

# POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL DIRECIONADAS ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA QUE FAZEM USO OU ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: CONTRIBUIÇÕES PARA UM DEBATE

*Public Health Policies and Social Care in Brazil targeted to homeless people who use or abuse of alcohol and other drugs: contributions for debate*

Deidvid de Abreu<sup>1</sup>

---

*Artigo encaminhado: 30/06/2013  
Aceito para publicação: 05/10/2014*

## RESUMO

Este texto apresenta as principais ações direcionadas às populações em situação de rua presentes em quatro Políticas Nacionais, sendo a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2004), a Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua (2008), a Política Nacional de Atenção Básica (2011) e a Política Nacional de Assistência Social (2004). A partir de uma leitura atenta aos conteúdos dessas Políticas e com a contribuição de alguns autores que discutem o tema “população em situação de rua”, indicamos potencialidades, bem como fragilidades nas ações direcionadas a esse segmento. Dentre as potencialidades podemos apontar a questão da intersetorialidade referenciada nas políticas e a visão ampliada sobre os sujeitos no pensar as ações (integralidade); ao mesmo tempo as fragilidades aparecem na operacionalização de ações e diretrizes presentes em tais documentos, principalmente na dificuldade de acesso aos serviços e no reconhecimento da singularidade dessas pessoas, muitas vezes não considerando seus desejos e necessidades.

**Palavras-chave:** Pessoas em situação de rua; Políticas; Álcool e drogas; Brasil.

---

<sup>1</sup> Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas – CAPS Ad Ilha – Florianópolis-SC; Especialista em Programas e Projetos Sociais; Especialista em Saúde da Família; Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Doutorando em Saúde Coletiva – CCS/UFSC. E-mail: abreudd@gmail.com

## **ABSTRACT**

This article presents the main actions directed to homeless people, that are present in four National Policies, such as the Policy of the Ministry of Health for Attention to alcohol users and other drugs (2004), the National Policy for social inclusion of homeless people (2008), the National Policy for Primary Care (2011) and National Policy for Social Care (2004). After an attentive reading the content of these policies and with the contribution of some authors that discuss the theme "homeless people", we indicated possibilities and weaknesses in the actions aimed at this segment. Among the possibilities we can highlight aspects such as the intersectoriality and integrality, which are referenced in some of these policies presented in this article and both can help us to think about the actions in this topic. In the same time, some weakness can be identified while the actions and guidelines, present in those documents, are being done, specially about the difficulties to access services and also, about the singularity of those people, where many times their needs and desires are not respected and considered.

**Keywords:** Homeless people; Policies; Alcohol and drugs; Brazil.

## **1 INTRODUÇÃO**

A população em situação de rua se constitui em um grupo de pessoas marcadas por vulnerabilidades e riscos sociais, necessitando de ações públicas que atendam suas demandas e contribuam para a continuidade e melhoria de suas vidas, nas e fora das ruas. Não se trata apenas de políticas que os incluam ou lhes dêem oportunidades de moradia, alimentação, saúde, mas que além de tudo respeitem suas singularidades e lhes ofereçam a possibilidade de viver, mesmo se desejarem permanecer na rua, revestidos de mais proteção e condições dignas de vida.

Este texto reflete sobre as principais ações de Saúde pública e Assistência Social direcionadas à população em situação de rua que faz uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas. Foram analisados os conteúdos presentes em algumas Políticas Nacionais que definem ações específicas para esse público, no qual foram privilegiadas a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2004), a Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua (2008), a Política Nacional de Atenção Básica, redefinida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011,

e a Política Nacional de Assistência Social (2004) – Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

A partir de leitura apurada sobre as políticas citadas acima, buscou-se identificar ações que tinham como público a população em situação de rua, sendo que os conteúdos encontrados e desvendados foram discutidos mediante a contribuição de pesquisas e produções científicas relacionadas à temática. Primeiramente discorreremos sobre essa população, a fim de saber como vivem, e porque estão nesses espaços, para na sequência buscarmos nas ações recomendadas pelas Políticas a construção de reflexões e apontamentos que possam contribuir para um debate sobre este campo.

## **2 População em situação de rua: uma breve apresentação**

Muitos pesquisadores<sup>2</sup>, principalmente vinculados as Ciências Humanas, têm dedicado suas pesquisas e debates às populações excluídas ou mais vulneráveis à estressores de natureza psicossocial, dentre elas a chamada “população em situação de rua”, segmento que para alguns autores encontra-se no universo dos “invisíveis”<sup>3</sup>.

De acordo com Oliveira (2004) foi em meio a grande desilusão da classe média, no período pós-milagre brasileiro, que um novo fenômeno urbano começou a se intensificar e preocupar profundamente os governos e os cidadãos: a presença numerosa de crianças nas ruas das grandes capitais e das pequenas cidades de interior. A partir desta constatação, surgem os primeiros programas brasileiros de atendimento aos chamados “meninos de rua”, principalmente por meio de ações de entidades de natureza filantrópica e desenvolvimentista. Aponta o autor que alguns destes programas ofereciam refeições e local para dormir, outros procuravam ensinar a crianças e adolescentes algumas habilidades que contribuíssem com sua inserção no mercado de trabalho, ou mesmo na organização de cooperativas de produção e comercialização de produtos. Estes programas, em conjunto com trabalho de intelectuais, de religiosos e de

---

<sup>2</sup> Para aprofundamento ver Oliveira (1989, 2004), UNICEF (1983), Fischer-Ferreira (1979), Valêncio et al (2008); Costa (2005); escorel (2000); Magni (1995); Snow e Anderson (1998); Sarmento (2010); Brognoli (1996); e Grangella (2009) dentre outros.

