

# Equidade em saúde para a população em situação de rua: uma revisão crítica

## *Health equity for homelessness: a critical review*

Daniel Felix Valsechi<sup>1</sup>, Maria Cristina da Costa Marques<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202313917

**RESUMO** A noção de equidade em saúde se manifesta nas sociedades modernas por meio de diferentes ideias e propostas operacionais. No que diz respeito às pessoas em situação de rua, a equidade dialoga com a igualdade e a justiça para mobilizar diversas aplicações na saúde: enquanto a concepção liberal de equidade em saúde busca favorecer as condições de saúde dessa população sem romper com o modo de produção vigente, a concepção crítica almeja ampliar as condições e as necessidades de saúde na luta por uma sociedade emancipada. Com o objetivo de caracterizar as concepções de equidade em saúde expressas na literatura científica sobre essa população, este estudo realizou uma revisão crítica dos artigos disponíveis em portais de busca on-line. 1.716 publicações foram identificadas na amostragem inicial e 35 artigos foram incluídos na revisão após aplicação de procedimentos metodológicos. Os artigos foram caracterizados com relação às ideias e aplicações da equidade em saúde para a população em situação de rua, discutindo-se a respeito de metodologia, justiça e igualdade, distinção entre as concepções, processo saúde-doença, políticas públicas e pandemia da Covid-19. Aponta-se para a dominância da concepção liberal na literatura sobre essa população e a necessidade de investigações a partir da concepção crítica.

**PALAVRAS-CHAVE** Equidade em saúde. Pessoas mal alojadas. Revisão. Pensamento. Economia e organizações de saúde.

**ABSTRACT** *The notion of equity in health manifests itself in modern societies through different ideas and operational proposals. Concerning homeless persons, equity dialogues with equality and justice to mobilize several applications in health: while the liberal conception of equity in health seeks to favor the health conditions of this population without breaking with the current mode of production, the critical conception aims to expand health conditions and needs in the struggle for an emancipated society. With the aim of characterizing the conceptions of equity in health expressed in the scientific literature on this population, this study carried out a critical review of the articles available on online search portals databases. 1,716 publications were identified in the initial sample and 35 articles were included in the review after application of methodological procedures. The articles were characterized in relation to the ideas and applications of equity in health for the homeless population, discussing methodology, justice and equality, distinction between conceptions, health-disease process, public policies and the COVID-19 pandemic. It points to the dominance of the liberal conception in the literature on this population and the need for investigations from the critical conception.*

**KEYWORDS** *Health equity. Ill-housed persons. Review. Thinking. Health care economics and organizations.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.  
daniel.valsechi@gmail.com



## Introdução

As ideias de justiça e igualdade se manifestam de forma sintética na noção de equidade, conceito emergente nas sociedades modernas. Em sentido econômico, equidade significa instituir critérios para que a distribuição dos recursos existentes ocorra de forma desproporcional em determinado período histórico.

A aproximação entre equidade e saúde foi introduzida pela medicina social no século XIX, debate que avançou no tempo, sendo marcado por disputas teóricas, metodológicas e conceituais<sup>1</sup>. A equidade foi incorporada pelo pensamento econômico em saúde enquanto “princípio segundo o qual a alocação de recursos é feita em função das necessidades de determinada população”<sup>2(37)</sup>, originando o termo ‘equidade em saúde’.

Utilizar esse termo é uma atividade que necessariamente expressa um posicionamento político-econômico – dito de outra forma, abordar a equidade em saúde representa assumir uma perspectiva sobre a relação entre o processo saúde-doença e a dinâmica de produção, distribuição e consumo dos bens e serviços. Diferentemente da díade igualdade-desigualdade, em que os conceitos podem se desdobrar em aferições quantificáveis<sup>3</sup> que facilmente ocultam as determinações estruturais, a equidade e sua negação, a iniquidade, são conceitos que sempre declaram uma posição sobre as relações sociais. Não por acaso, o conceito de iniquidade em saúde está sendo substituído por outros aparentemente mais neutros, como ‘desigualdades em saúde’ e ‘disparidades em saúde’<sup>1</sup>, pois sua utilização manifesta um “sentido na dimensão política de repartição das riquezas na sociedade”<sup>4(140)</sup>.

Sabendo-se que a linguagem é “um conjunto de noções e conceitos determinados e não, simplesmente, de palavras gramaticalmente vazias de conteúdo”<sup>5(11)</sup>, toda manifestação da atividade intelectual se respalda em uma forma social de consciência, ou seja, em uma concepção do mundo. Cada concepção do mundo expressa uma análise da relação entre homem,

natureza e sociedade, necessariamente endossando um projeto econômico e sociopolítico específico. Nesse sentido, a disputa teórico-conceitual sobre a questão da equidade em saúde é marcada pela concorrência de duas concepções antagônicas: a liberal, vinculada ao projeto de manutenção do modo de produção vigente; e a crítica, ligada às forças que lutam pela superação da sociedade capitalista.

A concepção liberal de equidade em saúde se fundamenta na teoria da justiça formulada por John Rawls, pensador liberal igualitarista que buscou nivelar a noção de equidade ao conceito de justiça. Apoiada no pensamento econômico neoclássico, a teoria de Rawls<sup>6(333)</sup> afirma que as desigualdades econômicas e sociais devem, concomitantemente, trazer “o maior benefício possível para os menos favorecidos, obedecendo às restrições do princípio da poupança justa” e ser “vinculadas a cargos e posições abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades”. Essa ideia neocontratualista de justiça social, chamada de teoria da justiça como equidade, vem sendo incorporada desde a década de 1990 nas políticas alinhadas às contrarreformas sociais desenvolvidas em diversos países, efetivando-se na área da saúde por meio das estratégias de focalização.

Em contraposição a essas ideias, a concepção crítica de equidade em saúde introduz a discussão nos contextos socioeconômicos ampliados, posicionando-se frente às contradições sobre como os seres humanos distribuem as riquezas produzidas pela prática social global. Partindo do pressuposto de que a sociedade é dividida em classes fundamentais cujos interesses são irreconciliáveis, essa concepção aponta os limites das ações focalizadas em saúde como meio para responder às desigualdades sociais, uma vez que a organização dos bens e serviços em saúde também se insere nas relações de produção dominadas pelos interesses do capital. Dessa forma, a noção de equidade em saúde apenas pode ser plenamente efetivada pela ultrapassagem da sociedade atual, alcançando uma dinâmica

de produção e distribuição da saúde que se aproxime do seguinte princípio: “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades”<sup>7(32)</sup>.

Na medida em que se ampliam as investigações sobre os problemas sociais e suas intersecções na área da saúde, pronuncia-se cada vez mais a noção de equidade em saúde para apresentar projetos, justificar pressupostos e validar práticas direcionadas ao processo saúde-doença de determinados grupos populacionais. O problema da população em situação de rua suscita um crescente debate sobre como elaborar e efetivar políticas públicas que atendam às necessidades de saúde dos que habitam os espaços públicos, culminando em propostas operacionais provenientes das distintas concepções de equidade em saúde.

As respostas das sociedades a essa população foram se alterando conforme se transformaram os modos de produção dominantes. Analisado a partir do materialismo histórico, o processo de realização se revela enquanto processo social, “condição que vai se conformando a partir de múltiplos condicionantes, num *continuum*”<sup>8(194)</sup> indissociável da base material da produção da vida – expressão decorrente, portanto, dos conflitos entre as classes fundamentais em cada período histórico. No escravismo, a valorização do ócio em detrimento do trabalho incentivava a caridade para as pessoas que viviam nas ruas das pólis, a exemplo dos cínicos na Grécia Antiga; no declínio do modo de produção feudal e ascensão do capitalismo comercial, puniam-se as pessoas capazes de trabalhar que exerciam a mendicância nas cidades incipientes, prática aceitável apenas quando realizada por órfãos, viúvas e incapazes ao trabalho; por fim, no tempo presente de dominância do capital financeiro, buscam-se soluções ora pontuais, ora prolongadas para lidar com uma população de rua constituída principalmente por “pessoas inseridas em trabalhos informais, que são sua principal estratégia de sobrevivência”<sup>9(363)</sup>. As sociedades modernas quase sempre buscam reagir às demandas dessa

população por meio de ações pontuais que não interrogam os motivos da atual ‘situação de rua’ nem buscam soluções que desafiem suas raízes, muitas vezes resultando em processos fragmentados e incoerentes.

