



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
CÂMPUS DE MIRACEMA DO TOCANTINS**

**MAISA CARVALHO MOREIRA**

**SAÚDE *IN LOCO*: IMPLEMENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO OPERACIONAL DO  
CONSULTÓRIO NA RUA DO MUNICÍPIO DE PALMAS – TOCANTINS**

**MIRACEMA DO TOCANTINS, TO**

**2023**

**Maisa Carvalho Moreira**

**Saúde *in loco*: implementação e organização operacional do Consultório na Rua do município de Palmas - Tocantins**

Dissertação apresentada ao do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins (UFT) — Campus Universitário de Miracema, como requisito a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Antunes da Silva.

Miracema do Tocantins, TO

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

M838s Moreira, Máisa Carvalho.

Saúde in loco: implementação e organização operacional do Consultório na Rua do Município de Palmas - Tocantins. / Máisa Carvalho Moreira. – Miracema, TO, 2023.

81 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2023.

Orientadora : Maria José Antunes da Silva

1. Consultório na Rua. 2. População em situação de rua. 3. Saúde. 4. Palmas-TO. I. Título

**CDD 360**

---

**TODOS OS DIREITOS RESERVADOS** – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

MAÍSA CARVALHO MOREIRA

SAÚDE *IN LOCO*: IMPLEMENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO OPERACIONAL DO  
CONSULTÓRIO NA RUA DO MUNICÍPIO DE PALMAS - TOCANTINS

Dissertação apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Serviço Social e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Data da aprovação: 31 de agosto de 2023

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Maria José Antunes da Silva – Orientadora – UFT.

---

Profa. Dra. Josenice Ferreira dos Santos Araújo – Examinadora – UFT.

---

Profa. Dra. Monique Soares Vieira – Examinadora – UNIPAMPA.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, por ter me proporcionado saúde, força e persistência durante esta caminhada.

Agradeço aos meus pais, Solemar Alves Moreira e Maurina Sanches de Carvalho, por estarem presente em todos os momentos da minha vida, pelo amor que transparecem em suas ligações diárias, por acreditarem e apostarem no meu potencial. Tudo que tenho de melhor vem de vocês!

Aos meus irmãos Wesley e Weslainy, pela confiança a mim atribuída, sinto-me honrada por ser motivo de orgulho para vocês, as palavras de apoio e carinho me sustentam em momentos difíceis.

As minhas queridas amigas Fernanda Oliveira, Dayele Ribeiro, Patrícia Santos, Ana Paula Sanches, Renata Miranda, Izabel Japiassu e Andreia Andrade, por serem esses seres humanos lindos e iluminados que alegam meus dias, obrigada pelos conselhos, escuta e partilha de tantos momentos agradáveis. Louvo a Deus pela vida de vocês.

À querida Ana Carolina e Rafaela Cabral, pelo imensurável apoio e valiosas contribuições para a conclusão deste trabalho. Saiba que tenho muito carinho por vocês, foi um privilégio enorme poder compartilhar experiências tão ricas que sem dúvida contribuirá muito para minha vida profissional.

Família, amigos, colegas são essenciais na vida de qualquer pessoa, mas um companheiro faz toda diferença. Deus me presenteou você, meu amigo, colega e companheiro de todas as horas, meu noivo, Wesley Moreira Barros, não tenho como agradecer o que tem feito por mim todo esse tempo, você foi quem acompanhou mais de perto todo esse processo de formação, peço perdão pelos dias ausentes, pelas produções noturnas que atrapalharam suas noites de sono, pelos meus estresses e desespero.

Você sempre esteve do meu lado, às vezes me consolando, outras dando puxões de orelhas, mas sempre me apoiando. Obrigada pela paciência, compreensão, tolerância, carinho, pelo cuidado e compromisso que assumiu comigo, garanto que sem você essa trajetória teria sido muito mais árdua, saiba que essa conquista é nossa. Te amo!

A toda equipe do Consultório na Rua por tanta parceria e trocas. Como forma de homenagem, deixo registrado os nomes das pessoas que compunham a equipe nesses quase 3 três anos que fiz parte desse time. Silvaci, você não faz ideia do quanto sou grata pelo suporte que me deu nesse processo de formação, que Deus lhe retribua imensamente. Ary, o seu abraço de urso tinha o poder recarregar minha energia nos dias difíceis. Juliana, seu acolhimento e

sabedoria para lidar com as adversidades é admirável.

Essa passagem trouxe um amadurecimento profissional que não alcançaria em outro espaço, saibam que carregarei todos vocês no coração e verbalizarei aos quatro cantos que o Consultório na Rua de Palmas fez parte da minha trajetória profissional e pessoal.

Agradecimento especial aos usuários que me proporcionaram despir do eu para conhecer suas histórias e refletir sobre uma prática profissional mais humana e livre de julgamentos morais. Estendo os agradecimentos à minha orientadora, a professora Dra. Maria José Antunes pela orientação, disponibilidade, incentivo e paciência durante essa trajetória de aprendizado.

A rua, concreta, discreta  
Nos mostra a frieza da sociedade  
E a tristeza de um povo esquecido.  
A rua, cinza, prateada, concreta, discreta,  
Esconde o brilho da lua  
Através da escuridão solitária  
Nos mostra o pouco caso dos governantes  
E a tristeza de um povo esquecido.  
A rua, vazia, fria, Cinza, prateada, concreta, discreta,  
Sufoca os sentimentos,  
Entristece a felicidade do sorriso,  
Apaga o brilho do olhar,  
Nos mostra as drogas da vida  
E a tristeza de um povo esquecido.  
A rua, violenta, imponente, vazia, fria, Cinza, prateada, concreta, discreta,  
Acaba com a alma infantil,  
A brincadeira com a bola  
E a roupa colorida  
Que caracterizam as crianças.  
Assim, mais uma vez, a rua nos mostra  
A frieza da sociedade,  
O pouco caso dos governantes,  
As drogas da vida  
E a tristeza de um povo esquecido.

**Mariana Zayat Chammas**

## RESUMO

A presente pesquisa, intitulada “SAÚDE IN LOCO: implementação e organização operacional do Consultório na Rua do município de Palmas Tocantins” objetiva analisar o processo de implementação e desenvolvimento do Consultório na Rua em Palmas-TO no período de 2016 a 2022. Para tanto, buscou conhecer o contexto histórico, econômico, político e social do fenômeno população em situação de rua; identificar a constituição e desenvolvimento do serviço, bem como compreender a dinâmica operacional para a viabilização do direito à saúde à esse público numa perspectiva intersetorial e interdisciplinar. A pesquisa tem como objeto de estudo, o Consultório na Rua, que é um dispositivo considerado porta de entrada da população em situação de rua ao sistema de saúde, com a função de ampliar o acesso da população em situação de rua aos equipamentos de saúde de maneira mais oportuna e integral. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental de cunho qualitativo. A coleta de dados se deu através dos bancos de dados públicos e oficiais do município, como matérias publicadas em sites, jornais falados e impressos, revistas, fotografias, bem como relatórios quantitativos oficiais do Consultório na Rua disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, após aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP).

**Palavras-chave:** Pessoa em situação de rua. Consultório na Rua. Palmas. Saúde Pública. Redução de danos.

## **ABSTRACT**

This research, entitled "HEALTH IN THE STREET: implementation and operational organization of the Street Clinic in the municipality of Palmas, Tocantins", aims to analyze the process of implementation and development of the Street Clinic in Palmas, Tocantins, from 2016 to 2022. To this end, it sought to understand the historical, economic, political and social context of the phenomenon of the homeless population; to identify the constitution and development of the service, as well as to understand the operational dynamics for making the right to health viable for this public from an intersectoral and interdisciplinary perspective. The study object is the Street Clinic, which is a device considered to be the gateway to the health system for the homeless population, with the function of increasing the homeless population's access to health facilities in a more timely and comprehensive manner. This is a qualitative bibliographical and documentary study. Data was collected through the municipality's public and official databases, such as articles published on websites, spoken and printed newspapers, magazines, photographs, as well as official quantitative reports from the Street Clinic made available by the Municipal Health Department, after approval by the Research Project Evaluation Committee (CAPP).

**Keywords:** Homeless people. Street Clinic; Palmas. Public Health. Harm Reduction.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Número de pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro único .....	28
Figura 2: Fatores que levam as pessoas a viverem em situação de rua .....	30
Figura 3: Última visita do segundo mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva aos Catadores de materiais recicláveis de São Paulo (2010) .....	37
Figura 4: Matéria sobre a última visita de Lula acompanhado de Dilma Rousseff aos eventos dos catadores de materiais recicláveis .....	38
Figura 5: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	39
Figura 6: Distribuição da população em situação de rua por localidade .....	52
Figura 7: Organograma.....	54
Figura 8: Atendimento odontológico.....	56
Figura 9: População em situação de rua por sexo .....	58
Figura 10: Faixa etária da população em situação de rua atendida pelo CNR .....	59
Figura 11: Caracterização da população em situação de rua de Palmas por raça/cor .....	60
Figura 12: Tempo aproximado em situação de rua .....	61
Figura 13: Atendimento realizado em praça pública.....	63
Figura 14: Entrega de produtos de higiene e preservativos a PSR.....	64
Figura 15: Identidade visual do Consultório na Rua .....	65
Figura 16: Equipe em atendimento de enfermagem e serviço social .....	67
Figura 17: Vacinação antirrábica e testagem para leishmaniose de cães e gatos da população em situação de rua de Palmas .....	68

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Escolaridade da população em situação de rua .....	61
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS DE SIGLAS**

AIRD	Associação Internacional de Redução de Danos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNR	Consultório na Rua
ENPSR	Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MNPR	Movimento Nacional População de Rua
RD	Redução de Danos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
PSR	População em Situação de Rua
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UFT	Universidade Federal do Tocantins

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>O FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Interface entre o processo de urbanização e a população em situação de rua.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Perfil sociodemográfico da população em situação de rua .....</b>	<b>25</b>
<b>3.3</b>	<b>O olhar da Redução de Danos .....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>CONSULTÓRIO NA RUA COMO UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO AOS INVISÍVEIS .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>Marcos da rede de atenção à população em situação de rua .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Intersetorialidade na política de saúde: viabilização de acesso à população em situação de rua .....</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>SAÚDE <i>IN LOCO</i>: IMPLEMENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO OPERACIONAL DO CONSULTÓRIO NA RUA EM PALMAS .....</b>	<b>49</b>
<b>5.1</b>	<b>Implementação do Consultório na Rua em Palmas.....</b>	<b>49</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Diagnóstico situacional da população em situação de rua da capital .....</b>	<b>49</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Perfilamento sociodemográfico da população em situação de rua atendida pela equipe do Consultório na Rua .....</b>	<b>57</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Dinâmica operacional do Consultório na Rua no município de Palmas .....</b>	<b>62</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
	<b>ANEXO A .....</b>	<b>83</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No decorrer da história do Brasil, a marginalização e o descaso com a população em situação de rua vêm evidenciando o caráter perverso e destrutivo do sistema capitalista, o qual supervaloriza o capital em detrimento dos direitos básicos dos indivíduos (SILVA, 2011). Há menos de três décadas, os ditos loucos, insensatos, drogados, prostitutas, “mendigos” e outros grupos marginalizados eram depositados em manicômios, mesmo sem diagnóstico psiquiátrico, configurando em ações de caráter literalmente higienista.

Esta perspectiva de higiene social começou a mudar nos anos 1990 com o processo de desinstitucionalização, somados aos movimentos antimanicomiais impulsionados pela Constituição Federal de 1988 que tinha como objetivo central a desinstitucionalização manicomial, garantindo o direito ao convívio social e a reestruturação da assistência prestada às pessoas que eram direcionadas a esses espaços, que embora fosse para pessoas com transtornos mentais, servia de depósito dos “desajustados” da sociedade.

Nesse contexto de elaboração de políticas para atender as demandas de saúde mental, o Consultório na Rua se apresentou como um ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial, resultado sócio-histórico dos movimentos de saúde mental. Foi instituído em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica<sup>1</sup> (PNAB) para prestar atendimento especificamente em situação de rua visando ampliar o acesso dessa população aos demais serviços, ofertando cuidados em saúde, acolhimento e articulações intersetoriais de maneira mais oportuna e integral (BRASIL, 2011).

A pesquisa tem como objeto de estudo, o Consultório na Rua, que é um dispositivo de produção de saúde, que vai além da forma tradicional de consultório que atende com estrutura física fechada. Nesse sentido, a pesquisa tem como objetivo geral, analisar o processo de implementação e desenvolvimento do Consultório na Rua do município de Palmas-TO no período de 2016 a 2022. Para tanto, buscará conhecer o contexto histórico, econômico, político e social do fenômeno população em situação de rua; identificar a constituição e

---

<sup>1</sup> 2011 foi o ano em que o serviço passou a ser financiado e operacionalizado pela Política Nacional da Atenção Básica, entretanto, o projeto Consultório “de” Rua foi concebido, na Bahia, em 1997, pelo coordenador e fundador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia CETAD/UFBA, professor Antônio Nery Filho, após a produção dessa pesquisa etnográfica sobre os meninos e meninas de rua usuários de substâncias psicoativas legais e ilegais, na cidade de Salvador. Com o passar do tempo e as experiências exitosas, o projeto se tornou uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no Sistema único de Saúde - PEAD. Em 2010, também foi incorporado ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas - PIEC e em 2011 passou a vincular-se a atenção básica como Consultório “na” Rua (OLIVEIRA, 2009).

desenvolvimento do serviço, bem como compreender a dinâmica operacional para a viabilização do direito à saúde à esse público numa perspectiva intersetorial e interdisciplinar.

Por se tratar de um serviço relativamente novo no cenário do Sistema Único de Saúde, o acervo teórico a respeito da temática ainda é incipiente. O estado do Tocantins até o momento dispõe de apenas dois relatos de experiências a respeito do Consultório na Rua. Desta forma, esta pesquisa será inédita em nível de dissertação, tanto pela sua metodologia, quanto pelo nível de aprofundamento, o que é muito positivo para ampliar o índice de debate e futuros estudos sobre a temática.

A nível nacional, o número de pessoas que vivem em situação de rua vem aumentando de forma significativa. Em Palmas, conforme o Mapeamento da População em Situação de Rua<sup>2</sup> realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, a capital conta com aproximadamente 189 pessoas, e este quantitativo pode ser maior, se for levado em consideração a subnotificação e os critérios do mapeamento (SEMUS, 2022). O contexto pandêmico em decorrência do novo coronavírus agravou a situação acentuando a crise econômica e sanitária, potencializando a invisibilidade deste problema.

A motivação que levou a pesquisadora abordar sobre a temática, vem desde a inserção no programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Escola de Saúde Pública no ano de 2018, onde um dos cenários de prática profissional foi o Consultório na Rua. Ao finalizar o processo de formação, surgiu o convite para compor a equipe ocupando o cargo de assistente social, momento que visualizou-se a oportunidade de apresentar e aprofundar as reflexões acerca deste debate no meio acadêmico, com os profissionais da equipe, bem como contribuir para o conhecimento da comunidade em geral, o que foi possível mais tarde com o ingresso no mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

No decorrer do estudo, será utilizado o termo “pessoa em situação de rua” em detrimento de outras expressões, a exemplo “morador de rua” por ser considerado como o mais adequado por estudiosos, dado que “pessoas” remetem a humanidade, pluralidade e multiplicidade nas diferentes formas de existir, e “situação” como algo que é “transitório, em ininterrupta transformação, assim como ao se situar em um espaço particular, simbolizada pela rua” (Mattos, 2006). Não se trata apenas de uma terminologia, mas do direcionamento de distanciar de uma perspectiva simplista, reducionista e individualizante das pessoas das pessoas que usam as ruas como espaço de circulação e/ou permanência.

O termo rua foi considerado em seu sentido amplo, incluindo todos os possíveis locais

---

<sup>2</sup> Este mapeamento é atualizado conforme cadastramento de novos usuários.

que as pessoas em situação de rua utilizam para se abrigar. Portanto, a rua inclui, por exemplo, espaços públicos como parques e praças ou privados como prédios, depósitos abandonados, pontes, áreas verdes.

Considerando que a população em situação de rua é um fenômeno multifatorial, mas que são pessoas interligadas pelo quadro de vulnerabilidade social, vítimas de um processo socioeconômico explorador e da violência urbana, no atual contexto político, econômico e sanitário, sendo assim, acredita-se que é preciso uma compreensão a respeito das estratégias de assistência a esse público invisibilizado.

A capital do estado do Tocantins, mesmo sendo nova se comparada às demais do país, também enfrenta essa problemática que se acentua cada dia mais. Neste aspecto, cabe a este trabalho analisar documentalmente, como se dá o trabalho desenvolvido pelo Consultório na Rua numa perspectiva intersetorial e interdisciplinar no município de Palmas? Qual a dinâmica operacional para a viabilização do direito à saúde aos moradores de rua?

Partindo do pressuposto que não há neutralidade nas pesquisas sociais, a pesquisadora usará este estudo para evidenciar seu lugar de fala, enquanto profissional que compunha o serviço pesquisado, que por vezes fará análises com tom de protesto ou afirmação do caráter político da mesma, pautado na Luta Antimanicomial, no enfrentamento da marginalização das pessoas em situação de rua e na defesa das políticas públicas.

Nesse ínterim, o trabalho está dividido em três capítulos, o primeiro e o segundo apresentam uma revisão teórica por meio de estudiosos da temática na perspectiva de ampliar a compreensão do objeto de estudo, e o terceiro e último capítulo apresenta os dados da pesquisa, o qual expõe o processo de implementação do Consultório na Rua e sua organização operacional para o atendimento da população em situação de rua da capital, bem como o perfilamento sociodemográfico.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

A elaboração de qualquer pesquisa científica pressupõe um desafio, que é pensar o percurso e/ou a análise metodológica que o pesquisador irá adotar na construção da pesquisa. Quando se trata de uma pesquisa social, a qual é permeada por conflitos e contradições, o autor Deslandes *et al.* (1994) pontuam ser necessário a pertinência entre o projeto e o quadro teórico que sustenta, o que significa o que as concepções teóricas e metodológicas devem necessariamente andarem juntas para possibilitar a construção da realidade no estudo do pesquisador. Segundo Paulo Netto (2011),

Para Marx, o método não é um conjunto de regras formais que se “aplicam” a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme a sua vontade, para “enquadrar” o seu objeto de investigação (PAULO NETTO, 2011, p. 25).

Dessa forma, a elaboração de uma pesquisa vai muito além do apanhado de regras pré-estabelecidas para o processo investigativo, é necessário que ao estabelecer o interesse pela interpretação de um objeto, uma concepção teórica sobre a sociedade capaz de nortear a interpretação dos fenômenos seja concebida.

A apropriação de um método de pesquisa, possibilita ao pesquisador o alcance resultados concretos da realidade, essa escolha implica em uma aproximação com o objeto de estudo, pois cada método tem suas particularidades, e sua escolha é determinante no processo de investigação (MARCONI; LAKATOS, 2009). Dessa forma, o percurso metodológico escolhido foi embasado no método de Marx, com enfoque em três categorias: historicidade, totalidade e contradição.

Usando a definição de Marx e Engels (1999), a historicidade é a categoria indispensável na compreensão da essência humana, ela não se limita a um levantamento histórico de um fenômeno, exige do pesquisador o desenvolvimento do processo real do processo histórico, na medida em que conecta com seus diferentes estágios e circunstâncias que fundamenta a história real.

