Acesso aos serviços de saúde, Vulnerabilidade em Saúde

**Abstract** This study aimed to analyze the implementation of Street Clinic teams, co-financed by the Ministry of Health, in the national territory from 2018 to 2023, focusing on the perspective of equity and the scope of healthcare provided to Brazilian people living on the streets. This quantitative, exploratory study employed spatial distribution techniques based on secondary data from implemented Street Clinic teams. The data analysis on the implementation of eCR showed significant developments toward democratizing access to health services. An increase of 21,73% in the number of teams co-financed by the Ministry of Health was observed from 2018 to 2023.

**Key words** Primary Health Care, Homelessness, Health Services Accessibility, Health Vulnerability

**Resumen** El estudio tuvo como objetivo analizar la implementación de los equipos de Consultorio en la Calle (eCR, sigla en portugués), cofinanciados por el Ministerio de Salud, en territorio nacional, durante el período de 2018 a 2023, con un enfoque en la perspectiva de equidad y en la amplitud de los cuidados en salud prestados a la población en situación de calle en Brasil. Se trata de un estudio exploratorio, de enfoque cuantitativo, con técnicas de distribución espacial, basado en datos secundarios de los equipos de Consultorio en la Calle implementados. El análisis de los datos sobre la implementación de los eCR mostró una evolución significativa hacia la democratización del acceso a los servicios de salud. Durante el período de 2018 a julio de 2023, se registró un incremento del 21,73% en el número de equipos cofinanciados por el Ministerio de Salud.

**Palabras clave** Atención Primaria en Salud, Población en situación de calle, Acceso a los servicios de salud, Vulnerabilidad en salud

<sup>1</sup> Ministério da Saúde.  
Esplanada dos Ministérios -  
Bloco G - Edifício  
Sede. 70058-900  
Brasília DF Brasil.  
alinegoncalvespereira7@  
gmail.com

## Introdução

No Brasil, o Consultório na Rua (CnR) foi concebido por meio da proposta de alcançar pessoas em situação de rua, em condições de vulnerabilidade social e distanciados dos serviços de saúde, para cumprir com as retaguardas legislativas que dispõem sobre a proteção do direito à saúde no país, estabelecida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde, tais quais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que fortaleceram o Sistema Único de Saúde (SUS) no país<sup>1</sup>.

Esse movimento também foi influenciado pelas discussões em torno da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto nº 7.053/2009, com o objetivo de assegurar o acesso aos serviços e programas relacionados às políticas sociais, dentre as quais, as do setor saúde. De acordo com Dias e Amarante<sup>2</sup>, o fomento à adesão de propostas como a do CnR se deu por meio do fortalecimento de movimentos populares, assim como da eleição de governos de centro-esquerda no Brasil.

Sob uma perspectiva histórica, no ano de 2011, o Brasil apresentou evoluções importantes em direção à democratização do acesso aos serviços de saúde, no seguimento da reforma psiquiátrica, para a valorização da promoção da saúde mental e da assistência à saúde de pessoas em situação de rua. Dentre as principais iniciativas, teve-se a publicação da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e a Portaria GM/MS nº 2.488/2011, que trouxe a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incluindo as equipes de Consultório na Rua (eCR) como também as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) para o cuidado de populações em situação de vulnerabilidade específicas. Por conseguinte, instituiu-se as Portarias GM/MS nº 122/2012 e nº 123/2012, que estabeleceram as diretrizes de organização e funcionamento das eCR.

No ano de 2012, as eCR podiam ser compostas por profissionais das seguintes categorias: enfermagem de nível médio e superior, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, medicina, agente social e saúde bucal de nível médio. Em 2014, publicaram-se as Portarias GM/MS nº 1.238/2014 e nº 1.029/2014. A primeira instituiu um valor fixo de custeio para as eCR e, a segunda, acrescentou profissionais de saúde bucal de nível superior, da educação física na saúde e formados em arte e educação nessas equipes. As modalidades de adesão recomendadas foram: Modalidade

I, com quatro profissionais, sendo dois de nível médio e dois de nível superior; Modalidade II, com seis profissionais, sendo três de nível médio e três de nível superior; e Modalidade III, com o arranjo da modalidade II, acrescida de profissional médico. Como materiais norteadores dos serviços, teve-se a publicação do “Manual de Cuidado à População de Rua” e das “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos de População de Rua”, em 2012 e 2014, respectivamente<sup>3</sup>.