O imbróglio enfrentado pelo Estado brasileiro na resposta às demandas da população de rua exemplifica a impossibilidade de tentar conciliar a noção de equidade aos interesses opostos das classes sociais. Apesar de o direito à moradia ser garantido constitucionalmente no País, a atenção prioritária aos interesses especulativos do restrito grupo de proprietários imobiliários impede que o déficit habitacional seja imediatamente suprido. Uma das soluções parciais encontradas pelo Estado foi a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, surgida no bojo das políticas latino-americanas alinhadas às contrarreformas sociais formuladas por organismos internacionais como o Banco Mundial e a Comissão Econômica para a América Latina (Cepal)<sup>10</sup>, resultando em intervenções focais, custo-eficientes e supostamente equitativas.

Tendo em vista as questões relativas à noção de equidade em saúde, assim como sua disputa por diferentes tradições do pensamento econômico, considera-se relevante investigar as concepções de equidade em saúde para a população em situação de rua, especificamente no que tange às suas principais aplicações, sua relação com o processo saúde-doença e seu posicionamento sobre a estrutura socioeconômica, visando a produzir respostas mais abrangentes sobre a noção de equidade frente a essa população. São vastos os questionamentos sobre a equidade em saúde, portanto, foi formulada a seguinte pergunta norteadora para conduzir o presente estudo: o que a literatura científica apresenta sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua?. O objetivo geral consiste em caracterizar as concepções de equidade em saúde que aparecem na literatura científica sobre essa população, tendo como objetivos específicos: a) identificar as aplicações dessas ideias de equidade em saúde para a população

em situação de rua; e b) analisar os fundamentos das aplicações a partir das correntes do pensamento econômico.

## Material e métodos

Este estudo consiste em uma revisão crítica da literatura, orientada pelos processos-chave da síntese interpretativa crítica<sup>11</sup>, método de revisão da literatura que busca reunir as evidências dos artigos incluídos em um argumento sintético por meio da dinâmica entre pesquisa, amostragem, crítica e análise. Apesar dessa metodologia orientar revisões que se concentrem no acesso ao sistema de saúde por grupos vulneráveis no Reino Unido, seus procedimentos foram considerados relevantes para conduzir esta revisão crítica da literatura, principalmente ao sublinhar que “há necessidade de uma constante reflexividade para informar as noções teóricas emergentes, pois elas orientam os demais processos”<sup>11</sup>.

### Estratégia de busca e fontes de dados

O primeiro momento metodológico desta revisão consistiu em planejar a estratégia ordenada e sistemática de busca nas fontes de dados, orientando-se pelas recomendações para revisões sistemáticas focadas em equidade presentes no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA-E 2012)<sup>12</sup>. De início, a pergunta de pesquisa auxiliou na delimitação dos itens-chave ‘equidade em saúde’ e ‘população em situação de rua’. A partir desses itens-chave, foram eleitos os vocábulos controlados e correspondentes por meio da busca de descritores nos seguintes tesouros virtuais: a) Medical Subject Headings (MeSH), disponibilizado pela The United States National Library of Medicine (NLM); e b) Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), edição 2021, desenvolvido pela Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (BVS). Cinco descritores

foram derivados do item-chave ‘equidade em saúde’, selecionados nos portais MeSH e DeCS: “Equidade”, “Equidade em saúde”, “Equidade no acesso aos serviços de saúde”, “Estratégias para cobertura universal da saúde” e “Equidade vertical”; e dois descritores do item-chave ‘população em situação de rua’: “Pessoas em situação de rua” e “Jovens em situação de rua”.

Os descritores foram combinados aos operadores booleanos de adição (AND) e de oposição (OR) para criar sintaxes de busca reproduzíveis nos idiomas português, espanhol e inglês. Os seguintes portais de busca on-line foram selecionados como fontes de dados, levando-se em consideração a vasta quantidade de publicações indexadas nesses idiomas nas suas bases de dados, assim como o reconhecimento público nas áreas relativas a este estudo e à abrangência territorial: a) Portal Regional da BVS, b) PubMed®, c) Scientific Electronic Library Online (SciELO) e d) Scopus®.

Entre janeiro e fevereiro de 2022, foram realizadas buscas exploratórias nesses portais por meio da operação de sintaxes preliminares no formulário de pesquisa avançada, pretendendo aprimorar a seleção dos descritores e a construção das sintaxes definitivas, de modo que os resultados convergissem para responder à pergunta norteadora. Foi estabelecida a seguinte sintaxe de busca em português: (“Equidade” OR “Equidade em Saúde” OR “Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde” OR “Estratégias para Cobertura Universal de Saúde” OR “Equidade vertical”) AND (“Pessoas em Situação de Rua” OR “Jovens em Situação de Rua”); com a sintaxe correspondente em espanhol: (“*Equidad*” OR “*Equidad en Salud*” OR “*Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud*” OR “*Estrategias para Cobertura Universal de Salud*” OR “*Equidad Vertical*”) AND (“*Personas sin Hogar*” OR “*Jóvenes sin Hogar*”), e em inglês: (“*Equity*” OR “*Health Equity*” OR “*Equity in Access to Health Services*” OR “*Strategies for Universal Health Coverage*” OR “*Vertical Equity*”) AND (“*Homeless Persons*” OR “*Homeless Youth*”).

Procedeu-se à pesquisa nos portais de busca on-line no dia 7 de março de 2022, utilizando as sintaxes previamente testadas e definidas. Foram identificadas 1.716 publicações indexadas nas bases de dados, sendo 239 na BVS, 149 na PubMed®, 22 no SciELO e 1.306 na Scopus®. A *tabela 1* apresenta a quantidade de

publicações resultantes das buscas realizadas nos portais com essas sintaxes. Cada resultado de pesquisa foi exportado para um arquivo de coleção de referências e, em seguida, importado no *software* gerenciador de referências Zotero® para agrupamento dos resultados e prosseguimento na metodologia da revisão.

Tabela 1. Quantidade de publicações resultantes das buscas realizadas nos portais, distribuídas por idioma e sintaxe de busca

Idioma	Sintaxe de busca	Portal de busca on-line	Número de publicações
Português	("Equidade" OR "Equidade em Saúde" OR "Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Estratégias para Cobertura Universal de Saúde" OR "Equidade vertical") AND ("Pessoas em Situação de Rua" OR "Jovens em Situação de Rua")	BVS	80
		PubMed®	0
		SciELO	15
		Scopus®	15
Espanhol	("Equidad" OR "Equidad en Salud" OR "Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud" OR "Estrategias para Cobertura Universal de Salud" OR "Equidad Vertical") AND ("Personas sin Hogar" OR "Jóvenes sin Hogar")	BVS	73
		PubMed®	0
		SciELO	3
		Scopus®	7
Inglês	("Equity" OR "Health Equity" OR "Equity in Access to Health Services" OR "Strategies for Universal Health Coverage" OR "Vertical Equity") AND ("Homeless Persons" OR "Homeless Youth")	BVS	86
		PubMed®	149
		SciELO	4
		Scopus®	1.284
<b>Total</b>			<b>1.716</b>

Fonte: elaboração própria.

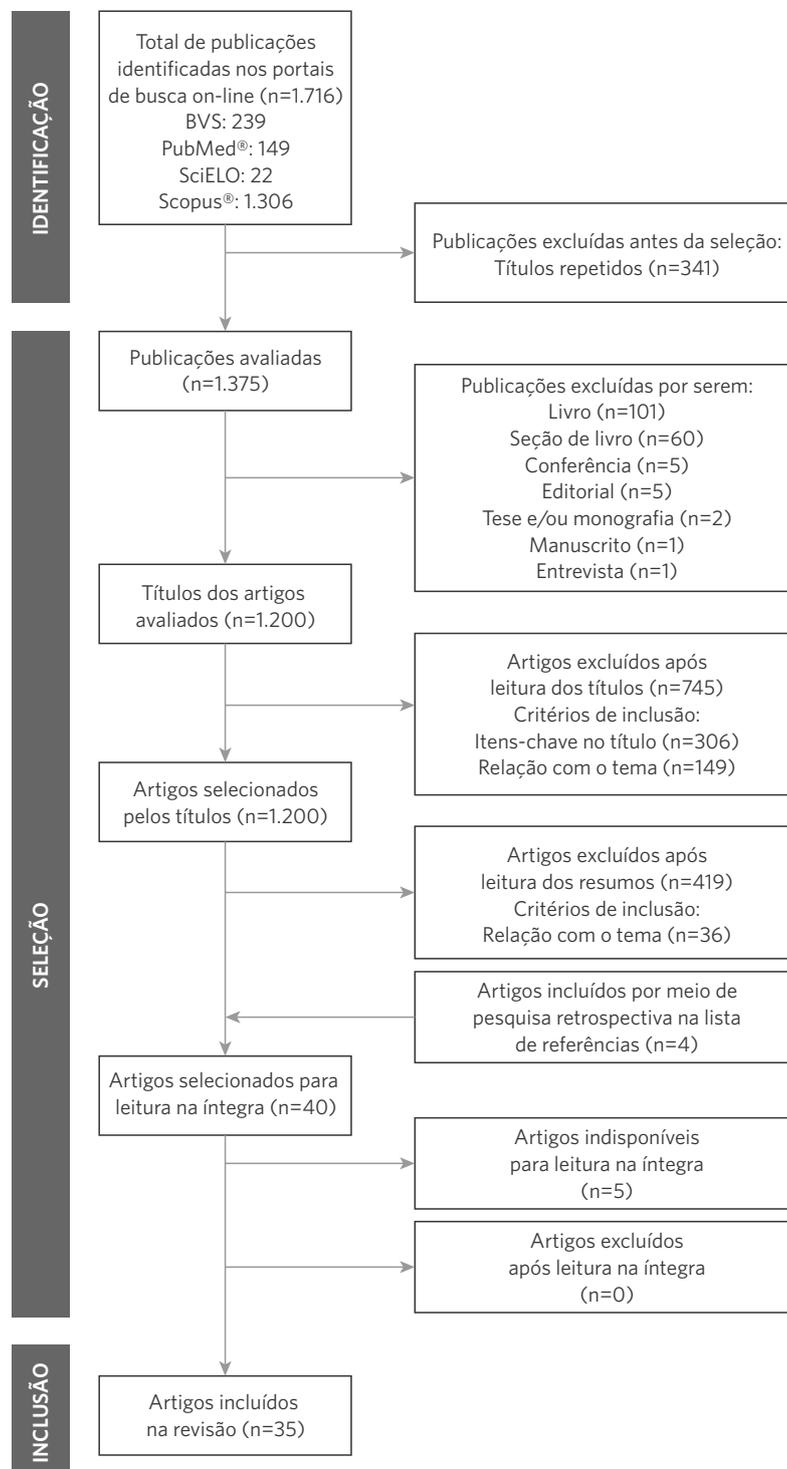
## Processo de inclusão dos artigos na revisão

O segundo momento metodológico deste estudo consistiu na identificação, seleção e inclusão das publicações, conforme fluxograma da *figura 1*. As publicações resultantes das buscas nos portais foram avaliadas por meio do *software* Zotero® para a exclusão de títulos duplicados (n = 341) e de publicações que não são artigos (n = 175).

Em seguida, foram avaliados os títulos de 1.200 artigos por meio do aplicativo on-line Rayyan, adotando-se como critérios de

inclusão a presença de itens-chave no título (n = 306) e a relação com o tema da pesquisa (n = 149), sendo selecionados 455 artigos para leitura dos resumos. Por fim, 36 artigos foram incluídos após leitura dos resumos devido à relação do resumo com o tema, e 4 foram incluídos por meio de pesquisa retrospectiva na lista de referências, resultando em 40 artigos para leitura na íntegra. 5 artigos estavam indisponíveis ou restritos para leitura e foram excluídos da pesquisa, pois prejudicariam a reprodutibilidade do estudo. Entre os 35 artigos, todos foram incluídos na revisão da literatura.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos artigos na revisão sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua



Fonte: elaboração própria, com base em PRISMA<sup>12</sup>.

## Análise dos dados

Após a leitura integral dos artigos incluídos na revisão, foi elaborada uma matriz de caracterização e síntese (quadro-síntese) que contempla as principais características de cada texto (autoria, ano de publicação, metodologia e local de análise) junto à concepção de equidade em saúde e sua principal aplicação.

A elaboração do quadro-síntese deu início ao terceiro momento metodológico deste estudo, permitindo a comparação de informações a partir de dados sintetizados em variáveis qualitativas categórico-nominais. Tomaram-se os critérios de criticidade expostos na introdução como método de análise e distinção entre as variáveis, procedendo-se, em paralelo, à discussão dos resultados obtidos.

## Resultados e discussão

As regiões centrais do capitalismo contemporâneo são os locais mais prevalentes de análise dos artigos, com destaque para a América do Norte, em que 12 examinam a população em situação de rua nos Estados Unidos da América (EUA), e também 12 no Canadá; além de países da Oceania (n = 6) e europeus (n = 11), principalmente o Reino Unido (n = 6). Entre as regiões periféricas, o Brasil está presente em 9 artigos, e há apenas 1 artigo que contempla o continente africano, proveniente do Quênia.

A maioria foi publicada na década de 2010 (n = 19), além de 15 artigos datados das décadas de 2020 e 1 da década de 2000. O periódico mais prevalente foi o 'International Journal for Equity in Health' (n = 5). 26 artigos foram primeiramente publicados em inglês, 9 em português, e nenhum artigo em espanhol foi incluído.

Quadro 1. Quadro-síntese da revisão da literatura sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua: matriz de síntese e caracterização dos artigos incluídos na revisão

N	Autoria	Ano de publicação	Metodologia	Local de análise	Concepção de equidade em saúde e sua principal aplicação
1	Aguiar MM, Iriart JAB <sup>13</sup>	2012	Estudo qualitativo	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
2	Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, <i>et al.</i> <sup>14</sup>	2022	Revisão integrativa de literatura	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
3	Baggio S, Jacquieroz F, Salamun J, <i>et al.</i> <sup>15</sup>	2021	Estudo transversal	Suíça	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
4	Baum F, Newman L, Biedrzycki K, <i>et al.</i> <sup>16</sup>	2010	Estudo qualitativo	Austrália	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
5	Borysow IC, Furtado JP <sup>17</sup>	2014	Estudo de caso	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
6	Borysow IC, Conill EM, Furtado JP <sup>18</sup>	2017	Análise comparada de dados	Portugal, EUA e Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
7	Carneiro Júnior N, Jesus CH, Crevelim MA <sup>19</sup>	2010	Relato de experiência	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde

Quadro 1. Quadro-síntese da revisão da literatura sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua: matriz de síntese e caracterização dos artigos incluídos na revisão