<sup>3</sup> O termo aparece em alguns artigos e publicações científicas identificando a população em situação de rua como um grupo que vive em condições de vulnerabilidade social e quase sempre invisíveis aos olhos e ações governamentais, sendo inexistentes para a agenda da política social. (SARMENTO, 2010; OLIVEIRA, 2004; LEITE, 1998).

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

trabalhadores sociais que atuavam com crianças e adolescentes pobres, formaram o arcabouço de uma nova categoria de serviços sociais: a educação social de rua.<sup>4</sup>

Atualmente, falar em números de pessoas em situação de rua é sempre um desafio, isto por que são múltiplas as características e suas formas de estar no mundo. Algumas pesquisas, tanto municipais como nacionais tem tentado se aproximar de um quantitativo médio desse grupo, bem como definir perfis incluindo sexo, grau de escolaridade, locais onde geralmente se encontram, justificativas de por que estar na rua, relações de emprego/desemprego, acesso à saúde, dentre outras informações consideradas relevantes sobre esse público.

Fruto de acordo entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua foi realizada entre o período de agosto de 2007 a março de 2008, sendo considerado o maior e mais atual levantamento de informações com este grupo populacional no Brasil até o momento. O público alvo foram pessoas a partir de 18 anos, residentes em 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e mais 23 capitais brasileiras, independente de seu porte populacional<sup>5</sup>. Foram identificadas cerca de 31.922 pessoas em situação de rua, vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições como albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas (BRASIL, 2008b). Não foram pesquisadas todas as cidades brasileiras e o número acima não conta com os resultados das pesquisas realizadas em São Paulo em 2003 (10.399 pessoas), Belo Horizonte em 2005 (1.164 pessoas, incluindo crianças e adolescentes), Recife em 2005 (1.390 pessoas, incluindo crianças e adolescentes) e Porto Alegre 2007 (aproximadamente 1.203 pessoas)<sup>6</sup>. Considerando esses aspectos, não é possível contabilizar um número fixo dessas pessoas somando todas as pesquisas, devido suas diferentes metodologias e critérios etários diferenciados, bem como os diferentes anos de sua realização.

Os dados da pesquisa Nacional realizada em 2007-2008 apontam para a predominância de homens em situação de rua, chegando aos 82% dessa população. Do

---

<sup>4</sup> A Educação Social de Rua é tratada de forma detalhada na obra: "Educação Social de Rua: as bases políticas e pedagógicas para uma educação popular" de Walter Ferreira de Oliveira, publicada em 2004.

<sup>5</sup> Entre as capitais brasileiras não foram pesquisadas São Paulo, Belo Horizonte e Recife, que haviam realizado pesquisas semelhantes em anos recentes, e Porto Alegre por estar realizando outra pesquisa com o mesmo publico naquele momento.

<sup>6</sup> Os dados da pesquisa de Porto Alegre – RS foram encontrados no trabalho de Graziola (2011) Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

total de pessoas identificadas, cerca de 53%, possuíam idades entre 25 e 44 anos, 15,1% nunca estudou, 48,4% iniciou mas não concluiu o primeiro grau, apenas 10,3% possuem o primeiro grau completo e 3,8% o segundo grau incompleto. Declaram-se pardas, cerca de 39,1%, brancos 29,5% e pretos 27,9%, diferenciando dos índices da população brasileira que apresenta cerca de 53,7% de pessoas que se declaram brancos e somente 6% pretos, perceptivelmente menos brancos e mais pretos em situação de rua comparando-se com o total da população geral brasileira. Quase um quarto da população em situação de rua é composta por trabalhadores, 70,9% exercem alguma atividade remunerada. Geralmente os níveis de renda são muito baixos, no qual 52,6% recebem entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais. De todos os trabalhadores, 47,7% nunca tiveram sua carteira de trabalho assinada, e apenas cerca de 1,9% dos entrevistados estavam trabalhando no momento com registro em carteira (BRASIL, 2008b).

Em relação ao estar em situação de rua, o maior índice, cerca de 35,5%, referem que passaram a viver e morar na rua por problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas, 29,8% justificam pela situação de desemprego, e 29,1% por desavenças com pai/mãe/irmãos. Apenas 27,7% deles afirmaram ter algum problema de saúde, e nos mais citados estavam: hipertensão (10,1%), psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%), visão/cegueira (4,6%). A grande maioria da população pesquisada não é atingida pela cobertura de benefícios de programas governamentais, somando em 88,5% aqueles que afirmam não receber nenhum tipo de benefício. (BRASIL, 2008b).

As informações anteriormente apresentadas, mesmo contendo alguns limites na sua concepção e execução, aproxima-nos de conhecimentos mais empíricos sobre este grupo populacional, marcado pelo processo de exclusão social - condição intensificada pelo modelo de sociedade capitalista no qual vivemos. Esse processo de exclusão social<sup>7</sup>, explicitado pela falta de acesso aos serviços públicos, de não participação/inclusão em programas governamentais, experiência de pouca escolaridade, desemprego ou empregos informais sem garantia de salários mínimos e condições dignas de sobrevivência, faz com que pessoas situem-se marginalizadas, onde muitos não os vêem, ou simplesmente veem, mas não os enxergam; os desconsideram.

---

<sup>7</sup> A Exclusão social pode ser considerada como a impossibilidade de poder partilhar da sociedade e leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de uma parcela significativa da população. Por isso exclusão social e não só pessoal. Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas, mas de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais culturais e políticas da sociedade. Esta situação de privação coletiva é que se está entendendo por exclusão social. Ela inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não representação pública. É, portanto, um processo múltiplo que se explica por várias situações de privação da autonomia, do desenvolvimento humano, da qualidade de vida, da equidade e da igualdade (SPOSATI, 1996, p.13).

Essa população possui uma configuração heterogênea, mas que apresenta algumas características constantes, podendo ser definida como:

[...] um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento (BRASIL, 2008, p. 09).

Viver na rua, pra muitos é uma escolha, pra outros a única possibilidade. Mesmo para aqueles que identificam que o estar na rua é uma escolha, podemos considerar que esta escolha pode estar implicada com algumas questões, dentre elas, os desentendimentos familiares, o uso e/ou abuso de álcool e outras drogas, ou mesmo o desejo de viver com mais liberdade e sem o controle do grupo familiar.

O uso e/ou abuso de álcool e outras drogas por essas pessoas é bastante comum; um fato a ser considerado nesse comportamento pode estar relacionado à tentativa de minimizar a fome e/ou frio, assim também como meio de socialização entre os sujeitos (COSTA, 2005).

Outra pesquisa realizada em São Paulo revelou que cerca de 70% da população de rua entrevistada consumia de forma abusiva ou não álcool e 60,3% tabaco. O uso de maconha foi em média de 27%, cocaína inalada 17,5% e crack 12,4% (BRITO et al, 2007).

O consumo de álcool e outras drogas pode ser considerado bastante alto na população em situação de rua, se comparados aos dados disponíveis no levantamento realizado pela SENAD/CEBRIB em 2005, no qual mostra índices de dependência entre a população brasileira, identificando 12,3% de pessoas dependentes em álcool, 10,1% em tabaco e 1,2% em maconha (BRASIL, 2009), proporcionalmente menores, comparados aos citados anteriormente na pesquisa de Brito et al (2007) para as pessoas em situação de rua na capital paulistana, mesmo considerando as diferenças entre dependência e uso/abuso de substâncias apontado pelas pesquisas.

As pesquisas anteriormente citadas apontam que o fenômeno do uso e/ou abuso de álcool e outras drogas pode estar agravado em segmentos populacionais marcados pelas difíceis condições de vida e/ou sobre aqueles que frequentemente vivenciam

processos de exclusão social, sendo necessário pensar ações e políticas direcionadas a esse público desprovido de proteção e atenção pelos órgãos públicos.

### **3 Políticas Nacionais de Saúde e Assistência Social: uma breve incursão**

Neste tópico apresentamos resumidamente cada uma das políticas escolhidas para o desenvolvimento deste texto, como forma de iniciar as reflexões propostas. As políticas selecionadas foram: Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2004), a Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua (2008), a Política Nacional de Atenção Básica, redefinida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e a Política Nacional de Assistência Social (2004) – Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Com relação à escolha das políticas foi levada em consideração a centralidade das mesmas tendo em vista a temática proposta, sua importância para o cenário atual brasileiro, sendo políticas vigentes em âmbito nacional na área de Saúde e Assistência Social. As Políticas de Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, e de inclusão social da população em situação de rua oferecem parâmetros para as ações em todo o território brasileiro, destinando atenção integral e a inclusão da população de rua a partir da responsabilidade compartilhada por diferentes setores, tendo como diretriz central a intersetorialidade.

Já a Política Nacional de Atenção Básica propõe-se a constituir ações de saúde a partir da atenção primária, definindo o território como espaço privilegiado de intervenção, em consonância com a Declaração de Caracas (1990)<sup>8</sup> e também como indicado no Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001)<sup>9</sup>. A outra política importante, e que fará parte deste estudo, é a Política Nacional de Assistência Social (2004), que institui o Sistema Único de Assistência Social, a mesma articula ações em diferentes esferas objetivando a proteção social dos cidadãos brasileiros, principalmente os que se encontram em situações de maior vulnerabilidade social.

---

<sup>8</sup> A Declaração de Caracas fortalece a idéia de práticas em saúde mental na atenção primária centradas na comunidade e nas suas redes sociais a partir de um território definido.

<sup>9</sup> O Relatório – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança (OMS, 2001) que traz recomendações básicas para ações na área de saúde mental/álcool e drogas, dentre elas a de Promover assistência em nível de cuidados primários.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

### 3.1 Política Nacional para Inclusão social da população em situação de rua (2008)

A Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua é resultado de reflexões de um grupo de trabalho interministerial instituído em 25 de outubro de 2006, dentre eles o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, Ministério da Cultura, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União. Contou ainda com 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, fundamentais em todo o processo de avaliação e discussão das propostas.