Já a categoria totalidade implica um todo estruturado, dialético, no qual um fato qualquer, classes de fatos, conjuntos de fatos pode vir a ser racionalmente compreendido. Por fim, a categoria contradição, que por sua vez, impossibilita a imutabilidade, ou seja, a realidade está em constante transformação. Paulo Netto (2011) considera como um dos pilares para a compreensão do processo de investigação dialética. Afirma ainda que a contradição “não é um mero passar de um estágio ao outro, mas é a força motriz que impulsiona o próprio

processo normal das coisas” (PAULO NETTO, 2011, p. 143). Para Triviños (1987),

O materialismo dialético é a base filosófica do marxismo e como tal realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Por um lado, o materialismo dialético tem uma longa tradição na filosofia materialista e, por outro, que é também antiga concepção na evolução das idéias, baseia-se numa interpretação dialética do mundo. Ambas as raízes do pensar humano se unem para constituir, no materialismo dialético, uma concepção científica da realidade, enriquecida com a prática social da humanidade. (TRIVIÑOS, 1987, p. 51).

As sucessivas aproximações na perspectiva de amadurecer e desdobrar o objeto de estudo é essencial, pois o método dialético não se reduz a respostas rápidas, ou imaginações, mas sim de um longo caminho teórico-científico, uma visão ampla que ultrapasse os fatos singulares e aparentes do fenômeno estudado. O pesquisador deve conectar os múltiplos fatores que condicionam a realidade dos sujeitos (PAULO NETTO, 2011). Tal processo foi o caminho para a análise da essência do objeto que, na situação presente, perpassa pelo fenômeno da pessoa em situação de rua, do Consultório na Rua como um serviço mediador de acesso à saúde e o funcionamento no município de Palmas-TO desde a sua implementação.

Tal método pressupõe uma perspectiva teórica e metodológica que torna possível compreender as grandes transformações da história e da sociedade. O método de Marx recorre a uma interpretação materialista do desenvolvimento histórico com uma visão dialética voltada para a transformação social.

## **2.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental de cunho qualitativo, muito utilizado nas ciências sociais, pois busca respostas a questões bem singulares ao contexto da realidade que não podem ser quantificadas, ela vai além de descrever somente objetos. A pesquisa documental, assim como as demais pesquisas, se propõe a produzir novos conhecimentos, novas formas de compreender os fenômenos.

Ela permitiu que a pesquisadora mergulhasse no campo de estudo e procure captar informações e dados presentes nos documentos. É um tipo de pesquisa que consiste num intenso e amplo exame de diversos materiais que ainda não sofreram nenhum trabalho de análise, ou que podem ser reexaminados, buscando-se outras interpretações ou informações complementares, chamados de documentos (GUINDANI, 2008).

A coleta de dados se deu através dos bancos de dados públicos e oficiais do município, como portal da transparência, Núcleo de Comunicação em Saúde; Matérias publicadas em sites,

jornais falados e impressos, revistas, fotografias, bem como relatórios quantitativos do Consultório na Rua, mesmo que não publicados, mas de domínio público com respaldo na Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011 que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas.

Foi apresentada a proposta da pesquisa e sua contribuição social, acadêmica e ao próprio serviço para a diretoria da Atenção Primária e Atenção à Saúde e em seguida, solicitado o acesso aos documentos que embasaram a implementação e atual configuração operacional da equipe no município.

Foi disponibilizado os seguintes documentos: Solicitação da Defensoria Pública do Estado do Tocantins sobre a recomendação de cadastramento de moradores de rua em 2016; mapeamento da POP rua do ano de 2016; Quantitativo anual da população em situação no período de 2016 a 2022; Plano de Ações Socioassistenciais aos Migrantes em Situação de Vulnerabilidade no Município de Palmas-TO, Manual de Normas e Rotinas da Equipe bem com o Procedimento Operacional Padrão da Equipe Consultório na Rua.

Para além dos documentos supracitados, utilizou-se de obras de autores clássicos e contemporâneos marxistas, dentre as diversas obras, priorizou-se as que abordam sobre a segregação e as desigualdades sociais, a política de saúde, dando ênfase na Rede de Atenção Psicossocial e a atenção Básica do Sistema Único de Saúde, bem como o fenômeno população em situação de rua, que subsidiarão a fundamentação teórica e análise dos dados do estudo.

O recorte temporal da pesquisa foi do ano de 2016, ano de implantação do CNR em Palmas a 2022. Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo, que possibilitou que a pesquisadora fosse além das suposições. Essa análise permitiu compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás do que é propriamente dito (Bardin, 2011). Este método é constituído de um conjunto de técnicas utilizadas que permite que o pesquisador interprete e reinterprete os dados, características, estruturas e/ou modelos que estão por trás das mensagens propriamente postas.

Assim, a pesquisa seguiu as seguintes etapas do método Análise de Conteúdo: Leitura geral do material coletado; Codificação para formulação de categorias de análise; recorte do material, em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos); Estabelecimento de categorias que se diferenciavam, tematicamente, nas unidades de registro (passagem de dados brutos para dados organizados); agrupamento das unidades de registro em categorias comuns e Agrupamento progressivo das categorias. O período para a análise foi de dois meses, contemplando abril e maio.

A coleta de dados foi realizada após submissão e parecer favorável da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP). Após emissão do Termo de Anuência de número 121 (ANEXO A). A pesquisadora tem como compromisso ético, a devolutiva do resultado da pesquisa, que ocorrerá após a defesa da dissertação. Esse feedback se dará através de uma roda de conversa em que serão socializados os resultados do processo investigativo, e em seguida será entregue uma cópia da pesquisa para fazer parte do acervo documental do serviço.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica e documental, houve dispensa da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Todos os dados que serão utilizados são de domínio público.

### **3 O FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Neste capítulo, será apresentado o fenômeno população em situação de rua, seu contexto histórico, social e econômico. Esse recorte é de fundamental importância para a compreensão das singularidades deste segmento populacional e a necessidade da intervenção estatal frente a este problema de saúde pública. Também será abordado sobre o perfil sociodemográfico nacional e os principais fatores apontados em estudos com a população em situação de rua que os levaram a este contexto.

#### **3.1 Interface entre o processo de urbanização e a população em situação de rua**

O fenômeno população em situação de rua é permeado pela pluralidade de determinações e particularidades, que para sua compreensão, faz-se necessário entender o contexto histórico, social e econômico desse grupo populacional. Seu surgimento remonta a época da civilização grega, sendo fundamental contextualizar a forma que essa população foi sendo constituída, reconhecida ou “esquecida” pela sociedade civil e pelo Estado.

Desde a Grécia Antiga, há relatos de existência de pessoas itinerantes que usavam as ruas como moradia, decorrentes de desapropriações de terras e do crescimento dos centros urbanos Stoffels (1977). Nota-se que esse movimento foi se expandindo com o passar do tempo e se acentuou no século XVI com o surgimento do sistema capitalista. Vale ressaltar que há discordâncias sobre o período da gênese do capitalismo, entretanto, a pesquisadora tomará esse marco como referência, tendo como base os estudiosos da temática, especialmente, Martinelli (2010), que sinaliza que o “ciclo de vida do capital, pode ser localizado, em termo de Europa Ocidental, em especial na Inglaterra, na segunda metade do século XVI” (MARTINELLI, 2010, p. 33).

Foi um período marcado pelo processo de separação entre os meios de produção e o produtor, onde os camponeses foram separados do seu meio de subsistência. Marx (2013) denomina esse processo como “acumulação primitiva” ou ainda de “acumulação originária”, que refere não só a expropriação de terras, mas também da retenção dos instrumentos de trabalho e meios de subsistência dos camponeses e artesãos, forçando-os a dispor do trabalho disponível à venda.

Isso significa que a acumulação primitiva vai além do processo histórico de separação entre produtor e meio de produção, “[...] ela aparece como ‘primitiva’ porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção que lhe corresponde.” (MARX, 2013, p. 962). Esse

processo representou a constituição da propriedade privada capitalista enquanto o feudalismo se dissipava, abrindo espaço para a era burguesa.

Esse processo levou a subordinação do campo à cidade, assim como a dependência dos assalariados das fábricas e foi responsável por uma violência descomunal que transformou antigos camponeses e artesãos em seres humanos desprovidos de sua dignidade, destituíram-os de qualquer propriedade e os deixaram apenas com suas forças de trabalho.

Maranhão (2010) ressalta que não há como negar os avanços científicos da globalização no campo da informática, biotecnologia, a microeletrônica, dentre outros exemplos da atual capacidade produtiva humana, entretanto, corrobora com a perspectiva que esse mesmo sistema em seu modo de produção e reprodução trouxe consigo a barbárie da miséria. Refere ainda que o estabelecimento das necessidades e potencialidades dos trabalhadores estava subordinado às demandas de lucro e exploração capitalista, em decorrência da alienação do produtor direto em relação aos meios e instrumentos de produção e da subsunção formal e real do trabalho ao capital. Estas novas configurações e organizações do trabalho expulsaram gradativa e continuamente a força de trabalho do mercado criando uma superpopulação relativa, que constitui um dos pilares do processo de acumulação capitalista.

Nesse processo de expropriação violenta, alienação fraudulenta dos domínios do estado, muitos camponeses e produtores rurais que foram expulsos de suas terras, acabaram não sendo inseridos nas indústrias, tanto pelo elevado número de pessoas nessa transição para os centros urbanos, quanto pela incapacidade do mercado industrial, como pela própria dificuldade de adaptação repentina a um novo modo de trabalho (SILVA, 2006).

Neste sentido, constata-se que o fenômeno população em situação de rua emerge nesse movimento de desterritorialização que favoreceu o agravamento do pauperismo generalizado causado pelo sistema capitalista na Europa compondo um cenário de vida urbana e se estendendo a várias partes do mundo, conforme Bursztyn (2003):

Viver no meio da rua não é um problema novo. Se não tão antigo quanto à própria existência das ruas, da vida urbana, remonta, pelo menos, ao renascimento das cidades, no início do capitalismo. A existência de miseráveis nas cidades pré-industriais – e mesmo após a Revolução Industrial – chamou a atenção de pensadores e romancistas. (BURSZTYN, 2003, p. 19).

Apesar de o fenômeno apresentar várias conotações ao longo da história, algumas características em comum transpassam a história de vida das pessoas que vivem/sobrevivem na rua, que independente de suas diferentes nomenclaturas ou categorizações, vivenciam as mais variadas expressões da questão social, fruto da exploração exacerbada do modo de produção

capitalista.

A rua em termos gerais, remete um espaço de encontros, convivência e de construção do coletivo, onde muitos movimentos de grande relevância social foram manifestados nas ruas, entretanto, para milhares de pessoas, a rua significa a perda da dignidade, esperança e invisibilidade. morar na rua sempre esteve relacionado ao espaço urbano, por esse motivo se evidenciou na conformação da sociedade capitalista de modo globalizado.

Importante salientar que os efeitos desta transição econômica impactou em maior proporção os países subdesenvolvidos, a exemplo do Brasil. A população em situação de rua começou a ser notada no país na primeira metade do século XX, momento em que a Revolução Industrial se expande e acarreta numa mudança urbana e repentina na vida dos trabalhadores do campo.

O avanço da urbanização no Brasil ocorreu de forma rápida e desordenada, resultando em diversos problemas, como o aumento da desigualdade social, o agravamento de questões ambientais no meio urbano, criminalidade, dentre outros fatores. Santos (1993) aponta que em 1940, aproximadamente 15% da população brasileira já haviam migrado para os centros urbanos, já em 1980, esse número correspondia a mais da metade da população brasileira na cidade, o que expressava um aumento exponencial num curto espaço de tempo. Paralelo a essa conjuntura, também crescia o número de cidades com mais de 100.000 habitantes, passando de 11 em 1940, para 142 em 1980.

Bazolli (2019) evidencia que à medida que a população cresce nos centros urbanos sem as mínimas condições de moradia, acontecem duas coisas, ou elas começam a modificar o território sem seguir o “padrão urbanístico ideal”, pois não dispõem de recurso para tal ou literalmente passam a viver em situações degradantes a exemplo das pessoas em situação de rua.

Essa população se estabelece à margem da cidade e mercadologicamente é quase ignorada, pois não faz parte dos interesses das elites econômicas, uma vez que não proporciona diretamente o lucro por elas esperado. As consequências dessas desigualdades provocaram uma série de problemas urbanísticos, sociais e ambientais. (BAZOLLI, 2019, p. 8).

Nesta perspectiva, a urbanização acelerada e desordenada acentuou o processo de desigualdade social e a pobreza urbana no Brasil, especialmente nas regiões periféricas das cidades, onde essa população passa a se conformar com uma importante expressão da questão social<sup>3</sup> que traz consigo diversas outras manifestações associadas, como a fome, o desemprego,

---

<sup>3</sup> Para Paulo Netto (2011), a “questão social” é produzida compulsoriamente pelo capitalismo em seus diferentes

falta de acesso à saúde, maior exposição a violências, por exemplo.

Iamamoto (1998, p. 27) conceitua a questão social como um “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.” Tais desigualdades permeiam questões econômicas, políticas e culturais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, os quais expunham amplos segmentos sociais a situação de marginalidade em relação aos bens materiais e espirituais civilizatórios. De acordo com Silva (2006),

Na contemporaneidade, no Brasil, além das práticas higienistas, dos banimentos e linchamentos, a população em situação de rua tem sido abandonada à própria sorte. Na essência, o estigma social é o mesmo da era pré-industrial, que se reproduziu ao longo da história das sociedades capitalistas. A violência contra esse grupo, manifesta-se por meio da repressão policial, da discriminação social e também pelo descaso e do desrespeito. (SILVA, 2006, p...).

A atenção do poder público para esse segmento populacional nunca foi priorizada, demandou um longo processo de mobilização social em torno de uma agenda política que só ganhou espaço e notoriedade com a Constituição Federal de 1988, momento em que o país inicia um lento processo de transição das ações de cunho assistencialista para a garantia direitos sociais como direitos fundamentais de todo cidadão através de políticas públicas.

Nesse processo de transição, as políticas voltadas à população em situação de rua se apresentaram com viés assistencialista de maneira focalizada e fragmentada, sem intenção de romper com a situação vigente. Seguindo esta análise, Montañó (2012) refere que:

O pensamento neoliberal concebe o pauperismo mais uma vez como um problema individual-pessoal e, portanto, “devolve” à filantropia (individual ou organizacional) a responsabilidade pela intervenção social [...]. A autoajuda, a solidariedade local, o benefício, a filantropia substitui o direito constitucional do cidadão de resposta estatal (MONTAÑO, 2012, p. 276).

Essa programática neoliberal reflete diretamente na dinâmica estabelecida culturalmente aos cuidados ofertados a este grupo populacional, dado que evidencia as ações de caridade e filantropia, que tem um importante papel na sociedade, entretanto o estado exime sua responsabilidade em garantir condições básicas de sobrevivência da população em situação de rua. De acordo com Paulo Netto (2012),

A política social dirigida aos agora qualificados como excluídos se perfila, reivindicando-se como inscrita no domínio dos direitos, enquanto específica do

---

estágios e que em cada estágio se produz diferentes manifestações da “questão social”.

tardo-capitalismo: não tem nem mesmo a formal pretensão de erradicar a pobreza, mas de enfrentar apenas a penúria mais extrema, a indigência — conforme seu próprio discurso pretende confrontar-se com a pobreza absoluta (vale dizer, a miséria extrema). (PAULO NETTO, 2012, p. 428).

Esse autor considera que não há no Estado a intenção de superar a condição de pobreza e as mazelas sociais com a implantação de políticas públicas, uma vez que as mesmas não foram pensadas na perspectiva de realizar mudanças estruturais no modo de produção vigente. Afirma ainda, que as políticas se limitam a programas emergenciais e assistencialistas, o que favorece consideravelmente a condição de vulnerabilidade social, bem como a naturalização da pobreza enquanto resultado de características individuais, “falta de esforço” ou merecimento, e é ainda mais justificado quando essa condição está associada ao uso de drogas, especialmente as ilícitas (SCOREL, 2009).

Antunes (2018) pontua que as modificações no mundo produtivo acentuaram a precarização e a informalidade das relações de trabalho, que conseqüentemente contribuiu negativamente para o aumento das desigualdades sociais relacionadas à ausência de trabalho/renda, tendo como reflexo o aumento exponencial da população em situação de rua no Brasil.

Como já sinalizado, a população em situação de rua foi produzida e marginalizada compulsoriamente pelo capitalismo, que em seus diferentes estágios foi se acentuando e revelando ao longo da história como um problema de política pública. Tal realidade foi sendo evidenciada pelo aumento da população nas ruas, pelo surgimento gradativo de vários movimentos da sociedade civil e pela ampliação da representatividade deste segmento social.

### **3.2 Perfil sociodemográfico da população em situação de rua**

Apesar de heterogênea, a população em situação de rua apresenta algumas características em comum, como “a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular” (BRASIL, 2009). Utilizam como moradias ou pontos de referência, as praças, canteiros, viadutos, prédios abandonados, orlas de praias, pontes dentre outros locais, logradouros e áreas degradadas, estes espaços podem ser utilizados de forma temporária ou permanente. O conceito contempla também as pessoas acolhidas em unidades de acolhimento (albergues, Centro POP, casa de passagem). Segundo Abreu (2017),

O termo “população em situação de rua”, utilizado em documentos oficiais do estado brasileiro, abrange um conjunto de significados que contempla um grupo bastante

heterogêneo, como os andarilhos, trecheiros, pardais, dentre outros sujeitos que fazem da rua seu principal espaço de convivência. (ABREU, 2017, p. 114).

O termo “situação de rua” não é utilizado ao acaso, pois amplia a percepção de estado (morador de rua) para a perspectiva de processo, de movimento, contexto transitório passível de superação. Prates e Machado (2011, p. 194) compreendem que “estar em situação de rua ou habitar a rua é diferente de ser de rua”. Vista como determinação, uma situação social pouco apresenta em termos de perspectivas de superação.” Apesar das características incomum, a relação com a rua é marcada por parâmetros temporais e identitários diferenciados que dependerá da cultura, socialização ou questões econômicas.

Nessas diferentes realidades, o ponto em comum apontado nas pesquisas é a condição de pobreza absoluta e a falta de pertencimento social, conforme Costa (2005).

São homens, mulheres, jovens, famílias inteiras, grupos, que têm em sua trajetória a referência de ter realizado alguma atividade laboral, que foi importante na constituição de suas identidades sociais. Com o tempo, algum infortúnio atingiu suas vidas, seja a perda do emprego, seja o rompimento de algum laço afetivo, fazendo com que aos poucos fossem perdendo a perspectiva de projeto de vida, passando a utilizar o espaço da rua como sobrevivência e moradia. (COSTA, 2005, p. 3).

Autores como Prates, Bulla, Mendes apontam de modo geral que as pessoas em situação de rua apresentam-se com “vestimentas sujas e sapatos surrados, denotando a pauperização da condição de moradia na rua no entanto, nos pertences que carregam, expressam sua individualidade e seu senso estético (PRATES *et al.*, 2004, p. 113). Quanto às motivações que levam as pessoas às ruas são multifatoriais. Situações como o rompimento de vínculos familiares, desemprego, perda de algum ente querido, alcoolismo, uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais estão entre as principais causas.