N	Autoria	Ano de publicação	Metodologia	Local de análise	Concepção de equidade em saúde e sua principal aplicação
8	Cernadas A, Fernández A <sup>20</sup>	2021	Estudo qualitativo	Espanha	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
9	Clifford B, Wilson A, Harris P <sup>21</sup>	2019	Revisão sistemática da literatura	EUA, Austrália, Canadá e França	Concepção liberal de equidade em saúde: determinantes sociais da saúde
10	Cruz JR, Taquette SR <sup>22</sup>	2020	Estudo qualitativo	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: intervenções baseadas em equidade
11	Dunn JR, van der Meulen E, O'Campo P, <i>et al.</i> <sup>23</sup>	2013	Avaliação baseada em teoria	América do Norte, Venezuela e Nova Zelândia	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
12	Embleton L, Shah P, Gayapersad A, <i>et al.</i> <sup>24</sup>	2020	Estudo qualitativo	Quênia	Concepção liberal de equidade em saúde: determinantes sociais da saúde
13	Farina M, Lavazza A <sup>25</sup>	2021	Estudo de casos	EUA e Reino Unido	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
14	Field H, Hudson B, Hewett N, <i>et al.</i> <sup>26</sup>	2019	Análise exploratória de dados	Reino Unido	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
15	Gallaher C, Herrmann S, Hunter L, <i>et al.</i> <sup>27</sup>	2020	Análise de projeto	Inglaterra	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
16	Horvitz-Lennon M, Zhou D, Normand SLT, <i>et al.</i> <sup>28</sup>	2011	Análise exploratória de dados	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
17	Kazevman G, Mercado M, Hulme J, <i>et al.</i> <sup>29</sup>	2021	Relato de experiência	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: estratégias de eSaúde
18	Lazarus JV, Baker L, Cascio M, <i>et al.</i> <sup>30</sup>	2020	Relato de projeto colaborativo	Europa	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
19	MacKenzie M, Purkey E <sup>31</sup>	2019	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
20	Magwood O, Hanemayer A, Saad A, <i>et al.</i> <sup>32</sup>	2020	Análise de projeto	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
21	McNeil R, Guirguis-Younger M, Dilley LB <sup>33</sup>	2012	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
22	Mercer T, Khurshid A <sup>34</sup>	2021	Análise de projeto	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
23	Moledina A, Magwood O, Agbata E, <i>et al.</i> <sup>35</sup>	2021	Revisão sistemática da literatura	EUA, Canadá, Reino Unido, Países Baixos e Austrália	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos

Quadro 1. Quadro-síntese da revisão da literatura sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua: matriz de síntese e caracterização dos artigos incluídos na revisão

N	Autoria	Ano de publicação	Metodologia	Local de análise	Concepção de equidade em saúde e sua principal aplicação
24	Orciari EA, Perman-Howe PR, Foxcroft DR <sup>36</sup>	2022	Revisão sistemática da literatura	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: intervenções baseadas em equidade
25	Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR <i>et al.</i> <sup>37</sup>	2016	Revisão integrativa da literatura	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
26	Patterson ML, Markey MA, Somers JM <sup>38</sup>	2012	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: determinantes sociais da saúde
27	Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC, <i>et al.</i> <sup>39</sup>	2018	Relato de experiência	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: determinantes sociais da saúde
28	Purkey E, MacKenzie M <sup>40</sup>	2019	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
29	Robards F, Kang M, Steinbeck K, <i>et al.</i> <sup>41</sup>	2019	Estudo qualitativo	Austrália	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
30	Seaman A, King CA, Kaser T, <i>et al.</i> <sup>42</sup>	2021	Estudo experimental	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
31	Smithman MA, Descoîteaux S, Dionne E, <i>et al.</i> <sup>43</sup>	2020	Revisão de escopo da literatura	EUA, Canadá, Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Israel, Itália, México e Alemanha	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
32	Stajduhar KI, Mollison A, Giesbrecht M, <i>et al.</i> <sup>44</sup>	2019	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
33	Varanda W, Adorno RC <sup>45</sup>	2004	Estudo qualitativo	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
34	Wang JZ, Mott S, Magwood O, <i>et al.</i> <sup>46</sup>	2019	Revisão sistemática da literatura	EUA, Canadá, Coreia do Sul e Países Baixos	Concepção liberal de equidade em saúde: intervenções baseadas em equidade
35	White BM, Newman SD <sup>47</sup>	2014	Revisão sistemática da literatura	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde

Fonte: elaboração própria.

O quadro-síntese em tela (*quadro 1*) revela que todos os 35 artigos incluídos nesta revisão da literatura se fundamentam na concepção liberal de equidade em saúde, e nenhum na concepção crítica.

Os artigos incluídos apresentam seis aplicações centrais da equidade em saúde para a população em situação de rua, balizadas pela concepção liberal dessa noção: determinantes sociais da saúde, equidade na alocação

de recursos, equidade na assistência à saúde, equidade no acesso aos serviços de saúde, estratégias de eSaúde e intervenções baseadas

em equidade. A distribuição dessas aplicações nos artigos está expressa na *tabela 2*.

Tabela 2. Distribuição dos artigos incluídos nesta revisão com relação à concepção de equidade em saúde e a principal aplicação dessa noção para a população em situação de rua

Concepção de equidade em saúde	Principal aplicação da equidade em saúde para a população em situação de rua	Quantidade de artigos (n = 35)	Número do(s) artigo(s) no Quadro 1
Concepção liberal de equidade em saúde	Determinantes sociais da saúde	4	9, 12, 26, 27
	Equidade na alocação de recursos	7	3, 4, 11, 13, 14, 23, 30
	Equidade na assistência à saúde	5	15, 16, 19, 20, 28
	Equidade no acesso aos serviços de saúde	15	1, 2, 5, 6, 7, 8, 18, 21, 22, 25, 29, 31, 32, 33, 35
	Estratégias de eSaúde	1	17
	Intervenções baseadas em equidade	3	10, 24, 34

Fonte: elaboração própria.

Frente aos resultados obtidos, foram definidos os seguintes tópicos que orientaram a discussão: 1) características metodológicas dos artigos; 2) justiça e igualdade nas concepções de equidade em saúde; 3) aplicações da concepção liberal de equidade em saúde para a população em situação de rua; 4) concepção crítica de equidade em saúde e a população em situação de rua; 5) equidade e o processo saúde-doença da população em situação de rua; 6) equidade e as políticas públicas direcionadas para a população em situação de rua no Brasil; 7) equidade em saúde para a população em situação de rua durante a pandemia da doença do Coronavírus 2019 (Covid-19).

### Características metodológicas dos artigos

A maioria dos artigos (n = 31) apresenta os resultados de estudos com abordagem predominantemente qualitativa, recorrendo a procedimentos como entrevistas não estruturadas e semiestruturadas, grupos focais, etnografia e análise documental. Desses artigos, destacam-se os que realizaram especificamente relatos

de experiência<sup>19,29,39</sup>, análise de projeto<sup>27,32,34</sup>, estudos de caso<sup>17,25</sup>, análise comparada de dados<sup>18</sup>, relato de projeto colaborativo<sup>30</sup> e avaliação baseada em teoria<sup>23</sup>.

Oito revisões da literatura foram incluídas, sendo essas do tipo sistemática<sup>21,35,36,46,47</sup>, integrativa<sup>14,37</sup> e de escopo<sup>43</sup>. Nenhuma dessas revisões se concentrou especificamente na equidade em saúde para a população em situação de rua.

Em alguns artigos, foram utilizadas abordagens quantitativas combinadas a análises qualitativas, como estudos de análise exploratória de dados<sup>26,28</sup> e um estudo observacional analítico transversal<sup>15</sup>. Apenas um artigo resultou de pesquisa com delineamento experimental<sup>42</sup>.

Cabe ressaltar que diversos artigos analisam grupos populacionais para além da população em situação de rua, apesar desta estar presente na totalidade dos artigos incluídos na revisão. Usuários de substâncias ilícitas, portadores de transtornos mentais<sup>13,14,17,19,23,28,35,38</sup>, imigrantes sem documentos<sup>15,20,25,30</sup>, aborígenes ou indígenas<sup>16,35,38,40,41,43</sup>, refugiados ou solicitantes de refúgio<sup>25,31,41,43</sup> e pessoas em situação de exploração sexual<sup>20,23,30</sup> também

são alguns dos grupos evidenciados, muitas vezes com intersecções com a população em situação de rua.

## Justiça e igualdade nas concepções de equidade em saúde

As imprecisões conceituais sobre a equidade em saúde são ressaltadas por vários autores<sup>3,4,48,49</sup>. Campos<sup>48</sup> apresenta duas acepções opostas sobre equidade que são úteis para distinguir o que chamamos neste estudo de concepções de equidade em saúde: o sentido genérico e predominante na área da saúde, para o qual equidade é sinônimo ou correlato dos conceitos de igualdade e justiça e indica determinadas regras para a organização social, aproximando-se do conceito denominado aqui como concepção liberal de equidade em saúde; e o sentido específico, que correlaciona a noção de equidade a outros conceitos e valores historicamente apreendidos para indicar “um julgamento e uma intervenção situacional, ou seja, em acordo com a singularidade de cada caso”<sup>48(26)</sup>, sentido convergente ao que se chama neste estudo de concepção crítica de equidade em saúde.

De forma mais aprofundada, considera-se que cada noção de equidade em saúde está ligada a uma ideia constitutiva de justiça. Para a concepção liberal, o princípio ‘a cada um de acordo com seu mérito’ apenas se aplica na prática em associação ao princípio distributivo ‘a cada um a mesma coisa’, traduzindo-se nas esferas da distribuição e do consumo das sociedades estratificadas por meio da seguinte ideia regulatória de justiça: ‘a cada um de acordo com sua posição’<sup>50(51)</sup>. Por serem baseadas no direito legal à propriedade, as sociedades modernas estabelecem normas de proporcionalidade para aplicar essa ideia restrita de justiça distributiva, resultando em políticas sociais que buscam direcionar os gastos para uma população definida e atingir uma sociedade igualitária. Já para a concepção crítica, o princípio fundamental ‘a cada um segundo suas necessidades’ não representa

uma ideia de justiça, pois pressupõe a igualdade real como ponto de partida, indo além da justiça e advogando pela liberdade absoluta a ser atingida na construção de uma sociedade autodeterminada e emancipada, onde as ‘necessidades radicais’ sejam atendidas a partir da atividade dos indivíduos livremente associados. As ideias reguladoras de justiça e a própria noção moderna de justiça são irrelevantes para esse projeto societário<sup>50(152)</sup>, pois essas são exigidas apenas nas sociedades em que predominam as relações sociais de produção baseadas na exploração, cindidas em classes e estruturalmente desiguais e injustas.

As ideias de justiça são articuladas nos artigos por meio de uma discussão geral sobre esse conceito<sup>14,21,23,24,37-39,44</sup> ou de forma vinculada à saúde<sup>18,20,25,27,44</sup>; assim como ocorre com o emprego do seu antônimo, a injustiça<sup>22,24,36,38,44,45</sup>. As argumentações sobre a igualdade seguem o mesmo caminho e surgem junto à saúde<sup>20,25,31,38,41</sup> ou a outros enfoques<sup>14</sup>. O problema da desigualdade geralmente se manifesta no conceito de ‘desigualdade social’<sup>16,17,22,24,32,35-37,39</sup>, apesar de alguns artigos aplicarem essa noção na área da saúde<sup>15,20,23,25,30</sup>. Nem sempre os conceitos de justiça e igualdade, assim como seus conceitos opostos, aparecem juntos no debate sobre equidade.

Os sistemas de saúde vêm apresentando nas últimas décadas algumas propostas operacionais que buscam equalizar as condições de saúde das populações pobres, muitas vezes apresentadas como ‘políticas de equidade em saúde’. De forma geral, as políticas de saúde equitativas foram implementadas com base nos ‘princípios para ação’ formulados por Margaret Whitehead no início da década de 1990, ideias que desempenharam grande influência nas intervenções preocupadas com a criação de “oportunidades iguais para a saúde e com a redução dos diferenciais de saúde ao nível mais baixo possível”<sup>51(220)</sup> (tradução nossa). Essas recomendações práticas para as políticas de saúde são tributárias do pensamento econômico de John Rawls<sup>3</sup> e, portanto,

integram a concepção liberal de equidade em saúde. Soma-se a essa concepção o conceito de equidade elaborado pela International Society for Equity in Health (ISEqH) e apoiado por Macinko e Starfield<sup>52</sup>, que, apesar de auxiliar na identificação de iniquidades passíveis de intervenções,

não distingue equidade de igualdade ao defini-la como ‘ausência de diferenças’. Também, ao recusar entrar no debate sobre a justiça em saúde, tal posicionamento não enfrenta temas polêmicos sobre acesso e oferta de serviços, financiamento e formas de organização e controle de sistemas de saúde que constituem dilemas políticos concretos. E, finalmente, ao não explicitar qual o sentido atribuído ao conceito de ‘necessidades iguais’, implica alguns problemas conceituais e operacionais<sup>49(s218)</sup>.

### Aplicações da concepção liberal de equidade em saúde para a população em situação de rua

Os grupos populacionais que ocupam as camadas mais vulneráveis da classe trabalhadora, entre os quais, inclui-se a população em situação de rua, aparecem distinguidos nos artigos como marginalizados, vulneráveis, estigmatizados, desfavorecidos, carentes, privados, desprivilegiados, esquecidos, invisíveis, discriminados, rejeitados, entre outras denominações. A exclusão social irrompe na maioria dos artigos (n = 18) como instrumento teórico-conceitual aparentemente autoexplicativo sobre por que, afinal, esses grupos podem ser assim adjetivados. Assim, essas caracterizações se destacam dos processos sociais excludentes e discriminatórios que os produziram. A inclusão social é indicada em diversos artigos<sup>16,17,21,22,25,37,38</sup> como objetivo das propostas tecidas ao longo da argumentação, ainda que levem em conta a precarização desses grupos incluídos no mundo do trabalho. Nesse ínterim, destaca-se a abordagem emergente de ‘saúde inclusiva’, entendida como

“serviço, pesquisa e agenda política que visa prevenir e corrigir as desigualdades sociais e de saúde entre as populações mais vulneráveis e excluídas”<sup>53(266)</sup> (tradução nossa) e utilizada por artigos<sup>25-27</sup> para avaliar a efetividade de intervenções focalizadas.

Os artigos que aplicam a equidade na alocação de recursos variam na abordagem tanto sobre como a alocação deve ocorrer quanto com relação a quais recursos devem ser alocados. Visando a favorecer as condições de saúde da população em situação de rua, há propostas mais imediatas como a priorização dessa população na testagem<sup>15</sup> e na vacinação<sup>25</sup> durante a pandemia da Covid-19, assim como há propostas mais amplas que almejam melhorar a alocação dos recursos assistenciais em saúde<sup>26,42</sup> e dos recursos decorrentes de políticas custo-eficazes<sup>35</sup>, habitacionais<sup>23</sup> e de inclusão social<sup>16</sup>. No que diz respeito às intervenções baseadas em equidade, há artigos que avaliam o impacto de intervenções realizadas<sup>46</sup> e também sugerem intervir no acolhimento às demandas dessa população<sup>22</sup> e na mudança de comportamentos sobre o uso de substâncias<sup>36</sup>.

O acesso aos serviços de saúde consiste na aplicação majoritária da noção de equidade nos artigos. No caso do Brasil, alude-se ao princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) para recomendar a efetivação de ações e serviços de saúde flexíveis<sup>13</sup>, com melhores recursos<sup>17</sup> e novas abordagens<sup>37</sup>, atendendo às necessidades de saúde<sup>14,18,19,45</sup> da população em situação de rua. Artigos que analisam outros locais evidenciam os diversos obstáculos no acesso aos serviços de saúde<sup>20,34,40,41,47</sup> por essa população, com destaque para os serviços de cuidados paliativos<sup>31,33,44</sup>, propondo a superação dessas barreiras a partir da construção de *checklist*<sup>30</sup> e de tipologia de componentes de inovação organizacional<sup>43</sup>. A equidade na assistência à saúde é investigada a partir de questões locais e operacionais, como os cuidados hospitalares<sup>26,27,40</sup> e os efeitos da implantação de diretrizes<sup>32</sup> e tratamentos<sup>28</sup>, almejando atendimentos igualitários<sup>31</sup>, justos e equitativos<sup>27</sup> para essa população.

## Concepção crítica de equidade em saúde e a população em situação de rua

Apenas parte dos artigos tangencia os processos socioeconômicos, seja para contextualizar determinado argumento ou para indicar vagamente sua influência sobre as condições de saúde. Em quatro artigos, há referência ao capital<sup>13,37</sup> e ao capitalismo<sup>22,37,39</sup>, todavia, nenhum deles aprofunda a relação entre esse modo de produção e a saúde da população em situação de rua; outrossim, em nenhum a noção de equidade está criticamente articulada aos processos econômicos fundamentais da sociedade vigente.

Também, em quatro artigos<sup>21,24,38,44</sup> prevalece a dimensão estrutural da equidade em saúde, aprimorando o debate sobre a dinâmica entre a saúde da população em situação de rua e os problemas econômicos subjacentes, entretanto, todos apresentam limitações importantes. Nenhum dos artigos utiliza o materialismo histórico como paradigma de análise, recorrendo à fenomenologia para orientar a discussão sobre os resultados encontrados. Não por acaso, a teoria dos Determinantes Sociais de Saúde aparece em todos esses artigos como suporte explicativo para as iniquidades em saúde que atingem a população de rua. Nenhum desses artigos indica o modo de produção capitalista como central no movimento contemporâneo de rualização, secundarizando o impacto das relações sociais de produção sobre o processo saúde-doença desse grupo populacional. Assim, esses artigos também foram categorizados como integrantes da concepção liberal de equidade em saúde, haja vista os critérios de criticidade estabelecidos.

Ainda que a concepção crítica de equidade em saúde seja heterogênea, apresentando disputas teórico-conceituais e operacionais, há uma premissa indispensável em sua argumentação: o capitalismo produz desigualdades sociais – e, conseqüentemente, iniquidades

em saúde – de forma estrutural e irremediável. Sabe-se que a negação sistemática do direito humano à moradia é indissociável dos interesses das classes dominantes, portanto, o processo atual de rualização e seus efeitos sobre a saúde da população de rua só podem ser plenamente conhecidos mediante a análise do modo de produção dominado pelo capital. Com relação às propostas da concepção liberal, que autonomiza os problemas de saúde com relação à dimensão estrutural, cabe ressaltar que

[...] enquanto existir o modo de produção capitalista, será loucura querer resolver isoladamente a questão da moradia ou qualquer outra questão social que afete o destino dos trabalhadores. A solução está antes na abolição do modo de produção capitalista, na apropriação de todos os meios de vida e trabalho pela própria classe trabalhadora<sup>54(108)</sup>.

## Equidade e o processo saúde-doença da população em situação de rua

A teoria dos Determinantes Sociais de Saúde está presente em 19 artigos incluídos na revisão, seja diretamente<sup>16,21,23,24,32,38,39,44</sup>, referenciando publicações e definições que apoiam essa teoria; ou de forma indireta<sup>19,20,29,30,34-37,40,41,47</sup>, mobilizando essas ideias na discussão sobre a saúde da população em situação de rua. Os componentes da vida social são apreendidos de forma isolada e fragmentada nessa teoria, conformados em fatores ou determinantes que ‘influenciam’ os fatores de risco e os problemas de saúde nas populações, distanciando intencionalmente o debate em saúde do debate econômico.

Já para a teoria da determinação social do processo saúde-doença, a esfera da produção estabelece desigualdades impossíveis de serem resolvidas apenas nas esferas da distribuição e do consumo<sup>4(142)</sup>, estas últimas conformando os determinantes de saúde em mercadorias. Em outras palavras, ao considerar as relações sociais de produção como primordiais para

que os seres humanos produzam o mundo social em todas as suas dimensões, essa teoria assume uma posição ontológica sobre a saúde que abrange todas as esferas da vida social<sup>55</sup>. Partindo da definição de saúde como o “máximo desenvolvimento das potencialidades do homem, de acordo com o grau de avanço obtido pela sociedade em um período histórico determinado”<sup>56(103)</sup>, a dinâmica entre os processos protetores e destrutivos que acometem indivíduos e coletividades é compreendida de forma totalizante e pertencente à produção material da vida, esta determinando a relação entre saúde e doença. Nessa perspectiva, as intervenções direcionadas às necessidades mais ampliadas dos grupos populacionais que existem nas piores condições de vida no capitalismo, como a população em situação de rua, apenas produzem saúde na medida em que contribuem para alterar a qualidade de inserção desses grupos e indivíduos na dialética apropriação-objetivação sobre a prática social, o que diz respeito, essencialmente, à esfera da produção e extrapola o acesso aos bens e serviços de saúde, inclusive com relação à prática assistencial em saúde.

### **Equidade e as políticas públicas direcionadas para a população em situação de rua no Brasil**

A formação histórica do Brasil foi marcada por desigualdades e injustiças, expressões de uma sociedade dividida em classes antagônicas desde a sua origem. A organização da assistência à saúde no País envereda esforços desde o início do século XX para lidar com os grupos que habitam os espaços públicos urbanos, realizados inicialmente por meio de ações de caridade e filantropia<sup>57</sup>. Na sociedade brasileira contemporânea, a reprodução de grupos populacionais desprovidos de moradia convencional regular está vinculada ao “processo de acumulação do capital, no contexto da produção contínua de uma superpopulação relativa, excedente à capacidade de absorção pelo capitalismo”<sup>58(97)</sup>.

Esses grupos heterogêneos compõem a assim chamada população em situação de rua, cuja principal estratégia de sobrevivência são atividades de trabalho informal<sup>9</sup>.

As normativas do SUS incorporaram indiretamente a noção de equidade na formulação e implantação de políticas públicas, endossando uma distinção conceitual que auxilia na tomada de decisões: enquanto a equidade vertical (desigualdade entre desiguais) é geralmente utilizada nas análises sobre recursos econômicos, financiamento e gestão orçamentária, a equidade horizontal (igualdade entre iguais) aparece nas normativas relativas ao acesso e à utilização dos bens e serviços de saúde<sup>3</sup>. Essa última vem orientando as políticas públicas de saúde para a população em situação de rua, correlacionada com o ideal de ‘inclusão social’ presente em alguns artigos<sup>17,18,37</sup>.

A equidade aparece como um dos princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída em 2009 para favorecer o acesso dessa população no Brasil aos direitos sociais, ao mesmo tempo que também contribuiu para reafirmar a negação do seu acesso ao direito constitucional à moradia. Essa política surgiu em meio à crise financeira originada no mercado imobiliário em 2008, portanto, convergia aos interesses do Estado brasileiro em aplicar as recomendações expressas pelo Banco Mundial<sup>10</sup> e acelerar o direcionamento de recursos para atender a algumas necessidades da população em situação de rua, adotando medidas focalizadas que adiassem a resolução desse problema e não perturbassem os interesses das classes dominantes, especialmente no setor imobiliário.

A Política Nacional tem como um de seus objetivos “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde”<sup>59</sup>. Nota-se que essa política social significou uma reação à iniquidade no acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua, buscando reafirmar a equidade enquanto princípio ético-doutrinário do SUS. Na

atualidade, a principal forma de acesso e assistência à saúde para essa população ocorre *in loco* por meio das equipes de Consultório na Rua, instituídas em 2011<sup>60</sup> no esteio dessa Política Nacional. Alguns artigos, corretamente, valorizam o trabalho exercido por essas equipes<sup>14,17,18,39</sup>, porém, apenas tangenciam os entraves inerentes ao processo de trabalho desempenhado por equipes de atendimento itinerante<sup>18</sup> a essa população: em última análise, produz-se saúde junto à população em situação de rua dentro dos limites impostos pelos interesses do capital, contribuindo para reforçar as restrições às suas necessidades de saúde.

As equipes de Consultório na Rua representam uma materialização das políticas focalizadas adotadas pelo Estado brasileiro para regular, no âmbito da saúde pública, o processo de rualização enquanto ‘questão social’<sup>61</sup>. No país em que 7 milhões de imóveis não cumprem função social e apresentam condições de serem ocupados de imediato<sup>62(37)</sup>, opta-se por criar e expandir uma equipe de saúde adscrita ao território que foi sentenciado para as camadas mais vulneráveis dos trabalhadores: a rua. Na medida em que o número máximo nacional dessas equipes acompanha o crescimento vultoso da população em situação de rua no País, saltando de 92 equipes, em 2012, para 892, em 2021<sup>63</sup>, as tímidas políticas habitacionais continuam relegadas a segundo plano, impedindo o acesso dessa população ao direito à moradia e, conseqüentemente, ao direito de expandir seus horizontes de saúde.

### **Equidade em saúde para a população em situação de rua durante a pandemia da Covid-19**

Dois artigos apontam a alocação de recursos como forma de efetivar a equidade em saúde para a população de rua no cenário da pandemia da Covid-19. Um deles indica que as disparidades em saúde podem ser reduzidas por meio de políticas baseadas em equidade, como a inclusão de grupos populacionais

marginalizados no acesso a testes diagnósticos e serviços públicos essenciais<sup>15</sup>. Outro artigo prioriza a inclusão desses grupos na aplicação das vacinas, com políticas e intervenções que desenvolvam uma

estrutura ética mais inclusiva para alocação, distribuição e inoculação de vacinas que seja capaz de levar em consideração os interesses e necessidades desses grupos desfavorecidos/desprivilegiados<sup>25(4-5)</sup>. [tradução nossa].

Em ambos os artigos, são abordadas as desigualdades socioeconômicas inerentes a esses grupos, apresentando proposições que almejam reduzi-las em vez de solucioná-las.

Um dos artigos relata uma estratégia de eSaúde realizada junto à população em situação de rua, consistindo na distribuição gratuita de telefones celulares pré-pagos como forma de garantir a equidade em saúde digital<sup>29</sup>. É curioso que tal resposta à ‘desigualdade de saúde digital’ apareça como prioridade para as necessidades de saúde dessa população durante a crise sanitária global.

Esses artigos realçam medidas pontuais e emergenciais para lidar com a desigualdade na alocação dos bens e serviços de saúde que atinge as populações marginalizadas, utilizando a equidade em saúde para defender uma distribuição focal que favoreça esses grupos no contexto da pandemia. Pode-se afirmar que nenhuma das práticas difundidas nesses artigos busca transformar as estruturas sociais que determinam as desigualdades econômicas e em saúde, originadas muito antes da Covid-19.

### **Limitações deste estudo**

Uma limitação desta revisão diz respeito ao estabelecimento dos critérios de criticidade para distinguir as concepções de equidade em saúde, podendo ser questionados à luz de outras formulações teóricas e estratégicas. No que tange à metodologia adotada, ressaltam-se as limitações intrínsecas em definir critérios

para identificação, seleção e inclusão de artigos em uma revisão da literatura, além da opção por excluir artigos indisponíveis para leitura.

Apesar dos esforços durante o desenvolvimento desta revisão, a avaliação do risco de viés pelo instrumento Risk Of Bias In Systematic Reviews (Robis)<sup>64</sup> permite julgar que há uma preocupação baixa com relação aos domínios 1) critérios de elegibilidade dos estudos e 2) identificação e seleção dos estudos, além de uma preocupação alta sobre os domínios 3) coleta de dados e avaliação dos estudos e 4) síntese e resultados. As evidências encontradas neste estudo podem ser classificadas no nível 4, e suas recomendações são razoáveis e sugestivas<sup>65</sup>.

## Conclusões

Os resultados obtidos nesta revisão da literatura permitem concluir que a concepção liberal de equidade em saúde é dominante nos artigos científicos sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua, contribuindo para difundir o pensamento econômico neoclássico na área da saúde e tensionando para naturalizar o processo de realização no capitalismo. Ademais, mascara as intervenções focalizadas enquanto práticas de promoção da equidade em saúde, dissociando-as das contrarreformas sociais e secundarizando o debate sobre o acesso a moradia e a determinação do processo saúde-doença. Ainda que as políticas públicas focalizadas contribuam em alguma medida para melhorar as condições de vida atuais da população em situação de rua, são estruturalmente insuficientes para atender às máximas necessidades desse grupo

populacional, que, em última análise, correspondem à necessidade da classe trabalhadora em se libertar e conduzir a emancipação da humanidade.

Aponta-se para a carência de produções científicas que articulem criticamente a noção de equidade aos processos socioeconômicos que determinam a saúde da população em situação de rua. A concepção crítica de equidade em saúde contribui para ampliar os debates sobre políticas equitativas e sua relação com a dinâmica entre saúde e doença, favorecendo a luta coletiva dos trabalhadores pela construção de uma sociedade emancipada que promova o pleno desenvolvimento das potencialidades humanas. Nesse sentido, defende-se a organização coletiva de todos os grupos e camadas que integram a classe trabalhadora visando a superar o capitalismo e construir uma forma social em que a ideia de justiça não seja mais necessária, pois foi atingida uma sociedade ‘além da justiça’<sup>50</sup>. No caminho para esse futuro desejável, recomenda-se a implantação e efetivação de políticas públicas que ampliem a saúde dos setores populares ao garantir, de forma permanente e irrestrita, o direito a terra, trabalho, alimento, moradia e paz.

## Colaboradores

Valsechi DF (0000-0001-9975-5881)\* contribuiu para conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, visualização e redação do artigo. Marques MCC (0000-0002-7461-3710)\* contribuiu para conceituação, investigação, metodologia, administração do projeto, supervisão, validação e redação do artigo. Todos os autores aprovaram esta redação final do artigo. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Fee E, Gonzalez AR. The history of health equity: concept and vision. *Divers. Equal. Health Care*. 2017 [acesso em 2022 jun 30]; 14(3):148-52. Disponível em: <https://doi.org/10.21767/2049-5471.1000105>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático: economia da saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
3. Fundação Oswaldo Cruz. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escorrel S. Equidade em saúde. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2009. [acesso em 2022 jun 30]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>.
4. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Rev. Usp*. 2001 [acesso em 2022 jun 30]; (51):138-45. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i51p138-145>.
5. Gramsci A. Concepção dialética da história. 3. ed. Coutinho CN, tradutor. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1978.
6. Rawls J. Uma teoria da justiça. 2. ed. Pissetta A, Esteves LMR, tradutores. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
7. Marx K. Crítica do programa de Gotha. Enderle R, tradutor. São Paulo: Boitempo; 2012.
8. Prates JC, Prates FC, Machado S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*. 2011 [acesso em 2023 jul 13]; 11(22):191-216. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2011v11n22p191-216>.
9. Tiengo VM. Alterações nas expressões da questão social da população em situação de rua. *Lutas sociais*. 2018 [acesso em 2022 jul 7]; 22(41):361-72. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/l/article/view/46690>.
10. Lima PRM, Davi J. Aproximações críticas ao conceito de equidade presente nos documentos da CEPAL e do Banco Mundial. *Temporalis*. 2017 [acesso em 2022 jul 4]; 17(34):127-52. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2017v17n34p127-152>.
11. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med. Res. Methodol*. 2006 [acesso em 2022 jul 1]; 6(1):35. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>.
12. Welch V, Petticrew M, Tugwell P, et al. PRISMA-Equity 2012 Extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity. *PLoS Med*. 2012 [acesso em 2022 mar 11]; 9(10):e1001333. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001333>.
13. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2022 mar 12]; 28(1):115-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>.
14. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, et al. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2022 mar 12]; 46(132):227-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>.
15. Baggio S, Jacquerioz F, Salamun J, et al. Equity in access to COVID-19 testing for undocumented migrants and homeless persons during the initial phase of the pandemic. *J. Migr. Health*. 2021 [acesso em 2022 mar 12]; (4):100051. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100051>.
16. Baum F, Newman L, Biedrzycki K, et al. Can a regional government's social inclusion initiative contribute to the quest for health equity? *Health Pro. Int*. 2010 [acesso em 2022 mar 12]; 25(4):474-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/daq033>.

17. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2014 [acesso em 2022 mar 12]; 48(6):1069-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>.
18. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 mar 12]; 22(3):879-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>.
19. Carneiro Júnior 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. *Saúde Soc*. 2010 [acesso em 2022 mar 12]; 19(3):709-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>.
20. Cernadas A, Fernández A. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). *Int. J. Equity Health*. 2021 [acesso em 2022 mar 12]; (20):84. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01409-2>
21. Clifford B, Wilson A, Harris P. Homelessness, health and the policy process: a literature review. *Health Policy*. 2019 [acesso em 2022 mar 12]; 123(11):1125-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.08.011>.
22. Cruz JR, Taquette SR. Viver na rua: vulnerações e a bioética da proteção. *Rev. Bioét*. 2020 [acesso em 2022 mar 12]; 28(4):637-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284427>.
23. Dunn JR, van der Meulen E, O'Campo P, et al. Improving health equity through theory-informed evaluations: a look at housing first strategies, cross-sectoral health programs, and prostitution policy. *Eval. Program Plan*. 2013 [acesso em 2022 mar 12]; 36(1):184-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.evalproplan.2012.03.006>.
24. Embleton L, Shah P, Gayapersad A, et al. Characterizing street-connected children and youths' social and health inequities in Kenya: a qualitative study. *Int. J. Equity Health*. 2020 [acesso em 2022 mar 12]; (19):147. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01255-8>.
25. Farina M, Lavazza A. Advocating for greater inclusion of marginalized and forgotten populations in COVID19 vaccine rollouts. *Int. J. Public Health*. 2021 [acesso em 2022 mar 12]; (66):1604036. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604036>.
26. Field H, Hudson B, Hewett N, et al. Secondary care usage and characteristics of hospital inpatients referred to a UK homeless health team: a retrospective service evaluation. *BMC Health Serv. Res*. 2019 [acesso em 2022 mar 12]; (19):857. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4620-1>.
27. Gallaher C, Herrmann S, Hunter L, et al. The St Thomas' Hospital Emergency Department Homeless Health Initiative: improving the quality, safety and equity of healthcare provided for homeless patients attending the ED. *BMJ Open Quality*. 2020 [acesso em 2022 mar 12]; (9):e000820. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000820>.
28. Horvitz-Lennon M, Zhou D, Normand SLT, et al. Racial and ethnic service use disparities among homeless adults with severe mental illnesses receiving ACT. *Psychiatr. Serv*. 2011 [acesso em 2022 mar 12]; 62(6):598-604. Disponível em: [https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206\\_0598](https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0598).
29. Kazevman G, Mercado M, Hulme J, et al. Prescribing phones to address health equity needs in the COVID-19 era: the PHONE-CONNECT Program. *J. Med. Internet Res*. 2021 [acesso em 2022 mar 12]; 23(4):e23914. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/23914>.
30. Lazarus JV, Baker L, Cascio M, et al. Novel health systems service design checklist to improve health-care access for marginalised, underserved communities in Europe. *BMJ Open*. 2020 [acesso em 2022

- mar 12]; 10(4):e035621. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035621>.
31. MacKenzie M, Purkey E. Barriers to end-of-life services for persons experiencing homelessness as perceived by health and social service providers. *J. Am. Board Fam. Med.* 2019 [acesso em 2022 mar 13]; 32(6):847-57. Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.06.190066>.
  32. Magwood O, Hanemaayer A, Saad A, et al. Determinants of implementation of a Clinical Practice Guideline for Homeless Health. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 [acesso em 2022 mar 13]; 17(21):7938. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217938>.
  33. McNeil R, Guirguis-Younger M, Dilley LB. Recommendations for improving the end-of-life care system for homeless populations: a qualitative study of the views of Canadian health and social services professionals. *BMC Palliat. Care.* 2012 [acesso em 2022 mar 13]; 11(1):14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-11-14>.
  34. Mercer T, Khurshid A. Advancing health equity for people experiencing homelessness using blockchain technology for identity management: a research agenda. *J. Health Care Poor Underserved.* 2021 [acesso em 2022 mar 13]; 32(2):262-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0062>.
  35. Moledina A, Magwood O, Agbata E, et al. A comprehensive review of prioritised interventions to improve the health and wellbeing of persons with lived experience of homelessness. *Campbell Syst. Rev.* 2021 [acesso em 2022 mar 13]; 17(2):e1154. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cl2.1154>.
  36. Orciari EA, Perman-Howe PR, Foxcroft DR. Motivational Interviewing-based interventions for reducing substance misuse and increasing treatment engagement, retention, and completion in the homeless populations of high-income countries: an equity-focused systematic review and narrative synthesis. *Int. J. Drug Policy.* 2022 [acesso em 2022 mar 13]; 100(103524). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103524>.
  37. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016 [acesso em 2022 mar 13]; 21(8):2595-2606. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.
  38. Patterson ML, Markey MA, Somers JM. Multiple paths to just ends: using narrative interviews and timelines to explore health equity and homelessness. *Int. J. Qual. Methods.* 2012 [acesso em 2022 mar 13]; 11(2):132-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/160940691201100202>.
  39. Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC, et al. Determinantes sociais, equidade e Consultório na Rua. *Rev. Enferm. UFPE.* 2018 [acesso em 2022 mar 13]; 12(12):3513-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236025p3513-3520-2018>.
  40. Purkey E, MacKenzie M. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *Int. J. Equity Health.* 2019 [acesso em 2022 mar 13]; 18(1):101. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4>.
  41. Robards F, Kang M, Steinbeck K, et al. Health care equity and access for marginalised young people: a longitudinal qualitative study exploring health system navigation in Australia. *Int. J. Equity Health.* 2019 [acesso em 2022 mar 13]; 18(1):41. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0941-2>.
  42. Seaman A, King CA, Kaser T, et al. A hepatitis C elimination model in healthcare for the homeless organization: a novel reflexive laboratory algorithm and equity assessment. *Int. J. Drug Policy.* 2021 [acesso em 2022 mar 13]; 96(103359). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103359>.
  43. Smithman MA, Descôteaux S, Dionne E, et al. Typology of organizational innovation components: building blocks to improve access to primary healthca-

- re for vulnerable populations. *Int. J. Equity Health*. 2020 [acesso em 2022 mar 13]; (19):174. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01263-8>.
44. Stajduhar KI, Mollison A, Giesbrecht M, et al. “Just too busy living in the moment and surviving”: barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. *BMC Palliat. Care*. 2019 [acesso em 2022 mar 13]; (18):11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0396-7>.
  45. Varanda W, Adorno RC. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004 [acesso em 2022 mar 13]; 13(1):56-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>.
  46. Wang JZ, Mott S, Magwood O, et al. The impact of interventions for youth experiencing homelessness on housing, mental health, substance use, and family cohesion: a systematic review. *BMC Pub. Health*. 2019 [acesso em 2022 mar 13]; 19:e1528. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7856-0>.
  47. White BM, Newman SD. Access to primary care services among the homeless: a synthesis of the literature using the Equity of Access to Medical Care Framework. *J. Prim. Care Community Health*. 2014 [acesso em 2022 mar 13]; 6(2):77-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2150131914556122>.
  48. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde Soc*. 2006 [acesso em 2022 jul 14]; 15(2):23-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>.
  49. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*. 2009 [acesso em 2022 jun 10]; 25(supl2):s217-s26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>.
  50. Heller A. Além da justiça. Hartmann S, tradutor. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998.
  51. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promot. Int*. 1991 [acesso em 2022 jul 9]; 6(3):217-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>.
  52. Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *Int. J. Equity Health*. 2002 [acesso em 2022 mar 13]; (1):1. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-1-1>.
  53. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *The Lancet*. 2017 [acesso em 16 jul 2022]; 391(10117):266-80. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31959-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31959-1).
  54. Engels F. Sobre a questão da moradia. Schneider N, tradutor. São Paulo: Boitempo; 2015.
  55. Souza DO. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serv. Soc. Soc*. 2020 [acesso em 2022 jul 10]; (137):174-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.207>.
  56. García JC. A categoria trabalho na medicina. In: Nunes ED, organizador. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
  57. Sanglard G, Ferreira LO. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: Teixeira LA, Pimenta TS, Hochman G, organizadores. História da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2018.
  58. Silva MLL. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez; 2009.
  59. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 24 Dez 2009. [acesso em 2021 dez 2]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm).
  60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organi-

- zação e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 26 Jan 2011. [acesso em 2021 dez 2]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html).
61. Carvalho LFM, Rocha SM. A população em situação de rua enquanto uma expressão da questão social: avanços legais x desafios reais. *Praia Vermelha*. 2015 [acesso em 2022 jul 9]; 25(2):441-60. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha/article/view/10163>.
62. Fundação João Pinheiro. Déficit habitacional no Brasil 2015. Belo Horizonte: FJP; 2018. 78 p. [acesso em 2022 jul 7]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.mg.gov.br/consulta/consultaDetalheDocumento.php?iCodDocumento=76871>.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 18 Jun 2021. [acesso em 2022 jul 16]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.255-de-18-de-junho-de-2021-326852389>.
64. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, et al. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J. Clin. Epidemiol.* 2016 [acesso em 2022 jul 16]; (69):225-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>.
65. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl. Nurs. Res.* 1998 [acesso em 2022 jul 9]; 11(4):195-206. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7).

---

Recebido em 21/01/2023

Aprovado em 15/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve