

APOROFOBIA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE MORADORES DE ÁREA LIVRE: BARREIRAS, IMPACTO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

APOROPHOBIA AND ACCESS TO HEALTH SERVICES AMONG RESIDENTS OF INFORMAL SETTLEMENTS: BARRIERS, IMPACT, AND COPING STRATEGIES

APOROFOBIA Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE RESIDENTES DE ASENTAMIENTOS INFORMALES: BARRERAS, IMPACTO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Yasmin Danielle Giglio¹, Marina Edwirges Rocha Gouveia², Kauany Moura de Sousa³, Larissa Ribeiro Assunção⁴, Eduardo Peixoto Marques⁵, Amanda Raquel Marques⁶, Bianca Paola Sinani Marca⁷, Isadora Dellias Pereira Bueno⁸, Natalia Caichiolo⁹, Ageu Portilho¹⁰

DOI: 10.54899/dcs.v23i91.5996

Recibido: 22/05/2026 | **Aceptado:** 17/06/2026 | **Publicación en línea:** 24/06/2026.

RESUMO

O acesso à saúde constitui um direito humano fundamental e um pilar da justiça social; entretanto, populações em situação de rua e em áreas livres enfrentam barreiras estruturais e relacionais que comprometem a equidade na atenção à saúde. Este estudo teve como objetivo analisar, por meio de revisão de literatura, a relação entre aporofobia, vulnerabilidade social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde por moradores de área livre. A aporofobia opera como mecanismo estruturante de exclusão no campo da saúde, fragilizando a equidade na Atenção Primária e exigindo transformações organizacionais, formação crítica dos profissionais e articulação intersetorial para que a universalidade do sistema se converta em equidade efetiva no cuidado. Este trabalho é uma revisão de literatura, que visa a associação entre aporofobia e o acesso ao

¹ Graduanda em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: yasmin-giglio@hotmail.com

² Graduanda em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: marina_rochaa@hotmail.com

³ Graduando em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: k.moura@uni9.edu.br

⁴ Graduanda em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: larissa.ribeiro.a@uni9.edu.br

⁵ Graduando em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: eduardopeixoto@uni9.edu.br

⁶ Graduanda em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: a.m.marques@uni9.edu.br

⁷ Graduanda em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: biapaola23@uni9.edu.br

⁸ Graduanda em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: isadoradellias@uni9.edu.br

⁹ Graduanda em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: natalia.caichiolo@uni9.edu.br

¹⁰ Graduando em Medicina, Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: ageuportilho@uni9.edu.br

serviço de saúde equitativo desse público.

Palavras-chave: Morador de Rua. Vulnerabilidade. Acesso a Saúde. Aporofobia.

ABSTRACT

Access to healthcare constitutes a fundamental human right and a cornerstone of social justice; however, populations experiencing homelessness and those living in informal settlements face structural and relational barriers that undermine equity in healthcare delivery. This study aimed to analyze, through a literature review, the relationship between aporophobia, social vulnerability, and difficulties in accessing health services among individuals living in informal areas. Aporophobia operates as a structuring mechanism of exclusion within the healthcare system, weakening equity in Primary Health Care and requiring organizational transformations, critical professional training, and intersectoral articulation to ensure that the formal universality of the system translates into effective equity in care. This study is a literature review that examines the association between aporophobia and equitable access to healthcare services for this population.

Keywords: Homelessness. Vulnerability. Access to Healthcare. Aporophobia.

RESUMEN

El acceso a la atención sanitaria es un derecho humano fundamental y un pilar de la justicia social; sin embargo, las personas en situación de calle y aquellas que habitan en asentamientos informales enfrentan barreras estructurales y relacionales que comprometen la equidad en la atención de salud. Este estudio tuvo como objetivo analizar, mediante una revisión bibliográfica, la relación entre la aporofobia, la vulnerabilidad social y las dificultades de acceso a los servicios de salud que enfrentan los residentes de asentamientos informales. La aporofobia opera como un mecanismo estructural de exclusión dentro del sector sanitario, socavando la equidad en la Atención Primaria y exigiendo cambios organizativos, una formación profesional crítica y una coordinación intersectorial para garantizar que la universalidad del sistema se traduzca en una equidad efectiva en la atención. Este estudio consiste en una revisión bibliográfica que examina la asociación entre la aporofobia y el acceso equitativo a los servicios de salud para esta población.

Palabras clave: Persona en Situación de Calle. Vulnerabilidad. Acceso a la Atención Sanitaria. Aporofobia.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um direito humano fundamental e um componente essencial da justiça social. No entanto, populações que vivem em áreas livres ou ocupações informais, assentamentos

urbanos sem regularização fundiária, periferias com infraestrutura deficiente e em situação de rua, enfrentam barreiras estruturais e relacionais que reduzem a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde. (Bombonatti *et al*, 2022)

A aporofobia, entendida como a rejeição, o preconceito e a discriminação dirigidos às pessoas em situação de pobreza, incide sobre múltiplas dimensões da vida social, entre elas o acesso e a qualidade da atenção em saúde. Esse tipo de discriminação se expressa em um espectro que vai de gestos e falas aparentemente sutis a condutas abertamente hostis, capazes de ferir a dignidade e agravar o sofrimento desses indivíduos. No campo da saúde pública, tais manifestações contribuem para um atendimento desigual, reforçando barreiras já existentes para esses grupos e aprofundando iniquidades no interior dos sistemas de saúde. (Bombonatti *et al*, 2022)

O conceito foi difundido pela filósofa espanhola Adela Cortina, que o elaborou para evidenciar o rechaço dirigido a essa população, especialmente no contexto europeu e nos debates sobre imigração. No Brasil, a aporofobia articula-se de maneira profunda com o racismo estrutural, uma vez que a formação histórica, econômica e política do país produziu um padrão de pobreza racialmente marcado, no qual pessoas negras e indígenas estão desproporcionalmente representadas entre os segmentos socialmente mais vulnerabilizados. (Bombonatti *et al*, 2022)

Dessa maneira, interfere negativamente no ingresso e na qualidade da atenção ofertada nos serviços de saúde, gerando desigualdades no cuidado. Nesse cenário, os profissionais da Estratégia Saúde da Família assumem posição central na garantia de uma atenção à saúde universal, integral e pautada na equidade. (Bombonatti *et al*, 2022)

METODOLOGIA

Este trabalho é uma revisão de literatura, que visou identificar a aporofobia e a sua relação com a vulnerabilidade dificuldade de acesso a serviços de saúde aos moradores de área livre. Uma busca abrangente da literatura foi realizada nas bases de dados Scielo, pubmed, repositórios institucionais, sendo incluídos artigos nos idiomas inglês, espanhol e português. Os operadores booleanos “AND” e “OR” foram usados para maximizar a eficácia da pesquisa, a qual não teve limitação de ano de publicação.

Os critérios de exclusão aplicados foram: artigos duplicados, publicações em idioma distinto de inglês, português ou espanhol, revisões de literatura, revisões sistemáticas de literatura

e estudos que não estavam relacionados com aporofobia, vulnerabilidade ou acesso a serviços de saúde de moradores de área livre.

RESULTADOS

Dos 101 artigos encontrados apenas 24 atenderam aos critérios de inclusão. A análise dos estudos selecionados revelou a prevalência de múltiplas barreiras vivenciadas por pessoas em situação de rua, sendo as limitações no acesso aos serviços de saúde um dos achados mais recorrentes entre diversos autores.

Zandomongo (2020) demonstrou que profissionais de enfermagem tendem a representar essa população por meio de estereótipos associados à pobreza, abandono e vulnerabilidade, influenciando negativamente atitudes e práticas de cuidado. Em consonância, Bombonatti *et al.* (2022) identificaram o estigma e o preconceito como barreiras centrais ao acesso, ao mesmo tempo em que destacaram a redução de danos e o Consultório na Rua como estratégias humanizadas e principais portas de entrada ao sistema, ainda que com articulação fragilizada com a rede assistencial. No plano estrutural, Braz (2024) reforça essa problemática ao evidenciar que, apesar da existência da Atenção Primária à Saúde e de dispositivos territoriais, a produção de cuidado integral permanece comprometida por exigências burocráticas, falta de profissionais, fragmentação da rede e organização incompatível com as condições de vida na rua, o que resulta em uso predominante de serviços de urgência e emergência. Complementarmente, Campbell (2015) demonstrou que, mesmo sob um sistema universal de saúde, essa população apresenta necessidades amplas e multifacetadas de atenção primária, enquanto Schaad *et al.* (2025) evidenciaram elevada carga de morbidades físicas e mentais, baixa qualidade de vida e múltiplas restrições financeiras, administrativas e sociais, indicando que a universalidade formal do sistema não se converte automaticamente em equidade efetiva no cuidado.

Klop *et al.* (2018) evidenciaram que o cuidado paliativo à população em situação de rua é altamente complexo, marcado por múltiplas comorbidades, instabilidade de moradia, uso de substâncias e vulnerabilidades sociais, exigindo abordagens flexíveis, acessíveis e suporte especializado, além das relações de confiança, que se mostraram essenciais na aderência do tratamento. Na mesma linha interpretativa, Dawes (2017) demonstrou que, mesmo quando há encaminhamento para serviços como fisioterapia, a adesão é frequentemente comprometida por dificuldades de compreensão do cuidado, prioridades de sobrevivência e rigidez logística dos

sistemas de saúde, revelando um descompasso entre organização institucional e realidade cotidiana. Reforçando essa perspectiva, Jago *et al.* (2016) mostraram que médicos de atenção primária reconhecem essas mesmas limitações estruturais — incluindo falta de informações clínicas, baixa adesão e desafios sociais — e apontam que a melhoria do acesso e da continuidade do cuidado depende da integração médico-psicossocial e da adaptação organizacional do sistema às necessidades específicas dessa população.

Milligan *et al.* (2002) e McGeough *et al.* (2020) convergem ao evidenciar que a adesão ao cuidado pré-natal e perinatal por mulheres vulneráveis é profundamente limitada por barreiras comportamentais, sociais e sistêmicas — incluindo estilos de vida relacionados ao uso de substâncias, atitudes profissionais pouco acolhedoras, fragmentação dos serviços e complexidade da sobrevivência — que atuam de forma integrada para reduzir o engajamento com os serviços de saúde nessa população; de maneira convergente, Gaber (2024) demonstra que, mesmo em serviços especializados, a normalização da violência, a hesitação profissional e a ausência de protocolos estruturados contribuem para a subidentificação de abuso, sugerindo que tais barreiras decorrem menos da inexistência de serviços e mais de limitações estruturais e organizacionais do cuidado.

Os achados de Brito (2022) e Loignon *et al.* (2015) indicam que a estigmatização da pobreza constitui um determinante estruturante do acesso à saúde, a universalidade do sistema de saúde não elimina barreiras estruturais ao acesso, marcadas por precariedade material, estigmatização e rigidez organizacional. Em alinhamento, Rabbani *et al.* (2025) demonstraram que, apesar da elevada prevalência de agravos, o uso dos serviços permanece condicionado por restrições financeiras, desconhecimento do sistema e discriminação, sendo mais frequente entre indivíduos com maior apoio social, escolaridade e menor tempo de vivência nas ruas.

Cernadas (2021) demonstraram que pessoas em situação de rua tendem a recorrer aos serviços de saúde apenas em situações graves, devido a barreiras administrativas, antecipação de discriminação e práticas profissionais minimizantes. Assim como, O'Carroll e Wainwright (2019) identificaram um padrão de utilização tardia e fragmentada, marcado por baixa adesão à atenção primária e maior dependência de emergências, resultante da interação entre barreiras externas (físicas, administrativas e estigmatizantes) e barreiras internalizadas, como medo, vergonha e priorização da sobrevivência, influenciadas por experiências prévias à vivência nas ruas, como marginalização e vulnerabilidades educacionais, quanto por experiências posteriores, como violência e estigma. Sugerindo que o fenômeno não se restringe à incapacidade de acessar

o sistema, mas decorre de determinantes sociais, trajetórias biográficas e crenças internalizadas que influenciam em seu comportamento.

Os achados de Gontijo *et al.* (2024) e Leticia *et al.* (2025) indicam que a exclusão da população em situação de rua na Atenção Primária à Saúde não se restringe à ausência formal de serviços, mas está enraizada em práticas institucionais marcadas por burocratização, invisibilização e preconceito, ao passo que redes comunitárias e dispositivos territoriais emergem como estratégias mitigadoras, ainda insuficientes para garantir cuidado integral. Complementarmente, Barbosa *et al.* (2026) aprofundam essa análise ao evidenciar a presença de aporofobia entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família, manifestada por atitudes estigmatizantes associadas à pobreza e influenciada por fatores sociodemográficos, comprometendo tanto o acesso quanto a qualidade do cuidado, o que revela que a exclusão não é apenas estrutural, mas também simbólica e relacional, exigindo transformação organizacional, formação crítica e articulação intersetorial para que o direito à saúde se materialize de forma equitativa.

Irestig *et al.* (2010) evidenciaram que, embora muitas pessoas em situação de rua relatem confiança relativamente alta e experiências razoavelmente positivas no sistema de saúde, persistem desigualdades perceptivas, especialmente entre mulheres, e relatos de atendimento negligente ou desrespeitoso, indicando fragilidades na equidade do cuidado. Em complemento, Wen *et al.* (2007) demonstraram que a percepção de acolhimento ou rejeição nas interações com profissionais, expressa em relações humanizadoras ou desumanizadoras, exerce impacto emocional significativo e influencia diretamente a disposição de buscar atendimento, evidenciando que a qualidade relacional do cuidado constitui um determinante central do acesso nessa população.

Gyorffy *et al.* (2022) demonstraram que pessoas em situação de rua em abrigos de médio e longo prazo exibem níveis de abertura à teleconsultas médicas comparáveis aos de uma população não sem-teto, que essa abertura é maior entre aqueles satisfeitos com serviços de saúde, e que experiências de barreiras no acesso tradicional influenciam a preferência por consultas presenciais, indicando que soluções digitais podem complementar o cuidado desde que a confiança e a experiência do usuário sejam priorizadas na implementação.

Aparecida (2026) evidenciou que pessoas em situação de rua vivenciam trajetórias de exclusão cumulativas marcadas por ruptura de vínculos sociais, invisibilidade, estigmatização, violência física e estrutural e barreiras sistemáticas ao acesso a direitos fundamentais, ao mesmo

tempo em que expressam desejo de reinserção social e necessidade de políticas públicas que restituam dignidade e garantam a efetivação de seus direitos.

DISCUSSÃO

A análise dos estudos evidencia que as barreiras enfrentadas pela população em situação de rua no acesso à saúde não se configuram como falhas isoladas ou circunstanciais, mas como expressão de um padrão estrutural de exclusão. A recorrência de limitações no acesso, fragmentação do cuidado e estigmatização indica que a problemática ultrapassa a mera disponibilidade formal de serviços, situando-se na interface entre organização institucional, práticas profissionais e determinantes sociais.

Um primeiro aspecto central refere-se à dimensão simbólica e relacional do cuidado. Representações estigmatizantes associadas à pobreza e à vida na rua influenciam atitudes profissionais e moldam interações no cotidiano da atenção primária. A presença de preconceito explícito ou implícito compromete tanto o acolhimento quanto a qualidade da assistência, produzindo invisibilização e reforçando barreiras subjetivas ao acesso. Nesse contexto, a exclusão não ocorre apenas por restrições materiais, mas também por mecanismos simbólicos que afetam o reconhecimento da legitimidade dessas pessoas como sujeitos de direito (Zandomongo, 2020; Bombonatti *et al*, 2022; Barbosa *et al*, 2026).

Em paralelo, evidencia-se uma inadequação organizacional dos serviços frente às condições concretas da vida nas ruas. Exigências burocráticas, rigidez administrativa, modelo assistencial centrado na doença e fragmentação da rede dificultam a produção de cuidado longitudinal e integral. A exigência de documentação, a organização baseada em agendas rígidas e fluxos pouco flexíveis mostram-se incompatíveis com a instabilidade de moradia e as prioridades de sobrevivência dessa população. Como consequência, observa-se um padrão de uso tardio e predominantemente emergencial dos serviços de saúde, em detrimento da atenção primária preventiva e continuada. (Braz, 2024; Gontijo *et al*, 2024, Leticia *et al*, 2025)

Outro eixo relevante refere-se à complexidade das necessidades clínicas e sociais dessa população. A elevada carga de morbidades físicas e mentais, frequentemente associada ao uso de substâncias, violência e precarização material, exige modelos de cuidado flexíveis, integrados e centrados na pessoa. Entretanto, a adesão aos tratamentos é frequentemente prejudicada por barreiras cognitivas, logísticas e sociais, como baixa compreensão dos serviços, ausência de apoio

social e instabilidade territorial. Isso indica que ampliar a oferta de serviços, por si só, não garante engajamento, sendo necessário adaptar estratégias às condições reais de vida. (Klop e colaboradores, 2018; Dawes, 2017)

Adicionalmente, os achados apontam que fatores como apoio familiar, escolaridade e menor tempo de vivência nas ruas influenciam positivamente a utilização dos serviços, sugerindo que o acesso é mediado por trajetórias biográficas e capital social. Assim, o comportamento de busca por cuidado deve ser compreendido como resultado da interação entre vulnerabilidades estruturais e experiências acumuladas de marginalização. (Rabbani *et al*, 2025)

Contudo, a universalidade formal do sistema de saúde não se traduz automaticamente em equidade. Superar esse cenário requer intervenções multissetoriais, revisão de protocolos administrativos, formação crítica dos profissionais e fortalecimento de estratégias territorializadas, orientadas por um modelo de cuidado que reconheça as especificidades e a complexidade dessa população. Dessa forma, a problemática deve ser compreendida como um desafio estrutural que demanda transformação organizacional e ética, de modo que o direito à saúde deixe de ser apenas formalmente garantido e se concretize em práticas efetivamente inclusivas e proporcionais às necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aporofobia fragiliza a equidade no cuidado ofertado na Atenção Primária à Saúde, pois interfere diretamente na maneira como os profissionais percebem e se relacionam com usuários em condição de vulnerabilidade social. A dificuldade de parte desses trabalhadores em reconhecer e abordar a pobreza como determinante do processo saúde-doença, somada às experiências de discriminação relatadas pelos usuários, configura um obstáculo concreto à efetivação da equidade em saúde. Tal dificuldade se associa tanto a preconceitos e estigmas dirigidos à população pobre quanto à ausência, nos percursos formativos, de discussões sistemáticas sobre desigualdades sociais, vulnerabilidades e seus impactos na saúde.

Diante desse cenário, torna-se fundamental que a formação em saúde incorpore debates sobre discriminação, opressões sociais e determinação social da saúde, favorecendo a conscientização crítica acerca dos efeitos da aporofobia no cuidado. O fortalecimento do acolhimento na APS e de processos de educação permanente orientados pela humanização desponta como estratégia relevante para promover práticas mais equitativas. Contudo, o

enfrentamento desse estigma não pode ser atribuído exclusivamente ao setor saúde, exigindo a articulação intersetorial com educação, assistência social, habitação e outras políticas públicas, a fim de reduzir desigualdades que sustentam a exclusão social no acesso aos serviços de saúde e na sociedade brasileira em geral.

REFERÊNCIAS

- Aparecida, F., Tonoli, J., Paulo, J., & Garcia, F. (n.d.). *MORAR NA RUA: A VIOLÊNCIA E O PRECONCEITO VIVENCIADOS POR MORADORES DE RUA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES LIVING ON THE STREET: VIOLENCE AND PREJUDICE EXPERIENCED BY STREET RESIDENTS IN CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES*. Edu.Br. Retrieved March 1, 2026, from <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2021/03/revista-dimensao-academica-v05-n02-artigo05.pdf>
- Barbosa, B. B., Veras, J. F. D. S., Adriano, L. S., Canuto, R., & Carioca, A. A. F. (2026). *Aporophobia in primary health care: perceptions of healthcare providers about prejudice against the poor*. *Cadernos de saude publica*, 41(12), e00149023. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT149023>
- Braz Piuzana, F., & Aparecida de Miranda Ramos, A. (2024). *Universalização do acesso: um desafio para a população em situação de rua aos serviços da Atenção Primária à Saúde*. *REVISTA DO CROMG*, 22(Supl.3). <https://doi.org/10.61217/rcromg.v22.322>
- Brito, C., & Silva, L. N. Da. (2022). *População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde*. *Ciencia & saude coletiva*, 27(1), 151–160. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>
- Bombonatti, G. R., Saidel, M. G. B., Rocha, F. M., & Santos, D. De S. (2022). *Street clinics and the healthcare of vulnerable homeless communities in Brazil: A qualitative study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2573. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052573>
- Campbell, D. J. T., O'Neill, B. G., Gibson, K., & Thurston, W. E. (2015). *Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations*. *BMC Family Practice*, 16(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0361-3>
- Cernadas, A., & Fernández, Á. (2021). *Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain)*. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01409-2>
- Dawes, J., Deaton, S., & Greenwood, N. (2017). *Homeless people's access to primary care physiotherapy services: an exploratory, mixed-method investigation using a follow-up qualitative extension to core quantitative research*. *BMJ Open*, 7(6), e012957. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012957>
- Gaber, S. N., Rydeman, I.-B., Mattsson, E., & Kneck, Å. (2024). *Asking about violence and abuse*

- among patients experiencing homelessness: a focus group study with healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 24(1), 531. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10914-3>
- Gontijo, L. A., Silva, B. M. Da, & Viegas, S. M. Da F. (2024). *Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde*. *Interface*, 28. <https://doi.org/10.1590/interface.230554>
- Györfy, Z., Békási, S., Döbrösy, B., Bognár, V. K., Radó, N., Morva, E., Zsigri, S., Tari, P., & Girasek, E. (2022). *Exploratory attitude survey of homeless persons regarding telecare services in shelters providing mid- and long-term accommodation: The importance of trust*. *Plos One*, 17(1), e0261145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261145>
- Hudson, B. F., Flemming, K., Shulman, C., & Candy, B. (2016). *Challenges to access and provision of palliative care for people who are homeless: a systematic review of qualitative research*. *BMC Palliative Care*, 15(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0168-6>
- Irestig, R., Burström, K., Wessel, M., & Lynöe, N. (2010). *How are homeless people treated in the healthcare system and other societal institutions? Study of their experiences and trust*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3), 225–231. <https://doi.org/10.1177/1403494809357102>
- Jego, M., Grassineau, D., Balique, H., Loundou, A., Sambuc, R., Daguzan, A., Gentile, G., & Gentile, S. (2016). *Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study*. *BMJ Open*, 6(11), e013610. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013610>
- Klop, H. T., van Dongen, S. I., Francke, A. L., de Veer, A. J. E., Rietjens, J. A. C., Gootjes, J. R. G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2018). *The views of homeless people and health care professionals on palliative care and the desirability of setting up a consultation service: A focus group study*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 327–336. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.026>
- Letícia, P., Seixas, C. T., Mattos, R. D., Rafael, R., Ferreira Koopmans, F., Estefânia, N., Gaze, T., Braga, T., Santo, E., População, A., & Situação, E. (n.d.). *Rede Viva: barreiras e acessos de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde*. *Uerj.Br*. Retrieved March 1, 2026, from <https://www.epublicacoes.uerj.br/sustinere/article/download/74050/48521/293793>
- Loignon, C., Hudon, C., Goulet, É., Boyer, S., De Laat, M., Fournier, N., Grabovschi, C., & Bush, P. (2015). *Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the equihealthy project*. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0135-5>
- Mcgeough, C., Walsh, A., & Clyne, B. (2020). *Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: A qualitative evidence synthesis*. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1380–1393. <https://doi.org/10.1111/hsc.12972>

- Milligan, R., Wingrove, B. K., Richards, L., Rodan, M., Monroe-Lord, L., Jackson, V., Hatcher, B., Harris, C., Henderson, C., & Johnson, A. A. (2002). *Perceptions about prenatal care: views of urban vulnerable groups*. *BMC Public Health*, 2(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-2-25>
- O'Carroll, A., & Wainwright, D. (2019). *Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization*. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1002-6>
- Rabbani, M. G., Akter, O., Prova, H. A., Huda, M. S., Tawseef, T., Hasan, M. Z., Joarder, T., Mahmood, S. S., & Alamgir, H. M. (2025). *Barriers to access and factors associated with health care utilization among the adult homeless population in Dhaka, Bangladesh: a mixed method cross-sectional study*. *BMC Public Health*, 26(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24471-9>
- Schaad, L., Hangartner, E., Berna, C., Nikles, J., Hyvert, L., Anonga Varela, T., Campbell, D., Hugli, O., Collins, S. E., Leblanc, C., Loignon, C., Bodenmann, P., & Grazioli, V. S. (2025). *Healthcare needs, expectations and experiences of people experiencing homelessness in Western Switzerland: a qualitative and quantitative descriptive study*. *Swiss Medical Weekly*, 155, 3659. <https://doi.org/10.57187/s.3659>
- Wen, C. K., Hudak, P. L., & Hwang, S. W. (2007). *Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters*. *Journal of General Internal Medicine*, 22(7), 1011–1017. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0183-7>
- Zandomingo, M. N. P., Oliveira, J. F. De, Silva, D. De O., Porcino, C., Suto, C. S. S., & Oliveira, D. S. (2020). *Poverty, hunger, and abandonment: representations of the nursing team about homeless persons*. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 Suppl 1(suppl 1), e20190338. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0338>