A partir de 2016, o Brasil sofreu alguns retrocessos no que concerne à promoção de políticas de bem-estar social, a exemplo da publicação da Emenda Constitucional 95/2016, que limitou as despesas primárias governamentais sem considerar as taxas de crescimento econômico e demográfica<sup>4</sup>. Soma-se a isso, por conseguinte, o fato da revisão da PNAB em 2017 ter flexibilizado o conceito de cobertura universal da APS, sem um claro compromisso indutor de expansão dos serviços segundo críticos da literatura científica nacional<sup>5-7</sup>.

No ano de 2019, a APS passou por mudanças em sua estrutura de financiamento, com o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria GM/MS nº 2.979/2019, com a substituição dos Pisos de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável pelos novos componentes do Programa, como a Capitação Ponderada, que requereu maiores esforços dos gestores municipais na administração dos arranjos de equipes nos territórios<sup>8</sup>.

Ainda nessa conjuntura, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.255/2021, que dispôs sobre as normativas para o funcionamento das eCR e adotou critérios de cálculo do número máximo, passível de adesão, a essas equipes pelos municípios e Distrito Federal, considerando-se os registros do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico). Os territórios com população total estimada em mais de 100 mil habitantes passaram a ter o direito de ter pelo menos uma eCR cofinanciada pelo Ministério da Saúde. No que concerne às mudanças das modalidades permitidas, a presença de Agente Comunitário de Saúde (ACS) passou a fazer parte das possibilidades de composição dessas equipes.

O cenário histórico e as alterações no *modus operandi*, de composição e de financiamento das eCR influenciaram na adesão dos municípios. Torna-se, portanto, um imperativo ético a realização de estudos que verifiquem os avanços e o perfil de territórios que aderiram às eCR. Nesta perspectiva, este estudo objetivou descrever a

evolução da implantação das eCR cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, no período de 2018 a 2023.

## Métodos

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa com técnicas de distribuição espacial, com dados secundários das eCR implementadas em território nacional. Os dados foram obtidos no sítio eletrônico do Sisab, especificamente no relatório público “Financiamento da APS”, abrangendo o período de 2018 a 2023. A escolha desse intervalo temporal decorre da ausência de dados nos anos anteriores. A informação está organizada mensalmente no sítio eletrônico e foi coletada em fevereiro de 2024.

As variáveis estudadas incluem o número de eCR com financiamento federal, credenciadas e homologadas, bem como suas respectivas modalidades I, II e III. A análise da distribuição espacial baseou-se na técnica de dados de área para identificar possíveis concentrações geográficas das eCR em determinadas regiões do país.

Para abordar as diversas situações que apontam para a exclusão e vulnerabilidade social no Brasil, empregou-se o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Esse índice abrange três dimensões analíticas: IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho. A finalidade de utilizar o IVS é capturar uma perspectiva mais abrangente, englobando múltiplas dimensões que refletem a complexidade e diversidade das condições sociais desfavoráveis, proporcionando, assim, uma visão mais holística das questões sociais no país.

## Resultados

No período de 2018 a 2023, observou-se que as eCR cofinanciadas pelo Ministério da Saúde apresentaram um aumento de 45,34% (n=73). No entanto, ressalta-se que houve discreta redução no cofinanciamento dessas equipes entre os anos de 2019 e 2020 (-6,45; n=10) (Gráfico 1).

Entre as 264 equipes incluídas no cofinanciamento federal em 2024, 35,89% (n=84) foram registradas na modalidade I, 12,82% (n=30) na modalidade II, e 51,28% (n=120) na modalidade III. Quando se observa esta distribuição por Grande Região e Unidade Federativa (UF), verifica-se que todas as UF possuem eCR, com predominância da modalidade de equipe III

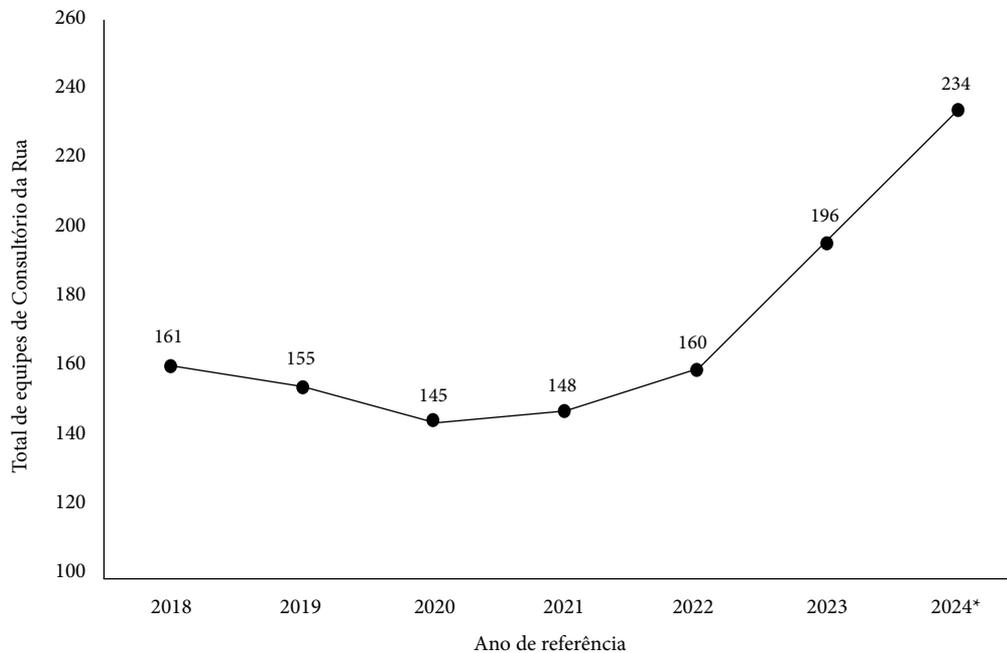
(51,28%, n=120) e da Grande Região Sudeste (53,41%, n=125), com destaque ao estado de São Paulo, que possui quase metade do total de equipes dessa região (48%, n=60). A Grande Região Centro-Oeste concentra a menor quantidade de eCR (7,26%, n=17) quando em comparação às demais regiões do país. Por outro lado, estados da Grande Região Norte, como Acre e Rondônia, apresentam a menor quantidade de equipes em relação às demais UF (Tabela 1).

O país conta com 169 municípios com eCR (Figura 1a), com uma distribuição heterogênea entre os territórios, com maior concentração no leste de estados das Grandes Regiões Sudeste e Sul (Figura 1b).

Embora todas as eCR cofinanciadas estejam localizadas em áreas urbanas, apresentam distintas classificações de IVS. Valores de IVS entre 0,000 e 0,200 são classificados como muito baixos; valores entre 0,201 e 0,300 incluem-se entre os baixos; entre 0,301 e 0,400 são considerados médios, ao passo que aqueles entre 0,401 e 0,500 são considerados altos. Valores entre 0,501 e 1,000 indicam municípios em situação de muito alta vulnerabilidade social. Dos 169 municípios que abrigam as eCR, a maioria exibe um IVS considerado muito baixo (13,01%, n=22) e baixo (42,60%, n=72), indicando baixa vulnerabilidade social. Em seguida, há classificações de IVS médio (34,91%, n=59), alto (6,50%, n=11) e muito alto (2,95%, n=05). A mediana geral do IVS desses municípios é de 0,288, com um intervalo interquartil de 0,116, mínimo de 0,130 e máximo de 0,727. Não se identificou valores de IVS atípicos entre os grupos de classificação, com exceção dos municípios com classificação “muito alto”, em que um município apresentou um IVS de 0,727 (Gráfico 2).

## Discussão

Estudos demonstram que as pessoas que vivem em situação de rua apresentam maiores taxas de morbidade e mortalidade em relação à população geral, representando um grave problema de saúde pública. No universo populacional de pessoas em situação de rua, as pessoas do sexo feminino apresentam maior taxa de mortalidade (11,9) quando comparado às pessoas do sexo masculino (7,9)<sup>9</sup>. Nesse contexto, torna-se imprescindível articular políticas públicas e outras políticas setoriais de maneira que possa assegurar o amplo acesso à população em situação de rua aos serviços sociais e de saúde<sup>10</sup>.



**Gráfico 1.** Distribuição do total de equipes de Consultório na Rua cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, Brasil, 2018-2024.

Nota: \*No ano de 2024, as referências do total de equipes são de dados registrados no mês de fevereiro de 2024. Para os outros anos, utilizou-se as referências de informações do mês de julho, como um recorte temporal representativo do cenário de 12 meses.

Fonte: e-Gestor AB, 2024. Autores.

O problema do acesso à moradia adequada no Brasil é vivenciado em outros países do mundo e vem aumentando gradativamente ano a ano, como é o caso dos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália. As circunstâncias que levam uma pessoa a viver na rua podem estar relacionadas a vários fatores, como a falta de emprego, moradia acessível e apoio à renda, problemas de saúde física e mental, uso de substâncias, violência doméstica e familiar, entre outros<sup>11</sup>.

Diante dessas questões, a falta de moradia tem relação direta com problemas de saúde, como os piores desfechos da saúde física e mental, além da morte prematura. Para a população idosa em situação de rua, esses problemas são acompanhados mais intensamente por acesso insuficiente e tratamento adequado no sistema de saúde. Esse panorama contribui para o aumento em admissões nas emergências e das taxas de internações<sup>12</sup>.

### Vulnerabilidade Social

O Índice de Vulnerabilidade Social oferece uma perspectiva abrangente das desigualdades presentes nas metrópoles brasileiras, pois incorpora a avaliação de indicadores relacionados à infraestrutura urbana (saneamento, coleta de lixo e renda *per capita*), capital humano (mortalidade infantil, escolaridade, analfabetismo, entre outros), e renda e trabalho (desocupação, ocupação informal, dependência química, por exemplo)<sup>13</sup>.

Para além dos resultados apresentados em relação a baixa vulnerabilidade social, nesse cenário somam-se a baixa dispersão territorial das equipes nos respectivos territórios, bem como a ausência e fragmentação de estimativas da população em situação de rua em níveis desagregados de município, dificultando a realização de diagnósticos situacionais mais robustos. Esse panorama destaca a necessidade urgente de uma coordenação efetiva da gestão tripartite para promover a visibilidade dessa população e atender às suas necessidades de saúde.

**Tabela 1.** Distribuição de equipes de Consultório na Rua cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, por Grande Região e Unidade Federativa, Brasil, 2024 (n=234).

Grande Região/ Unidade Federativa	Equipes de Consultório na Rua (modalidade I)	Equipes de Consultório na Rua (modalidade II)	Equipes de Consultório na Rua (modalidade III)	Total
Norte	13	03	04	20
Acre	01	0	0	01
Amazonas	01	0	01	02
Amapá	02	01	01	04
Pará	05	02	01	08
Rondônia	0	0	01	01
Roraima	02	0	0	02
Tocantins	02	0	0	02
Nordeste	14	04	31	49
Alagoas	01	0	05	06
Bahia	01	0	08	09
Ceará	02	0	05	07
Maranhão	01	01	04	06
Paraíba	04	01	02	07
Pernambuco	02	01	04	07
Piauí	0	01	01	02
Rio Grande do Norte	03	0	0	03
Sergipe	0	0	02	02
Sudeste	40	17	68	125
Espírito Santo	02	03	0	05
Minas Gerais	13	02	11	26
Rio de Janeiro	08	04	22	34
São Paulo	17	08	35	60
Sul	12	04	07	23
Paraná	04	01	02	07
Rio Grande do Sul	05	03	04	12
Santa Catarina	03	0	01	04
Centro-Oeste	05	02	10	17
Distrito Federal	03	0	03	06
Goiás	01	0	03	04
Mato Grosso do Sul	0	02	02	04
Mato Grosso	01	0	02	03
Brasil	84	30	120	234

Fonte: e-Gestor AB, 2024. Autores.

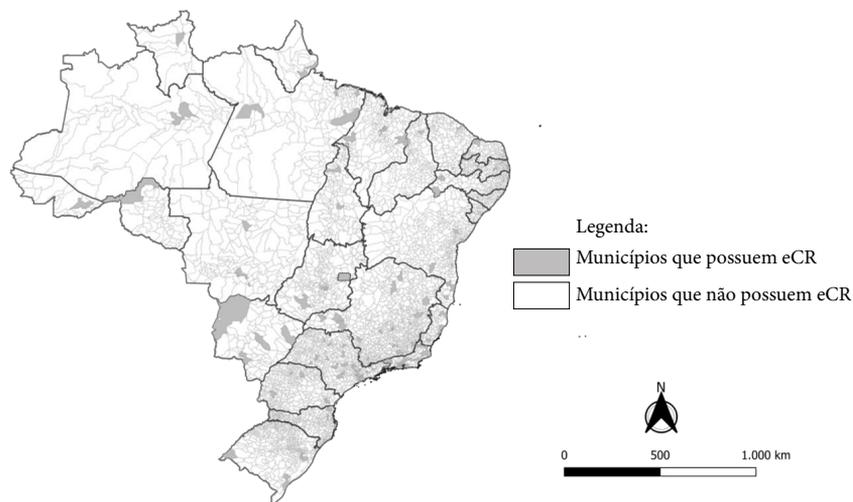
### Implantação das equipes de Consultório na Rua no Brasil

As equipes de Consultório na Rua foram estabelecidas com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral para pessoas negligenciadas das principais políticas públicas do Estado. Além de proporcionar cuidados em saúde, essas equipes também facilitam o acesso a direitos sociais básicos, simultaneamente reconhecendo a dignidade dessas pessoas. A criação

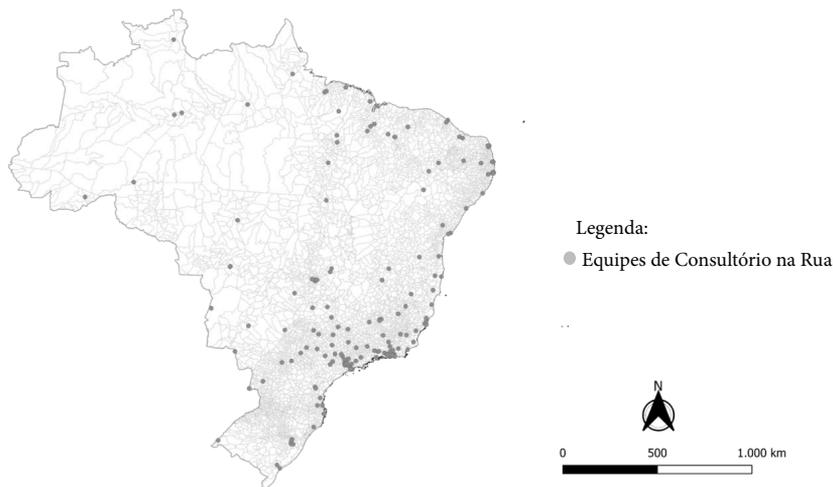
do CadÚnico é uma ferramenta que, além de facilitar o acesso a serviços de saúde, promove concomitantemente o reconhecimento da cidadania em um ambiente onde esses direitos são frequentemente negados.

Em 2023, o Ministério da Saúde concentrou esforços na expansão das equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, especialmente aquelas com solicitações pendentes de credenciamento e homologação junto à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), incluindo as eCR. As va-

a) Identificação de municípios com adesão às equipes de Consultório na Rua (n=169).



b) Total de equipes de Consultório na Rua por município (n=234).



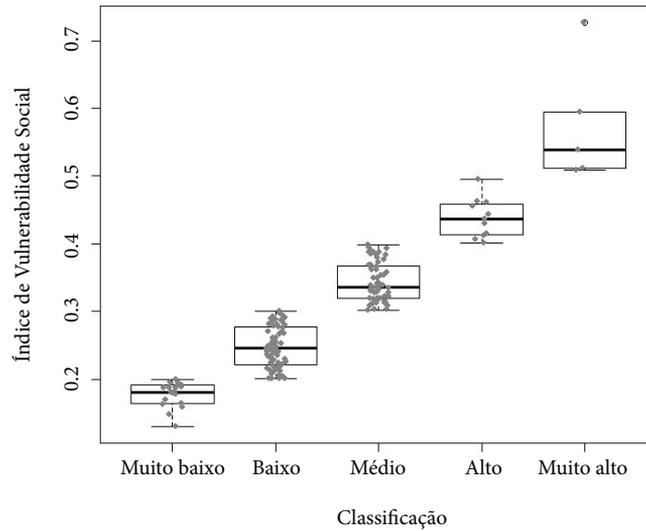
**Figura 1.** Identificação de municípios com adesão e total de equipes de Consultório na Rua cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, Brasil, 2024.

Fonte: e-Gestor AB, 2024. Autores.

riações no número de equipes ao longo desse período indicam um aumento no credenciamento de novas equipes, juntamente com o descredenciamento de equipes antigas devido ao não cumprimento das regras relacionadas aos critérios de repasse financeiro estabelecidos pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017.

Diante desse panorama, percebe-se que o Ministério da Saúde tem se empenhado em reco-

nhecer e enfrentar a crise gerada pela pandemia da COVID-19, que exacerbou as vulnerabilidades preexistentes. A resposta a essa crise inclui a implementação de iniciativas específicas direcionadas à garantia de acesso aos serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), por essa população, com a ampliação gradual das eCR em todo o território nacional.



**Gráfico 2.** Medidas resumo do IVS de municípios que possuem eCR cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, por *boxplot*, Brasil, julho de 2023 (n=169).

Fonte: Ipea, 2010; e-Gestor AB, 2023. Autores.

## Conclusão

A expansão das equipes de Consultório na Rua (eCR) no Brasil é essencial para melhorar o acesso aos serviços de saúde para populações em situação de vulnerabilidade social, especialmente aquelas em situação de rua ou em áreas de difícil acesso. O Ministério da Saúde tem como parte de

seu planejamento alcançar 660 equipes até o ano de 2027. É uma ampliação de 312,5% em relação a julho de 2022. Essa estratégia é fundamental para garantir que mais pessoas em condições de vulnerabilidade tenham acesso aos cuidados primários de saúde, promovendo assim mais equidade no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>14</sup>.

## Colaboradores

AG Pereira trabalhou na concepção e escrita do artigo. TB Oliveira trabalhou na metodologia e pesquisa do artigo. ALFR Caldas trabalhou na edição e revisão do artigo. JEB Vieira trabalhou na revisão do artigo.

## Referências

1. Ohlweiler LP. Perspectivas sociojurídicas do poder de polícia sanitário e emergência de saúde pública: vulnerabilidades e o enfoque dos direitos humanos. *Rev Inf Legis* 2021; 58(230):195-218.
2. Dias JVS, Amarante PDC. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. *Saude Debate* 2022; 46(132):188-199.
3. Machado MP, Rabello ET. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis* 2019; 28(4):e280413.
4. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev Investig Constitucionais* 2019; 4(1):259-281.
5. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42(116):11-24.
6. Silva TO, Vianna PJS, Almeida MVG, Santos SD, Nery JS. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(1):e2020566.
7. Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDA, Finkler M. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso—análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(5):1751-1764.
8. Seta MH, Ocké-reis CO, Ramos ALP. Programa Preventivo Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 2):3781-3786.
9. Aldridge RW, Alistair H, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, Tweed EJ, Lewer D, Kati-kireddi SV, Hayward AC. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2018; 391(10117):241-250.
10. Santos ES. População em Situação de Rua no Bairro da Mooca Durante a pandemia de Covid-19 no ano de 2020: trabalho, renda e modos de vida. *Plural* 2022; 29(2):63-86.
11. Mcwilliams L, Middleton S, Shawe J, Thorton A, Larkin M, Taylor J, Currie J. Scoping review: Scope of practice of nurse-led services and access to care for people experiencing homelessness. *J Adv Nurs* 2022; 78(11):3587-3606.
12. Mantell R, Hwang YI, Radford K, Perkovic S, Cullen P, Withall A. Accelerated aging in people experiencing homelessness: A rapid review of frailty prevalence and determinants. *Front Public Health* 2023; 16(11):1086215.
13. Costa MA, Marguti BO, editores. *Atlas da Vulnerabilidade Social nos Municípios Brasileiros*. Brasília: Ipea; 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério do Planejamento e Orçamento. *Plano Plurianual 2024-2027*. Brasília: MS; 2023.

Artigo apresentado em 10/03/2024

Aprovado em 17/04/2024

Versão final apresentada em 19/04/2024

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