Tal Política traz contribuições para a reflexão sobre o fenômeno e a caracterização - perfil sociodemográfico e econômico, das pessoas em situação de rua nas grandes cidades brasileiras<sup>10</sup>. Apresenta ainda suas diretrizes e ações estratégicas organizadas por diferentes setores, no intuito de responder às diversas demandas das pessoas em situação de rua.

Esta Política Nacional contém nove diretrizes que apontam para a consolidação de uma rede de proteção às pessoas em situação de rua por meio de ações intersetoriais, contemplando as governamentais, articuladas e as iniciativas da sociedade civil. Também prioriza a participação política, principalmente nos espaços de controle social, a formação de profissionais para o trabalho com tal público e promoção de ações educativas direcionadas à sociedade, focando na mudança de paradigmas culturais que circundam a vida e o viver na rua. Ainda contempla três eixos centrais, a garantia dos direitos, o resgate da autoestima e a reorganização de projetos de vida.

Para o setor Saúde é definido nesta Política algumas ações “mínimas” na área de álcool e outras drogas onde se destacam duas indicações principais direcionadas a esse público. A primeira sugere o fortalecimento de ações na Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família sem Domicílio incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência na população em situação de rua. A segunda aponta para o

---

<sup>10</sup> Pesquisa realizada pelos técnicos do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e pelo Instituto Meta de Pesquisa de opinião (empresa selecionada por meio de licitação pública), além de representantes de secretarias municipais de assistência social, representantes do CONGEMAS e do FONSEAS, e também representantes dos movimentos sociais que atuam em defesa dos direitos da população em situação de rua.

fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III e AD).

Já para a Assistência Social prevê uma série de ações, orienta a estruturação de uma rede de acolhida as populações em situação de rua, enfatizando os albergues como possíveis espaços, a inclusão de públicos específicos como crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e idosos como sujeitos de direitos para o recebimento de auxílios, benefícios e a participação em programas sociais.

### **3.2 A Política Nacional de Atenção Básica (2011)**

A Política de Atenção Básica é desenvolvida respeitando a descentralização e capilaridade, para que esteja mais próxima da vida das pessoas, é porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS, portanto, deve ser o contato preferencial dos usuários sistematicamente. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Segundo a Política Nacional a “Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2011, p.04)

A Saúde da Família é estratégia prioritária da política, tendo em vista o compromisso de atuar sob determinado território continuamente, na perspectiva de expandir e consolidar a atenção básica em saúde. Além das equipes da saúde da família e da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), são definidas equipes de Atenção Básica para populações específicas, dentre elas a população em situação de rua, para tanto institui as equipes chamadas de “Equipes do consultório na rua”<sup>11</sup>. Neste item chama atenção para que todos os profissionais de saúde do SUS, principalmente os da Atenção primária, se responsabilizem pela atenção integral a saúde desses usuários,

---

<sup>11</sup> As primeiras equipes do “Consultório de rua” financiados diretamente pela política de saúde no Brasil, foram anunciadas no Plano Emergencial de Álcool e outras Drogas – PEAD (2009-2010). Assim em novembro de 2009 foi lançado edital público para financiamento dos Projetos Consultórios de rua do SUS e de Redução de Danos, também legitimados pela Portaria nº 1059/2005 de 4 de julho de 2005. Este edital possibilitou a implantação de trinta e cinco Consultórios de rua em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões (BRASIL, 2010). A nova nomenclatura “Consultório na rua” apareceu na Política Nacional de Atenção Básica de 2011, quando estes passam a ser estratégias na atenção básica a saúde.

como de todos os outros cidadãos. Apresenta questões mais genéricas para a atuação das equipes, mas indica que o Ministério da saúde publicará Portaria específica e Manual técnico discriminando composição das equipes<sup>12</sup>, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua.

### **3.3 Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2004)**

Em consonância com a lei 10.216/2001, no ano de 2004, e fruto de reivindicações das Conferências de saúde, em especial da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) foi instituída a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Tal política aponta que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas historicamente foi tratada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, sendo que atualmente é reconhecida como um grave problema de saúde pública. Preconiza a estruturação e fortalecimento de uma rede de cuidados centrada na atenção comunitária, portanto extra-hospitalar, articulada a outros serviços de sociais e de saúde. Enfatiza a importância na reabilitação e reinserção social dos usuários a partir da atenção psicossocial, de dispositivos territorializados e articulados em rede, que se utilizem da lógica da Redução de Danos (RD) como uma estratégia de trabalho e cuidado (BRASIL, 2004).

Na atuação em promoção, prevenção e tratamento voltado aos usuários de álcool e outras drogas, a Política Nacional de 2004 indica a construção de ações intra e intersetoriais, que contemplem diferentes atores governamentais e não governamentais, dentre eles a sociedade civil, no qual a defesa da saúde e visão social são elementos indispensáveis. Tem como diretrizes a Atenção integral e a Intersetorialidade, a primeira se materializa na prevenção em saúde, promoção e proteção à saúde dos usuários de drogas, da construção de redes assistenciais, do controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência, da padronização dos serviços de atenção ao público que faz uso de álcool e outras drogas, a da criação de diretrizes para uma política nacional, integral e intersetorial de redução de danos à saúde e ao mal-estar causados pelas bebidas alcoólicas. Já a intersetorialidade considera que o uso de álcool outras drogas é um tema transversal às áreas da saúde, justiça, educação, social e desenvolvimento,

---

<sup>12</sup> Atualmente os municípios podem cadastrar equipes do Consultório na rua na Atenção Básica junto ao Ministério da Saúde e receber recursos para o seu financiamento, conforme a Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2012.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

necessitando de intensas e comprometidas articulações na execução de uma política integral de atenção a esses sujeitos (BRASIL, 2004).

A Redução de Danos - RD<sup>13</sup> é reconhecida como uma estratégia principal nas ações com os usuários de álcool e outras drogas. É considerada como um dos métodos que aumentam o grau de liberdade, de co-responsabilidade e autonomia dos usuários do SUS. Desta forma a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois segundo a política nacional, cuidar de vidas humanas é reconhecer e lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos sujeitos, acolhendo cada situação e estimulando sua participação e engajamento (BRASIL, 2004). A estratégia de redução de danos se concretiza nas ações diretamente com os usuários de álcool e outras drogas tanto nos espaços institucionais – unidades básica de saúde, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, quanto nas intervenções realizadas nos espaços da rua.

Como preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216/2001, há no Brasil uma expansão dos serviços CAPS, e dentre estes os CAPS Ad, criados como dispositivos centrais para a organização da atenção à saúde mental para as pessoas que usam e/ou abusam álcool e outras drogas. Os CAPS Ad têm como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade. Segundo a Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, o CAPS também deve ter a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, considerando a importância de cuidar dos sujeitos em ambiente comunitário, integrado à cultura local e articulado à rede de serviços governamentais e não governamentais (BRASIL, 2004).

### **3.4 Política Nacional de Assistência Social (2004)**

A Política Nacional de Assistência Social de 2004 expressa exatamente a materialidade do conteúdo da Assistência Social como um pilar do Sistema de Proteção Social Brasileiro no âmbito da Seguridade Social. De acordo com a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a Assistência Social como direito do cidadão e dever do

---

<sup>13</sup> Desde 1994 o Ministério da Saúde assume a redução de danos como importante estratégia de saúde pública para a prevenção das DST/AIDS e hepatites entre usuários de drogas injetáveis por meio de uma cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e Crime – UNODC, constituindo-se o primeiro projeto de redução de danos apoiado por este organismo internacional.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada como um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 2004).

Presente na Política Nacional, a proteção social deve garantir as seguranças de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; e, convívio ou vivência familiar. Tem como objetivo prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica; e, contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbanas e rurais. Seus principais beneficiários são os cidadãos e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco, onde encontram-se as famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos afetivos, pertencimento e sociabilidade e os usuários de substâncias psicoativas, dentre outros (BRASIL, 2004).

As ações da Política de Assistência Social se apresentam divididas em diferentes níveis de complexidade, tendo como responsabilidade a articulação e organização de todas as ações sócio-assistenciais, as quais se dividem por suas especificidades e tipos de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

A Proteção Social Básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e, ou, fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social.

A Proteção Social Especial, por sua vez, é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Na Proteção Social Especial são desenvolvidos serviços de média e alta complexidade, como descritos a seguir.

Os serviços de média complexidade oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Difere-se da proteção básica por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos. Neste sentido, requer maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, e/ou, acompanhamento sistemático e monitorado. Tem como principais serviços e ações: Serviço de orientação e apoio sócio-familiar, Plantão Social, Abordagem de Rua, Centro de Referência

Especializado para a população em situação de rua (Centro Pop), Cuidado no Domicílio, Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência, e as Medidas sócio-educativas em meio-aberto, dentre elas a Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e a Liberdade Assistida (LA) (BRASIL, 2004).

A Alta Complexidade, dentro dos serviços de Proteção Social Especial, tem por objetivo garantir proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário. Dentre seus principais serviços estão: o Atendimento Integral Institucional; a Casa Lar; a República; a Casa de Passagem; o Albergue; a Família Substituta e Acolhedora; Medidas sócio-educativas restritivas e privativas de liberdade (Semi-liberdade, Internação provisória e sentenciada); e o trabalho protegido (BRASIL, 2004).

#### **4 As Políticas e suas ações para as pessoas em situação de rua: reflexões e apontamentos**

As quatro políticas mencionadas neste texto contribuem de forma diferenciada para o enfrentamento da questão do consumo de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua. Algumas de forma mais tímida, definem especificidades, mas encontram dificuldades de operacionalizar, enquanto outras mostram seu potencial mais prático e concreto diante de tais realidades e demandas dos usuários, ao contribuir na oferta de atenção aos seus diferentes públicos-alvo. Uma delas, a **Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua (2008)**, bastante ousada, convoca todos os setores para contribuir com respostas objetivando a inclusão social e conquista de direitos das populações em situação de rua. Aponta ações para as políticas de saúde e assistência, no qual enfoca a importância do Programa Saúde da Família sem domicílio que inclui prevenção e tratamento de doenças com alta incidência na população da qual focamos nesse texto.

O Programa Saúde da Família (PSF) sem domicílio é uma modalidade de equipe de saúde formada geralmente por médico clínico geral, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, esta equipe tem como território de atuação as ruas das cidades<sup>14</sup>. Oferecem

---

<sup>14</sup> Tratando de uma experiência semelhante, O Projeto “A Gente a Rua”, desenvolvido no Centro de saúde Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac (CSEBFAV) em São Paulo, reforça a importância de considerar novos conceitos para a operacionalização dessa estratégia. Desse modo, a visita domiciliar passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”; a família aquela “constituída por indivíduos  
Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

atendimentos a essas pessoas em situação de rua e para seus principais problemas de saúde, como a tuberculose, doenças de pele, alcoolismo, transtornos mentais, dentre outros. Além de atividades pontuais e de urgências, o PSF sem domicílio desenvolve ações em conjunto com outros serviços da rede e/ou encaminha as pessoas para com outras demandas para a rede intersetorial.

Outra questão presente é a facilitação do acesso aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS para aqueles sujeitos que necessitem de atenção especializada em saúde mental, considerando as situações que necessitem de acompanhamento contínuo e mais intensivo. A política sugere a atenção especial aos sujeitos com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o que coloca os CAPS Álcool e drogas (CAPS Ad) à frente na atenção a saúde dessas pessoas.

As ações apontadas para área de Assistência social não especificam que serão para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, mas como um grande número de pessoas em situação de rua estão envolvidos com o uso de drogas, se concretizadas, tais ações acabam por atender essas pessoas. A política define a estruturação de uma rede de acolhida para essas pessoas sem domicílio, sendo que os albergues são apontados como espaços centrais na função de acolher e temporariamente responder sua demanda de moradia ou mesmo de ter um lugar mais seguro para pernoitar.

Referindo-se aos espaços de abrigo de forma geral, incluindo aqui os albergues, estes podem ser vistos tanto como uma forma de acolhimento no sentido mais amplo da palavra, que acolhe inclusive as diferentes formas de estar e viver desses sujeitos, quanto um lugar que objetiva implicitamente a mudança de comportamentos através de regras rígidas e não compatíveis com as “rotinas-hábitos” dessa população, caracterizando-se muitas vezes como um espaço de não acolhimento e sim de segregação e homogeneização (COSTA, 2005).

**A Política Nacional de Atenção Básica (2011)** indica a que a saúde da família é estratégia central para as ações na Atenção Primária. Formada por diferentes profissionais, ainda centrada nos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tem a responsabilidade de atuar sobre determinado território, identificar as principais necessidades e propor ações que melhorem a situação de saúde das pessoas do território adstrito. Sabe-se também que as equipes de saúde da família, por sua atuação mais genérica, atualmente encontram-se

---

declarados no momento do cadastro”, contemplando particularidades como a existência de animal de estimação, locais para refeições e higiene, entre outros aspectos. (JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010, p.713)

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

sobrecarregadas e mal conseguem planejar suas atividades semanais, trabalhando geralmente com as demandas que surgem, muitas vezes sem um trabalho planejado e de acordo com a realidade epidemiológica.

Partindo destas questões, como atuarão estas equipes focando ações para as populações em situação de rua? Como se dá o reconhecimento por parte dessas equipes das reais necessidades de saúde desse grupo populacional? Como as unidades básicas de saúde tem se relacionado com o espaço da rua? São questionamentos que nos ajudam a pensar sobre o quanto as equipes da estratégia de saúde da família, na maioria das cidades, ainda possuem um trabalho bastante prematuro direcionado a tal público.

Na avaliação de Carneiro Junior e Silveira apud Marsiglia; Silveira; Carneiro Junior (2005) referindo-se as grandes cidades, particularmente nas regiões centrais, o Programa Saúde da Família - PSF em seu formato original tem demonstrado certa inadequação para a atenção a segmentos populacionais que vivem em alto grau de exclusão social e que não se organizam em estruturas familiares ou de parentesco, nem se identificam com a área de abrangência dos serviços básicos de saúde. Os autores incluem neste grupo a população em situação de rua, os profissionais do sexo, as pessoas que vivem em instituições de acolhimento, abrigos e albergues, por falta absoluta de qualquer estrutura familiar ou inserção no mercado formal ou informal de trabalho, sejam elas crianças, adultos, idosos ou pessoas com algum tipo de deficiência.

Acredita-se que para esses grupos sociais mais vulneráveis, deve haver modelos de organização de serviços que consigam alcançar suas formas de viver e se cuidar, necessitando estes de características como:

[...] a prontidão, focados e dirigidos por padrões técnico-administrativos mais adequados às dinâmicas de vida desses indivíduos, como, por exemplo, garantir sua inserção na agenda de atendimento do dia, não exigência de documentação, realização de maior número possível de procedimentos no mesmo dia em que houve o contato deles com a unidade, entre outros (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005, p.75).

A Política Nacional de Atenção Básica define equipes de saúde para populações específicas, para tanto assume como estratégia o incentivo na criação de “Equipes do Consultório na Rua” desta vez, com profissionais da Atenção Primária. Neste novo modelo, essas equipes estariam vinculadas diretamente a atenção primária, e teriam a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua em unidades móveis e também em unidades básicas de saúde do

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

território de atuação. Segundo o documento, o trabalho deve ser articulado com as equipes da atenção primária, dentre elas as do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, também com os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Rede de Urgência e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

O Projeto Consultório de Rua, como intitulado em sua primeira versão pelo PEAD (2009-2010)<sup>15</sup>, se constitui como uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de álcool e outras drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população (BRASIL, 2010).

Como operacionalizar a atenção integral e compor ações com outros setores da sociedade que contribuam para responder às demandas das pessoas em situação de rua? As equipes do consultório trazem para a cena profissionais com dedicação exclusiva às pessoas em situação de rua, mostrando-se como referências no atendimento deste grupo, isso por atuarem no próprio território e respeitarem as diversidades contidas nas histórias de vida e opções no modo de viver.

Já a **Política Nacional para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (2004)** não traz em seu texto base referências explícitas ao atendimento e/ou ações para as pessoas em situação de rua. Na contextualização do panorama Nacional sobre o uso e abuso de drogas, aponta sua preocupação com o elevado índice do uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes em situação de rua e a importância da atenção integral dos usuários de drogas, tendo a prevenção e as ações intersetoriais como questões fundamentais no processo de atenção psicossocial a esses sujeitos.

Tal política explicita o apoio do Ministério da Saúde aos projetos de redução de danos, incluindo as ações com os usuários de drogas injetáveis (UDIs) que em 2003-2004 representava uma cobertura de cerca de 10% da população em uso (BRASIL, 2004), o

---

<sup>15</sup> O PEAD foi instituído pela Portaria/MS nº 1.190, 04 de junho de 2009.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

que acaba por atingir a população em situação de rua que faz parte do público atendido pelas ações de redução de danos no Brasil.

Ao avaliar esta política Machado e Miranda (2007) comentam que ela abre a possibilidade de uma atuação menos centrada no controle e na repressão. Dessa forma:

Trata-se de um marco teórico que rompe com a abordagem reducionista e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas de saúde pública (p.818).

Não há como negar que a Política atual do Ministério da Saúde possui marcos importantes para o atendimento de demandas das populações em situação de rua, dentre elas os cuidados necessários com saúde geral, principalmente quando estabelece como diretrizes a atenção integral e a intersetorialidade, e ainda reforçada pela estratégia de redução de danos que tenta aproximar-se das singularidades dos sujeitos respeitando-os em suas diversidades e desejos no modo de viver. Por sua vez, apontamos como limites, as presentes dificuldades de operacionalização destas diretrizes, já que necessitam de entrosamento de diferentes atores, a presença de objetivos comuns entre eles, condições financeiras adequadas, “a não fragmentação dos sujeitos”, dentre outras questões, que em tempos de fortes dissoluções das ações públicas, motivadas pela sociedade do consumo e do lucro, torna difícil sua concretização.

**A Política Nacional de Assistência Social (2004)**, como parte da estrutura da seguridade social brasileira explana sobre a proteção social para as pessoas em situação de vulnerabilidade social, com ameaça ou mesmo com seus direitos já rompidos. É possível considerar que esta encontra-se entre as principais políticas brasileiras que contribuem com olhar mais refinado sobre as condições de vida das populações em situação de rua, considerando seus dispositivos e ações contempladas na política nacional com diferentes níveis de complexidade.

Os principais serviços direcionados a população em situação de rua, encontram-se na proteção social especial, nos serviços de média complexidade, como a Abordagem de Rua e Centro de Referência Especializado para a população em situação de Rua (Centro Pop), e na alta complexidade através dos serviços: Casa Lar, República, Casa de Passagem, Albergue, e o Trabalho Protegido.

As ações da Abordagem de rua, como programa desta política, muitas vezes se não utilizada de forma que respeite as demandas reconhecidas pelas pessoas em situação de rua, e não necessariamente as dos profissionais que atuam em tais ações, podem, como sugerem Varanda e Adorno (2004) se constituir como ações de higienização dos espaços públicos:

A vida na rua e sua proximidade com o lixo urbano a torna um alvo de ações de limpeza das vias públicas e das medidas encampadas pelos órgãos públicos de ação social. O recolhimento do lixo urbano e a “remoção” de pessoas para espaços “coletivos” de serviços assistenciais, que comportam centenas de pessoas, são ações muito próximas, ainda que executadas por profissionais de diferentes secretarias (p.67).

Corroboramos com a ideia dos autores quando apontam que muitas políticas públicas nem sequer pensam na possibilidade dos sujeitos reinventarem suas vidas, conseguindo desviar ou quem sabe sair do ciclo da pobreza e da rua. Assim, discutindo políticas públicas para os “descartáveis urbanos” termo que utiliza para se referir as pessoas que vivem situação de rua, os autores enfatizam que:

Os programas sociais desenvolvidos nesse contexto trazem a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excludente. São programas marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas (VARANDA; ADORNO, 2004, p. 66).

Talvez possamos afirmar que esta é uma marca presente nas políticas apresentadas neste texto, considerando, portanto, que as mesmas não vislumbram trabalhar intensamente a autonomia, a emancipação e o fortalecimento dos sujeitos, para que eles, da forma que desejarem e/ou reconhecerem melhor, modifiquem suas futuras experiências de vida.

Há de se considerar que um dos aspectos centrais que interferem no acesso e utilização dos serviços sociais (saúde, assistência, dentre outros) pela população em situação de rua, pode estar associado ao campo da loucura, no qual os sujeitos são categorizados como normais ou anormais. Assim:

A caracterização das pessoas em situação de rua como anormais, carrega em si a comparação com uma “normalidade” vista como forma legítima de vida na sociedade. Assim, o diferente passa a ser

objeto de estranhamento e repulsa. A dicotomia “normal” versus “anormal” homogeneiza as diferenças com o intuito de “manter todos na linha”, re-produzir uma dada ordem social. Ora, se morar em uma residência fixa, trabalhar formalmente e constituir família são padrões sociais que caracterizam os indivíduos “normais”, logo, sem residência fixa, sem família e trabalho formal, as pessoas em situação de rua são alvos de investidas ideológicas que acentuam suas “anormalidades” (MATTOS; FERREIRA, 2004, p.50).

As dificuldades de acesso, que podem alcançar tanto por dimensões geográficas, como aquelas as associadas às relações sociais entre profissionais e usuários dos serviços (empatia, fala, aproximação, entendimento, atenção) podem estar mais ou menos presentes dependendo de como as instituições se preparam para oferecer atenção às pessoas em situação de rua, ou aos outros grupos populacionais que apresentam demandas singulares, diferentes daquelas oferecidas para a população em geral. Este contexto, que desconsidera a história de vida dos sujeitos, concretamente marcado pela diferenciação, estigma e preconceito, necessita ser alterado, para que todos, independentemente do local e modo de vida possam ser considerados cidadãos de direitos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, set. 2010, 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n 2.488 de 21 de outubro de 2011. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 15 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília – DF, 2004. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 18 nov. 2013

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD, 2009. 364 p. Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Política Nacional de inclusão social da população em situação de rua, 2008, 25p. Disponível em <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf>. Acesso em 12 nov. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Meta Instituto de Pesquisa de opinião. Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua. 2008b. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario\\_executivo\\_pop\\_rua.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf). Acesso em: 25 out. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/>. Acesso em: 18 nov. 2012.

BRITO, V. O. C. et al. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. Rev. Saúde Pública 2007; 41(Supl. 2):47-56. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41s2/5951.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

BROGNOLI, F. F. Trecheiros e Pardais: estudo etnográfico de nômades urbanos. 1996, 216 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. Textos e contextos, n 4, ano IV, dez. 2005. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/993/773>. Acesso em: 12 out. 2011.

SCOREL, S. Vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro In: BURSZTYN, M. (Org.) No meio da rua: nômades excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p. 139-171.

FISCHER-FERREIRA, R. M. Meninos de rua. São Paulo: CJP/lbrex, 1979.

FRANGELLA, S. M. Corpos Urbanos errantes: Uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. São Paulo: Annablume FAPESP, 2009.

GRAZZIOLA, R. As pessoas em situação de rua em Porto Alegre e seus dramas, tramas e manhas: a cooperação e a solidariedade como forma de humanização. 2011, 122 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32141/000785784.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 nov. 2013.

JUNIOR, N. C; JESUS, C. H. de; CREVELIM, M. A. A estratégia de saúde da família para a equidade de Acesso Dirigida à população em situação de rua em Grandes centros urbanos. Saúde e sociedade, São Paulo, V.19, n.03, p.709-716, 2010.

LEITE, L. C. *A razão dos Invencíveis. Meninos de rua: o rompimento da ordem (1554/1994)*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.

MACHADO, A. R. ; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, V.14, n.3, p.801-821, jul-set. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007). Acesso em 22 nov. 2011.

MAGNI, C. T. *Povo da rua: um estudo sobre o nomadismo urbano*. São Paulo: Coleção Cadernos da Cidade, 1995.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade* v.14, n.2, p.69-76, maio-ago 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/08.pdf>. Acesso em 22 nov. 2012.

MATTOS, R.M.; FERREIRA, R.F. .Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*; 16(2): 47-58; maio/ago.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v16n2/a07v16n2.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

OLIVEIRA, W. F. de. *Educação social de rua: as bases políticas e pedagógicas para uma educação popular*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

\_\_\_\_\_. *Stret kids in Brazil: Na exploratory study on health knowledge, medical status and the self*. Dissertação de Mestrado. Minneapolis, Minnesota, EUA: Universidade de Minnesota, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Caracas: OMS/OPS; 1990. Disponível em: [http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf). Acesso em: 25 nov. 2011.

SARMENTO, R. S. de M. Políticas Públicas na Atenção a População em situação de rua. Trabalho apresentado no II Seminário Nacional de Sociologia e Política: Tendências e Desafios contemporâneos. UFPR, 2010. Disponível em [www.seminariosociologiapolitica.ufpr.br](http://www.seminariosociologiapolitica.ufpr.br). Acesso em: 15 nov. 2012.

SNOW, D.; ANDERSON, L. *Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua*. Petrópolis: Vozes, 1998. 528 p.

SPOSATI, A. de O. *Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo*. São Paulo: EDUC, 1996.

*Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Observações iniciais sobre programas de atendimento a meninos de rua. Brasília: UNICEF/MAPS/SAS/FUNABEM, 1983.

VALENCIO, N. F. L. da S.; PAVAN, B. J. C.; SIENA, M.; MARCHEZINI, V. Pessoas em situação de rua no Brasil: Estigmatização, desfiliação e desterritorialização. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 7, n. 21, pp. 556 a 605, dez. 2008. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/NormaArt.pdf>. Acesso em 03 dez. 2013.

VARANDA, W.; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para as políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. V. 13, n.1, p.56-69, jan-abr 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.

VIEIRA, M.A.C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M., (orgs). *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. São Paulo: HUCITEC, 1992.