O número de pessoas vivendo nas ruas tem se intensificado nos últimos anos e as iniciativas adotadas até o momento para lidar com essa expressão da questão social não têm respondido ou atenuado o problema, ao contrário disso, o quantitativo de pessoas que vivem em situação de rua teve um aumento exponencial no Brasil, contudo, ainda são dados estimados, pois esse público é Excluído do Censo Demográfico.

Um dos fatores apontados pela Diretoria de Estudos e Políticas Sociais vinculada ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, é a dificuldade de perfilamento e estimativa deste grupo populacional, pois não há banco de dados oficiais sobre a população em situação de rua através de pesquisas censitárias, haja vista que os dados coletados são baseados na população que residem em domicílios.

O instituto sinaliza que esta ausência, entretanto, “[...] justificada pela complexidade

operacional de uma pesquisa de campo com pessoas sem endereço fixo, prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para este contingente e reproduz a invisibilidade social da população de rua no âmbito das políticas sociais.” (BRASIL, 2016, p. 7).

Oficialmente, o Brasil teve uma contagem da população que vive nas ruas, que ocorreu em 2009 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, após a aprovação do Decreto N° 7.053/2009 que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua<sup>4</sup> e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. A política recomenda a contagem oficial desse segmento, mas tanto o Censo de 2010 como o de 2022 excluíram esse público do censeamento.

Diante da complexidade de dar visibilidade estatística a esse público, considerando que demandaria metodologias de amostragem, logística e abordagem distinta da população domiciliada, a estratégia utilizada em vários municípios brasileiros é o mapeamento e registros de serviços que atendam diretamente essas pessoas, os quais subsidiam as estimativas realizadas pelas bases censitárias no país. As fontes que conseguem apresentar uma estatística mais fidedigna são o banco de dados do Cadastro Único (CadÚnico) e o censo anual do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas), que traz informações das secretarias municipais.

Com base nesses bancos de dados oficiais, em 2020 o IPEA apontou que cerca de 220 mil pessoas utilizavam as ruas como abrigo, já em 2022, o número saltou para 281.472, representando um aumento de 30% de aumento. Dentre os fatores causais desta problemática, estão os altos índices de desemprego, resultado da globalização capitalista e a crise econômica acentuada pela crise sanitária ocasionada pela Covid-19 (IPEA, 2022).

A estimativa de 2022 chama a atenção, pois em 2012, a população estimada era de 90.480. Em uma década, a população em situação de rua triplicou, tendo um crescimento de 211%. O portal de notícias da Globo apresentou um gráfico comparativo nesse período que evidencia esse fato (Fig. 1).

---

<sup>4</sup> Dentre os fatores que motivaram a instituição desta política, está o "Massacre da Sé", ocorrido em 2004 com uma série de ataques violentos às pessoas em situação de rua que dormiam na Praça da Sé que resultou em sete mortes e seis pessoas feridas.

Figura 1: Número de pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro único



Fonte: Portal de notícias da Globo - G1, com base na pesquisa do IPEA (2022).

Na comparação da população total na mesma década, o aumento foi de 11%, quase um terço do crescimento estimado da população em situação de rua no país. O agravamento da crise da situação econômica e social em decorrência do novo coronavírus potencializou esse problema invisibilizado no país.

Percebe-se que não só cresceu o número dos moradores de rua, mas também apresentou mudança no perfil dessa população. O que se justificava como dependência química, migração, conflitos familiares e ou transtornos mentais, hoje é majoritariamente de pessoas que perderam suas fontes de renda, conseqüentemente o lar e a manutenção da família, perda de entes queridos pela pandemia, o que leva ao adoecimento mental em larga escala, e o que é possível notar, são famílias inteiras vivendo literalmente nas ruas, em áreas verdes ou em barracos de lona sem o mínimo de proteção.

Esta mesma pesquisa do Ipea, também aponta o perfil sociodemográfico da população em situação de rua no Brasil, a qual é caracterizado majoritariamente por homens negros, com baixo grau de escolaridade, desempregados ou com atividades laborais informais. Dentre os fatores que levam as pessoas ao contexto das ruas, contata-se a fragilidade/rompimento dos vínculos familiares, dependência química, desemprego, violência e perda da autoestima. Esta dinâmica está diretamente relacionada ao sucateamento violento das políticas sociais que deixa à deriva os que mais precisam em especial as pessoas em situação de rua, os quais já vivenciam violações de direitos em seus diversos contextos.

O fato da população em situação de rua ser maioria negra reafirma que a pobreza e o racismo no Brasil estão diretamente interligados. Pitombeira et al (2019) refere que a “raça consiste em um forte marcador no cenário brasileiro”, considerando as questões profundas que

fizeram parte da constituição da sociedade vigente.

As práticas racistas no Brasil perpassam por contradições diversas, geralmente ligadas aos processos históricos discriminatórios. Apesar do fim do período escravagista e condenações pontuais de práticas e de ideologias racistas, defender o mito da democracia racial chega a ser imoral, dado que fortalece o consentimento e abrandamento do racismo. O mito social da democracia racial é facilmente refutado com o próprio cotidiano de preconceito, discriminação e desigualdades, pois há um abismo enorme que segrega a população negra da população branca (BENTO, 2009).

Importante pontuar que sentido amplo da palavra democracia, não remete apenas a possibilidade de participação política, mas sobretudo de igualdade de direitos, igualdade social, igualdade racial e liberdade garantida a todas as pessoas. Tal realidade afeta de forma mais profunda a população negra em situação de rua. Então, não! Não há democracia racial no Brasil, pois o que é denominado de “mistura de raças” trata-se na verdade de processo histórico violento e perverso de dominação e branqueamento do país (PITOMBEIRA *et al.*, 2019).

É, pois, uma estratégia de desarticulação de forças emancipatórias mediante a criação de redes de interdependência e da integração subordinada dos grupos marginalizados, desmobilizando e deslegitimando as lutas ou confrontos emancipatórios, tachados de "conflitos raciais" [...] A miscigenação não eliminou a discriminação, apenas a pluralizou, matizou, modalizou, conforme a presença ou a ausência gradual de características "negras", mas principalmente pela tonalidade da cor da pele de um racismo bivalente para um racismo polivalente (ou mesmo ambivalente). (SALES JÚNIOR, 2006, p. 261).

Não obstante, ao observar o contexto histórico-político-social-econômico baseado no neoliberalismo, que versa sobre um modelo que tem na desigualdade e exploração da força de trabalho das camadas mais pobres da população, percebe-se que é a força propulsora para o seu funcionamento. A pobreza, nessa equação, é evidenciada como "fenômeno autônomo e de responsabilidade de cada indivíduo que são culpabilizados pela sua condição de subalternidade." (GUIMARÃES; NUNES, 2018, p. 55).

Nessa perspectiva, a população em situação de rua tem seus direitos negados de todas as formas, negados e até mesmo a própria dimensão humana, “pois são camadas populacionais que são criadas para serem vistas como não pertencentes à espécie humana.” (NASCIMENTO, 2019, p. 39). Nestas camadas sociais encontram-se os negros e pardos, os quais ocupam um índice significativamente maior que os brancos.

Como já sinalizado, o uso de substâncias psicoativas está entre um fatores importantes de causalidade e/ou consequência para a condição de se viver nas ruas, o que não significa dizer que toda pessoa em situação de rua faz uso ou é dependente químico, dado que a condição

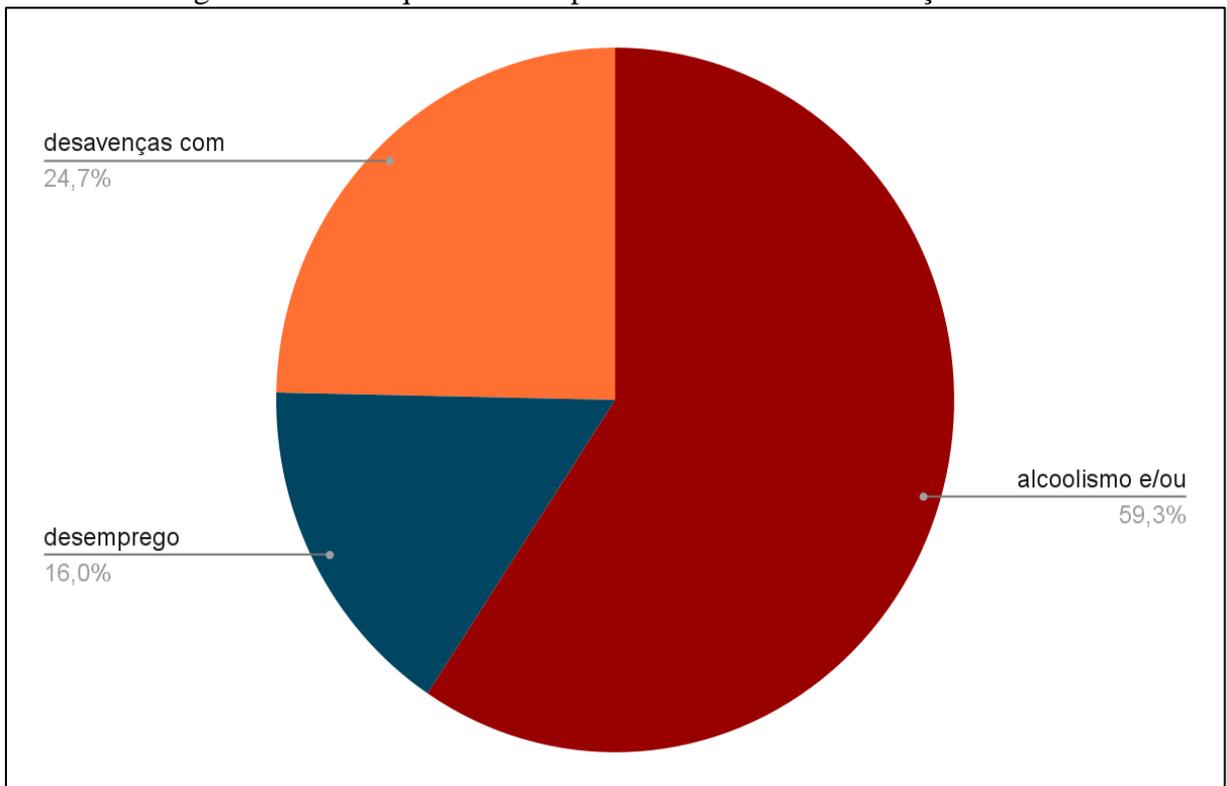
da rua tem intrínseca relação com fatores macroestruturais de ordem socioeconômica e política.

Contudo, desde a primeira pesquisa oficial sobre o quantitativo e perfil sociodemográfico da população de rua já apontava o uso de substâncias como um fator importante para vivência nas ruas, conforme os resultados do primeiro censo e pesquisa nacional sobre essa população.

Dentre os motivos que teriam levado os entrevistados a viver e a morar na rua, foram mencionados: alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). 71,3% dos entrevistados citaram, pelo menos, um dos três motivos, muitas vezes de forma correlacionada ou indicando uma relação causal entre eles (BRASIL, 2009).

Na Figura 2, consta o percentual sobre os motivos que levaram os entrevistados da pesquisa supracitada às ruas.

Figura 2: Fatores que levam as pessoas a viverem em situação de rua



Fonte: Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua realizada em 2009.

Para entender o contexto sobre o uso de álcool e outras drogas, sobretudo pelas pessoas que moram na rua, é importante ter como ponto de partida o sujeito em sua singularidade, sua relação com a droga e o ambiente que está inserido. Ademais, o uso de drogas sempre esteve presente na história da humanidade. O uso de substâncias psicoativas foi constantemente utilizado, seja em contextos religiosos, alívio de um sofrimento ou na busca do prazer

(RONZANI; FURTADO, 2010). De acordo com Moreira e Nascimento (2022),

O uso de álcool e outras drogas acontece em determinado contexto (social, político, cultural, econômico e físico), com determinada substância (que pode ser classificada como lícita ou ilícita; estimulante, depressora ou perturbadora; quantidade/dose e intervalo de tempo), por um determinado sujeito (e suas características subjetivas, individuais, familiares e comunitárias). (MOREIRA; NASCIMENTO, 2022, p. 33).

Assim, a drogadição não deve ser avaliada isoladamente, devendo fazer parte de um contexto ao qual pode estar integrado de modos distintos. Portanto compreender os diversos fatores que corroboram com o fenômeno da drogadição, é fundamental para entender a relação que os sujeitos têm com as substâncias psicoativas. Cardoso *et al.* (2014, p. 19) sinalizam que:

A tríade droga-sujeito-ambiente modifica-se continuamente, pois nenhum dos elementos é estático. Na cinética do fenômeno, mudam as drogas, mudam os sujeitos e muda o ambiente, incessantemente. Dessa forma, como já foi dito anteriormente, a clínica do toxicômano é a clínica da intensidade. A clínica da causalidade, nos moldes da medicina, não dá conta da complexidade do problema. A compreensão do fenômeno só é possível através de um olhar multidisciplinar, em um encontro de saberes que compreendam sua dimensão biopsicossocial (CARDOSO *et al* 2014, p. 19).

Logo, compreender a história de vida do sujeito, suas relações familiares, a autopercepção e como compreende seu uso de drogas, é essencial para entender a relação que estabelece com as substâncias, e qual o significado que adquirem em sua vida. Para além de considerar o contexto como espaço físico, neste caso, a rua, é importante avaliar os contextos subjetivos, transcendendo a dimensão do que é material, e abarcando o momento histórico, cultural, econômico e social da humanidade.

A Lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD define o termo droga como “[...] as substâncias ou produtos capazes de causar dependência”, o que pode remeter não só a drogas ilícitas, mas também a medicamentos ou remédios com propriedades terapêuticas estabelecidas ou substâncias capazes de causar dependência e/ou são objeto de abuso. De acordo com Karam (2011),

A proibição às selecionadas drogas tornadas ilícitas tem sido o fator central da expansão do poder punitivo e, conseqüentemente, da crescente criminalização da pobreza, globalmente registrada desde as últimas décadas do século XX. [...] A nociva, insana e sanguinária ‘guerra às drogas’ – nociva, insana e sanguinária como quaisquer outras guerras – não é efetivamente uma guerra contra as drogas. (KARAM, 2011, p. 62).

A criminalização do usuário de drogas ilícitas e a desigualdade social e econômica são alguns dos aspectos que interferem na garantia de direitos das pessoas com necessidades

decorrentes do uso de drogas, o que resulta na diminuição da coesão e no aumento da coerção social. Esse modelo proibicionista produz a estigmatização do usuário de drogas e retroalimenta um mercado financeiro poderoso, não só o narcotráfico, como também as drogas lícitas, como o álcool, o tabaco, o café e as drogas medicamentosas.

Abreu (2017) ressalta que muitos sujeitos não buscam as ruas com o propósito de fazer uso de drogas, até porque refere-se a um fator multicausal, mas ao permanecer neste contexto, encontram nas drogas, sejam lícitas ou ilícitas, um meio de inserção e inclusão em grupos, podendo ocasionar a dependência e o que configurava causas isoladas, passam a se interligarem.

A dinâmica de uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, é um traço marcante nas histórias de vidas antes e durante a estada nas ruas, que muitas vezes é utilizada como forma de anestesiá-las e minimizar as condições degradantes cotidianas, como a fome, o frio e o medo. Nesse processo, a identidade social da população em situação de rua vai sendo atravessada pelo olhar da “delinquência”, do “pecado” ou da “doença”.

Refletir e problematizar as diversas lentes sobre o uso de drogas na sociedade contemporânea, bem como os enfrentamentos assumidos por diferentes grupos sociais, dentre eles profissionais de saúde, contribui para o enfrentamento e superação de ações violentas em nome da guerra às drogas, considerando que as intervenções diante a este problema social e de saúde pública, ainda se manifesta através do imediatismo. Para tal, realizam internações involuntárias compulsórias sem critérios, prisões, repressão e ações higienistas.

Lancetti (2015) ressalta que tais intervenções levam a constituição de novas formas de segregação e o fortalecimento de uma sociedade intolerante às diferenças que marginaliza ainda mais a população em situação de rua. O autor discute ainda sobre o olhar perspectiva da Redução de Danos enquanto uma estratégia alternativa de cuidado e tratamento às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

### **3.3 O olhar da Redução de Danos**

O cuidado e a prevenção do uso de drogas requer um processo de planejamento, implantação e implementação de estratégias a fim de minimizar os fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. A inserção comunitária e a colaboração de todos os segmentos sociais são essenciais nesse processo.

A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da Redução de Danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais do uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde

pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPS AD. (BRASIL, 2004, p. 23).

O debate sobre a Redução de Danos remonta a meados de 1920, na Inglaterra, com a prescrição médica de metadona para usuários dependentes de heroína, como tratamento de substituição. Anos mais tarde, em 1980 na Holanda, grupos de usuários de drogas injetáveis (UDI) pressionaram o governo holandês para ações de prevenção a Hepatite B, à época com um número expressivo de casos. Surgiram, então, os Programas de Trocas de Seringas que, basicamente, trocavam as seringas usadas dos UDI por seringas estéreis, dispondo também de outros insumos (algodão, água potável, bicarbonato de sódio) utilizados pelos usuários para prevenção da contaminação por Hepatites Virais (FONSECA, 2005; SOUZA; CARVALHO, 2015).

Concomitante, nos Estados Unidos, com o desenvolvimento dos testes, os casos de HIV começaram a ser detectados, e os casos entre usuários de drogas injetáveis eram alarmantes. As estratégias de redução de danos ganharam força, agora não apenas com foco no uso de drogas, mas como prevenção de doenças infecciosas, como o HIV/AIDS<sup>5</sup> e as hepatites virais (NASCIMENTO; ROSA, 2019).

No Brasil, as primeiras tentativas de implantação de estratégias de Redução de Danos se deram em 1989, na cidade de Santos (PETUCO, 2014) com a distribuição de seringas estéreis entre usuários de drogas injetáveis com o objetivo de conter a disseminação do HIV/AIDS, visto que era uma região até então com maiores índices da doença (PETUCO, 2014).

Somente em 2005 as ações de Redução de Danos foram regulamentadas, com a publicação da Portaria nº 1.028 e, posteriormente, as ações de RD foram incorporadas à Atenção Primária à Saúde, com o surgimento das Equipes de Consultório na Rua (Portaria nº 2.488/2011) (TEIXEIRA *et al.*, 2017). Essa publicação foi de suma importância para a ampliação do acesso das pessoas em situação de vulnerabilidade aos serviços de saúde, superando as barreiras de acesso institucionais (como, por exemplo, a ausência de moradia fixa, para aquelas pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e outras drogas).

De acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos (AIRD, tradução nossa), a RD se refere a políticas, programas e práticas que visam reduzir as consequências sociais e econômicas, além dos danos para a saúde, que envolvem o uso de drogas lícitas e

---

<sup>5</sup> Segundo o Programa de Saúde da Família (2001) o termo HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana diz respeito a um vírus que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Isso quer dizer que ter o HIV não significa estar com AIDS, que já é o estado avançado da síndrome. Apesar de não ter cura, muitas pessoas vivem anos sem apresentar sintomas ou desenvolver a doença.

ilícitas. O olhar da Redução de Danos é o da cidadania, que vê o usuário de drogas como cidadão no gozo de seus direitos e deveres como membro ativo da sociedade sem necessariamente interromper o seu consumo.

Ademais, a redução de danos é uma vertente que observa o fenômeno das substâncias psicoativas em sua complexidade, tendo a preocupação de entender as singularidades dos sujeitos e sua relação com a droga dentro de uma totalidade sócio-histórica. O entendimento da prática de redução de danos vai além de causa/consequência do uso/abuso de substância psicoativa, passa por uma relação de autocuidado e saúde (MATOS, 2016).

Dessa forma, o Consultório na Rua configura um dispositivo estratégico na execução das ações de RD, já que seus usuários estão em situação de vulnerabilidade e exposição social. A RD aborda várias vertentes de cuidado, incluindo a importância da alimentação e hidratação durante o uso, riscos de assumir direção sob efeito de substâncias psicoativas, compartilhamento de objetos perfuro cortantes, importância do sexo protegido, dentre outras abordagens. A iniciativa propõe uma forma de intervenção em saúde pública que ultrapasse a perspectiva moralista e antidrogas.

Assim, o sujeito se torna protagonista da sua história, possibilitando a reflexão crítica de outras formas de consumo que envolvam menor risco ou até mesmo a abstinência levando em conta suas particularidades e projetos de vida.

## 4 CONSULTÓRIO NA RUA COMO UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO AOS INVISÍVEIS

O Consultório na rua constitui-se de uma das estratégias da Política Nacional da Atenção Básica para o estabelecimento de elos entre o serviço de saúde e a população em situação de rua, sendo o encontro diretamente na rua (*in loco*) um meio para a construção de vínculos que estimulem a autonomia e o reconhecimento dos direitos fundamentais básicos.

Neste capítulo, será abordado sobre os marcos legais da rede de atenção à população em situação de rua, a importância da atuação interdisciplinar e intersetorial para a viabilização dos direitos fundamentais.

### 4.1 Marcos da rede de atenção à população em situação de rua

Compreende-se como uma rede de atenção à população em situação de rua, a junção dos diversos equipamentos e instituições que ofertam ações e serviços a este público. Dispositivos implicados na efetivação dos direitos fundamentais básicos da população em situação de rua. Nesta perspectiva, a rede de proteção é tecida tanto por instrumentos legais, como as portarias, decretos, leis e resoluções, como pelos órgãos, instituições, políticas, programas, projetos e serviços. Portanto, apesar de evidenciar a política de saúde, a qual o Consultório na Rua está vinculado, a pesquisadora abordará os principais marcos das demais políticas que juntas caminham para garantir a viabilização dos direitos básicos deste segmento social.

O grande marco histórico que trouxe avanços fundamentais para o povo brasileiro foi a promulgação da Constituição Federal em 1988, qual foi impulsionada por vários movimentos sociais, especialmente pelo Movimento da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, que juntas constituíram elementos fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde afirmada no capítulo 198 da Constituição Brasileira. A luta firmava a proposta de um sistema de saúde com caráter universal, democrático e popular (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; SÃO PAULO, 2006). Segundo Fleury (2009),

A Reforma Sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a reforma sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). (FLEURY, 2009, p. 746).

Já a Reforma Psiquiátrica, foi um processo histórico de formulação crítica e prática referente ao modelo manicomial. Tinha como objetivo a desinstitucionalização da loucura e ruptura do modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais que era baseado num viés altamente medicalizante, hospitalocêntrico e segregador (AMARANTE, 1995).

No Brasil, o movimento deu início no final da década de 1970, no contexto político de luta pela democratização, onde profissionais da saúde, familiares e demais grupos sociais inspirados na Reforma Psiquiátrica italiana capitaneada por Franco Basaglia<sup>6</sup>, denunciaram as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos. O movimento seguiu-se com inúmeras reivindicações, que culminou na aprovação da Lei nº 10.216 em 2001, proposta pelo deputado Paulo Delgado<sup>7</sup> em 1989 (Rotelli *et al.*, 1990).

Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e foi responsável pela instituição da Política de Saúde Mental. Ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado. Na esteira desse processo, na perspectiva da formulação de uma política integrada de atenção ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, a qual tem recomendação desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, os serviços específicos de tratamento de álcool e outras drogas foram incluídos na rede em 2002. Conforme Oliveira (2009),

Em paralelo, em 2003, o Ministério da Saúde reforçou a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas instituindo o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas” com o objetivo de articular ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas, a fim de organizar e implantar uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção para estes usuários. (OLIVEIRA, 2009, p. 48).

A criação desta política, expressa o reconhecimento de que “os comprometimentos associados ao consumo de álcool e outras drogas se constituíam em graves problemas de saúde pública, e que podia ser constatado um atraso do SUS em relação à assunção de responsabilidade pelo enfrentamento desses problemas.” (MACHADO, 2006, p. 59).

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1994 - 2002), normativas importantes foram criadas, a exemplo da discussão da representação popular por meio do Conselho Nacional e do Fundo Nacional de Assistência Social, entretanto, apenas no início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003 que mudanças significativas são notadas em relação a

---

<sup>6</sup> Foi um médico e psiquiatra italiano, tornou-se o líder reconhecido do importantíssimo movimento pela reforma psiquiátrica na Itália. Basaglia é uma das grandes referências mundiais deste movimento. Visitou o Brasil por duas vezes, em 1978 e 1979. Essas visitas foram fundamentais para ampliar a discussão do modelo assistencial oferecido às pessoas com transtornos mentais no país (SERAPIONI, 2019).

<sup>7</sup> Professor, cientista político e sociólogo, autor do projeto de lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

políticas voltadas à população em situação de rua (OLIVEIRA, 2012).

O autor afirma ainda, que foi a primeira vez que o Ministério da Saúde incluiu esse público em seus documentos, sendo conceituado como um grupo em situação de risco social e compreendido a necessidade de apoio matricial das equipes de atenção básica e de saúde mental. Um evento marcante para a ampliação do olhar e sensibilização das especificidades deste público foi a visita do presidente aos catadores de materiais recicláveis no mesmo ano em que apossou. Os encontros fizeram parte de sua agenda anual até o último ano de seu governo.

Tal iniciativa foi despertada por uma matéria de telejornal que mostrou um catador afirmando que seria a última vez que estaria comendo alimentos advindo do lixo, pois acreditava que o novo governo promoveria uma melhor qualidade de vida. A referida matéria chegou ao conhecimento do presidente Lula, que decidiu visitar o grupo de representantes de catadores de materiais recicláveis (BORYSOW, 2018). A imagem abaixo mostra o presidente sendo abraçado por uma catadora numa visita em 2010, oito anos após o primeiro contato oficial com o grupo.

Figura 3: Última visita do segundo mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva aos Catadores de materiais recicláveis de São Paulo (2010)



Fonte: Savarese (2010)

Ele estava acompanhado da presidente eleita, Dilma Rousseff, oito ministros e os presidentes do Banco do Brasil e do BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social), conforme expresso na matéria a seguir (Fig. 4):

Figura 4: Matéria sobre a última visita de Lula acompanhado de Dilma Rousseff aos eventos dos catadores de materiais recicláveis



Fonte: elaboração própria embasada na matéria publicada por Savarese (2010).

No decurso do governo de Lula diversas ações foram criadas para grupos populacionais específicos que este estudo não aprofundará, mas em relação à população em situação de rua, foi um período de muitos avanços, a exemplo das discussões a respeito dos cuidados em saúde ofertados a este segmento populacional que corroboraram com o fortalecimento da Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e ampliação do escopo de atendimento dos serviços da atenção básica e de saúde mental.

Seguindo esta lógica e considerando que o país iniciava seu processo de desinstitucionalização na busca pela consolidação da Reforma psiquiátrica, foi instituída a Política de Redução de Danos em 2005, e anos mais tarde a Rede de Atenção Psicossocial pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que trata de uma rede que oferta atendimento humanizado, integral, com foco no acolhimento, vínculo e continuidade às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas no âmbito do Sistema Único

de Saúde” (BRASIL, 2011). Tendo como objetivo em seu artigo 3º:

Ampliar o acesso da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011).

Nesta portaria o Consultório na Rua já aparece como um dispositivo da RAPS, por ser considerado um serviço estratégico no cuidado em liberdade, na articulação com a rede intra e intersetorial em prol das demandas dos usuários em situação de rua. Vale frisar, que a contextualização supracitada é pertinente, pois mesmo o consultório na rua ser vinculado a Política Nacional de Atenção Básica, também integra a Rede de Atenção Psicossocial.

Portanto, a rede não se limita somente aos Centros de Referência de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços especializados. Para ilustrar essa afirmação, serão abordados os serviços tanto de baixa complexidade, a exemplo o CnR até os hospitais gerais de alta complexidade, cada um com seu papel que, quando trabalham articulados possibilita uma atenção integral aos sujeitos.

Nos artigos 5º e 6º da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, é exposto os componentes e pontos de atenção da RAPS, a qual é composta por:

Quadro 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

<b>COMPONENTES DA REDE</b>	<b>PONTOS DE ATENÇÃO</b>
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades Básicas de Saúde</li> <li>• Núcleos de Apoio à Saúde da Família</li> <li>• Consultórios Na Rua; Consultório na Rua</li> <li>• Apoio aos serviços do componente Atenção residencial de caráter transitório</li> <li>• Centros de Convivência</li> </ul>
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades</li> </ul>

Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192</li> <li>• Sala de Estabilização</li> <li>• Unidade de Pronto Atendimento</li> <li>• Pronto Socorro</li> <li>• Unidades Básicas de Saúde</li> <li>• Centros de Atenção Psicossocial</li> <li>• UPA 24h</li> </ul>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial</li> </ul>
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em Hospital Geral</li> <li>• Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</li> </ul>
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)</li> <li>• Programa de Volta para Casa (PVC)</li> </ul>
Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda</li> <li>• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais</li> </ul>

Fonte: adaptado da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é norteada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001. Assim, os serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial tem como premissa, garantir o cuidado integral centrado nos territórios, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando progressiva inclusão social.

Em se tratando dos CAPS, para usuários com prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e com transtornos mentais, Alves (2001) aponta as variadas modalidades como dispositivos estratégicos mais efetivos na superação do tratamento psiquiátrico manicomial, uma vez que são espaços comunitários, inseridos em determinada

cultura, território, com dificuldades, problemas e potencialidades, dentro do contexto em que as crises precisam ser enfrentadas, levando em consideração as complexidades individuais, familiares e sociais de cada sujeito.

Dentre as modalidades de CAPS, cita-se: CAPS I, CAPS II, CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), CAPS AD III, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). As primeiras três modalidades se diferem de acordo com o tamanho do município e população, enquanto o CAPS AD é direcionado para o tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e o CAPSi voltado para o atendimento de crianças e adolescentes com diversas necessidades (BRASIL, 2002).

A instituição da estratégia Consultório na Rua foi a forma que o Ministério da Saúde encontrou para contemplar diversos olhares sobre a saúde da população em situação de rua, não se restringindo aos cuidados relativos ao uso de drogas aos atendimentos exclusivos em CAPS, pois como já sinalizado, trata-se de um público multifacetado que não deve ser reduzido às drogas. Muitos outros problemas de saúde afetam essas pessoas, conforme Hallais e Barros (2015).

Os problemas de saúde mais comuns e urgentes apresentados pela população observada são tuberculose, DSTs, hepatites virais, doenças dermatológicas, além de transtornos mentais e variados tipos de sofrimento psíquico. A dificuldade no cumprimento dos direitos e as diversas formas de vulnerabilidades que atingem essa população, como exposição às variações climáticas, condições insalubres de moradia e de alimentação, e ações de repressão por parte de políticas de segurança pública, afetam negativamente a condição de saúde dos indivíduos em situação de rua. (HALLAIS, BARROS, 2015, p. 6).

Além de questões clínicas, demandas como falta de documentação, dificuldade de acesso a benefícios sociais por falta de meio de comunicação e informação, como cadastros para ter acesso a unidades habitacionais, alimentação, transferência de renda, cestas básicas, dentre outros benefícios. Nessa perspectiva, é notável que a visão simplista com o olhar somente pela vertente do consumo de drogas deve ser refutada.

Como pontuado, percebe-se que as demandas desse segmento populacional, ultrapassa questões unicamente clínicas, por isso a articulação com a rede intersetorial se faz tão importante para a integralidade da assistência. Assim, o Consultório na Rua tem a intersetorialidade como ferramenta essencial, pois a demanda latente no momento pode estar relacionada muito mais com alimentação do que uma queixa de saúde em si. Obviamente a fome reflete diretamente no padrão de saúde dos sujeitos, portanto a integração das redes é vital para um bom desenvolvimento do trabalho nas ruas.

Considerando que há populações com nível de vulnerabilidade maior e com necessidades específicas, a atualização da Política Nacional de Atenção Básica de 2011, através da portaria nº 2.488, institui e/ou atualizou equipes estratégicas como equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Básica (eAB), equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde e a *equipe de Consultórios na Rua (eCR)*.

A referida Portaria define em seu capítulo I, que a Política Nacional diz respeito ao resultado de um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Estabelece que as equipes da atenção básica devem operacionalizar obedecendo os seguintes princípios e diretrizes: **I - Princípios:** a) Universalidade; b) Equidade; c) Integralidade. **II - Diretrizes:** a) Regionalização e hierarquização; b) Territorialização; c) População adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; i) Participação da comunidade.

Para a efetivação destes princípios e diretrizes e a garantia da operacionalização dos atributos da APS, consideram-se: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural. Nesse sentido, todos os profissionais, independente da equipe que integra, têm diversas atribuições comuns, além de competências específicas de cada núcleo profissional.

A política estabelece que a Atenção Básica seja a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, ela é quem deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Logo, o Consultório na Rua passa a ser a porta de entrada da população em situação de rua ao sistema de saúde, com a função de ampliar o acesso da população em situação de rua aos equipamentos de saúde de maneira mais oportuna e integral. É formado por equipes multiprofissionais que desenvolvem ações frente às necessidades da população em situação de rua (BRASIL, 2011).

As equipes podem ser organizadas em 3 modalidades, sendo compostas por profissionais das seguintes áreas: enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, medicina, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal e agente social. Nas equipes de modalidade 1, deve ter minimamente quatro profissionais, sendo dois de nível

superior e dois profissionais de nível médio.

Na modalidade II, minimamente seis, sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio e terceira e última modalidade segue a mesma composição da modalidade II, mas com a inclusão do médico (BRASIL, 2011). Trata-se de uma equipe itinerante que realiza atendimentos in loco, primando sempre por atividades conjuntas junto às demais equipes da atenção básica do território, assim como articuladas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Rede de Urgência e dos serviços de Assistência Social, podendo estender a outras instituições e entidades públicas ou da sociedade civil com vistas a promover a integralidade.

As intervenções desenvolvidas pelo serviço têm como eixo essencial a criação de vínculo, através da escuta qualificada e acolhimentos das particularidades dos usuários. Posturas preconceituosas, de julgamento de valor devem ser pautas de discussões constantes com vistas a superar essa visão simplista e estigmatizante da população em situação de rua (AYRES, 2009). Segundo Felinto (2017),

O acolhimento deve ser um processo de compreensão do usuário para além de sua queixa, como um sujeito em um dado contexto social. Nesse sentido, este processo deve se dar a partir de uma escuta qualificada, valorizando o sujeito e seus saberes, respeitando seu modo de vida e viabilizando o vínculo. Deve-se sempre levar em consideração a extrema vulnerabilidade da PSR, e os frequentes preconceitos e as habituais barreiras estabelecidas a esta população. Exigências comumente demandadas à população como documentação ou comprovação de residência, tornam-se barreiras ao acesso da PSR. Limitações de vagas em urgências ou para atendimento psiquiátrico, prescrição de medicamentos que não são fornecidos pelo SUS, horários de funcionamento não condizentes com a vida da PSR, falta de habilidade de profissionais no cuidado desta população, entre outras questões, todas podem caracterizar barreiras ao acolhimento. (FELINTO, 2017, p. 41).

Como o trabalho é desenvolvido in loco, com buscas ativas, onde a equipe adentra nos espaços e vivências dos sujeitos, é importante ter todo um cuidado no manejo e flexibilidade de modo a aproximar o usuário da equipe e não o contrário. Muitos atendimentos seguem meses até a equipe conseguir estabelecer vínculo para então intervir em demandas que se apresentarem ou a própria pessoa expor suas necessidades e permitir alguma intervenção.

Tais intervenções exigem práticas que envolvem diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sobretudo ações intersetoriais, em que o Consultório na Rua simboliza um papel essencial na viabilização do acesso dos seus usuários de forma menos burocrática aos serviços.

4.1.2 Intersetorialidade na política de saúde: viabilização de acesso à população em situação de rua

Partindo da definição da Organização Mundial da Saúde de 1946, saúde refere a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, as ações voltadas a esse público vão muito além das demandas de restabelecimento do quadro clínico ou articulações com demais componentes da rede. O consultório na rua trabalha tanto na perspectiva intrasetorial como intersetorial para viabilizar tanto os cuidados em saúde como também os demais direitos sociais.

Assim, faz-se necessário apontar os marcos das demais políticas sociais que somados aos da saúde, alcançaram a atual conjuntura da rede intersetorial voltada à população em situação de rua que percorreu antes e depois da Constituição Federal. Na década de 1980, vários movimentos composto com grupos sindicais e movimentos populares chamaram a atenção com denúncias ao poder público reivindicando ações governamentais voltadas à população em situação de rua.

Iniciativas religiosas também tiveram um papel importante no tocante a organização de movimentos de representação popular, realização de eventos e comemorações de mobilização social de cunho local, sobretudo em relação aos catadores de material reciclável. Cândido (2006) pontua que a Pastoral do Povo da Rua, da Igreja Católica, além de protagonizar movimentos nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte, também foi responsável por implantar casas de apoio voltadas às pessoas em situação de rua.

Somado a outros movimentos da sociedade civil e o aumento da representatividade da população em situação de rua, o processo de mobilização em torno de uma agenda política em prol dos direitos deste segmento social foi ganhando espaço e notoriedade. Nos anos 1990 começam algumas manifestações mais notórias no âmbito nacional a respeito da população em situação de rua.

Em 1993 ocorre o primeiro Fórum Nacional de Estudos sobre População em situação de Rua, seguido desde evento, em 1995 um conjunto de manifestações, conhecido como “O grito dos excluídos” tomou conta do país ao longo da semana da Pátria com a intenção de denunciar os mecanismos sociais de exclusão e propor caminhos alternativos para uma sociedade mais inclusiva (GOHN, 2004).

O movimento continua acontecendo até os dias atuais na data em que se comemora a independência do Brasil, no dia 07 de setembro, com vias a elucidar a necessidade da defesa de um projeto de país mais justo e igualitário, a dignidade da vida em primeiro lugar. A escolha da data foi estratégica para levantar um contraponto ao Grito da Independência, pois é um momento importante para questionar os padrões de independência da sociedade brasileira.

O grito dos excluídos é fruto da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB,

que articulada com movimentos sociais, sindical, igrejas, pastorais, entre outras organizações se unem com o propósito de lutar pelas causas das populações que estão à margem da sociedade, para fazer ecoar as vozes historicamente silenciadas.

Importante salientar que a transição das políticas pré e pós constituição ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS. O que significa que a luta não findou com a aprovação da constituição, o processo de transição ações de cunho assistencialista para políticas públicas foi longo.

Movimentos como o 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, a Primeira Marcha do Povo da Rua em 2001 e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social em 2004 (Resolução CNAS nº 145/2004), que atribui à Proteção Social Especial ao atendimento da população em situação de rua, marcaram o processo sócio histórico deste público que ainda permanecem num lugar de invisibilidade e segregação.

O Iº Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua foi essencial na organização e fomentado pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) em setembro de 2005, que possibilitou a ampliação do acesso às informações a respeito deste público. O evento visou discutir estratégias para formular políticas públicas voltadas a esta população (SCHUCH, 2012).

Quatro anos depois, foi realizado II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua (ENPSR), tendo participação massiva de representantes da sociedade civil, do Movimento Nacional População de Rua (MNPR) de instituições apoiadoras, de pastorais sociais, de membros do governo federal. Esse encontro foi um dos marcos, dado que foi consolidada uma proposta intersetorial para a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), que objetiva abarcar demandas essenciais referentes às pessoas que fazem das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de suas identidades.

No artigo 7º do Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, consta os objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua:

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua; III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua; IV - produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua; V - desenvolver

ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos; VI - incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento; VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua; VIII - incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento; IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica; X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços; XI - adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8º; XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social; XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho. (BRASIL, 2009).

Estabelece diretrizes com vistas a possibilitar a (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o pleno acesso aos direitos fundamentais e a oportunidades de desenvolvimento social. Mas para que esse processo se efetive é essencial a participação e protagonismo constante de movimentos sociais formados por pessoas em situação de rua e demais organizações da sociedade civil.

Mais um avanço foi a aprovação da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que definiu ações e serviços específicos para a população em situação de rua (BARBOSA, 2018).

A integração entre as políticas públicas é um fator predominante no processo da materialização dos direitos sociais, e isso significa dizer que a articulação entre os setores é responsável pela provisão das necessidades sociais por um sistema de proteção social por parte do Estado. Couto afirma que os contêm a “[...] ideia de que as dificuldades enfrentadas pelos homens serão assumidas coletivamente pela sociedade, com supremacia da responsabilidade de cobertura do Estado, que deverá criar um sistema institucional capaz de dar conta dessas demandas.” (2008, p. 183).

A racionalidade neoliberal (razão do capitalismo contemporâneo) onde o estado se torna um ente horizontal, em situação de competição com todos os outros agentes, trata os cidadãos detentores de direitos pelas constituições cidadãs, como “cidadãos clientes”, os quais ficam à mercê da lógica gerencialista, predominantemente financeira (DARDOT; LAVAL, 2016). Esta conjuntura é responsável por produzir as crises governamentais, vindo a fragmentar ações e

serviços no campo das políticas públicas, e quando se trata de pessoas em situação de rua que essencialmente as ações devem ser articuladas em rede, percebe-se um prejuízo de maior peso. Para Wacquant (2003),

Os discursos da “dependência patológica” dos pobres, seu desamparo moral, produz cortes efetivos principalmente nas esferas locais de governo no que diz respeito a investimentos sociais: as classes subalternas são jogadas à própria sorte nas cidades, com efeitos concretos nos bairros pobres. (WACQUANT, 2003, p. 9).

Se a estruturação histórica das políticas públicas brasileiras for analisada, apesar de alguns avanços, é fácil constatar que a mesma é constituída pelo viés da setorização e fragmentação, elas são configuradas e concebidas para serem implementadas de forma isolada, não havendo um planejamento, uma organização em conjunto e/ou articuladas com as demais políticas. Tal lógica “expressa-se na estrutura administrativa, dos três níveis de governo, na formulação, coordenação e execução dos serviços públicos, e via de regra, cada área da política pública especializa-se com a definição de normativos e procedimentos.” (MARTINELLI *et al.*, 2020).

Nesse ínterim, pode-se afirmar que não é possível garantir o direito à saúde, por exemplo, sem que sejam contempladas necessidades relacionadas ao lazer, educação, saneamento básico, entre outras, uma vez que os estudos apontam que os serviços e as políticas públicas se configuram de forma setorizada, Martinelli *et al.* (2020) refere que:

A consequência da setorização tem sido observada ao longo das diferentes gestões públicas, pela desarticulação, fragmentação e sobreposição das ações, além de expor as famílias, indivíduos e grupos atendidos pelas políticas a um paralelismo de intervenções e, muitas vezes, à duplicidade de cadastros e procedimentos para acesso aos serviços públicos. (MARTINELLI *et al.*, 2020, p. 2).

Pouco adianta o Consultório na Rua ofertar ações voltadas à saúde (consultas, curativos, orientações) se a necessidade do usuário é alimentação e/ou moradia por exemplo, visto que estas demandas apresentadas requerem um olhar ampliado e uma articulação com as outras políticas, o que conseqüentemente vai refletir na saúde do sujeito. Mesmo sabendo da importância dessa organização, os estudos apontam que é um desafio permanente para as gestões municipais, estaduais e federais. Segundo Pedrosa e Serrano (2021)

A ausência de fluxos pode estar relacionada a dificuldades de articulação intersetorial e iniquidades de saúde, que também revelam um modelo de sociedade que rejeita os loucos, errantes ou vagabundos de rua. Ressalta-se que nem sempre ter protocolos, ou fluxos instituídos, garante melhor qualidade no atendimento, mas não é muito problematizada a ausência do protocolo de fluxo nas políticas públicas para PSR, o que pode ser interpretado como uma naturalização da negação do direito à cidade para este segmento populacional (PEDROSA; SERRANO, 2021, p. 168).

Nestes moldes, Inojosa e Komatsu, (1997, p. 22) afirmam que as estruturas setorializadas “[...] tendem a tratar o cidadão e seus problemas de forma fragmentada, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meio ambiente”. Esse contexto dificulta significativamente a reinserção social da população em situação de rua, pois os dispositivos devem dialogar para atender as necessidades dos sujeitos em sua totalidade. Para Sefarino e Luz (2015),

Conforme preconizado em todas as políticas públicas brasileiras a partir da Constituição de 1988, também na Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua<sup>8</sup>, a construção de ações intersetoriais é uma prerrogativa prevista para dar respostas às demandas dessa população. A preconização do acesso pleno aos direitos garantidos aos demais cidadãos brasileiros, também às pessoas em situação de rua, permite identificar que a referida política propõe a integralidade no atendimento a esse segmento populacional. (SEFARINO; LUZ, 2015, p. 77).

Dessa forma, a articulação intersetorial é essencial na tentativa de responder às demandas deste público, pois a população em situação de rua é um fenômeno multifacetado, requerendo um olhar ampliado sobre a definição de saúde. O acesso a direitos básicos como alimentação, moradia, trabalho, educação, por exemplo, são fundamentais para o sujeito ter uma boa qualidade de vida e conseqüentemente saúde, que se coloca como um desafio, dado a desresponsabilização do estado para com esse público e o ideário neoliberal que prima por ações focalizadas, mercantilizadas e excludentes.

---

<sup>8</sup> A presente Política é fruto das reflexões e debates do Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua, instituído pelo Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, e composto pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, além da fundamental participação de representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), representando a sociedade civil organizada (BRASIL, 2008 p. 2).

## **5 SAÚDE *IN LOCO*: IMPLEMENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO OPERACIONAL DO CONSULTÓRIO NA RUA EM PALMAS**

### **5.1 Implementação do Consultório na Rua em Palmas**

Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados encontrados na pesquisa. Os dados coletados e as demais informações foram analisados e organizados em conformidade com os objetivos da pesquisa, relacionando-os às referências bibliográficas que conduziram as abordagens e análise dos dados coletados.

Com o objetivo de facilitar a compreensão e visualização dos dados, os resultados e discussões serão apresentados em seções, as quais serão complementadas com apresentação de gráficos, tabelas e imagens da equipe em atuação, divulgadas pelo do Núcleo de Comunicação em Saúde nos canais de comunicação da Prefeitura de Palmas.

#### **5.1.1 Diagnóstico situacional da população em situação de rua da capital**

Palma é considerada a última capital planejada do século XXI, foi fundada no dia 20 de maio de 1989 (meses depois da criação do estado do Tocantins) e instalada em 1º de janeiro de 1990, após a transferência da capital provisória, Miracema do Tocantins/TO. Palmas é eleita a capital mais nova do Brasil e a que mais cresceu em número de habitantes nos últimos 12 anos. Atualmente, a capital possui 302.692 (trezentos e dois mil e seiscentos e noventa e dois) habitantes. No último censo realizado em 2010, a capital tocantinense contava com 228.332 moradores, apresentando taxa de crescimento de aproximadamente 32,5% (IBGE, 2023).

Esse crescimento expressivo e acelerado tornou Palmas o centro irradiador de desenvolvimento do estado. Por outro lado, a ideia de cidade planejada sob critérios técnicos e racionais de urbanização, é desvelada por um processo de ocupação territorial excludente e segregacionista. Ferreira e Kran (2006), afirmam que essa tese pode ser comprovada

[...] à medida em que se verifica que o processo de construção da cidade de Palmas baseou-se na formação de uma elite, estruturada a partir da concentração das terras urbanas e da centralização política, institucional, estrutural e econômica. Com relação à concentração de terras urbanas, parte dos terrenos mais valorizados ficou nas mãos de grupos dominantes política e economicamente (FERREIRA; KRAN, 2006, p. 3).

Os autores pontuam que o acesso à terra urbana e as condições de moradia de Palmas não destoam dos padrões das demais cidades brasileiras, que revelam uma desigualdade

socioespacial. Antunes (2019) refere que a capital tem um processo histórico marcado por irregularidades, “[...] onde sobrou das interdições do centro para às classes trabalhadoras empobrecidas, fruto da resistência da classe trabalhadora, tanto na região sul, quanto na região norte.” (p. 121). À medida que a cidade foi se expandindo, expandiu-se também o número da população empobrecida nos bairros mais afastados da cidade, e conseqüentemente o índice de pessoas em situação de rua.

Ano após ano essa realidade foi sendo impulsionada pela intensificação da desigualdade social, aumento do contingente desse público também nos bairros centrais, como praças públicas, parques e demais locais com maiores visibilidades. Tal movimento foi tendo destaque na mídia e devido a um tensionamento da população ao município para tomar “providências” em relação à problemática. Insta frisar que a movimentação não foi pautada na garantia ao direito à moradia ou demais direitos fundamentais básicos da população em situação de rua, e sim uma forma de distanciá-los dos bairros mais elitizados e com maior visibilidade, promovendo assim, intervenções públicas higienistas.

Diante a estes tensionamentos, a Defensoria Pública do Estado do Tocantins, através do Núcleo de Defesa da Saúde - NUSA protocolou, em 2015, a primeira recomendação ao município, de número 005/2015 – Propac – Procedimento Preparatório de Ação Coletiva 062/2015, onde cobrou a implementação de um programa de cadastramento da população em situação de rua que possibilitasse traçar perfil populacional na capital, com intuito de elaborar um diagnóstico situacional desse público (DPE-TO, 2015).

Tal recomendação contribuiu para que o município realizasse o primeiro levantamento do quantitativo de pessoas vivendo em situação de rua, principais pontos de aglomerações e o perfil populacional, o qual foi realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Social de Palmas – SEDES, que subsidiou a implementação do Consultório na Rua um ano depois.

Conforme noticiado pela DPE-TO, o levantamento apontaria elementos concretos para a implementação de políticas de redução da pobreza e das desigualdades sociais com efetivo respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, como preconizado pela Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto Federal nº. 7.053/2009.”

Destarte, foi dado um prazo de 60 dias para o levantamento e cadastramento ser realizado. Para além dos dados, também foi solicitado providências intersetoriais que seriam adotadas a partir das informações levantadas no sentido de dar efetividade integral à recomendação. Em resposta, a SEDES emitiu um parecer de número 013/2015 com os dados solicitados, onde informou que no ano em questão, foram identificadas quarenta e cinco (45) pessoas em situação de rua que foram atendidas pelo Centro de Referência Especializado em

Assistência Social, das quais 25 receberam o Benefício Eventual de Passagem possibilitando o retorno às cidades de origem e 20 foram acolhidas na Comunidade Terapêutica Rhema.

Evidencia-se nessa intervenção, um viés de caráter literalmente higienista, onde todas as pessoas identificadas em situação de rua tiveram um destino. Algumas retornaram a suas cidades de origem ou foram encaminhadas a comunidades terapêuticas, que são entidades da sociedade civil que promovem o acolhimento de usuários de álcool e outras drogas com a condição de abstinência e o isolamento social. Constituem-se

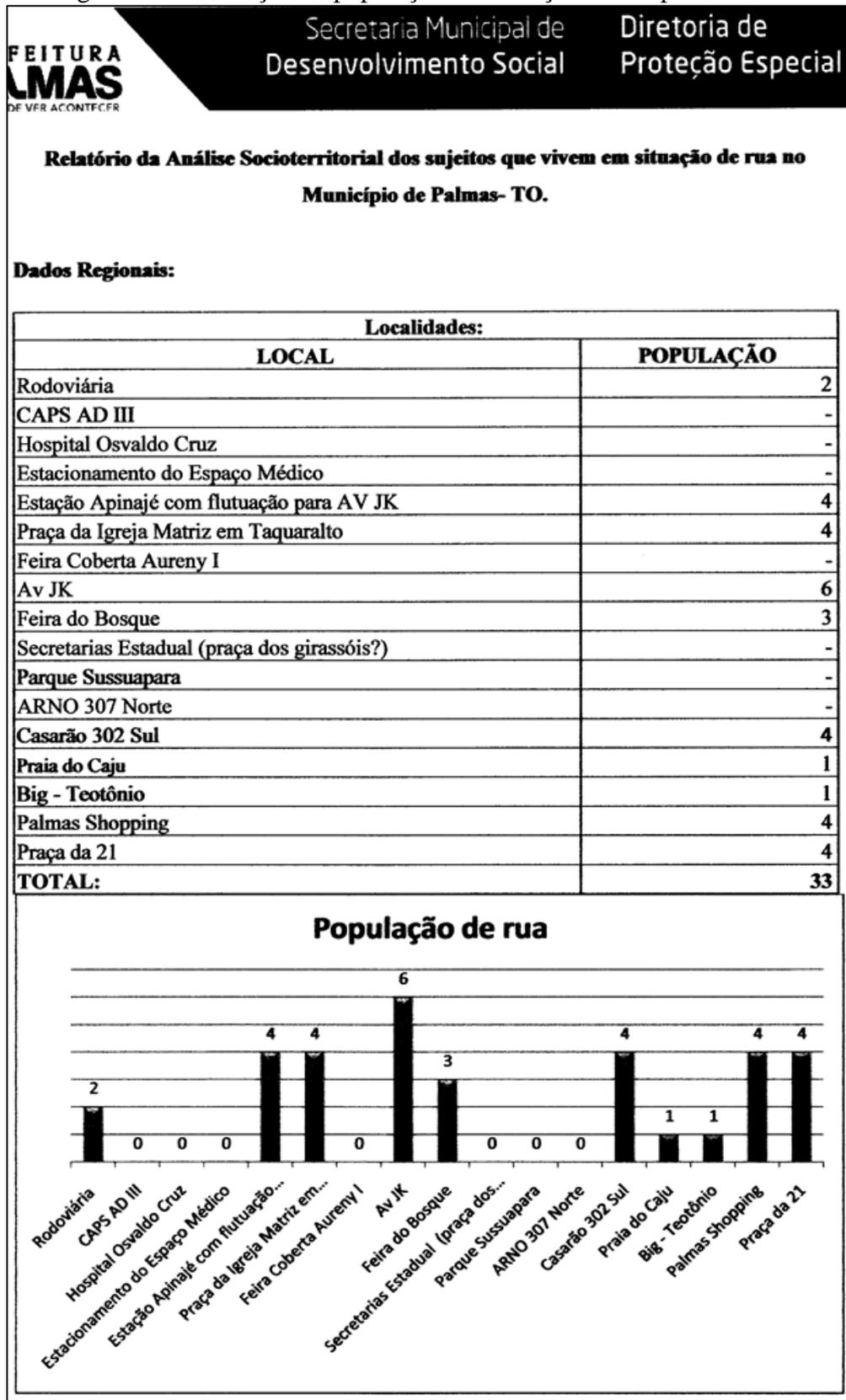
[...] enquanto residências coletivas temporárias, para usuários de drogas que desejem ingressar voluntariamente e permanecerem por períodos de nove a 12 meses, em uma estrutura hierárquica bem definida, sendo vigiados e monitorados. (NASCIMENTO, 2019, p. 26).

Santos (2018) refere que as comunidades terapêuticas se ancoram no tripé disciplina-trabalho-espiritualidade, reduzindo um problema de saúde cientificamente comprovado a questões morais e religiosas. CT não é estabelecimento de saúde, portanto não realiza tratamento para o uso prejudicial de substâncias, ao contrário, em 2018, o Conselho Federal de Psicologia, por meio do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, realizou a inspeção nacional nas comunidades terapêuticas e identificou sérias violações de direitos, como a exploração do trabalho como ferramenta disciplinar, indícios de tortura, violação da liberdade religiosa e ausência de estratégias de desinstitucionalização (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Abordagens truculentas e beligerantes contra esse segmento social também são comuns e aceitáveis perante a sociedade, pois o imaginário popular trata-se de pessoas que ameaçam a ordem pública, e que práticas violentas por meio do aparato policial são justificáveis. A marginalização deste público põe em questão a banalização de práticas hostis e violentas que reforçam a distância social da realidade desses sujeitos, que foi sendo constituída num quadro de desigualdade estrutural desumana (PINHEIRO; POSSAS, 2018).

Quanto aos principais pontos de aglomeração de pessoas em situação de rua de Palmas, foram identificados os seguintes pontos no diagnóstico: Rodoviária, estação Apinajé, Av. JK, Praça da igreja matriz em Taquaralto, Feira do Bosque, casarão 302 sul, praia do caju, supermercado Big da A.v Teotônio Segurado, área verde do bairro Santa Bárbara, dentre outros espaços conforme a Figura 5.

Figura 5: Distribuição da população em situação de rua por localidade



Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Social de Palmas (2015).

Conforme exposto, o primeiro levantamento em 2015 mapeou 33 pessoas que

utilizavam as ruas como “moradia” na capital, ocupando espaços públicos e privados nos bairros de norte a sul. Os vários pontos mapeados no município de Palmas corroboram com as pesquisas nacionais sobre os variados pontos de referências utilizados pela população de rua, como as praças, canteiros, viadutos, prédios abandonados, orlas de praias, pontes dentre outros locais, logradouros e áreas degradadas.

Quanto ao perfil populacional, identificou-se que era formado majoritariamente por pessoas do sexo masculino, representando 29 e 4 do sexo feminino, com idade entre 20 e 52 anos, com baixo grau de escolaridade, usuários de alguma ou múltiplas drogas (lícitas e/ou ilícitas), além disso a maioria adinham de camadas sociais desfavorecidas (SEDES, 2015).

No documento, a secretaria informou que por insuficiência de orçamento, ainda não havia implantado o Serviço de Acolhimento para Adulto, mas o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua – Centro POP estava em fase de implantação o qual se constitui em uma unidade de referência da Proteção Especial de Média Complexidade. Ressaltou que a ação estava prevista no Plano Plurianual do Município - PPA para o ano de 2017, entretanto, até o momento a cidade segue sem os serviços citados.

Diante as informações presentes no parecer em resposta à recomendação da DPE-TO, a SEDES sugeriu que as demais políticas, realizassem diagnósticos/levantamentos complementares para que o município chegasse a um dado alinhado, visto a dificuldade de contabilizar o público em decorrência de transições constantes e o déficit de recursos humanos e financeiros que dificultaram a atualização cadastral em tempo oportuno (PALMAS, 2015).

Nessa perspectiva, no segundo semestre de 2016 é instituída a primeira equipe de Consultório na Rua do estado, na modalidade III, com o intuito de articular e ampliar o acesso desses usuários aos serviços de saúde na capital. Importante salientar que antes da equipe ser credenciada à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS), foi realizado todo um trabalho em conjunto com o projeto Palmas que te Acolhe, para conhecer o território e construir vínculo com a população em situação de rua.

O Projeto Palmas que te Acolhe compunha a rede de atenção à população em situação de rua do município, o qual viabilizava moradia, alimentação, trabalho e renda, cultura e lazer às pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas, entretanto, apesar de se apresentar uma estratégia potente no acesso aos direitos fundamentais básicos deste público, foi extinto no ano de 2019, representando um grande retrocesso.

O Organograma abaixo elucida de forma objetiva o papel de cada serviço, o público alvo, bem como a política que está vinculado (Fig. 6).

Figura 6: Organograma



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

As intervenções do Projeto Palmas que acolhe eram voltadas à inserção social e garantia de direitos, financiado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Ministério da Justiça e executado pela Fundação Municipal da Juventude de Palmas (NASCIMENTO, 2019). O fechamento deste projeto representou um enorme retrocesso à política socioassistencial voltado à população em situação de rua e leva a reflexão do enfrentamento do contexto contrarreformista do governo no período da extinção deste de tantos outros programas de exímia importância social, pois tal realidade, se fortaleceu com o governo de Jair Bolsonaro.

Essa desmobilização na política pública, em especial no Sistema Único de Saúde refletiu diretamente nas ações e serviços ofertados aos usuários do como também nas condições de trabalho dos profissionais e consequentemente na saúde mental dos mesmos. Neste sentido, é absolutamente preciso refletir a interferência da ideologia neoliberal na política de saúde, recrudescendo o fim da esfera dos direitos, que tem tornado, dentre todas as outras instâncias, necessidade do aligeiramento de uma revolução passiva, bem como, reflete a teoria marxista, frente aos moldes sociedade contemporânea.

Como já sinalizado, o projeto foi um grande parceiro nas ações interventivas com a população em situação de rua. Inicialmente a equipe realizou um mapeamento similar ao realizado em 2015 pela SEDES, em resposta à Defensoria Pública Estadual, porém mais de forma mais detalhada e com foco na aproximação com as demandas de saúde. Esse processo de ambientação foi de suma importância para o processo de vinculação com os usuários e

comunidade geral. Foi possível identificar e descrever características físicas, locais de aglomeração, formas de uso e horários de ocupação, bem como a realização do cadastro oficial do público ao banco de dados da equipe. Importante salientar que trabalho inicial foi apoiado por um supervisor, conforme exposto:

No começo do trabalho da equipe, a Secretaria de Saúde (SEMUS) optou por contratar um supervisor/apoiador para auxiliar na implementação e construção dos processos de trabalho. Tendo em vista que o município não tinha experiência de trabalho com a PSR no setor da saúde, nem profissionais com qualificação específica para este tipo de demanda. Neste começo foram realizadas, no espaço da supervisão, oficinas temáticas a respeito das características da PSR e do trabalho em saúde voltado a esta população. (NUNES; SANTOS; SIMÕES, 2021, p. 376).

Associada às aproximações através das oficinas, os autores afirmam que as ações foram sendo qualificadas e ampliadas com base em estudos, discussões de casos e oficina direcionados pautados nos princípios e diretrizes de guias, manuais e políticas voltadas à população em situação de rua, como: Política Nacional de Atenção Básica, Saúde da População em Situação de Rua, Manual sobre o cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua, Guia do Projeto Consultório de Rua, portaria da Rede de Atenção psicossocial, dentre outros.

Com o novo mapeamento, foram cadastradas/vinculadas 38 usuários à equipe do Consultório na rua, distribuídos em 23 pontos da capital, 8 pontos a mais dos que foram mapeados pela SEDES em 2015. O quantitativo populacional saltou de 38 para 114 pessoas cadastradas em 2017, representando uma taxa de crescimento de 200%. Diante desse aumento, Palmas se enquadrou no critério populacional e foi credenciada a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS) através da PORTARIA Nº 1.740, DE 12 DE JULHO DE 2017.

Para as equipes de Consultório na Rua poderem se credenciar ao Ministério da Saúde e receber incentivo, requer uma população de pelo menos 80 (oitenta) pessoas em situação de rua. O credenciamento é essencial para o recebimento de incentivos de custeio com periodicidade da transferência mensal, caso não exista nenhuma irregularidade que motive a suspensão.

Inicialmente foi instituída a equipe de modalidade III, a mais completa dentre as modalidades previstas, sendo composta por profissionais das seguintes categorias: Medicina, enfermagem, serviço social, técnico de enfermagem, agente saúde, odontologia e psicologia. Esta modalidade tinha uma maior cobertura nas intervenções, considerando a capacidade técnica e a abrangência de procedimentos realizados in loco sem a necessidade imediata das

unidades de saúde. A Figura 7 ilustra um atendimento odontológico realizado quando a modalidade da equipe compunha dentista.

Figura 7: Atendimento odontológico



Fonte: Redação Semus (2018).

Em 2019 a equipe passou para a modalidade I, perdendo três categorias profissionais (medicina, psicologia e odontologia). Não há nenhum comunicado oficial sobre essa mudança, entretanto, como a equipe foi credenciada para receber incentivo financeiro do Ministério da Saúde como equipe de modalidade I, e o município precisava complementar o orçamento para a manutenção dos salários e demais despesas da equipe, decidiu-se por dar continuidade com a equipe mínima conforme foi credenciada.

Paralelo a isso o país passava por um subfinanciamento das políticas públicas, em especial a política de saúde em decorrência do congelamento dos gastos através da Emenda Constitucional 95, implementada durante o governo de Michel Temer e mantida pelo governo de Jair Bolsonaro, que estabeleceu um novo regime fiscal nos orçamentos, vindo a refletir na descontinuidade e sucateamento vários serviços públicos, resultando em uma série de agravos à população mais desfavorecida. Assim, acredita-se que o CNR tenha sido um dos serviços afetados pelo regime do Teto dos Gastos Públicos.

Em 2022, a DPE-TO através O Núcleo Aplicado de Minorias e Ações Coletivas (Nuamac), tensiona o município novamente com a recomendação a Prefeitura implantar

políticas públicas voltada às pessoas em situação de rua na Capital, dentre as medidas recomendadas estavam a disponibilização de um local para banho e higienização pessoal masculino e feminino nas diferentes regiões da cidade; entrega de kits de higiene, ampliação da equipe de Consultório na Rua para modalidade III em caráter de urgência, e ainda a organização de um mutirão de atendimento à população em situação de rua para emissão de documentos de identificação pessoal.

No entanto, apenas as medidas menos urgentes e que demandam menor custo financeiro foram atendidas. A entrega de kits de higiene pessoal já realizada periodicamente pelo Consultório na rua, em relação aos banheiros, os usuários utilizam os banheiros de instituições públicas, postos de gasolina, de praças e até mesmo de bares, quando não são barrados pela instituição ou pelos donos dos estabelecimentos privados.

### 5.1.2 Perfilamento sociodemográfico da população em situação de rua atendida pela equipe do Consultório na Rua

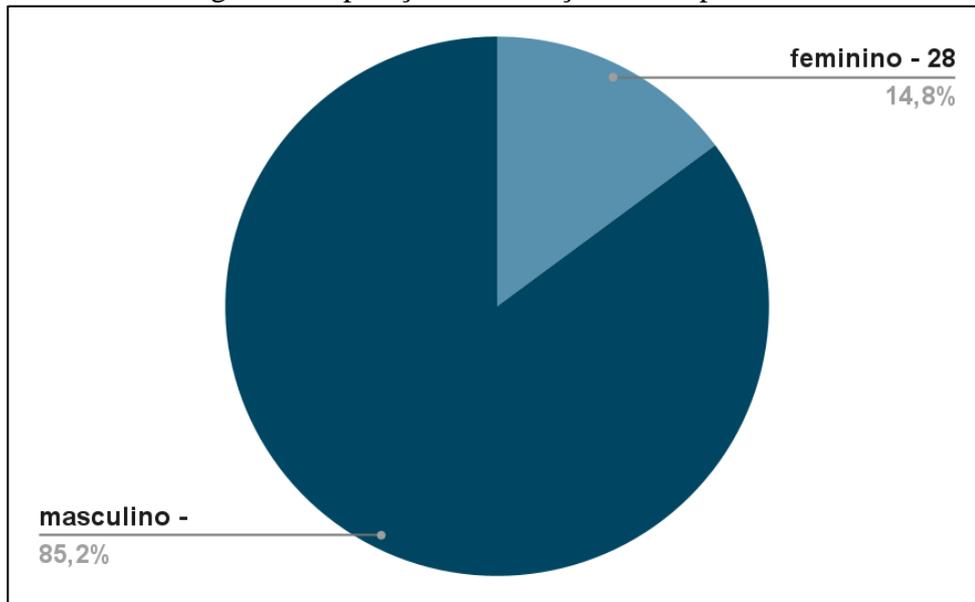
Como já sinalizado, a ausência de bancos de dados oficiais atualizados sobre a população em situação de rua é uma realidade brasileira, o que torna esse fenômeno ainda mais invisível. Tal realidade reflete na dificuldade de abordagem e cobertura por políticas públicas de inclusão e proteção. Em Palmas, os serviços que auxiliam na divulgação desses dados são o Consultório na rua, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), bem como os Centros de Referência da Assistência Social (Cras). A falta de um CEP não significa apenas a falta de moradia, sobretudo, a invisibilidade e perda da dignidade.

Nesse sentido, para apresentar o perfil deste segmento populacional de Palmas, utilizou-se o Relatório de cadastro individual da população atendida pelo serviço disponibilizado pela secretaria municipal de saúde emitido em abril de 2023, após submissão e parecer favorável da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP). Tal relatório consta dados relacionados ao número de pessoas em situação de rua cadastradas pela equipe do Consultório na Rua, faixa etária, sexo, escolaridade e tempo em situação de rua. Vale frisar que o perfil da população em situação de rua do município de Palmas, não difere muito das características apontadas em estudos nacionais apresentadas no referencial teórico deste estudo.

Atualmente, constam 189 pessoas cadastradas na equipe do Consultório na Rua, das quais 161 são do sexo masculino e 28 do sexo feminino (SEMUS, 2023). Vale ressaltar que esse quantitativo pode ser maior, se levado em consideração a subnotificação e os critérios de cadastramento. Por se tratar de uma população com característica migratória, o usuário precisa

ser acompanhado por 90 dias pela equipe para que seja cadastrado como pessoa em situação de rua do município de Palmas. Tal requisito não interfere na oferta de cuidado pelos serviços da rede, apenas não contabiliza como pessoa residente no território palmense neste período de 3 meses.

Figura 8: População em situação de rua por sexo



Fonte: elaboração própria, baseada nas informações da Secretaria Municipal de Saúde (2023).

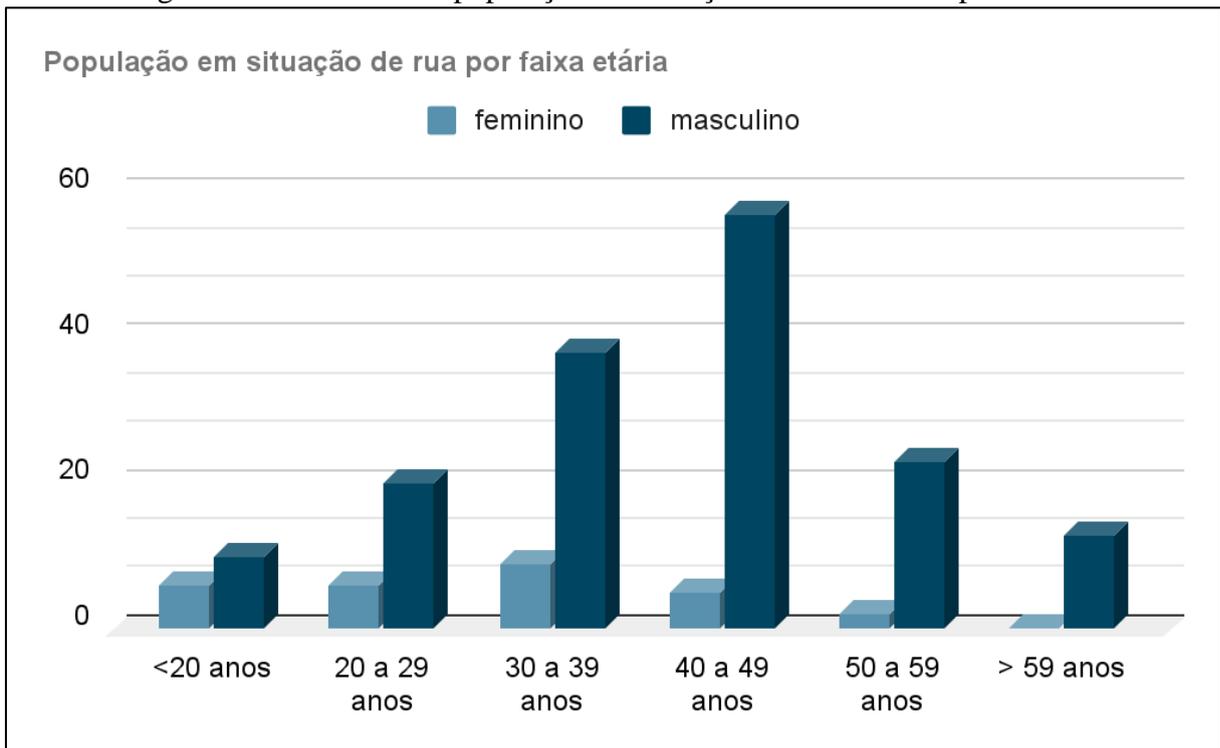
A Figura 8 expressa uma predominância masculina na utilização das ruas como “moradia” em Palmas, tal realidade corrobora com o contexto nacional e está diretamente relacionada a fatores culturais que atribui ao homem a responsabilidade de garantir o sustento da família, sendo apenas um exemplo do que os estudos apontam como fatores que levam as pessoas a terem as ruas como única opção, sobretudo o sujeito do sexo masculino. Neves (1983) aponta que estruturalmente a organização familiar atribuiu ao homem o papel de trabalhador e provedor, e quando a incapacidade da função de membro produtivo em exercer os papéis cobrados socialmente, torna-se um dos motivos para a situação da “mendicância”.

Assim como a utilização do termo morador de rua não é recomendado, como já sinalizado neste estudo, por excluir os grupos que pernoitam em unidades de acolhimentos, os que passam pequenos espaços de tempo na rua, bem como para que não haja uma naturalização social do fato, também não é recomendado a utilização da palavra mendigo para se referir a pessoa em situação de rua, dado que é uma palavra que remetem a dois significados. Mendigo é palavra originária do latim (*mendum*), que significa defeito, que era utilizada nas pessoas em situação de rua com mutilações ou por portar alguma deficiência (PEREIRA, 2010).

O segundo ponto é que o termo mendigo, pedinte, remete a pessoas que pedem dinheiro e que vive de doação e caridade, entretanto, o censo da população em situação de rua de 2020, realizado na cidade do Rio de Janeiro, apontou que apenas 3,3% dos entrevistados obtêm renda por essas vias. Outra pesquisa realizada pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS, apontou que apenas 8,8% pediam dinheiro e/ou alimentos, os demais desenvolviam atividades de reciclagem, comércio ambulante, ajudantes gerais, carga e descarga de materiais, distribuição de panfletos, construção civil, lavadores e guardadores de veículos, serviços de limpeza ou com faxinas, atividades artísticas sexuais (SMADS, 2019). Portanto, a palavra mendigo e morador de rua devem ser evitadas.

Retomando os dados do relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, em termos percentuais, em 2023 a faixa etária se concentrou entre 30 a 49 anos, sobretudo entre 40 a 49 anos, conforme mostra a Figura 9.

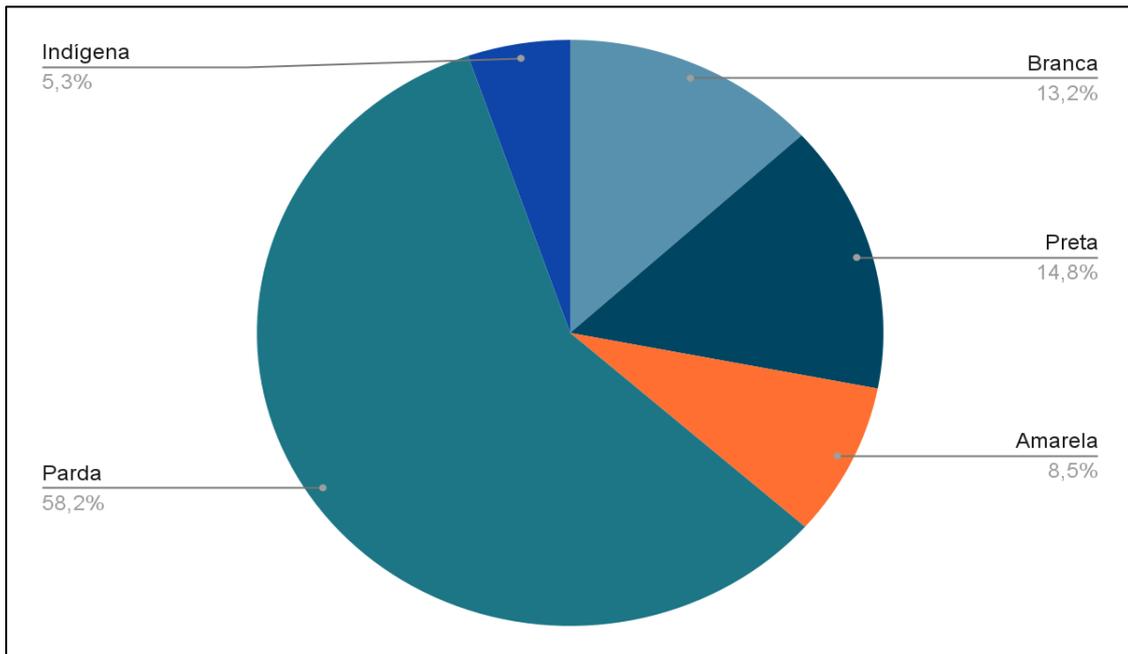
Figura 9: Faixa etária da população em situação de rua atendida pelo CNR



Fonte: Elaboração própria, baseada nas informações da Secretaria Municipal de Saúde (2023).

No que tange a raça/cor, considerando a autodeclaração no ato do cadastro, 25 pessoas se declararam brancas, 28 pretas, 16 amarelas, 110 pardas e 10 indígena.

Figura 10: Caracterização da população em situação de rua de Palmas por raça/cor



Fonte: Elaboração própria, baseada nas informações da Secretaria Municipal de Saúde (2023).

A Figura 10 ilustra um aspecto comum em relação à prevalência de pretos e pardos em relação às demais. As pessoas pardas e pretas são mais expostas às condições de subalternidade em todas as estruturas da sociedade, o que reafirma que a pobreza e o racismo no Brasil estão diretamente interligadas. Dados do IBGE (2019) apontam que

[...] a população negra representa parcela significativa de comunidades tradicionais, quilombolas, ribeirinhas, de pescadores artesanais, dos que vivem em situação de rua, das pessoas privadas de liberdade, das que vivem na extrema pobreza e em domicílios que não respondem aos padrões de habitabilidade, que não contam com abastecimento de água e/ ou esgotamento sanitário como nasfavelas, daqueles que apresentam menores rendimentos ou sobrevivem da informalidade; dos que dependem do lixo de natureza reciclável ou não; das empregadas domésticas; cuidadoras de idosos, dos idosos negros, dos que estão em situação de insegurança alimentar; que têm dificuldades de acesso à serviços e equipamentos de saúde, assistência social e educação (IBGE, 2019).

Destarte, insta frisar que não se trata de uma realidade atípica o fato da população negra representar um percentual significativo da população em situação de rua. Diversas pesquisas brasileiras demonstram a relação entre raça/cor da pele e exclusão social, evidenciando as diversas vulnerabilidades a que o sistema capitalista expõe as classes mais pobres. O processo histórico de discriminação enraizada na sociedade, colocou a população negra em desvantagens em diversos âmbitos, sejam eles políticos, econômicos, culturais e nas relações cotidianas.

Quanto ao tempo em situação de rua, dos 180 cadastrados, evidencia-se que a maior parte tem entre 1 a 5 anos vivendo nas ruas da capital dos cadastrados (115), seguido de 53 pessoas que estão de 6 a 12 meses nesta condição, 44 com mais de 5 anos, 16 com menos de 6 meses.

Figura 11: Tempo aproximado em situação de rua

<b>Cidadão em situação de rua - Tempo em situação de rua</b>		
<b>Descrição</b>		<b>Quantidade</b>
Deseja informar?	Sim	180
	Não	7
Menos de 6 meses		16
6 a 12 meses		53
1 a 5 anos		115
Mais de 5 anos		44

Fonte: SEMUS (2023).

Em relação ao nível de escolaridade, 124 tem ensino fundamental, 21 ensino médio completo, 2 ensino superior completo e 36 não informaram no momento do cadastro. O baixo grau de escolaridade é um fator importante a ser analisado como dificultador da superação do contexto das ruas.

Tabela 1: Escolaridade da população em situação de rua

Ensino fundamental 1 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup> série	27
Ensino fundamental 5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> série	75
Ensino fundamental completo	22
Ensino fundamental EJA	2
Ensino médio	14
Ensino médio EJA (supletivo) 7	7
Superior	2
Não informado	36

Fonte: elaboração própria com base no relatório de cadastro individual SEMUS (2023)

Considerando os dados supracitados, o perfil sociodemográfico da população em situação de rua de Palmas-TO é composta majoritariamente por homens adultos entre 30 a 49 anos, 73% se auto declararam como pretos ou pardos com baixo grau de escolaridade e idade economicamente ativa, além disso a maioria advém de camadas sociais desfavorecidas.

A fonte de renda advém de benefícios assistenciais, trabalhos informais como guardador de veículos, reciclagem, venda ambulante e trabalhos artesanais. Ocupam vários pontos da cidade, como praias, praças, debaixo de pontes, margens de córregos, terminal rodoviário, estações de transporte público e barcos.

### 5.1.3 Dinâmica operacional do Consultório na Rua no município de Palmas

Atualmente, o estado do Tocantins conta com duas equipes de CNR, as quais compõem a modalidade I, localizadas nas cidades de Palmas e Araguaína. A equipe de Palmas é composta por quatro profissionais, sendo dois profissionais de nível superior, um de nível técnico e um de nível médio (assistente social, enfermeira, técnica de enfermagem e agente de ação social). Por fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial, o CNR compõe um dos cenários de práticas do programa de residência multiprofissional em saúde mental, portanto, a equipe, através da preceptora, contribui na formação e recebe o apoio de residentes de várias categorias profissionais, como enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, profissional de educação física e psicólogo/a.

A equipe é lotada na Unidade de Saúde da Família Isabel Auler, onde dispõe de uma sala destinada a reuniões de equipe e guarda de insumos e materiais de trabalho. Entretanto, a atuação é itinerante e realiza atendimentos in loco em toda a cidade de Palmas e seus distritos. Os atendimentos são realizados na rua, margens de rios, embaixo de árvores, bancos de praças e onde mais o usuário estiver, conforme a Figura 12, a seguir.

Figura 12: Atendimento realizado em praça pública



Fonte: SEMUS (2021).

Por ser uma equipe móvel, todas as unidades de saúde, independente de sua localização dá suporte para equipe em casos em que demandam um atendimento mais específico, como consulta médica, exames laboratoriais, curativos de maior complexidade, dentre outros procedimentos que na rua fique inviável de realizar.

Outros serviços como a Unidade de Pronto Atendimento e Hospital Regional, são pontos da rede considerados retaguarda do Consultório na Rua. Quanto aos serviços da rede intersetorial, o serviço conta com os Centros Especializados de Referência de Assistência Social (CREAS), Centro Referência de Assistência Social (CRAS), seguidos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Institutos de Identificação, Defensoria Pública, dentre outros.

Para a realização dos atendimentos, a equipe dispõe de um transporte automotivo de 7 lugares (Doblô), sendo 5 destinados aos profissionais e 2 lugares para transporte de usuários (quando avaliado necessidade), além de medicações, garrafa de água e insumos, como escova de dente, pasta dental, sabonete, máscaras e preservativos. Materiais de suma importância nas estratégias de redução de danos.

Figura 13: Entrega de produtos de higiene e preservativos a PSR



Fonte: SEMUS (2021).

As práticas interventivas do CNR tem como premissa a redução de danos, a qual deve ser transversal a todo o processo de cuidado. A entrega de produtos de higiene, incentivo a hidratação oral, fomento ao uso de preservativo nas relações sexuais, orientações a respeito dos riscos do compartilhamento de seringas para o uso de drogas, bem como a sensibilização a redução do uso de álcool e outras substâncias são estratégias de redução de danos que a equipe protagoniza.

O veículo destinado ao transporte da equipe segue a recomendação nacional do Manual de Identidade Visual do Consultório na Rua, assim como os demais acessórios utilizados, como jalecos, bonés e mochilas, devem seguir um padrão de cores e modelos que tem a função de ordenar e padronizar o signo que distingue e diferencia o serviço, conforme a Figura 14 abaixo.

Figura 14: Identidade visual do Consultório na Rua



Fonte: BRASIL, (2012).

As imagens são oriundas do Manual de Identidade Visual pactuado nacionalmente para todas as equipes de CNR. Não há obrigatoriedade de seguir o modelo do carro da imagem supracitada, a escolha vai depender da necessidade de cada local. Em Palmas, quando a equipe foi instituída, em 2016, o veículo utilizado era uma minivan por ter uma capacidade maior e pela equipe compor mais profissionais, mas atualmente o veículo utilizado é uma Doblô.

Como já mencionado, o acolhimento e estabelecimento de vínculo é eixo central nas abordagens do CNR, e a utilização do carro identificado e do jaleco é um ponto importante para esse processo, os quais facilitam a identificação da equipe, o que transparece confiança ao público atendido e aos serviços. O uso do uniforme é a identidade do serviço, todos o reconhecem pela cor azul marinho e a identificação com o nome da equipe evidenciada na parte da frente e atrás do jaleco. Percebe-se que o uso é indispensável para segurança dos usuários como da própria equipe, visto que em diversos momentos, locais como pontos de tráfico de drogas são adentrados.

Considerando que o veículo é o dispositivo essencial no trabalho da equipe, o mesmo fica mais exposto a proliferação de fungos, vírus e bactérias devido ao “desce e sobe” dos profissionais que muitas vezes realizam atendimentos em ambientes insalubres, como também pelo transporte de usuários constantemente. Assim, o Procedimento Operacional Padrão do Consultório na Rua de Palmas - POP, estabelece que seja realizada a desinfecção do veículo com fricção mecânica nos bancos de transporte de paciente e maçanetas com pano/compressa embebido com álcool 70% a cada remoção/transporte de paciente. Em relação aos itens de plástico, determina que a limpeza seja com água e sabão duas vezes ao dia, e que o carro passe por lavagem completa por pelo menos uma vez na semana (POP, 2022).

As abordagens acontecem de segunda a sexta, das 07h às 13h, com ponto de encontro na unidade de saúde em que a equipe é vinculada. No período vespertino, fica sempre um profissional e um motorista sobre aviso através do celular institucional para atender as demandas que surgirem e/ou que tiverem programadas. Esse formato de atendimento é uma estratégia de contemplar a determinação da política Nacional de Atenção Básica e demais portarias que tratam do CNR, de que o funcionamento deve ser adequado às demandas. Periodicamente, a equipe realiza abordagens noturnas com o objetivo de ampliar o atendimento a usuários que não são localizados no período diurno e também aos fins de semana com ações planejadas.

Trino e Rodrigues (2012) pontuam que no trabalho em equipe é primordial haver momentos de reuniões, planejamentos e discussões de casos, deste modo, para facilitar o processo de trabalho e gerenciamento das demandas que chegam através dos serviços da rede de saúde e da rede intersetorial, familiares, ou por buscas ativas, as atuações da equipe são precedidas de reuniões semanais - sexta-feira pela manhã - para construção do planejamento e discussão de estratégias de atendimentos ou articulações. Nesse planejamento é exposto todas as demandas que deverão ser realizadas em cada dia, desde administração de medicações até o acompanhamento de algum paciente com autonomia reduzida até algum serviço.

O primeiro contato e a aproximação com a pessoa em situação de rua é o desencadeador das relações que se estabelecerão entre equipe e usuários, sendo essencial que o profissional esteja aberto ao contexto de vida e demandas das pessoas atendidas. Quando se trata de população em situação de rua (PSR), a sensibilidade, a escuta qualificada e manejo no acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado, tendo em vista contexto histórico de exclusão dessa clientela dos serviços de saúde. O Manual de Normas e Rotinas do CNR de Palmas sinaliza que

[...] todos os profissionais da equipe do consultório na rua são responsáveis por acolher o usuário e assim avaliar a sua demanda de saúde e realizar os devidos encaminhamentos (aos profissionais e/ou outros serviços da atenção) deve ser acolhido por todos os profissionais do serviço sendo posteriormente orientado, encaminhado ou até mesmo levado aos serviços necessários quando a equipe avalia o grau de autonomia do sujeito com o intuito de garantir o cuidado. A escuta deve estar pautada num atendimento humanizado, levando em consideração os discriminantes para a definição de prioridade de atendimento. (PALMAS, 2022).

Os atendimentos consistem em procedimentos que visem à promoção e prevenção da saúde e configura basicamente em avaliações clínicas, curativos, aferição de pressão arterial, administração de medicamentos orais e injetáveis, distribuição de produtos de higiene, acompanhamento em serviços da rede de saúde e da rede intersetorial, articulação com serviços

para viabilizar documentos pessoais, passe livre, orientação sobre cuidados em saúde e sobre os serviços assistenciais. Demandas referentes a orientações e encaminhamentos a respeito de habitação, alimentação, benefícios eventuais, Benefício de Prestação Continuada, e cursos profissionalizantes também são frequentes no cotidiano profissional inserido na equipe do CNR.

Figura 15: Equipe em atendimento de enfermagem e serviço social



Fonte: SEMUS (2019).

Outra demanda presente nos atendimentos é a de alimentação, que reflete diretamente na saúde dos usuários. A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social custeia o almoço de segunda a sexta através dos restaurantes comunitários, Teresa Cristina Aires, localizado na região norte da cidade e o restaurante Popular de Taquaralto, no sul da capital. A viabilização é facilitada com a parceria do CNR que em conjunto com o CREAS realiza cadastros das pessoas em situação de rua que solicitam acesso a alimentação gratuita.

É evidente que as intervenções dependem da articulação intrasetorial e intersetorial para promover os direitos fundamentais básicos. Dos serviços intrasetoriais que a equipe está em constante articulação estão os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tanto o voltado para álcool e outras drogas (CAPS AD), como o destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (CAPS 2), uma vez a maioria das pessoas em situação de Palmas tem problemas em decorrência do uso de substâncias psicoativas e/ou problemas psiquiátricos.

A construção de ações interdisciplinares e intersetoriais é uma prerrogativa prevista para dar respostas às demandas dessa população que depara cotidianamente com a violação dos direitos fundamentais básicos em seus diversos contextos. Esta dinâmica é o reflexo de uma sociedade exploradora e está marcada por um contexto histórico de desigualdades, estigma, pauperização e marginalização (LANCETTI, 2015).

A articulação com a rede não se limita às demandas dos usuários em si, mas de todos os fatores que os envolvem. Em Palmas, é comum que as pessoas em situação de rua tenham animais de estimação, Queiroz (2010), afirma que os animais representam fonte de afeto e lealdade, especialmente com os cães, que também desempenham um papel protetivo em razão da vulnerabilidade à qual estão suscetíveis. Por outro lado, os animais podem representar riscos e agravos à saúde deste público se infectado por alguma doença.

Portanto, conforme matérias publicadas pela secretaria de saúde, o CNR tem uma articulação constante com a Unidade de Controle Vetorial e Zoonoses (UVCZ) para a realização de vacinação contra a raiva e testagem para detecção da leishmaniose visceral (calazar) de cães e gatos da população em situação de rua da capital. Ao todo, 45 animais foram imunizados e testados em 2022.

Figura 16: Vacinação antirrábica e testagem para leishmaniose de cães e gatos da população em situação de rua de Palmas



Fonte: SEMUS (2022).

Para alcançar resultados mais amplos referentes aos direitos sociais em sua integralidade, é evidente a necessidade que a rede caminhe em harmonia, conforme Yazbeck (2014):

A intersetorialidade deve considerar: A articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à Proteção Social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas. Supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Envolve a agregação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns e deve ser princípio orientador da construção das redes municipais. (Yazbeck, 2014, p. 98).

Nessa perspectiva, é imperioso destacar a potência da prática profissional sob o viés intersetorial e interdisciplinar. Japiassu (1976) afirma que a interdisciplinaridade é caracterizada pela intensidade de trocas de conhecimento entre os especialistas e também pelo grau de integração das disciplinas. Por sua vez, Japiassu e Marcondes (2001) no Dicionário

Básico de Filosofia, definem interdisciplinaridade como:

[...] um método de pesquisa e de ensino suscetível de fazer com que duas ou mais disciplinas interajam entre si. Esta interação pode ir da simples comunicação das idéias até a integração mútua dos conceitos, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa. Ela torna possível a complementaridade dos métodos, dos conceitos, das estruturas e dos axiomas sobre os quais se fundam as diversas práticas científicas. (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2001, p. 106).

É essencial desconstruir a ideia de que equipe ao desenvolverem atividades e ou ações em conjunto, com um mesmo objetivo, leva a diluição de suas particularidades profissionais. Iamamoto (2002, p. 41) considera que “[...] são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. Assim, a integração dos saberes contribui de forma positiva para a construção de estratégias que contemplem a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde da população em situação de rua.

Todos os espaços ocupacionais têm seus desafios quanto aos processos de trabalho, estrutura e dinâmica operacional. No Consultório na Rua não seria diferente, a equipe enfrenta dificuldades quanto à inexistência de serviços essenciais, como os albergues, Centro POP, casa de passagem ou outro serviço socioassistencial do gênero. Além da dificuldade de garantir a alimentação do prontuário eletrônico do paciente, dado que a estrutura do serviço inviabiliza as evoluções em tempo hábil devido a falta de recurso tecnológico à disposição e acesso à internet em determinados locais. Com isso, a equipe faz uma escala semanal dos profissionais que vão para a assistência e os que ficam em trabalho administrativo para garantir que os atendimentos sejam registrados e os instrumentos de trabalho construídos.

Outro desafio enfrentado pela equipe é o tensionamento do sistema de justiça, sociedade civil e familiares para a realização de internações compulsórias/involuntárias, apesar da equipe não dispor de médico, profissional habilitado para indicar tal intervenção. A Resolução N° 08, de 14 de agosto de 2019, em seu inciso 4º orienta que internação compulsória e/ou involuntária em ambiente hospitalar, deve ser uma medida tomada apenas por um curto prazo, justificando-se apenas quando o dependente apresentar crise severa ou risco para si ou para os (as) demais. Somando-se a estes fatores, estas internações devem ter curta duração, não produzindo institucionalização Assim, para intervenções desta natureza, a equipe se norteia nas leis, portarias e resoluções sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

Em casos de pacientes em crise ou surtos psicóticos, quando avaliado a representação de riscos para o usuário ou para terceiros, tendo esgotado os recursos extra-hospitalares, o

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e algum serviço da segurança pública (polícia, corpo de bombeiros, guarda metropolitana) são acionados para realizar o procedimento conforme fluxo estabelecido pela gerência de saúde mental municipal.

Esses tensionamentos estão alinhados com a “limpeza urbana das ruas” que valoriza o campo imobiliário e clínicas particulares, em especial as comunidades terapêuticas, com a retirada em massa das pessoas das ruas. Importante ressaltar o repúdio da pesquisadora a todas as formas de intervenção arbitrária e violenta que, em nome da saúde e da segurança, violam de todas as formas possíveis os direitos humanos. As políticas de internação voluntária e compulsória têm apresentado cada dia mais, um caráter perverso e autoritário. Não é por meio de uma política higienista e de exclusão social que se trata um problema de política pública.

Somando-se a esses elementos, considera-se importante destacar que apesar de não ser corriqueiro, a equipe se expõe a alguns riscos no cotidiano de trabalho, como risco de picada por animais peçonhentos ao adentrar matas, margens de rios e locais de difícil acesso. Além de eventuais ameaças, manejo de usuário em situações de crises e surtos psicóticos e a complexidade de acessar usuários que ficam em pontos de tráfico, expressam os desafios da atuação da equipe na rua, entretanto o estabelecimento de vínculo e confiança entre o serviço e o usuário é essencial para reduzir tais intercorrências.

Desvelar as expressões da questão social no cotidiano do trabalho na equipe do Consultório na Rua, posicionando-se a favor dos interesses das pessoas em situação de rua é estar em enfrentamento constante, principalmente por se tratar de uma população estigmatizada e marginalizada. Nesse contexto, o assistente social é profissional necessário nesse espaço para lutar e estimular a participação social pela garantia do direito social à saúde, ao princípio da equidade e justiça social, viabilizando o acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição da equipe do Consultório na Rua em Palmas foi sem sombra de dúvida um grande avanço no olhar sobre a população em situação de rua, no entanto, há muito que alcançar no que diz respeito a investimento na ampliação da equipe para a modalidade III e da rede socioassistencial como um todo, recursos materiais e humanos, maior visibilidade do trabalho, valorização profissional, bem como a acessibilidade aos serviços da rede de atenção à saúde como os demais da rede intersetorial para uma melhor cobertura e resolutividade nas ações desenvolvidas pela equipe.

Faz-se necessário a implementação de serviços essenciais como o Centro POP, albergues, casas de passagens, dentre outros serviços inexistentes até o momento no município, além do fortalecimento da rede visando a interligação e a potencialização do trabalho em conjunto em benefício do usuário, além de contínua capacitação dos profissionais que estão atuando na assistência das pessoas em situação de rua.

A partir das evidências apresentadas, é possível afirmar que as que levam as pessoas à situação de rua são heterogêneas, dessa forma, a atuação profissional deve estar pautada numa visão ampliada da problemática apresentada, não restringindo somente ao usuário, mas em todo o contexto, e isso quer dizer que a articulação familiar é essencial, no sentido de acolher a angústia dessa família sem julgamentos, e criar juntos, estratégias para o restabelecimento de vínculo “na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (CFESS, 2010, p. 45). Portanto os sujeitos não devem ser olhados somente pelo viés da “loucura e da drogadição”.

A população em situação de rua é uma das mais invisibilizadas e discriminadas entre os grupos de populações vulneráveis, além de está em constante crescimento, decorrente principalmente da crise econômica, sanitária, desemprego e perda de renda. Como já sinalizado, é um público multifacetado, há também pessoas nesta situação por conflitos familiares, problemas de saúde, drogadições e também por uma filosofia de vida. O que interliga essa população é o descaso, a violência e violações de direitos em seus diversos contextos, a dificuldade de acesso aos bens e serviços, seja pela invisibilidade por não portar documentos pessoais e automaticamente não ser considerado cidadão de direitos, seja pelo estigma atribuído ao adentrar nos diversos espaços públicos.

O CNR assume um papel importante na viabilização do acesso a esse público aos serviços da rede, por meio do vínculo, da escuta qualificada com valorização e respeito às

diversas situações de vida e saberes, além do estabelecimento de confiança junto a essa população.

As intervenções são baseadas em pressupostos da redução de danos, contribuindo com um olhar singular sobre as causas do sofrimento humano e sensibilizando os usuários sobre os possíveis riscos e danos a que estão sujeitos. As ações têm como objetivo promover reflexões sobre o lugar/posição que a droga ocupa na vida das pessoas, sem adotar uma postura preconceituosa e estereotipada em relação ao usuário de drogas.

A conformação da população em situação de Palmas é majoritariamente composta por homens adultos entre 30 a 49 anos, pretos ou pardos com baixo grau de escolaridade e em sua maioria advém de camadas sociais desfavorecidas. Os aspectos contextuais e conceituais apresentados propõem o reconhecimento da população em situação de rua como um grupo populacional está vinculado intimamente ao processo de desenvolvimento capitalista globalizado e à urbanização acelerada e desordenada.

Ademais, está inserida numa política que enfrenta contextos contrarreformistas continuamente é bastante desafiador, considerando a fragilidade refletida nos serviços ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde. Tal realidade afeta não só as condições de trabalho profissional, perpassa também pelo adoecimento mental dos mesmos. Nesse ínterim, a luta e a reflexão crítica sobre a interferência da ideologia neoliberal na política de saúde, que tem recrudescido o fim da esfera dos direitos, é necessária e urgente.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Deidvid de. **Consultório na rua: atuação dos profissionais em Santa Catarina**. 2017. 261 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188763>. Acesso em: data.
- ALVES, Adriana Amaral Ferreira. **Assistência Social: história, análise crítica e avaliação**. Curitiba: Juruá, 2009. 318 p.
- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001, p. 167-176.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- ANDIDO, N. A. **Ação pastoral da Igreja Católica Apostólica Romana face ao direito à inserção social de pessoas em situação de rua**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.
- BARBOSA, José Carlos Gomes. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados**. Brasília: IPEA, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de L. de A. Rego e A. Pinheiro). Lisboa: Edições 70, ano. (Obra original publicada em 1977).
- BARROS, Nelson Filice de; HALLAIS, Janaína Alves da Silveira. **Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade**. Cidade: editora, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>. Acesso em: data.
- BENTO, Maria Aparecida. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In*: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida (Orgs.). **Psicologia do Racismo no Brasil: estudos sobre branqueamento e branquitude no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2009.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional básica do Sistema Único de Assistência social (NOB/SUAS)**, 2005.
- BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. 2008, Brasília. Disponível em: [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). Acesso em: 11 mar. 2021.
- BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009** que institui a política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento e d´outras providências. Disponível em:

[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). Acesso em: 11 mar. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: [bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: data.

BRASIL. **Manual de Identidade Visual do Consultório na Rua**. Versão 1.0 - 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_aplicacao\\_visual\\_consultorio\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_aplicacao_visual_consultorio_rua.pdf). Acesso em: 27 ago. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [https://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2019/09/9\\_CNS\\_466\\_12.pdf](https://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2019/09/9_CNS_466_12.pdf). Acesso em: data.

BRASIL. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td\\_2246.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf). Acesso em: data.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil**. IPEA, 2022. Disponível em: [População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil - Ipea](#). Acesso em: 1º jul. 2023.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 13 ago. 2023.

BORYSOW, Igor da Costa. **O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua**. 2018. ... f. Tese apresentada a faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: [Igor da Costa Borysow.pdf \(usp.br\)](#). Acesso em: 8 jul. 2023.

BULLA, L. C.; MENDES, J. M. R.; PRATES, J. C. (Orgs.). **As múltiplas formas de exclusão social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

BURSZTYN, Marcel. **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003

CARDOSO, A. S.; LEMOS, A. S.; MOREIRA, P. B.; MIRANDA, M. A. **Tríade sujeito-substância-ambiente uma leitura psicanalítica**. Cidade: editora, ano.

COUTO, B. R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2008.

COSTA, Ana Paula Motta. **População em situação de rua: contextualização e**

**caracterização. Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 1-15, 2005.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução de Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Otávio Crus Neto; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade - Petropolis**, R: Vozes, 1994.

SCOREL, S. **A saúde das pessoas em situação de rua**. In: CUNHA, J. V. Q.; RODRIGUES, M. (Orgs). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: editora, 2009, p. 111.

MINAYO, Nome. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petropolis: Vozes, 1994.

ESCOHOATO, A. **Historia General de las Drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1998.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade: Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

FELINTO, Gustavo Machado. **O Consultório na Rua e a produção de cuidado à população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro**. 2017. 177 f. Disponível em: [ve\\_Gustavo\\_Machado\\_ENSP\\_2017.pdf](#) (fiocruz.br). Acesso em: 8 abr. 2023.

GOHN, Maria da Glória. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago. 2004. Disponível em: revista 13.2\_10 (scielo.org). Acesso em: 6 jul. 2023.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

JAPIASSÚ, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

J. R. , Sá-Silva; C. D. Almeida and J. F. Guindani. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, ano. I, n. I, jul. 2009.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KRAN, F.; FERREIRA, F. P. M. **Qualidade de vida na cidade de Palmas - TO: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos**. Ambiente e Sociedade, Campinas, v. 9, n. 2, p. 1-33, jul./dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2006000200007>. Acesso em: 27 de junho 2023.

KUNZ, G. S. *et al.* Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, set./dez. 2014.

LANCETTI, Antonio. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais.Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2006.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **A pesquisa em Serviço Social**. Produção do conhecimento e intervenção profissional. 2º ENCONTRO DE PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço social**: identidade e alienação. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

WANDERLEY, M. B; MARTINELLI, M. L; Paz, R. D. O. **Intersetorialidade nas Políticas Públicas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 137, p. 7-13, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.198>. Acesso em: data.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec. 1999.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O capital [recurso eletrônico]**: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. Disponível em: [o-capital-livro-1.pdf](https://o-capital-livro-1.pdf) (ufscar.br). Acesso: 24 jun. 2023.

MARANHÃO, César Henrique. **Acumulação, trabalho e superpopulação**: crítica ao conceito de exclusão social. *In*: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **O mito da 93 assistência social**: ensaios sobre Estado, política e sociedade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MATOS, Anna Carolina Vidal. **A atuação dos consultórios na rua (CnaR) e a atenção à saúde da população em situação de rua**. 2016. 198 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

MATTOS, R. M. **Situação de rua e modernidade**: a saída das ruas como processo de criação de novas formas de vida na atualidade. 2006. ...f. (Dissertação de Mestrado). Universidade São Marcos, 2006. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp011986.pdf>. Acesso em: data.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: o desafio do conhecimento.São Paulo: 1985. 64 p.

MONTAÑO, C. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. *Serviço Social & Sociedade*, n. 110, p. 270-287, 2012.

NASCIMENTO, A. C. P.; ROSA, C. M. **O paradigma ético-estético-político da clínica na produção de subjetividades**: o fazer clínico do Palmas que te acolhe. *Polêmica*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/51620>. Acesso em: 10 jul. 2020.

PAULO NETTO, José. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAULO NETTO, José. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS NETO, Artur Bispo dos. Dialética e Ontologia em Hegel e Marx. *Revista Espaço Acadêmico*, n. 120, edição especial 10 anos, p. 137-145, maio 2011.

SANTOS NETO, Artur Bispo dos. Crise do capital e consequências societárias. *Revista Serviço Social & Sociedade*, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, Mírian Gracie Plena Nunes de. **Consultório de rua**: relato de uma experiência. 2009. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador 2009. Disponível em: [consultorio\\_de\\_rua\\_relato\\_de\\_uma\\_experiencia.pdf](consultorio_de_rua_relato_de_uma_experiencia.pdf) (ufba.br). Acesso: 3 jul. 2023.

OLIVEIRA, Luciano Márcio Freitas. **Circulação e fixação**: dispositivo de gerenciamento dos moradores de rua de São Carlos e a emergência de uma população. 2012. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós graduação em sociologia, da Universidade Federal de São Carlos - 2012. Disponível em: <5606.pdf> (ufscar.br). Acesso: 8 jul. 2023.

PAZ, Rosangela Dias O. da; WANDERLEY, Mariangela Belfiore. **Intersetorialidade nas Políticas Públicas Serv. Soc. Soc.** n. 137, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/?lang=pt#>. Acesso: 5 fev. 2022.

PALMAS. Secretaria municipal de saúde. Núcleo de Comunicação em Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/janeiro-branco-e-roxo-consultorio-na-rua-e-csc-isabel-auler-promovem-acao-voltada-para-a-populacao-de-rua/23192/>. Acesso: 01 de julho de 2023.

PALMAS. Secretaria municipal de saúde. Núcleo de Comunicação em Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/prefeitura-de-palmas-leva-atendimento-a-caes-e-gatos-de-pessoas-em-situacao-de-rua/31449/>. Acesso: 01 de julho de 2023.

PEDROSA, Tacianna Bandim; SERRANO, Pablo Cáceres. Centro Pop e Intersetorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wCnNLRdNCNjWwynTq7tn6Ky/?format=pdf&lang=pt> &gt;. Acesso em: 8 fev. 2022.

PEDROSA, A. L.; DUARTE JÚNIOR, S. R.; OLIVEIRA, N. F. **Perfil da pessoa idosa vítima de violência intrafamiliar de um centro integrado de proteção e defesa de direitos em tempos de pandemia. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 6, p. 1-11, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/w9PYjJTLZdRqvH9YCrX6Cqm/?format=pdf&lang=pt>.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C. ; MACHADO, S. **Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. Temporalis**, Brasília, ano 11, n. 22, p. 191-215, jul./dez. 2011.

PITOMBEIRA, Delane Felinto *et al.* **Reflexões decoloniais sobre as relações entre pobreza e racismo no contexto brasileiro. Revista de Humanidades e Letras**, v. 5, n. 2, ano 2019. ISSN: 2359-2354. Disponível em: unilab (researchgate.net). Acesso em: 29 jun. 2023.

RONZANI, T.; FURTADO, E. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

QUEIROZ, R. S. O último vínculo: “moradores de rua” e seus cães na cidade de São Paulo. In: Magalhães VB, Rall V, editores. **Reflexões sobre a tolerância: direitos dos animais**. São Paulo: Humanitas; 2010. 191-196s.

SANTOS, Gilmar Trindade dos. **Políticas Públicas para a População em Situação de Rua**. Brasília, 2011. Disponível em:

<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3307/1/Gilmar%20Trindade%20dos%20Santos%20-%20Monografia%20versão%20definitiva.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

SERAPIONI, Mauro. **Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. Análise Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos, v. 26, n. 4, out./dez. 2019. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0002-5761-2660>. Acesso em: 6 jul. 2023.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. Brasília: editora, 2006.

SILVA, Tiago Lemões da. **A rua como espaço de interação social: um estudo antropológico das relações entre população em situação de rua e grupos caritativos. Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia**, cidade, v..., n. 29, 2011.

SMADS. **Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo**. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social – 2019. Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209\\_SMADS\\_SP.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf). Acesso em: 26 ago. 2023.

SEDES. **Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua: Centro Pop**. Secretaria de Desenvolvimento Social, 2020. Disponível em:

www.sedes.df.gov.br/centro-pop/. Acesso em: 8 mar. 2021.

**SEDES. Mapeamento da População em Situação de Rua - CREAS.** Secretaria Municipal de Desenvolvimento social. Centro de Referência de Assistência social, 2015.

**SEMUS. Mapeamento da População em Situação de Rua.** Secretaria Municipal de Saúde. Consultório na rua. Palmas, 2022.

**SEMUS. Equipe do Consultório na Rua promove rastreio de tuberculose em população vulnerável de Palmas.** Materia divulgada pela Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/equipe-do-consultorio-na-rua-promove-rastreio-de-tuberculose-em-populacao-vulneravel-de-palmas/28897/>. Acesso em: data.

**SEMUS. Procedimento Operacional Padrão do Consultório na Rua de Palmas – POP, 2022.**

**SEMUS. Manual de Normas e Rotinas da Equipe Consultório na Rua de Palmas.** Documento elaborado pelo CNR, 2022.

**SEMUS. A prefeitura de Palmas leva atendimento a cães e gatos de pessoas em situação de rua.** Materia divulgada pelo canal de comunicação da prefeitura de Palmas, 2022. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/equipe-do-consultorio-na-rua-promove-rastreio-de-tuberculose-em-populacao-vulneravel-de-palmas/28897/>

**SCHUCH, P. A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre.** Porto Alegre, 2012.

**SILVA, Maria Lucia Lopes da. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005.** Brasília: editora, 2006. 220 p.

**SILVA, Rony Petterson da. As conquistas e desafios da educação popular e suas interfaces com os movimentos sociais.** UNIPLAC, 2008. Disponível em: [content \(paulofreire.org\)](http://content.paulofreire.org). Acesso em: 1º jul. 202.

**STOFFELS, M. G. Os mendigos na cidade de São Paulo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

**SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Cortez, 2007.

**SERAFINO, Irene; LUZ, Lila Cristina Xavier. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. R. Katál., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, jan./jun. 2015.** Disponível em: [Miolo.n.4.RK.V18.2015.pdf \(scielo.br\)](https://doi.org/10.1590/1981-2248-2015-004). Acesso em: data.

**NASCIMENTO, Ana Carolina Peixoto; MOREIRA, Maisa Carvalho. Documento Orientador para a implantação do Programa de Justiça Terapêutica no âmbito do Tribunal de Justiça do estado do Tocantins.** Tocantins, 2022. Documento institucional.

**PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas.** Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

PEREIRA, Auricélia Lopes. **Fluxos de Vida / Textos de Rua: Mendigos nas dobras do tempo.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, área de concentração em História do Norte-Nordeste do Brasil da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, 2010. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/7000/1/arquivo2616\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/7000/1/arquivo2616_1.pdf). Acesso em: 26 ago. 2023.

PINHEIRO, Zuleika de Andrade Câmara; POSSAS, Lidia Maria Vianna. **Centro POP: quando uma política pública incomoda.** Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília, Marília. V.4, N.1, P.35-54, jan./Jun. 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.33027/2447-780X.2018.v4.n1.04.p35>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SALES JÚNIOR, Ronaldo. **Democracia racial: o não-dito racista.** **230 Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 18, n. 2, ano.

SAVARESE, Maurício. **Em natal de catadores, Lula ora por Alencar, cobra Kassab e promete visitar lixões.** UOL notícias, publicada em 23/12/2010 14h13. Disponível em: Em natal de catadores, Lula ora por Alencar, cobra Kassab e promete visitar lixões - 23/12/2010 - UOL Notícias. Acesso em: 8 jul. 2023.

SOUZA, T.; CARVALHO, S. R. **Reduzindo Danos e Ampliando a Clínica: Desafios para a Garantia do Acesso Universal e os Confrontos com a Internação Compulsória.** Ministério da Saúde. Caderno Humanizaus (Saúde Mental), 2005, p. 215 -232. (Vol. 5). É uma obra? Cidade e editora

TEIXEIRA, M. B.; ENGSTROM, E. M.; RIBEIRO, J. M. **Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual.** **Saúde Debate**, v. 41, n. 11, p. 311-330, 2017. Disponível em <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/311-330/pt>. Acesso em: 30 jun. 2023.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. **Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações.** In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo, Cortez Editora, 2006, p. 193-232.

TOCANTINS. Defensoria Pública do Estado do Tocantins. **Perfil populacional das pessoas em situação de rua de Palmas.** Recomendação nº 005/2015 – Propac – Procedimento Preparatório de Ação Coletiva 062/2015.

TRINO, A; RODRIGUES, RB. **Atribuições da equipe multiprofissional.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 98 p.43-45: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2008.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

WACQUANT, Loic. **Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. Rio de Janeiro: F. Bastos, 2001; Revan, 2003.

WEBER, F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**, v. 15, n. 32, p. 157-170, 2009. doi:10.1590/S0104-71832009000200007. Acesso em: data.

YAZBECK, M. C. Sistemas de Proteção Social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. *In*: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. **A Intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. São Paulo: Papel social, 2014, p. 77-103.

## **ANEXO**

ANEXO A – Liberação da para realização da pesquisa pela Comissão de Avaliação De Projetos e Pesquisa- CAPP da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas-TO.

ANEXO A – Liberação da para realização da pesquisa pela Comissão de Avaliação De  
Projetos E Pesquisa- CAPP

Fundação Escola  
de Saúde Pública



PREFEITURA DE  
**PALMAS**

Ofício nº 194/2023/FESP-PALMAS/PRESIDÊNCIA/NUPES

Palmas, 18 de Abril de 2023.

**Da:** Núcleo de Pesquisa Aplicado à Saúde - NUPES/FESP

**Para:** SEMUS- SUPAVS (Diretoria de Atenção Básica)

**Assunto:** Liberação para realização de pesquisa.

Prezado (a) Coordenador ou Responsável Técnico,

Após cumprimentos cordiais, informamos que o projeto de pesquisa intitulado: **SAÚDE IN LOCO: INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE NA ATUAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA DO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**, foi aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da FESP com o nº 121 no Termo de Anuência e por se tratar de uma pesquisa bibliográfica e documental, este projeto dispensa a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Ambos os documentos de aprovação seguem anexo a este ofício e serão encaminhados por e-mail.

Solicitamos que seja dado acesso a pesquisadora responsável: **Maisa Carvalho Moreira** para a realização da referida pesquisa.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, através do contato: **3212-7166**.

Atenciosamente,

*Karenina B. R. Pegado Pontes*

**Karenina Bezerra Rodrigues Pegado Pontes**

Coordenação do Núcleo de Pesquisa Aplicada a Saúde de Palmas

Karenina B. R. Pegado Pontes  
Coord. NUPES  
Mat.: 413018493  
FESP / PALMAS

*Daniel Borini Zemuner*

**Daniel Borini Zemuner**

Presidente da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas