

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

SABRINA ASCUI DE OLIVEIRA KARANTINO

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O CONSULTÓRIO NA RUA:
desafios e perspectivas para efetivação em Maringá/PR**

MARINGÁ

2026

SABRINA ASCUI DE OLIVEIRA KARANTINO

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O CONSULTÓRIO NA RUA:
desafios e perspectivas para efetivação em Maringá/PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientador: Professora. Dra. Vanessa Rombola Machado

MARINGÁ

2026

K18p

Karantino, Sabrina Ascui de Oliveira

População em situação de rua : desafios e perspectivas para efetivação em Maringá-PR / Sabrina Ascui de Oliveira Karantino. -- Maringá, PR, 2026.
92 f. : il. color., figs., tabs.

Acompanha produto: Proposta de matriciamento intersetorial para o atendimento à população em situação de rua na atenção primária à saúde de Maringá - PR. 12 f.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Rombola Machado.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional, 2026.

1. População em situação de rua - Maringá (PR). 2. Políticas públicas. 3. Assistência social. 4. Consultório na rua. 5. Intersetorialidade. I. Machado, Vanessa Rombola, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional. III. Título.

CDD 23.ed. 361.1

SABRINA ASCUI DE OLIVEIRA KARANTINO

População em Situação de Rua e o Consultório na Rua: desafios e perspectivas para efetivação em Maringá /PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, avaliada pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Documento assinado digitalmente
 VANESSA ROMBOLA MACHADO
Data: 18/05/2026 15:20:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Rombola Machado
(Orientadora/Presidente)
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Documento assinado digitalmente
 CLAUDIANA TAVARES DA SILVA SGORLON
Data: 14/05/2026 19:05:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Claudiana Tavares da Silva Sgorlon
Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR

Documento assinado digitalmente
 EDER RODRIGO GIMENES
Data: 18/05/2026 18:23:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Eder Rodrigo Gímenes
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Aprovado em: 14 de maio de 2026

RESUMO

Esta dissertação analisa a população em situação de rua como expressão da Questão Social, com ênfase nas políticas públicas de assistência social e saúde desenvolvidas no município de Maringá/PR, especialmente no que se refere à atuação do Consultório na Rua. Adotou-se abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, fundamentada em pesquisa bibliográfica e articulada à experiência profissional da pesquisadora junto à população em situação de rua. O estudo evidenciou que a situação de rua é produto de múltiplos determinantes estruturais – desigualdade socioeconômica, desemprego, fragilidade de vínculos familiares e insuficiência de políticas públicas – não podendo ser atribuída a escolhas individuais. Embora existam marcos normativos importantes, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto n.º 7.053/2009), a efetivação dessas diretrizes enfrenta desafios significativos no cotidiano dos serviços, marcados pela fragmentação da rede, barreiras de acesso, estigmatização e desarticulação intersetorial. No município de Maringá, os dados indicam crescimento contínuo da população em situação de rua – de 219 pessoas em 2015 para 656 em 2023 – com predominância masculina e faixa etária entre 21 e 30 anos. O Consultório na Rua, enquanto equipe da Atenção Básica integrante da Rede de Atenção Psicossocial, atua como dispositivo itinerante de cuidado, mas sua efetividade encontra limites na precariedade estrutural, na descontinuidade do cuidado e na dificuldade de articulação com a rede. Como produto técnico, a pesquisa propõe um matriciamento intersetorial entre Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, CAPS e rede socioassistencial, visando qualificar o acolhimento, a corresponsabilização e a continuidade do cuidado à população em situação de rua. Conclui-se que o enfrentamento desse fenômeno exige políticas públicas permanentes, intersetoriais e humanizadas, comprometidas com a garantia de direitos e a superação da invisibilidade institucional.

Palavras-chave: População em situação de rua; Questão Social; Políticas públicas; Consultório na Rua; Intersetorialidade; Maringá.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the homeless population as an expression of the Social Question, with emphasis on social assistance and health public policies developed in the municipality of Maringá/PR, especially regarding the work of the Street Consultation Office (Consultório na Rua). A qualitative, exploratory, and descriptive approach was adopted, based on bibliographic research and articulated with the researcher's professional experience with the homeless population. The study revealed that homelessness is the product of multiple structural determinants – socioeconomic inequality, unemployment, fragility of family ties, and insufficient public policies – and cannot be attributed to individual choices. Although important regulatory frameworks exist, such as the National Policy for the Homeless Population (Decree No. 7.053/2009), the implementation of these guidelines faces significant challenges in daily services, marked by network fragmentation, access barriers, stigmatization, and intersectoral disarticulation. In Maringá, data indicate continuous growth of the homeless population – from 219 people in 2015 to 656 in 2023 – with male predominance and age group between 21 and 30 years. The Street Consultation Office, as a Primary Care team integrated into the Psychosocial Care Network, acts as an itinerant care device, but its effectiveness is limited by structural precariousness, discontinuity of care, and difficulty in articulating with the network. As a technical product, the research proposes an intersectoral matrix support between Basic Health Units, the Street Consultation Office, CAPS, and the social assistance network, aiming to qualify reception, co-responsibility, and continuity of care for the homeless population. It is concluded that addressing this phenomenon requires permanent, intersectoral, and humanized public policies committed to guaranteeing rights and overcoming institutional invisibility.

Keywords: Homeless population; Social Question; Public policies; Street Consultation Office; Intersectorality; Maringá.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ensaio “a cidade que acorda e a cidade que dorme”

32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Síntese dos estudos	21
Quadro 2: Entraves da política pública	23
Quadro 3 – Evolução do número de pessoas em situação de rua	30
Quadro 4 – Comparação entre Maringá e Brasil	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BDTD** — Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
- CAPS** — Centro de Atenção Psicossocial
- CnaR** — Consultório na Rua (abreviação usada internamente)
- CNBB** — Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
- CNE** — Conselho Nacional de Educação
- CNS** — Cartão Nacional de Saúde (identificação do usuário SUS)
- CPF** — Cadastro de Pessoas Físicas
- CRAS** — Centro de Referência de Assistência Social (Proteção Social Básica)
- CREAS** — Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- EAB** — Equipe de Atenção Básica
- EPI** — Equipamento de Proteção Individual
- ESF** — Equipe Saúde da Família
- Fiocruz** — Fundação Oswaldo Cruz
- HUD** — U.S. Department of Housing and Urban Development
- IPEA** — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- NASF / Nasf-AB** — Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Atenção Básica
- NR 32** — Norma Regulamentadora 32 (Segurança no Trabalho em Saúde)
- OM** — Observatório das Metrópoles (Observatório das Metrópoles – Núcleo UEM/Maringá)
- PNAB** — Política Nacional de Atenção Básica
- PNPSR** — Política Nacional para a População em Situação de Rua
- PTS** — Projeto Terapêutico Singular
- RAPS** — Rede de Atenção Psicossocial
- RENAME** — Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- SAMU** — Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SciELO** — Scientific Electronic Library Online
- SEAS** — Serviço Especializado em Abordagem Social

SEI — Sistema Eletrônico de Informação (Sistema de Processos)

SMADS — Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (municipal)

SMS — Secretaria Municipal de Saúde (no contexto de Maringá)

STF — Supremo Tribunal Federal

SUAS — Sistema Único de Assistência Social

SUS — Sistema Único de Saúde

TCU — Tribunal de Contas da União

TIG — Teste Imunológico Gestacional (teste de gravidez)

UASF — Unidade de Apoio à Saúde da Família

UBS — Unidade Básica de Saúde

UEM — Universidade Estadual de Maringá

UPA — Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
2.POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DESTA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL.	19
2.1A população em situação de rua e as Implicações para Políticas Públicas	27
2.2A situação da população em situação de rua em maringá: um retrato local em contraste com o cenário nacional	30
2.2.1.Implicações para a gestão pública e a articulação intersetorial em Maringá..	35
2.3 - POLÍTICAS PÚBLICAS PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE CRÍTICA E FOCADA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE	38
2.3.1 Arquitetura normativa contemporânea	39
3: O CONSULTÓRIO NA RUA: DESMISTIFICANDO SUA REALIDADE.	43
3.1 O Consultório na Rua em Maringá: Limites e Possibilidades	57
4 – PRODUTO TÉCNICO: PROPOSTA DE MATRICIAMENTO INTERSETORIAL PARA O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MARINGÁ/PR	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	88

1. INTRODUÇÃO

A problemática população em situação de rua configura-se como um fenômeno intrincado, cuja compreensão exige uma abordagem crítica e interdisciplinar fundamentada em elementos históricos, sociais e políticos. Este tema, ao ultrapassar os limites de uma análise meramente econômica, revela profundas contradições estruturais e entraves institucionais que se manifestam de forma clara nas sociedades contemporâneas. Conforme demonstrado pelo relatório do IPEA (2020), fatores como conflitos familiares, desemprego e fragilidades nas políticas sociais atuam como catalisadores das dinâmicas de marginalização, inserindo esses indivíduos num contexto histórico marcado pela exclusão, no qual a desarticulação dos vínculos sociais e o enfraquecimento dos mecanismos de proteção estatal se evidenciam de maneira contundente.

Nesse sentido, Andrade (2018) argumenta que a condição de rua deve ser compreendida como uma expressão das tensões sociais e políticas, refletindo não somente a precariedade material, mas também a falência de um sistema que se mostra incapaz de efetivar a inclusão e a justiça social. Em paralelo, Oliveira (2022) examina os significados e as representações culturais atribuídas à situação de rua, salientando como tais construções simbólicas perpetuam o estigma e intensificam a marginalização dos indivíduos. Dessa forma, a discussão acerca da população em situação de rua exige uma reavaliação crítica dos paradigmas vigentes, instigando a necessidade de repensar as intervenções estatais e de promover uma articulação intersetorial que assegure a dignidade, os direitos humanos e a plena cidadania daqueles que se encontram à margem do sistema.

A delimitação dos principais desafios e a complexidade do fenômeno requerem uma análise minuciosa dos inúmeros obstáculos que se entrelaçam nas trajetórias desses indivíduos. Destaca-se, primeiramente, a persistente vulnerabilidade social, cuja gênese está enraizada em fatores econômicos, familiares e institucionais. A precariedade das políticas públicas, a escassez de redes de apoio e o estigma social constituem barreiras estruturais que dificultam tanto o acesso a direitos fundamentais quanto a reintegração plena desses cidadãos na sociedade.

A complexidade da situação de rua reside na interseccionalidade dos elementos que a compõem: a vulnerabilidade econômica se entrelaça com a exclusão social e a fragilidade institucional, formando um cenário no qual a marginalização se perpetua de maneira sistêmica. Conflitos familiares, desemprego e deficiências no aparato estatal convergem para agravar a situação, enquanto a desarticulação dos vínculos sociais e a ausência de estratégias integradas intensificam as condições adversas enfrentadas por esses indivíduos. Ademais, o estigma e a marginalização cultural reforçam a invisibilidade social, estabelecendo um ciclo de exclusão que impede a mobilidade e inviabiliza a implementação de políticas inclusivas.

O interesse desta pesquisadora em estudar a referida temática emerge de sua trajetória profissional junto à população em situação de rua, especialmente a partir da atuação como assistente social no Consultório na Rua do Município de Maringá. A vivência cotidiana nesse espaço sócio-ocupacional possibilitou o contato direto com as múltiplas expressões da Questão Social que atravessam a realidade desses sujeitos, tais como a pobreza extrema, a fragilização ou ruptura de vínculos familiares, a violação de direitos, a insegurança habitacional e a dificuldade de acesso às políticas públicas. Nesse contexto, a experiência profissional despertou inquietações teóricas e ético-políticas acerca dos limites e das possibilidades da atuação do Serviço Social frente às demandas apresentadas por essa população, motivando a construção da presente pesquisa. Assim, o estudo justifica-se não apenas pela relevância social e acadêmica do tema, mas também pelo compromisso profissional com a defesa de direitos, com a ampliação da cidadania e com o fortalecimento de políticas públicas voltadas à população em situação de rua.

Defende-se que diante desse contexto complexo, torna-se imperativo adotar uma abordagem intersetorial que articule ações coordenadas nas áreas de saúde, assistência social, educação e justiça. A superação desses desafios passa, necessariamente, pela formulação e implementação de políticas públicas robustas e inovadoras, capazes de romper os ciclos de exclusão e de promover a dignidade e a cidadania plena daqueles que historicamente foram relegados às margens da sociedade. Essa perspectiva integrada não só enfatiza a relevância social e histórica do tema, mas também sublinha a

urgência de transformar os paradigmas vigentes para mitigar as desigualdades e fomentar a inclusão social de maneira efetiva.

A condição de pessoas em situação de rua deve ser compreendida à luz das contradições fundantes da sociedade capitalista, não como uma realidade desvinculada da totalidade social, mas sim como expressão particular da chamada Questão Social — conceito central do Serviço Social. Conforme Iamamoto (1998, p. 23), a Questão Social nasce do antagonismo entre capital e trabalho, revelando os conflitos estruturais próprios do modo de produção capitalista.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento pelo Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão. O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social (Iamamoto).

Neste contexto, a presença cada vez mais visível de pessoas vivendo nas ruas representa a materialização mais extrema das desigualdades sociais, da negação de direitos e do aprofundamento da exclusão social. Trata-se, portanto, de um fenômeno que não pode ser naturalizado, tampouco atribuído à falência individual dos sujeitos.

Nas palavras da autora, “a profissão do assistente social tem na Questão Social a sua base de intervenção, pois é nesse terreno contraditório que se dão as demandas sociais e as mediações institucionais” (Iamamoto, 1998, p. 115). Nesse sentido, abordar a população em situação de rua como uma expressão (im)pertinente da Questão Social, como também analisa Andrade (2018), significa reconhecer que estamos diante de um processo de produção e reprodução da miséria, operado pelas dinâmicas do capital e legitimado por políticas públicas insuficientes, fragmentadas ou mesmo ausentes. A rua torna-se, assim, o lugar do descarte social, do sujeito tornado excedente pela lógica do lucro, privado de proteção estatal e de pertencimento social.

Nesse cenário, o Serviço Social assume papel fundamental, por atuar diretamente na defesa e garantia de direitos sociais, no fortalecimento da cidadania e na construção de estratégias de enfrentamento das desigualdades. A intervenção profissional do assistente social diante da população de rua exige compreensão crítica das determinações sociais que produzem a exclusão, superando perspectivas moralizantes e assistencialistas que culpa o indivíduo por sua condição.

O Serviço Social, enquanto profissão inserida no âmbito das políticas públicas e comprometida com o projeto ético-político profissional, atua no acolhimento, escuta qualificada, orientação e encaminhamento dos sujeitos para a rede de proteção social, buscando assegurar o acesso a serviços essenciais como saúde, assistência social, habitação, documentação civil e inserção em programas sociais. Além disso, o assistente social participa do planejamento, execução e avaliação de políticas e programas voltados à população em situação de rua, contribuindo para a formulação de ações intersetoriais e integradas.

Dessa forma, a atuação do assistente social não se limita à intervenção imediata, mas envolve também a análise crítica das políticas públicas e das condições sociais que perpetuam a pobreza e a marginalização. Assim, o trabalho profissional diante da população em situação de rua se insere como instrumento de mediação entre sujeito e o Estado, buscando promover a dignidade humana, o acesso a direitos e o fortalecimento de estratégias coletivas de inclusão social.

A crescente visibilidade da população em situação, longe de ser um fenômeno espontâneo, está diretamente relacionada ao desmonte das políticas sociais, à informalidade estrutural do trabalho, ao desemprego crônico e ao enfraquecimento das redes de solidariedade social. Não se trata de um desvio, mas de um sintoma brutal de um sistema que produz riqueza e, simultaneamente, produz exclusão. É nessa interseção entre estrutura e sujeitos que o assistente social é chamado a intervir, não apenas para remediar, mas para denunciar, compreender e transformar. Portanto, compreender a situação de rua como expressão da Questão Social é também afirmar que nenhuma política pública que ignore essa determinação histórica poderá ser efetivamente emancipadora.

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a população em situação de rua como expressão da Questão Social, com ênfase nas políticas públicas de assistência social e saúde desenvolvidas no município de Maringá/PR, especialmente no que se refere à atuação do Consultório na Rua.

Como objetivos específicos, busca-se: compreender a população em situação de rua a partir de seus determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos; discutir a situação de rua enquanto expressão da Questão Social no âmbito da sociedade capitalista; analisar as políticas públicas voltadas à população em situação de rua, com destaque para a Política Nacional para a População em Situação de Rua e para a articulação intersetorial entre assistência social e saúde; caracterizar a realidade da população em situação de rua no município de Maringá/PR, em diálogo com o cenário nacional; e identificar os limites, desafios e possibilidades da atuação do Consultório na Rua no atendimento e na garantia de direitos dessa população.

Para a realização da presente pesquisa, adotou-se uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, fundamentada em pesquisa bibliográfica e articulada à aproximação com a prática profissional desenvolvida junto à população em situação de rua. A opção pela abordagem qualitativa justifica-se por possibilitar a compreensão de fenômenos sociais em sua complexidade, considerando significados, relações, processos históricos e mediações sociais que não podem ser reduzidos à mensuração quantitativa. Nessa perspectiva, Minayo (2001; 2014) assinala que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, das motivações, das crenças, dos valores e das relações humanas, sendo particularmente adequada para o estudo de realidades sociais marcadas por múltiplas determinações.

Quanto aos objetivos, a pesquisa possui caráter exploratório e descritivo. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema investigado, tornando-o mais explícito e favorecendo o aprimoramento de ideias e análises sobre o objeto de estudo. Já a pesquisa descritiva, conforme o mesmo autor, busca descrever as características de determinada população, fenômeno ou realidade social, permitindo identificar seus elementos constitutivos, suas particularidades e suas formas de manifestação. Nesse sentido, tais perspectivas mostram-se pertinentes para a compreensão dos principais aspectos sociais, históricos e

políticos que envolvem a população em situação de rua no município de Maringá, bem como das políticas públicas destinadas a esse grupo social.

No que se refere aos procedimentos técnicos, optou-se pela pesquisa bibliográfica, entendida como aquela elaborada a partir de material já publicado, composto principalmente por livros, artigos científicos, dissertações, teses, legislações e documentos oficiais (Gil, 2008). Severino (2017) destaca que a pesquisa bibliográfica constitui procedimento fundamental para a construção do conhecimento científico, uma vez que permite ao pesquisador entrar em contato com a produção já acumulada acerca de determinado objeto, favorecendo a análise crítica, a sistematização teórica e o aprofundamento conceitual do tema investigado. Assim, esse procedimento possibilitou a construção de um panorama teórico consistente acerca das múltiplas determinações que atravessam a situação de rua, tais como desigualdade social, exclusão, vulnerabilidade, violação de direitos e precarização das relações de trabalho.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consultas em livros, artigos científicos, dissertações e teses disponíveis em bases acadêmicas e repositórios digitais, como SciELO, Google Acadêmico e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), bem como em documentos oficiais disponibilizados por órgãos governamentais, a exemplo do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, do Ministério da Saúde e de legislações e normativas relacionadas à temática, com destaque para a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Para a seleção do material, foram utilizadas palavras-chave como: população em situação de rua, vulnerabilidade social, exclusão social, políticas públicas, assistência social, proteção social, direitos humanos e Serviço Social. Como critérios de inclusão, priorizaram-se publicações que abordassem diretamente a temática, com ênfase em produções científicas e documentos oficiais situados no contexto brasileiro, além de estudos clássicos e contemporâneos relevantes para a fundamentação teórica da pesquisa.

Após a seleção do material, procedeu-se à leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa das obras, conforme orienta Severino (2017), buscando sistematizar as informações e construir categorias de análise relacionadas às condições de vida da população em situação de rua, aos

processos de marginalização, ao acesso a direitos e à atuação das políticas públicas voltadas a esse segmento. Tal percurso metodológico permitiu articular diferentes contribuições teóricas e analíticas, oferecendo sustentação para a compreensão crítica do objeto estudado.

Paralelamente, a pesquisa também dialoga com a experiência prática da pesquisadora no acompanhamento de ações voltadas à população em situação de rua, o que possibilitou maior aproximação com a realidade concreta investigada. Essa dimensão contribui para relacionar a fundamentação teórica com situações vivenciadas no cotidiano profissional, ampliando a compreensão do fenômeno para além de seus aspectos normativos e conceituais. Dessa forma, a metodologia adotada busca articular teoria e realidade social, favorecendo uma análise crítica das expressões da Questão Social presentes na situação de rua e das respostas construídas pelas políticas públicas, especialmente no que se refere à promoção da dignidade humana e à garantia de direitos.

Para alcançar o objetivo proposto, o presente trabalho está organizado em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais. A divisão adotada busca articular, de forma progressiva, a fundamentação teórica sobre a população em situação de rua, a análise das políticas públicas voltadas a esse segmento e a discussão acerca da atuação do Consultório na Rua no município de Maringá/PR.

O primeiro capítulo versa sobre a população em situação de rua como expressão da Questão Social, apresentando uma contextualização histórica, social e política desse fenômeno. Nesse capítulo, são discutidos os principais determinantes que atravessam a situação de rua, tais como desigualdade social, pobreza, fragilização de vínculos familiares, exclusão social e precarização das condições de vida, bem como os desafios vivenciados por essa população no acesso a direitos fundamentais. Ainda, busca-se situar a realidade do município de Maringá em diálogo com o cenário nacional, evidenciando particularidades locais e elementos estruturais que conformam essa expressão da Questão Social.

O segundo capítulo aborda as políticas públicas destinadas à população em situação de rua, com ênfase nas políticas de assistência social e saúde. Para tanto, são analisados os marcos normativos e institucionais que orientam a proteção social desse segmento, com destaque para a Política Nacional para a População em Situação de Rua, além das estratégias de articulação intersetorial entre diferentes políticas públicas. O capítulo também problematiza os limites, as contradições e os

desafios presentes na efetivação dessas políticas, considerando a distância entre a previsão legal e a concretização dos direitos no cotidiano da população em situação de rua.

O terceiro capítulo dedica-se à análise do Consultório na Rua, buscando desmistificar sua realidade e compreender sua importância no atendimento à população em situação de rua. Inicialmente, são apresentados aspectos relacionados à criação desse dispositivo, sua base normativa, composição das equipes, atribuições e critérios de funcionamento no âmbito da atenção básica em saúde. Em seguida, o capítulo focaliza a experiência do Consultório na Rua em Maringá/PR, discutindo seus limites, possibilidades, fluxos de atendimento, articulações intersetoriais e contribuições para a ampliação do acesso à saúde e à garantia de direitos da população atendida.

2. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DESTA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL.

A compreensão dos fatores determinantes que contribuem para a constituição da situação de rua demanda uma abordagem que articule dimensões econômicas, familiares e sociais, reconhecendo a inter-relação entre condições estruturais e trajetórias concretas de vida. Nesse contexto, os determinantes econômicos ocupam lugar central na produção e no agravamento da marginalização social. O desemprego, a precarização das relações de trabalho e a inserção em ocupações informais restringem o acesso a recursos essenciais, como moradia, alimentação e serviços básicos, aprofundando processos de desproteção social. Conforme aponta o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020), a instabilidade financeira e a ausência de oportunidades de trabalho formal figuram entre os principais fatores associados ao ingresso e à permanência de indivíduos na situação de rua, uma vez que comprometem a subsistência material e fragilizam os mecanismos de proteção que poderiam reduzir os riscos de exclusão. Nessa mesma direção, Andrade (2018) analisa a situação de rua como expressão de processos mais amplos de desigualdade social, evidenciando que a precariedade econômica não deve ser compreendida de forma isolada, mas em articulação com a insuficiência das políticas públicas e com o enfraquecimento das redes de suporte social.

Paralelamente, as relações familiares desempenham papel relevante na configuração das trajetórias que podem culminar na situação de rua. Estudos do IPEA (2020) indicam que conflitos intrafamiliares, rompimento de vínculos afetivos e fragilização da convivência familiar aparecem com frequência entre os fatores que antecedem essa condição. Andrade (2018) sustenta que a desarticulação dos núcleos familiares, em muitos casos, contribui para processos de isolamento, desamparo e ausência de referências protetivas, criando um cenário favorável à marginalização. Oliveira (2022), por sua vez, complementa essa análise ao destacar que as dinâmicas familiares atravessadas por tensões, violências e rupturas frequentemente inviabilizam a retomada de vínculos sociais mais estáveis, agravando a vulnerabilidade dos sujeitos. Desse modo, a situação de rua deve ser compreendida como resultado de múltiplas determinações, nas quais as condições materiais de existência e a fragilização das relações sociais e familiares se entrelaçam na produção de processos de exclusão..

Ademais, o uso de substâncias psicoativas insere-se como um componente complexo na dinâmica da situação de rua. Conforme evidenciado por Campos e Silva (2010), o consumo abusivo de álcool e de outras drogas pode ser compreendido tanto

como uma estratégia de enfrentamento diante das adversidades e do estresse decorrente da exclusão, quanto como um fator que intensifica a vulnerabilidade, ao comprometer a saúde física e mental dos indivíduos. Destacam que o uso dessas substâncias frequentemente instaura um ciclo vicioso de dependência, estigmatização e deterioração das condições de vida, dificultando o acesso a intervenções terapêuticas e programas de reintegração social. Fonseca e Barcelos (2020) corroboram essa análise, ressaltando que a marginalização vivida por essa população está intimamente associada ao uso de substâncias, reforçando os mecanismos de exclusão e a dificuldade em romper com a condição de rua.

A soma desses fatores – econômicos, familiares e comportamentais – evidencia a complexidade inerente ao fenômeno, na medida em que cada componente interage para perpetuar um estado de vulnerabilidade aguda. Essa interação exige, por conseguinte, a implementação de políticas públicas integradas e intersetoriais, capazes de abordar não apenas as carências econômicas e estruturais, mas também de promover o fortalecimento dos vínculos familiares e a oferta de suporte especializado em saúde mental e tratamento da dependência.

A discussão dos dados empíricos, sobretudo a partir do relatório do IPEA (2020), fornece subsídios robustos para a compreensão das origens da situação de rua. Esses dados demonstram que, para um expressivo contingente de indivíduos em situação de vulnerabilidade, fatores estruturais e conjunturais – como o desemprego e os conflitos familiares – atuam como elementos precipitantes da marginalização. O relatório do IPEA evidencia que a instabilidade econômica, associada à crescente precarização do mercado de trabalho, figura como um dos principais determinantes da exclusão social. A ausência de oportunidades de emprego formal e a predominância de vínculos laborais informais expõem esses indivíduos a um cenário de instabilidade financeira que inviabiliza o acesso a moradia adequada e a serviços essenciais. Tais constatações corroboram a análise de Andrade (2018), que aponta para a desarticulação dos mecanismos de proteção social como um fator decisivo na formação do fenômeno.

Além dos aspectos econômicos, os dados empíricos revelam que os conflitos e rupturas familiares exercem um papel fundamental na gênese da condição de rua. A desintegração dos núcleos familiares, frequentemente decorrente de tensões internas e da ausência de suporte emocional e material, contribui para o isolamento dos indivíduos, ampliando sua vulnerabilidade frente a políticas públicas insuficientes (Andrade, 2018; Oliveira, 2022). Essa dimensão é particularmente relevante, pois evidencia a interação entre fatores macroestruturais e microdinâmicas que, em conjunto, aprofundam o ciclo de exclusão.

A análise dos dados do IPEA também aponta para uma interseção complexa entre os determinantes econômicos e familiares, que se reforçam mutuamente. Nesse cenário, o desemprego e a informalidade não apenas agravam as condições de vida, mas também intensificam os conflitos familiares, criando um ambiente propício à marginalização. Esse duplo impacto evidencia a necessidade de intervenções que articulem políticas de emprego, habitação e apoio familiar de forma integrada, a fim de romper com os ciclos de exclusão e vulnerabilidade. Em síntese, os dados empíricos apresentados pelo IPEA (2020) revelam que as origens da situação de rua estão enraizadas em uma conjuntura de instabilidade econômica e fragilidades nas relações familiares, fatores que interagem sinergicamente para perpetuar a exclusão social. Essa realidade impõe o desafio de desenvolver políticas públicas intersetoriais que, de forma articulada, abordem não apenas as lacunas estruturais, mas também promovam a restauração dos vínculos familiares e o fortalecimento dos mecanismos de proteção social (Andrade, 2018; Oliveira, 2022).

A análise das especificidades da população em situação de rua revela uma composição complexa que vai além de estereótipos simplistas, evidenciando uma diversidade intrínseca e a presença de inúmeros estigmas que permeiam a experiência desses indivíduos. Essa variabilidade manifesta-se tanto na trajetória de vida dos sujeitos quanto nas formas como são percebidos e tratados socialmente. Em primeiro lugar, a heterogeneidade desse grupo é marcada pela pluralidade de histórias, contextos e trajetórias. Estudos como os de Fonseca e Barcelos (2020) demonstram que, apesar de compartilharem a condição de vulnerabilidade, os indivíduos em situação de rua apresentam perfis distintos em termos de fatores econômicos, nível de escolaridade, origens regionais e dinâmicas familiares. Essa diversidade indica que a situação de rua não pode ser reduzida a uma única dimensão, exigindo uma abordagem que contemple as nuances das experiências individuais de forma abrangente.

Além disso, a construção de estigmas e a marginalização social configuram obstáculos adicionais para a reintegração desses cidadãos. Souza e Ribeiro (2022) apontam que a estigmatização não se restringe à condição material dos indivíduos, mas se estende a um conjunto de representações sociais negativas que os associam à criminalidade, à indolência e à suposta incapacidade de contribuir para a sociedade. Essa representação distorcida, reforçada por discursos midiáticos e práticas institucionais excludentes, perpetua um ciclo de exclusão e dificulta o acesso a direitos básicos, como saúde, educação e moradia.

Adicionalmente, Costa (2022) enfatiza que a diversidade e o estigma associados à situação de rua demandam uma abordagem intersetorial, capaz de

integrar ações nas áreas da saúde, assistência social, educação e habitação. Essa articulação é fundamental para a criação de redes de suporte que atendam às especificidades de cada perfil, considerando as diversas necessidades e desafios decorrentes da pluralidade de experiências vividas.

A seguir, apresenta-se uma síntese dos principais estudos que abordam a vulnerabilidade e a exclusão social, destacando seus focos e contribuições:

Quadro 1: Síntese dos estudos

Estudo/Autor	Título	Foco Principal	Principais Contribuições
IPEA (2020)	Briga de família e desemprego são os motivos mais citados por pessoas em situação de rua para explicar sua circunstância. Brasília: IPEA, 2020.	Análise dos fatores estruturais (conflitos familiares, desemprego)	Evidencia a relação entre instabilidade econômica, fragilidade das políticas públicas e a condição de rua.
Andrade (2018)	<i>População em situação de rua: expressão (im)pertinente da questão social</i>	Análise crítica da marginalização e dos entraves sociais	Discute a desarticulação dos mecanismos de proteção e os estigmas que perpetuam a exclusão social.
Oliveira (2022)	Pessoas em situação de rua no Brasil: significantes e significados	Significados e representações culturais da situação de rua	Explora a dimensão simbólica da exclusão, destacando os estigmas e as narrativas negativas que dificultam a reintegração social.
Campos & Silva (2010)	Uso abusivo de álcool entre homens adultos em situação de rua	Uso abusivo de substâncias como mecanismo de enfrentamento	Revela como o consumo de álcool e outras drogas intensifica a vulnerabilidade e reforça os estigmas sociais.
Fonseca & Barcelos (2020)	Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática	Revisão sistemática dos fatores multidimensionais da situação de rua	Integra aspectos econômicos, sociais e psicossociais, evidenciando a complexa inter-relação dos determinantes.

Souza & Ribeiro (2022)	População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de interação	Estigmatização e estratégias de interação social	Analisa como o preconceito institucional e as representações negativas ampliam a exclusão social.
-----------------------------------	---	--	---

Elaboração - Autoria Própria

A convergência dos estudos analisados ressalta que a vulnerabilidade e a exclusão social não podem ser encaradas de maneira isolada, mas sim como resultados de processos interligados que exigem uma resposta integrada. A promoção de políticas públicas que considerem tanto os aspectos estruturais quanto os simbólicos da marginalização é fundamental para romper os ciclos de exclusão. Intervenções que privilegiem a articulação intersetorial e o fortalecimento das redes de apoio social surgem como estratégias promissoras para reverter cenários historicamente marcados por desigualdades.

Ao reconhecer a diversidade dos indivíduos em situação de vulnerabilidade, torna-se imperativo desenvolver iniciativas que contemplem as múltiplas dimensões da exclusão – desde a garantia de condições econômicas mínimas até a transformação dos discursos sociais que perpetuam os estigmas. Assim, a integração de ações voltadas para a saúde, educação, assistência social e habitação pode proporcionar não apenas a mitigação dos efeitos imediatos da vulnerabilidade, mas também a construção de um ambiente propício à inclusão e ao pleno exercício da cidadania.

Em síntese, a apresentação dos estudos que evidenciam a vulnerabilidade e a exclusão social demonstra que o fenômeno é resultado da confluência de fatores estruturais e individuais. A análise integrada desses estudos oferece subsídios valiosos para a elaboração de políticas públicas eficazes, capazes de promover a inclusão social e a reintegração daqueles que historicamente foram relegados às margens da sociedade.

Desta forma, a população em situação de rua vivencia diversos desafios. A marginalização evidencia-se, sobretudo, na dificuldade de acesso a serviços de saúde, habitação e a outros direitos fundamentais, configurando-se como um entrave que se manifesta por meio de barreiras estruturais, institucionais e culturais, e que alimenta um ciclo de exclusão com impacto direto na qualidade de vida desses indivíduos. Inicialmente, no que tange ao acesso aos serviços de saúde, diversos estudos demonstram que a falta de documentação, o estigma e o preconceito por parte dos profissionais, bem como a ausência de protocolos adaptados às especificidades dessa população, representam obstáculos significativos. O relatório do IPEA (2020) enfatiza

que a precariedade dos serviços públicos, aliada à desarticulação entre as redes de saúde e de assistência social, impede a oferta de um atendimento humanizado e eficaz, limitando o acesso a tratamentos e a ações preventivas. Andrade (2018) corrobora essa perspectiva, ressaltando que a fragmentação dos sistemas de proteção social dificulta a construção de uma rede integrada capaz de atender às demandas emergentes.

No campo da habitação, a inexistência de políticas habitacionais inclusivas e a escassez de moradias populares reforçam a vulnerabilidade dos indivíduos em situação de rua. Oliveira (2022) destaca que, para além das condições precárias de moradia, a falta de intervenções que contemplem as especificidades desses cidadãos impede a superação do ciclo de exclusão, contribuindo para a manutenção de condições de vida desumanas e perpetuando a marginalização. Ademais, a dificuldade de acesso a outros direitos – como educação, trabalho e assistência jurídica – é agravada por entraves burocráticos e pela desarticulação intersetorial das políticas públicas, que restringem o pleno exercício da cidadania e a reintegração desses indivíduos.

Em síntese, a literatura aponta para uma série de entraves, os quais podem ser sintetizados no quadro a seguir:

Quadro 2: Entraves da política pública

Área	Principais Entraves	Impactos
Saúde	Falta de documentação; estigma e preconceito dos profissionais; ausência de protocolos específicos	Dificuldade no acesso a um atendimento humanizado e contínuo, agravamento de condições crônicas
Habitação	Inexistência de políticas habitacionais inclusivas; escassez de moradias populares	Permanência em condições precárias; vulnerabilidade habitacional; reforço da exclusão social
Outros Direitos	Burocracia excessiva; desarticulação entre políticas de educação, trabalho e assistência jurídica	Restrição ao acesso integral aos direitos, impedindo a reintegração e o pleno exercício da cidadania

Elaboração - Autoria própria

A abordagem das barreiras institucionais e dos preconceitos que dificultam a integração social também revela um cenário repleto de obstáculos interligados. As dificuldades para acessar serviços essenciais não podem ser atribuídas apenas à

escassez de recursos, mas também à fragmentação das políticas públicas. A ausência de uma coordenação efetiva entre os diferentes setores – que abrangem saúde, educação, habitação e assistência social – dificulta a construção de uma rede integrada de proteção e apoio, e essa desarticulação, frequentemente reforçada por processos administrativos rígidos, impede que os indivíduos em situação de vulnerabilidade obtenham o suporte necessário, já que a exigência de documentação e a rigidez dos protocolos acabam por excluir aqueles que se encontram à margem do sistema (Andrade, 2018; IPEA, 2020).

A mídia, ao retratar de maneira estereotipada os indivíduos em situação de rua, contribui para a perpetuação desses preconceitos, afetando a opinião pública e dificultando a implementação de políticas públicas inclusivas. Essa rigidez discursiva, somada à limitada capacidade operacional das instituições, agrava o cenário, resultando em um atendimento descoordenado e insuficiente para enfrentar os desafios impostos pela realidade da exclusão.

Outro desafio poucas vezes citado são os períodos de inverno, época em que a população em situação de rua é exposta a maior risco à saúde por conta da hipotermia, pneumonia e doenças respiratórias, além de problemas circulatórios. Por conta disso, no inverno a procura por casas de passagem, albergues e centro de acolhida são maiores, nesse período também temos mais ações sociais por conta da população. Nesse período aumenta a mortalidade da população em situação de rua, por conta do frio extremo, aumento de uso de álcool na tentativa de se aquecer, queimaduras e agravamento de doenças sem tratamento, além da intensificação dos problemas psicológicos.

Em meio a esse contexto, torna-se imprescindível repensar e reformular as estratégias de intervenção, promovendo uma abordagem que integre a revisão dos mecanismos institucionais à transformação das práticas culturais e discursivas. Somente com a integração efetiva dos setores governamentais e a implementação de reformas administrativas que flexibilizem os critérios de acesso – em conjunto com campanhas de sensibilização capazes de combater os estereótipos e estimular a empatia –, será possível romper os ciclos de exclusão. Assim, a construção de uma rede de apoio coordenada, que garanta a dignidade e os direitos fundamentais dos indivíduos em situação de rua, emerge como uma exigência urgente para a promoção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Com o objetivo de defesa de direitos das pessoas em situação de rua, foi promulgado a Política Nacional para a População em situação de rua (PNPSR), instituída pelo Decreto nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009. Esta visa garantir o

acesso dessa população aos direitos fundamentais e às políticas públicas de forma integrada.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009, constitui um marco normativo fundamental no reconhecimento da população em situação de rua como sujeito de direitos e destinatária de proteção estatal específica. Ao definir esse segmento como grupo populacional heterogêneo, marcado pela extrema pobreza, pelos vínculos familiares fragilizados ou rompidos e pela ausência de moradia convencional regular, a política rompe, ao menos no plano normativo, com leituras moralizantes e individualizantes acerca da situação de rua, situando-a no âmbito das desigualdades sociais e da responsabilidade pública. Nessa direção, a PNPSR estabelece diretrizes voltadas à promoção da dignidade humana, ao respeito à cidadania, ao fortalecimento da participação social e à garantia de acesso amplo, simplificado e humanizado às políticas públicas.

Mais do que reconhecer formalmente direitos, a PNPSR explicita a necessidade de construção de respostas intersetoriais para o enfrentamento da realidade vivida pela população em situação de rua. Isso significa compreender que tal expressão da Questão Social não pode ser enfrentada por ações fragmentadas ou setorialmente isoladas, uma vez que envolve, simultaneamente, ausência de renda, insegurança habitacional, fragilidade de vínculos familiares e comunitários, dificuldades de acesso à saúde, à documentação civil, ao trabalho e à proteção social. Assim, a política articula diferentes áreas, como assistência social, saúde, habitação, educação, segurança alimentar e trabalho, indicando que a garantia de direitos a essa população exige atuação integrada entre os entes federativos e entre os diversos serviços públicos.

Nesse sentido, a centralidade da PNPSR neste estudo justifica-se não apenas por seu valor jurídico-institucional, mas também por expressar uma concepção de enfrentamento da situação de rua fundada na intersetorialidade, na proteção social e no reconhecimento da dignidade humana. Ao evidenciar que a população em situação de rua demanda atendimento contínuo, articulado e orientado pela defesa de direitos, a política oferece base concreta para a análise das respostas estatais construídas no âmbito da assistência social e da saúde. Desse modo, a discussão sobre a população em situação de rua deve ser vinculada menos a modelos teóricos abstratos e mais à forma como o Estado organiza, ou deixa de organizar, políticas públicas capazes de responder às múltiplas expressões da desigualdade social que incidem sobre esse grupo.

Sob essa perspectiva, o enfrentamento da situação de rua insere-se diretamente no campo das políticas públicas, entendidas como ações, programas e estratégias formulados pelo Estado para intervir em demandas socialmente produzidas e responder a necessidades coletivas. No caso da população em situação de rua, essas políticas assumem papel decisivo na mediação do acesso a direitos e na construção de mecanismos de proteção social, especialmente quando orientadas por princípios como universalidade, equidade, integralidade e intersetorialidade. Assim, mais do que descrever a existência formal da PNPSR, importa analisar em que medida suas diretrizes se materializam nos serviços, programas e ações ofertados à população em situação de rua, bem como os limites e as contradições presentes nesse processo.

É a partir desse marco que se torna possível compreender as implicações da situação de rua para a formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Afinal, se a população em situação de rua representa uma expressão concreta da Questão Social, seu enfrentamento exige mais do que ações emergenciais ou paliativas: requer políticas públicas permanentes, articuladas e comprometidas com a reconstrução de vínculos, com a ampliação da proteção social e com a efetivação da cidadania. Nessa direção, ganha relevância a análise das políticas de assistência social e saúde, especialmente no que se refere aos serviços voltados à população em situação de rua, como o Centro POP e o Consultório na Rua, enquanto estratégias institucionais de acolhimento, cuidado e garantia de direitos.

2.1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E AS IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

O enfrentamento da população em situação de rua, compreendida como expressão da Questão Social, exige a formulação e a implementação de políticas públicas capazes de responder às múltiplas determinações que produzem e reproduzem essa realidade. Nessa perspectiva, não se trata de interpretar a situação de rua como problema individual ou circunstancial, mas como manifestação concreta das desigualdades sociais, da fragilidade da proteção social e da insuficiência das respostas estatais diante das demandas historicamente produzidas no interior da sociedade capitalista. Assim, é por meio das políticas públicas¹ que o Estado organiza

¹ Para Souza (2006, p. 26), política pública pode ser compreendida como o “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações”. A autora ressalta, ainda, que não existe uma definição única ou melhor de política pública, mas que ela se refere, de modo geral, às ações do Estado diante de problemas de interesse coletivo.

ações, programas, serviços e estratégias voltadas à garantia de direitos, à proteção social e à construção de condições objetivas de inclusão social para essa população. A Política Nacional para a População em Situação de Rua, nesse sentido, constitui importante marco normativo, ao reconhecer essa população como sujeito de direitos e ao afirmar a necessidade de articulação intersetorial entre assistência social, saúde, habitação, educação, trabalho e segurança alimentar. Desse modo, a análise da situação de rua remete, necessariamente, à análise das políticas públicas destinadas a seu enfrentamento, bem como aos limites e contradições presentes em sua efetivação concreta.

Paralelamente, a efetivação de políticas públicas voltadas à população em situação de rua demanda a construção de redes intersetoriais de proteção social, capazes de integrar ações de saúde, assistência social, habitação, educação e trabalho. Nessa perspectiva, Valle, Farah e Carneiro Júnior (2020) ressaltam que a intersetorialidade das ações públicas é condição fundamental para o cumprimento de direitos, embora ainda se constitua como desafio concreto. Ademais, Castro e Rocha (2024) evidenciam que o estigma presente na relação com as políticas públicas fragiliza os vínculos de cidadania, enquanto Silva et al. (2020) demonstram que as representações sociais estereotipadas acerca da população em situação de rua contribuem para a reprodução de preconceitos e práticas excludentes.

Ao adotar essa abordagem integrada, as intervenções passam a refletir não apenas a compreensão dos fatores que originam a marginalização, mas também a necessidade de ações transformadoras que promovam a inclusão de forma efetiva. Assim, a articulação de políticas públicas fundamentadas em um arcabouço teórico robusto, aliado a práticas inovadoras e intersetoriais, revela-se indispensável para romper os ciclos de vulnerabilidade e exclusão, orientando a sociedade rumo a uma transformação que assegure os direitos humanos e a cidadania plena. Essa integração, ao alinhar teoria e prática, propicia o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a construção de um ambiente social mais justo, onde os desafios historicamente impostos aos indivíduos em situação de rua sejam efetivamente enfrentados e superados.

A reflexão sobre os desafios operacionais e a necessidade de articulação intersetorial destaca a complexidade inerente à implementação de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua. Esses desafios operacionais manifestam-se na dificuldade de mobilizar e coordenar recursos humanos, financeiros e logísticos, os quais frequentemente se mostram insuficientes diante da magnitude

das demandas. A burocracia excessiva, associada à fragmentação das redes de atendimento, impõe barreiras que comprometem a eficácia dos programas, refletindo, por exemplo, na descontinuidade dos serviços prestados e na inabilidade de responder de forma ágil às necessidades emergentes dos indivíduos em situação de vulnerabilidade (IPEA, 2020; Andrade, 2018).

Nesse contexto, a ausência de uma articulação intersetorial robusta revela-se como um dos principais entraves à transformação dos paradigmas de atendimento. A integração entre setores como saúde, habitação, educação e assistência social é imprescindível para a criação de uma rede de proteção capaz de oferecer respostas coordenadas e sustentáveis. Estudos apontam que a desarticulação entre as políticas públicas contribui para a perpetuação do isolamento social, pois os esforços concentrados em áreas isoladas não conseguem superar as lacunas deixadas por uma abordagem fragmentada (Oliveira, 2022; Souza & Ribeiro, 2022).

Complementando essa perspectiva teórica, Karam (2015), em sua dissertação sobre egressos prisionais em situação de rua no Estado de São Paulo, evidencia como a atuação fragmentada do poder público agrava a condição de vulnerabilidade desses sujeitos. Segundo o autor, a ausência de diálogo entre os sistemas de justiça, saúde, assistência e habitação resulta em uma espécie de “limbo institucional”, no qual o sujeito não apenas é desassistido, mas torna-se invisível ao aparato estatal. Tal invisibilidade se expressa não apenas na escassez de serviços, mas também na precariedade das abordagens existentes, muitas vezes marcadas por práticas punitivas, burocráticas e distanciadas da realidade concreta da população em situação de rua.

Karam (2015) também destaca a importância da escuta ativa dos usuários, sublinhando que políticas eficazes só podem emergir de processos participativos e dialógicos, nos quais os próprios sujeitos em situação de rua contribuam com sua leitura do mundo e de suas necessidades. Essa dimensão participativa ainda é rara nas esferas institucionais, que tendem a operar a partir de categorias pré-definidas e soluções padronizadas, o que perpetua a lógica da exclusão.

Assim, ao incorporar a vivência empírica analisada por Karam, torna-se evidente que a revisão das políticas públicas não pode prescindir da escuta dos sujeitos e da desconstrução dos estigmas que os atravessam. As implicações para a prática do Serviço Social e das políticas públicas, portanto, apontam para a urgência de reconfigurar os modelos de gestão com base em protagonismo popular, redes de apoio efetivas e uma ética do cuidado — pilares essenciais para interromper o ciclo de exclusão e construir novos horizontes de cidadania.

Em suma, os desafios operacionais evidenciam a urgência de reestruturar os sistemas de atendimento, promovendo uma gestão integrada e colaborativa que supere as limitações impostas pela fragmentação institucional. A articulação intersetorial emerge, assim, como estratégia essencial para a implementação de políticas públicas que efetivamente garantam a dignidade, a inclusão e o pleno exercício dos direitos fundamentais para aqueles que se encontram à margem da sociedade.

2.2 A SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM MARINGÁ: UM RETRATO LOCAL EM CONTRASTE COM O CENÁRIO NACIONAL

A realidade das pessoas em situação de rua em Maringá reflete as complexas dinâmicas urbanas contemporâneas, onde o crescimento econômico e a expansão territorial coexistem com processos de exclusão social. O ensaio fotográfico *A cidade que acorda e a cidade que dorme* (2018) oferece uma perspectiva visual sobre essa dualidade, destacando como diferentes grupos se apropriam dos espaços urbanos em distintos momentos do dia, revelando uma cidade dividida entre o visível e o invisível, o incluído e o descartado (Observatório das Metrópoles, 2018).

A dissertação da Júlia Casini, 2021 teve sua base de dados coletada de 2015 e 2019 por meio do Observatório das Metrópoles – Núcleo da Região Metropolitana de Maringá (OM/UEM) com apoio da Secretária Municipal de Assistência Social e Cidadania. Foram registrados 1.413 abordagens no período de 2015 a 2019, destes 995 responderam ao questionário e 418 recusaram. Diante disso, podemos perceber que ela usou dados censitários para mostrar tendências e características estruturais da população em situação de rua em Maringá, como o crescimento contínuo da população em situação de rua ao longo dos anos. Também podemos destacar uma dificuldade de caracterização dessa população por meio de dados oficiais como IBGE, afinal eles não são contabilizados por censo domiciliar. Por meio de outras pesquisas podemos perceber que a quantidade de morador de rua só crescer, cerca de 656 registrados em 2023.

Ainda com base na dissertação de Casini (2021) percebe-se que a população em situação de rua em Maringá não é um “problema invisível”, isolado, mas um fenômeno social emergente e estruturante, cuja gestão pública revela práticas necropolíticas² de exclusão e marginalização. A autora defende a necessidade de

² O conceito de necropolítica, formulado por Achille Mbembe (2016), refere-se ao exercício do poder soberano por meio da capacidade de decidir quem pode viver e quem deve morrer. Nessa perspectiva, determinadas populações passam a ser submetidas a condições de

políticas públicas mais amplas, integradas e baseadas no reconhecimento da dignidade e direitos dessa população, superando práticas que apenas contêm ou deslocam o problema

Dados coletados pelo Observatório das Metrópoles – Núcleo UEM/Maringá (Quadro 3), em parceria com o Centro POP e a Prefeitura Municipal, revelam um aumento significativo no número de pessoas em situação de rua na cidade. Em 2015, foram registradas 219 pessoas nessa condição; em 2019, esse número aumentou para 452, e, em 2023, alcançou 656 indivíduos, indicando um crescimento contínuo e preocupante (Observatório das Metrópoles, 2024).

Quadro 3 – Evolução do número de pessoas em situação de rua

ANO	QUANTIDADE DE POPULAÇÃO DE SITUAÇÃO DE RUA EM MARINGÁ
2016	165
2017	222
2018	357
2019	452

Fonte: Observatório das metrópoles (2024)

Observa-se uma predominância masculina nessa população, com mais de 90% dos indivíduos sendo homens. A faixa etária mais comum situa-se entre 21 e 30 anos, evidenciando um rejuvenescimento dessa população. Além disso, há uma diversificação no nível educacional, com aumento na proporção de indivíduos com ensino médio completo ou incompleto (Maringá Post, 2024).

Quanto ao tempo em situação de rua, a pesquisa indica uma redução, com períodos inferiores a um ano tornando-se mais frequentes entre os entrevistados. Adicionalmente, a proporção de pessoas acolhidas em instituições aumentou de 28% em 2015 para 65% em 2023, sugerindo tanto uma maior procura quanto uma ampliação da oferta de serviços de acolhimento (Maringá Post, 2024; Observatório das Metrópoles, 2024). Entretanto, esses dados não podem ser analisados de forma

existência marcadas pela exposição sistemática à morte, à violência, ao abandono e à negação de direitos, o que permite compreender a gestão estatal de grupos socialmente vulnerabilizados para além da omissão, como prática ativa de exclusão.

isolada, uma vez que se inserem em uma dinâmica urbana mais ampla, marcada por processos de urbanização excludente. Tal conceito refere-se a formas de desenvolvimento urbano que privilegiam a expansão econômica, a valorização imobiliária e a concentração de investimentos em determinadas áreas da cidade, em detrimento da inclusão social e da garantia do direito à cidade para os grupos mais vulnerabilizados (Rolnik, 1999).

Em Maringá, essa lógica se expressa na concentração de serviços, oportunidades e equipamentos urbanos em espaços específicos, enquanto outras áreas permanecem marcadas por acesso desigual à infraestrutura e às políticas públicas (Tardin; Camargo, 2012). Nesse contexto, o aumento do acolhimento institucional pode ser compreendido não apenas como resposta protetiva do poder público, mas também como indício de que a cidade tem produzido mecanismos de contenção e administração da pobreza urbana, sem necessariamente enfrentar suas causas estruturais.

Assim, a discussão sobre a população em situação de rua, no caso de Maringá, exige considerar de que modo a produção desigual do espaço urbano contribui para a intensificação de processos de exclusão, deslocamento e precarização da vida.

Essa dinâmica dá origem ao que Milton Santos (2006) denominou de “**cidade partida**”, marcada pela coexistência de múltiplas cidades dentro de um mesmo território urbano: uma cidade dos serviços e da visibilidade, e outra da informalidade e da exclusão. Indivíduos em situação de rua tornam-se visíveis nessa configuração, ocupando espaços centrais durante a noite, quando a cidade “dorme”, mas permanecendo invisíveis às políticas urbanas durante o dia (Observatório das Metrópoles, 2018).

O ensaio fotográfico (Figura 1) já mencionado anteriormente busca evidenciar essas contradições, registrando momentos em que a cidade, aparentemente silenciosa, revela a presença daqueles que nela habitam à margem da dignidade. As imagens tornam-se, assim, um convite à reflexão crítica sobre os modelos de urbanização adotados e os sujeitos que são, sistematicamente, deixados à margem. A urbanização excludente não é um desvio: é um dos efeitos mais visíveis da forma como a cidade é produzida socialmente (Harvey, 2012).

Figura 1 – Ensaio “a cidade que acorda e a cidade que dorme”



Fonte <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br>

A compreensão dessa realidade é indispensável para a formulação de políticas públicas orientadas à equidade, à cidadania e ao pleno exercício do direito à cidade, conforme prevê o Estatuto da Cidade e a agenda urbana prevista pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2001).

A análise da população em situação de rua em Maringá ganha contornos mais amplos quando inserida no contexto nacional. Os dados revelam que o aumento observado localmente reflete uma tendência preocupante em todo o Brasil, indicando a necessidade de políticas públicas eficazes tanto em âmbito municipal quanto federal.

Conforme estimativas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a população em situação de rua no Brasil cresceu 38% entre 2019 e 2022, atingindo 281.472 pessoas em 2022. Esse aumento é atribuído, em grande parte, aos impactos socioeconômicos da pandemia de COVID-19, que exacerbou vulnerabilidades preexistentes e levou mais indivíduos à condição de rua (IPEA, 2022).

Em Maringá, os dados seguem essa tendência de crescimento. Pesquisas realizadas pelo Observatório das Metrópoles – Núcleo UEM/Maringá, em parceria com o Centro POP e a Prefeitura Municipal, indicam um aumento de 45% no número de pessoas em situação de rua entre 2019 e 2023 (Notícias UEM, 2023). Esse crescimento local é consistente com o observado em nível nacional, sugerindo que fatores macroeconômicos e crises sanitárias têm impactos significativos em municípios de diferentes portes.

O perfil demográfico da população em situação de rua em Maringá apresenta semelhanças com o panorama nacional. Dados do IPEA indicam que, no Brasil, a maioria das pessoas em situação de rua são homens (85%), negros (69%) e adultos entre 31 e 49 anos (49,1%) (IPEA, 2020). Em Maringá, observa-se também uma predominância masculina, com mais de 90% dos indivíduos, e uma faixa etária mais jovem, entre 21 e 30 anos (Maringá Post, 2024).

As causas que levam indivíduos à situação de rua em Maringá refletem as identificadas em estudos nacionais. Fatores como desemprego, rompimento de vínculos familiares, dependência química e problemas de saúde mental são frequentemente mencionados. A pandemia de COVID-19 agravou essas questões, resultando em perdas de emprego e aumento da vulnerabilidade social (IPEA, 2022).

A comparação entre os dados de Maringá e os nacionais evidenciam que a questão da população em situação de rua é um fenômeno complexo e multifacetado, influenciado por fatores estruturais e conjunturais. O aumento significativo dessa população tanto em nível local quanto nacional ressalta a urgência de políticas públicas integradas, que considerem as especificidades regionais e promovam ações coordenadas entre os diferentes níveis de governo para enfrentar esse desafio social de maneira eficaz.

Quadro 4 – Comparação entre Maringá e Brasil

Indicadores	Maringá (2023)	Brasil (2022)
População total em situação de rua	656 pessoas	281.472 pessoas
Crescimento recente	+45% (2019–2023)	+38% (2019–2022)
Predominância de gênero	90% homens	85% homens
Faixa etária predominante	21 a 30 anos	31 a 49 anos
Escolaridade	Ensino médio incompleto/completo	Ensino fundamental incompleto (maioria)
Acolhimento institucional	65% acolhidos	24% acolhidos (aprox.)
Principais causas	Desemprego, vínculos rompidos, dependência química	Idênticas + agravamento pela pandemia

Fonte: Dados adaptados de IPEA (2022), Observatório das Metrôpoles (2024), Maringá Post (2024).

Elaboração: Autoria Própria.

A tabela acima ilustra, de forma sintética, a correspondência entre o perfil da população em situação de rua em Maringá e aquele observado em âmbito nacional. Ainda que haja particularidades locais, como a predominância de jovens entre 21 e 30 anos, observa-se que as dinâmicas de vulnerabilização seguem um padrão estrutural, marcado por desemprego, desproteção social e vínculos familiares fragilizados. A porcentagem significativamente maior de acolhimento institucional em Maringá, por exemplo, pode indicar tanto uma maior oferta local de serviços quanto uma demanda crescente por proteção emergencial – o que por si só já aponta para o esgotamento de políticas preventivas.

Mais do que números, os dados revelam um Estado em débito com as populações mais vulneráveis, incapaz de oferecer respostas articuladas e efetivas. A realidade exposta convoca a gestão pública local a repensar seus modelos de atuação e a romper com a fragmentação histórica entre os setores sociais.

1.2.1. Implicações para a gestão pública e a articulação intersetorial em maringá

A realidade apresentada pelos dados locais e nacionais apresentados acima revelam, de forma incontornável, a insuficiência das políticas públicas tradicionais no enfrentamento da situação de rua. Em Maringá, embora o município apresente avanços pontuais – como o aumento da taxa de acolhimento institucional – esses esforços revelam-se paliativos frente à complexidade estrutural da exclusão urbana. A fragmentação entre os serviços públicos, a carência de abordagens integradas e a descontinuidade das ações compõem um cenário de fragilidade institucional que compromete a efetividade das respostas estatais à questão.

A lógica de atendimento ainda opera sob a égide da setorialização, na qual assistência social, saúde, habitação e segurança pública funcionam como ilhas autônomas, raramente dialogando entre si. Essa desarticulação tem sido denunciada por diversos estudos (IPEA, 2022; Andrade, 2018) e se reproduz em municípios de médio porte como Maringá. Os sujeitos em situação de rua são, frequentemente, lançados em um labirinto institucional, onde não há continuidade nos atendimentos, nem coordenação entre os setores que deveriam garantir seus direitos básicos.

A experiência relatada por Karam (2015), ao analisar a condição de egressos prisionais em situação de rua no Estado de São Paulo, oferece insights valiosos que podem ser aplicados à realidade maringense. O autor destaca que o Estado atua, muitas vezes, mais como agente de controle do que de proteção, revelando uma política pública marcada por lacunas, omissões e estigmatizações. A “inassistência organizada”, termo que poderia descrever o funcionamento de muitas redes socioassistenciais, opera por ausência de escuta, descontinuidade de vínculos e impossibilidade de acesso real aos dispositivos públicos existentes.

Essa ausência de articulação intersetorial e escuta ativa dos sujeitos rompe com o que Iamamoto (1998) entende como essência do projeto ético-político do Serviço Social: a transformação das condições estruturais da desigualdade e a construção de estratégias coletivas de emancipação. A ação profissional, nesse contexto, torna-se refém de políticas pontuais e tecnocráticas, distantes da realidade concreta das ruas, dos corpos, das ausências. A intersetorialidade, por sua vez, não deve ser compreendida apenas como um modelo de gestão, mas como uma metodologia de escuta, planejamento e execução transversal de direitos sociais.

Ademais, a atuação pública ainda carece de mecanismos consistentes de monitoramento, avaliação e controle social efetivos. Almeida, Carlos e Silva (2016) demonstram que a efetividade dos Conselhos Municipais de Assistência Social está relacionada ao grau de institucionalização, às condições de deliberação e à qualidade da representação política nessas instâncias. Nesse cenário, a fragilidade desses elementos pode comprometer a capacidade dos conselhos de interferirem de modo mais substantivo na formulação e na reorientação das políticas públicas. Como resultado, observa-se, muitas vezes, um modelo de gestão pouco responsivo às necessidades reais da população, baseado em diagnósticos generalistas e em soluções padronizadas que desconsideram a diversidade dos territórios e a singularidade dos sujeitos em situação de rua, conforme problematizam Reis e Rizzotti (2013).

Nesse contexto, torna-se imprescindível a adoção de políticas públicas de baixa exigência, isto é, políticas que não imponham pré-condições irreais para o acesso aos serviços – como ausência de vícios, documentação completa ou estabilidade familiar. Essa abordagem tem sido defendida por especialistas na área como forma concreta de garantir o direito à cidade e à sobrevivência para os mais vulneráveis (Souza & Ribeiro, 2022). Além disso, o fortalecimento das redes comunitárias, iniciativas da sociedade civil e parcerias público-comunitárias são caminhos potentes para a reinvenção das formas de cuidado e proteção social.

A produção de dados sistemáticos e a escuta qualificada dos próprios sujeitos atendidos são pilares para a construção de políticas públicas eficazes. É necessário superar a lógica da invisibilidade institucional, transformando os espaços de acolhimento em espaços de reconstrução subjetiva e de reinserção comunitária. Nesse sentido, experiências como o Centro POP de Maringá podem ser ressignificadas como núcleos de articulação intersetorial, desde que sustentadas por investimento contínuo.

Falando mais especificamente do CENTRO POP que é um serviço de assistência social (SUAS) voltado exclusivamente para pessoas em situação de rua, oferece acolhida e escuta qualificada, encaminhamento para documentação, acesso a benefícios, orientação e acompanhamento social, apoio para reinserção familiar e comunitária, encaminhamento para abrigo/casa de passagem e articulação com outros serviços como UBS, CRAS, CREAS e CAPS. O Centro POP atua como referência da política de assistência social para a população em situação de rua oferecendo acompanhamento, especialização e articulação intersetorial com UBS e CAPS, podemos dizer que um serviço paliativo.

Por fim, a gestão pública de Maringá é chamada a um reposicionamento estratégico: não mais operar na lógica da resposta emergencial, mas na perspectiva da prevenção, inclusão e cuidado integral. Trata-se de compreender que a população em situação de rua não é um problema a ser removido, mas um sintoma a ser escutado. Somente políticas públicas formuladas a partir dessa escuta radical – onde a rua não é apenas o lugar da miséria, mas também da resistência – poderão, de fato, romper os ciclos históricos de exclusão e construir um horizonte de justiça urbana e cidadania plena.

Como exemplo da necessidade de olhar, de forma interdisciplinar para a população em situação de rua, podemos citar ações por parte da Igreja Católica. Temos a Campanha da Fraternidade, em 2017, promovida pela CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, onde expressa o compromisso social da instituição com questões estruturais da sociedade brasileira, articulando fé, justiça e solidariedade em tempos de quaresma. A edição do ano citado teve o tema: “Fraternidade: Biomas brasileiros e defesa da vida”. Quase onze anos depois a temática se repete: “Fraternidade e Moradia”, porém com uma abordagem volta a falta de moradia digna das pessoas em situação de rua ou com moradia precária. Podemos dizer que isso teve origem nas lutas do Padre Júlio Lancellotti sacerdote em São Paulo atuou há décadas junto às pessoas em situação de rua, principalmente por meio da Pastoral do Povo de rua, sendo reconhecido nacionalmente pela defesa da dignidade humana e pelo enfrentamento da exclusão social. Ele teve ações diretas como: distribuições de

alimento, roupas e cobertas, apoio emergencial e escuta/acolhida humanizada. Defendia direitos sociais e enfrentamento de preconceito, afinal para ele essa população não deveria ser vista como “problema urbano”, mas sim como sujeitos de direitos

3. 2.3- POLÍTICAS PÚBLICAS PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE CRÍTICA E FOCADA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

A população em situação de rua constitui um grupo social marcado por múltiplas vulnerabilidades e pela negação de direitos básicos, como moradia, alimentação, saúde, segurança e acesso contínuo a políticas públicas. Trata-se de um fenômeno complexo, relacionado a fatores estruturais e individuais, que envolve dimensões econômicas, sociais, familiares e institucionais.

No contexto brasileiro, o conceito de população de rua é amplamente utilizado em políticas públicas e documentos oficiais. Conforme definição estabelecida pelo Decreto n.º 7 053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, até a Lei 14 821/2024, que inaugura o Programa Trabalho Digno e Cidadania, observa-se densificação normativa cuja capilaridade operacional permanece, contudo, desigual (Brasil 2009; Brasil 2024). A dissociação entre enunciação jurídica e efetivação territorial materializa aquilo que Boschetti classifica como “paradoxo de governança”, no qual a retórica vigorosa de intersectorialidade colide com hiatos orçamentários crônicos e com marcadas assimetrias de capacidade institucional municipal (Boschetti 2017; Medeiros 2021).

Este capítulo perscrutará, portanto, a engenharia e as fissuras das políticas públicas hodiernamente direcionadas a sujeitos em itinerância urbana, analisando como arranjos normativos, sanitários e socioassistenciais se entrelaçam – ou se desalinham – na tentativa de mitigar iniquidades sanitárias, restituir cidadania substantiva e romper o ciclo histórico de invisibilidade que, reiteradamente, subtrai lugar e voz aos indocumentados da cidade.

2.3.1 ARQUITETURA NORMATIVA CONTEMPORÂNEA

A tessitura normativo-administrativa dirigida à população em situação de rua adquiriu espessura a partir do Decreto 7 053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e introduziu, na gramática burocrática brasileira, um léxico de transversalidade até então escasso (Brasil 2009). Amparado no princípio constitucional da cooperação federativa (art. 23, II), o diploma estabeleceu um tripé de responsabilidades distribuídas entre União, estados e municípios; porém sua concretude permaneceu ancorada em uma programaticidade robusta e operacionalidade frágil, pois a execução depende de pactuações interfederativas instáveis, vulneráveis às assimetrias técnico-financeiras dos entes subnacionais e à intermitência crônica das transferências voluntárias (Medeiros 2021).

Na prática, a PNPSR converteu-se numa sorte de “constituição social em miniatura”, proclamando direitos ao trabalho protegido, ao cuidado itinerante em saúde, ao acolhimento humanizado e à participação política. A translação desses vetores para políticas universais, contudo, colidiu com estrangimentos orçamentários, intensificados após a Emenda 95/2016, e com a ausência de metas vinculantes que impelisses a União a manter aportes contínuos em saúde e assistência social (Boschetti 2017). Como resultado, numerosos municípios ficaram limitados a ações episódicas, financiadas por emendas parlamentares pontuais, sem capacidade de estruturar equipes especializadas ou serviços de porta de entrada, a exemplo dos Centros-POP.

Em 2023, o governo federal lançou o Plano **Ruas Visíveis**, anunciando a destinação aproximada de R\$ 1 bilhão a quatro eixos: 1) ampliação das equipes Consultório na Rua; 2) implantação de núcleos Housing First, 3) requalificação de Centros-POP e abrigos de transição; 4) criação de um cadastro nacional unificado de pessoas em situação de rua (Brasil 2023). A medida resgatou o imperativo intersetorial, articulando SUS, SUAS e política habitacional, e pretendeu atenuar o hiato institucional exacerbado pela restrição fiscal da década precedente. Não obstante, auditoria preliminar do Tribunal de Contas da União registrou que apenas 37 % dos recursos empenhados foram liquidados no primeiro exercício, em face de entraves nas

regras de contrapartida, morosidade licitatória e déficits de capacidade administrativa sobretudo em municípios de pequeno porte (TCU 2024).

Além disso, a governança do Plano assenta-se em critérios de adesão competitiva: estados e municípios devem apresentar projetos técnicos validados por conselhos de saúde e assistência social. Esse desenho, embora meritocrático, prolonga a clivagem entre grandes metrópoles, dotadas de expertise para captar recursos e localidades periféricas, onde inexistem equipes habilitadas para redigir e gerir projetos complexos (CARDOSO, 2023). A resultante é um mosaico heterogêneo: capitais como Porto Alegre e Recife lograram expandir suas unidades Housing First, enquanto municípios interioranos permanecem restritos a medidas paliativas, como pernoites em albergues lotados.

Ainda no plano da execução concreta, a diretriz de integralidade inscrita na Política Nacional de Atenção Básica encontrou no dispositivo **Consultório na Rua** (eCR) o seu experimento mais eloquente de transmutação da universalidade abstrata do SUS em cuidado móvel e matricializado. Entre janeiro e dezembro de 2024, apenas o Distrito Federal registrou mais de vinte e duas mil abordagens clínicas, farmacológicas e psicoeducativas realizadas por equipes multiprofissionais de eCR, marca que confirma a vocação de “capilaridade terapêutica” atribuída ao programa pelos primeiros estudos de implementação (AGÊNCIA BRASÍLIA, 2024).

Embora o Consultório na Rua represente um avanço importante na ampliação do acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde, sua efetividade encontra limites concretos no cotidiano dos serviços. Santos e Almeida (2022) mostram que a coordenação do cuidado desenvolvida por essas equipes é estratégica para romper barreiras e construir redes, mas permanece tensionada pela fragmentação dos serviços, pela ausência de comunicação entre profissionais, pela exigência de documentos e pela precariedade dos vínculos de trabalho. Em direção semelhante, Engstrom et al. (2022) identificam que as equipes atuam com flexibilidade, baixa exigência e busca ativa no território, porém enfrentam dificuldades relacionadas à longitudinalidade do cuidado, à fragmentação da rede de atenção e à carência de recursos estruturais, como transporte e insumos.

As barreiras de acesso aos serviços de saúde vivenciadas pela população em situação de rua não se restringem à insuficiência da oferta institucional, mas incluem também obstáculos discriminatórios, protocolares e simbólicos. Andrade et al. (2022), em revisão integrativa sobre o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, destacam que o preconceito, a ausência de acolhimento e a exigência de documentos de identificação configuram entraves recorrentes desde a atenção básica até os serviços ambulatoriais e hospitalares. Mais recentemente, Fraga, Modena e Silva (2024) evidenciaram, a partir da percepção de trabalhadoras do Consultório na Rua, que essas barreiras se agravam em contextos marcados por múltiplas violências e pelo acesso restrito a direitos básicos, exigindo alinhamentos institucionais, educação permanente e elaboração de fluxos que considerem os modos de vida dessa população.

Nesse contexto, a intersetorialidade aparece menos como dado consolidado e mais como exigência ainda insuficientemente efetivada. Borysow e Furtado (2013), ao discutirem o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave, demonstram que os serviços de assistência social frequentemente funcionam como porta de entrada para a rede de saúde mental, justamente porque os serviços de saúde apresentam dificuldades em atender essas pessoas na própria rua e em inseri-las em CAPS e unidades básicas de saúde. Beserra e Freitas (2023), por sua vez, assinalam que, embora a intersetorialidade esteja prevista na Política Nacional para a População em Situação de Rua, a estrutura de proteção social brasileira ainda é fortemente setORIZADA, o que dificulta o diálogo, o financiamento e a construção de respostas integradas entre diferentes políticas públicas.

No campo da assistência social, também se observa que o acesso a direitos não ocorre de forma automática, exigindo mediações contínuas entre sujeitos, serviços e território. Souza, Costa-Rosa e Benelli (2019), ao analisarem o trabalho da assistência social com a população em situação de rua, argumentam que, embora os direitos estejam formalmente garantidos, seu acesso precisa ser efetivamente construído no cotidiano, o que demanda intercessões entre os sujeitos e os serviços territoriais. Essa leitura converge com a análise de Sousa e Macedo (2019), para quem a população em situação de rua deve ser compreendida como expressão da Questão Social, o que exige

superar interpretações individualizantes e reconhecer a centralidade das desigualdades estruturais na produção e reprodução dessa realidade.

Dessa forma, a distância entre o reconhecimento formal de direitos e sua materialização na vida concreta da população em situação de rua não decorre da ausência absoluta de normativas, mas da fragilidade das condições de implementação das políticas públicas. A precariedade das equipes, a fragmentação da rede, as exigências burocráticas, a dificuldade de articulação intersetorial e a permanência de práticas estigmatizantes revelam que o atendimento a essa população ainda se realiza sob fortes limites institucionais. Assim, o fortalecimento do Consultório na Rua e dos demais serviços voltados à população em situação de rua depende menos de formulações abstratas e mais da consolidação de práticas públicas contínuas, territorializadas e comprometidas com a garantia de direitos.

3. O CONSULTÓRIO NA RUA: DESMISTIFICANDO SUA REALIDADE.

No plano normativo federal, o Consultório na Rua constitui uma estratégia voltada à ampliação do acesso da população em situação de rua às ações e aos serviços do Sistema Único de Saúde. Embora experiências anteriores de cuidado na rua já existissem, sua institucionalização ocorreu no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e, na Atenção Básica, pela Política Nacional de Atenção Básica de 2011, posteriormente mantida na PNAB de 2017. As diretrizes específicas de organização e funcionamento das equipes foram definidas pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, razão pela qual o Consultório na Rua deve ser compreendido como equipe da Atenção Básica que integra a Rede de Atenção Psicossocial, com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

Quanto à composição, a normativa prevê três modalidades de equipe. A Modalidade I deve ter, no mínimo, quatro profissionais; a Modalidade II, no mínimo, seis; e a Modalidade III corresponde à equipe da Modalidade II acrescida de médico. Entre os profissionais que podem compor essas equipes estão enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional ou professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. Além disso, as equipes devem cumprir carga horária mínima semanal de 30 horas, com horário de funcionamento ajustado às demandas da população atendida, podendo atuar em período diurno ou noturno, em qualquer dia da semana.

Por se tratar de equipe da Atenção Básica, o Consultório na Rua não se organiza como serviço isolado ou desvinculado da rede, mas como dispositivo territorial e itinerante. A legislação determina que suas ações sejam desenvolvidas na rua, em instalações específicas, em unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde do território, sempre em articulação com UBS, CAPS, rede de urgência e equipamentos do SUAS. Por isso, a norma federal não estabelece, de modo expresso, a exigência de uma sede autônoma e exclusiva; o que ela assegura é a necessidade de referência territorial e de utilização, quando necessário, das instalações das UBS do

território. Em termos práticos, muitos municípios organizam uma base administrativa ou unidade de referência para a equipe, mas o elemento central da normativa é a itinerância articulada à rede e não a existência de sede própria independente.

No que se refere à implantação, os municípios podem credenciar equipes de Consultório na Rua conforme o quantitativo de pessoas em situação de rua existente em seu território. A Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, define os critérios de cálculo do número máximo de equipes por município: para municípios com população entre 100 mil e 300 mil habitantes, devem ser utilizados censos populacionais sobre população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde; para municípios com mais de 300 mil habitantes, consideram-se as bases indicadas na própria portaria; e os municípios com menos de 100 mil habitantes também podem ser contemplados, desde que comprovem a existência de população em situação de rua dentro dos parâmetros normativos. Assim, a criação dessas equipes depende de critérios populacionais, reconhecimento formal da demanda e credenciamento pelo gestor municipal junto ao Ministério da Saúde.

As equipes de Consultório na Rua integram a Política Nacional de Atenção Básica, inserindo-se de maneira indissociável na Rede de Atenção Psicossocial, tendo como finalidade a ampliação do acesso das pessoas que vivenciam e habitam o espaço público à multiplicidade de instâncias de cuidado em saúde, bem como aos componentes da rede intersetorial (BRASIL, 2017). Por conseguinte, tais equipes devem operar o cuidado longitudinal – isto é, acompanhar os sujeitos ao longo de seus processos existenciais, mobilizando-se de forma itinerante e articulando as ações interdisciplinares junto a distintos dispositivos da rede, constituindo-se enquanto porta de entrada privilegiada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, ademais, conferindo visibilidade às demandas específicas dessa população. Tudo isso, cumulativamente, orienta-se por uma atenção integral concebida sob a perspectiva da Redução de Danos e da clínica ampliada, refletindo um paradigma de cuidado mais inclusivo, interligado e contextualizado (BRASIL, 2017).

Destarte, o Consultório na Rua deve atuar, por excelência, como elo de conexão entre a população em situação de rua e os variados serviços e

equipamentos que compõem a rede de cuidado, exigindo-se, pois, a devida articulação intersetorial entre as ações de saúde e os diferentes serviços públicos, levando-se em conta as demandas singulares – tanto individuais quanto coletivas – conformadas no território que as pessoas em situação de rua ocupam e ressignificam cotidianamente (MARINGÁ, 2024). Nesse contexto, a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência será aquela geograficamente mais próxima ao local de permanência do indivíduo em situação de rua, assegurando, dessa forma, um vínculo territorializado e contextualizado entre o sujeito e a rede assistencial (BRASIL, 2017).

Com efeito, a composição e as modalidades das equipes de Consultório na Rua obedecem aos ditames prescritos pelas Portarias do Ministério da Saúde nº 122, de 25 de janeiro de 2012, e nº 1.029, de 20 de maio de 2014, que estabelecem parâmetros normativos e operacionais à constituição dessas unidades itinerantes (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), faz-se imperativo realizar as atividades de forma itinerante, de modo a desenvolver intervenções não apenas no espaço público (rua), mas também em instalações específicas, em unidades móveis ou nas dependências das Unidades Básicas de Saúde circunscritas ao território de atuação. Essas atividades devem ser orquestradas e executadas em parceria com as demais equipes da atenção básica, tais como eSF/eAB/UBS e Nasf-AB, bem como em consonância com os Centros de Atenção Psicossocial, a Rede de Urgência/Emergência e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dentre outras instituições públicas e organizações da sociedade civil. Assim, cria-se um mosaico de ações integradas, marcado por uma lógica intersetorial, transdisciplinar e *dynamis* (em grego, “força transformadora”), cuja finalidade é aperfeiçoar o cuidado e a responsividade em relação às demandas advindas desse público específico (BRASIL, 2017).

No contexto já delineado pelas equipes de Consultório na Rua, inseridas na Política Nacional de Atenção Básica e interconectadas à Rede de Atenção Psicossocial, cumpre salientar que seu público-alvo corresponde à população em situação de rua, definida segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua como um grupo heterogêneo caracterizado por pobreza extrema, rupturas ou fragilizações nos vínculos familiares, bem como

pela ausência de moradia convencional e regular, tendo, por conseguinte, os logradouros públicos e as áreas urbanas degradadas como espaços de habitação provisória ou mesmo assentamento permanente, a partir dos quais se retiram recursos indispensáveis à sobrevivência (BRASIL, 2009). Outrossim, tais indivíduos eventualmente se valem de unidades de acolhimento – compreendidas enquanto moradias temporárias ou abrigo noturno – a fim de suprir emergências habitacionais, conferindo-lhes um locus de refúgio mesmo que efêmero (MARINGÁ, 2024).

Por outro lado, essa população marginalizada, marcada pela intersecção de vulnerabilidades múltiplas, não constitui um simples contingente isolado, mas reflete uma problemática complexa, frequentemente invisibilizada, que exige a criação de linhas de cuidado intersetoriais e ações continuadas, como as desenvolvidas pelo Consultório na Rua, a fim de proporcionar-lhes atenção integral calcada em princípios da clínica ampliada e da Redução de Danos (BRASIL, 2017). Ademais, considerando a dimensão territorial – o “topos” (τόπος) grego – e a necessidade de superar as fronteiras tradicionais do atendimento, estas equipes atuam em regime itinerante, percorrendo o ambiente urbano de forma contínua e contextualizada, identificando demandas idiossincráticas e promovendo mediações singulares, em consonância com os ideais do SUS e a lógica intersetorial, capazes de romper com a inércia das práticas meramente assistenciais (MARINGÁ, 2024).

Nesse sentido, reconhecer as especificidades desse público-alvo configura-se como um passo inarredável para a construção de políticas mais inclusivas, responsivas e capazes de efetivar direitos, garantindo a essas pessoas a possibilidade de acesso pleno à rede de cuidado e aos serviços fundamentais, o que, em última análise, fortalece a compreensão do direito à saúde como um bem público inalienável, orientado não somente pelo enfoque biomédico, mas também por um horizonte ético-jurídico ampliado, em perfeita comunhão com os postulados normativos e orientações preconizadas pelas políticas nacionais vigentes (BRASIL, 2017).

No ensejo de abordar o processo de trabalho, fala-se, inevitavelmente, dos objetivos da ação laboral, das identidades subjetivas dos agentes atuantes, do objeto sobre o qual se intervém, bem como dos meios materiais e simbólicos empregados na consecução da tarefa. Assim, qualquer intento de

compreender, aprimorar e transfigurar tal processo com vistas a torná-lo mais eficaz e eficientemente articulado, exige a ponderação de tais elementos e de suas particularidades intrínsecas (MARINGÁ, 2024).

Sob essa égide, o Consultório na Rua (CnaR), ao assumir a função de porta de entrada da População em Situação de Rua ao Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a ampliar o acesso não apenas aos serviços de saúde, mas igualmente à rede intersetorial, buscando a integralidade do cuidado em consonância com princípios de uma clínica ampliada e da Redução de Danos (BRASIL, 2017). Nesse sentido, tais objetivos não podem prescindir de uma escuta qualificada e de um acolhimento sensível às demandas que emergem das vivências dos sujeitos. Portanto, a “porta de entrada” deixa de ser meramente um dispositivo arquitetônico-institucional, convertendo-se no encontro dialógico entre o profissional da equipe e o indivíduo em situação de rua, momento a partir do qual se definem articulações intersetoriais e se engendra o planejamento estratégico das ações de prevenção, promoção da saúde e cuidado integral, distribuídas pelos diversos pontos de atenção do sistema e pela abrangente rede de equipamentos sociais (MARINGÁ, 2024).

Não obstante, é imprescindível que as equipes do CnaR operem de maneira itinerante, imiscuindo-se nos territórios de permanência da população em situação de rua, razão pela qual o conhecimento aprofundado das vulnerabilidades, riscos e potencialidades desse território apresenta-se como condição sine qua non ao delineamento das ações, sejam estas individuais ou coletivas (MARINGÁ, 2024). Esse conhecimento não se restringe a uma pura e simples definição geográfica, mas alarga-se para a compreensão dos significados simbólicos atribuídos a cada espaço (onde dormem, alimentam-se, satisfazem necessidades fisiológicas, utilizam substâncias psicoativas), bem como das dinâmicas relacionais que podem, por vezes, facilitar ou obstruir a presença da equipe, envolvendo-se na identificação de atores locais e seus respectivos papéis sociais, bem como no reconhecimento dos dispositivos institucionais ali existentes, suscetíveis de serem articulados em ações intersetoriais (BRASIL, 2017).

À luz dessa perspectiva, o planejamento das ações distancia-se de um enfoque circunscrito ao monitoramento e tratamento de enfermidades, incorporando um conceito ampliado de saúde, no qual se consideram as

peças, suas trajetórias de vida, relações interpessoais, aspirações e o território que habitam (BRASIL, 2017). Trabalhar nesse horizonte implica, ao profissional, o desafio de ultrapassar seu campo estritamente técnico e os modelos prescritivos de cuidado, exigindo a conformação de saberes plurais e a invenção de práticas dotadas de sentido para cada sujeito ou coletivo que a equipe pretende assistir, constituindo, assim, um ethos mais flexível e responsivo (MARINGÁ, 2024).

Consequentemente, o desenvolvimento e a gestão do processo de trabalho da equipe devem repousar sobre encontros sistemáticos (reuniões da equipe, discussões de casos clínicos, articulações com a rede de serviços, etc.), arenas nas quais os diversos trabalhadores – tanto internos à equipe quanto oriundos de outros segmentos da rede – possam proceder à troca de olhares, saberes e ideias, lastreando o planejamento de intervenções, a definição de prioridades e o estabelecimento de fluxos assistenciais mais integrados (BRASIL, 2017). Esse cuidado compartilhado, levado a efeito entre os membros da equipe e outras instâncias prestadoras de serviço, exige uma disponibilidade ética e epistêmica para compor com as diferenças, ressignificando práticas e gerando soluções mais adequadas às idiossincrasias dos indivíduos assistidos (MARINGÁ, 2024).

Assim, é justamente a partir desses encontros dialéticos e das trocas simbólicas entre diferentes serviços e profissionais que as demandas da população em situação de rua emergem à superfície, conferindo-lhes visibilidade política e viabilizando a construção de caminhos inclusivos que atravessam os diversos pontos de atenção, a fim de tecer uma “Rede de Cuidados” efetivamente articulada (BRASIL, 2017). Nesse arranjo, os serviços conectam-se como um conjunto coeso, reconhecendo as singularidades contextuais e a historicidade de cada vida, assegurando, assim, a responsabilização pela saúde dessas populações mais vulneráveis (MARINGÁ, 2024).

As equipes do CnaR, portanto, assumem a posição de articuladoras multissetoriais, entrelaçando equipamentos e serviços diversos, bem como atores sociais, indispensáveis à construção de um cuidado integral e desinstitucionalizado das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2017). A partir do acolhimento realizado nos lugares onde tais sujeitos habitam e do vínculo

estabelecido entre profissionais e usuários, as equipes identificam demandas sanitárias múltiplas, o que deve deflagrar a elaboração de estratégias de cuidado compartilhado com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços especializados, prontos-socorros e as demais instituições-parceiras da Rede de Atenção, convergindo, em última análise, para a constituição de um arcabouço integral de saúde, encarnando valores de equidade, integralidade e universalidade que informam o cerne do SUS (MARINGÁ, 2024).

O primeiro passo a ser empreendido pelas equipes de Consultório na Rua (CnaR) consiste no mapeamento minucioso da área de abrangência, incluindo o reconhecimento dos recursos e serviços-referência existentes no território de atuação (BRASIL, 2017). É imprescindível que a equipe domine o conhecimento acerca dos equipamentos de saúde, assistência social, cultura, esporte, lazer e educação, bem como de demais dispositivos público-privados que possam ser articulados a fim de promover o cuidado integral às pessoas em situação de rua, inseridas nesse espaço sócio-histórico (MARINGÁ, 2024).

Importa destacar que, apesar da necessidade de estabelecimento de territórios de abrangência bem definidos, visando facilitar a circulação dos profissionais nos diferentes locais, tal delimitação não deve, em hipótese alguma, constituir óbice ao acesso e acompanhamento do indivíduo em qualquer ponto da rede de saúde (BRASIL, 2017). Com efeito, a flexibilidade topológica deve orientar a ação das equipes, impedindo que barreiras geográficas se convertam em limites ao cuidado (MARINGÁ, 2024).

Ademais, ultrapassando o dimensionamento geográfico, urge compreender o território vivo, ou seja, não apenas a geografia estática, mas a rede móvel de relações, os sentidos simbólicos, as construções semânticas que a “comunidade” – entendida aqui no seu sentido mais dinâmico e relacional – atribui a cada lugar (BRASIL, 2017). O território vivo implica reconhecer os atores locais, os códigos de conduta implícitos, as influências culturais e todos os elementos que interferem na vida das pessoas em situação de rua, delineando um ambiente dotado de complexidade fenomenológica (MARINGÁ, 2024). Em suma, além do território material, há um território existencial ou território-vida, demarcado pela circulação de sujeitos, relações e manifestações culturais que conformam o cotidiano em cada “lugar” (BRASIL, 2017).

Mesmo que as pessoas em situação de rua não se fixem de maneira perene em um único espaço, é relativamente comum que possuam locais de permanência e referências para ações vitais (como alimentar-se, dormir, consumir substâncias, pedir dinheiro, etc.) (MARINGÁ, 2024). Em tal perspectiva, as abordagens iniciais da equipe devem desvendar o território existencial singular de cada sujeito, um locus que abrange os significados atribuídos a cada lugar por aquele indivíduo específico e a forma como este habita o mundo (In-der-Welt-sein, diria Heidegger). Conhecer essas diferentes dimensões do território é condição basilar e alicerce para o trabalho das equipes de CnaR, cujos membros não somente transitarão e serão atravessados pelo contexto sociocultural ali vigente, mas também acompanharão o movimento das pessoas em seus territórios existenciais, articulando recursos e equipamentos para erigir estratégias de cuidado mais adequadas a cada caso (BRASIL, 2017).

Ser “Porta de Entrada” para o SUS não se reduz a encaminhar a pessoa em situação de rua a outro serviço assistencial; antes, é o próprio encontro entre o profissional e a pessoa em situação de rua que materializa a inclusão no sistema (MARINGÁ, 2024). Para que o CnaR assuma essa função de forma efetiva, é necessária a disponibilidade da equipe em ir ao encontro do outro, abordando-o, escutando-o e acolhendo-o de maneira holística (BRASIL, 2017). Impõe-se, portanto, o abandono de instrumentos rígidos, tais como questionários mecanizados e protocolos taxonômicos de busca ativa de enfermidades, permitindo que as pessoas, com sua singularidade, adquiram visibilidade (MARINGÁ, 2024). Neste contexto, o que se busca estabelecer é um vínculo profundo com os indivíduos, e não meramente com suas patologias reais ou potenciais (BRASIL, 2017).

O vínculo, tomado aqui como alicerce do cuidado, exprime uma relação de confiança, inclusão e reconhecimento da alteridade, capaz de fomentar a expressão dos sujeitos sobre si mesmos, suas histórias de vida, anseios, obstáculos, riscos e doenças (BRASIL, 2017). Esse laço, ao produzir responsabilização pelas ações planejadas, dá sentido real às iniciativas da equipe e transfigura o cuidado em algo que tenha relevância concreta na existência do outro (MARINGÁ, 2024).

A partir do mapeamento do território, do acolhimento inicial e da construção embrionária de vínculos, as questões e demandas emergirão gradualmente para a equipe do CnaR. Neste preciso momento, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) começa a ser elaborado, e o cuidado deve ser cuidadosamente articulado com a rede de saúde e demais dispositivos intersetoriais (MARINGÁ, 2024). Em outras palavras, o PTS e a articulação do cuidado estão necessariamente ancorados nas demandas individuais e coletivas detectadas no território e no processo de acolhimento das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2017).

A articulação do cuidado pode ser entendida como a composição estratégica que a equipe engendra a fim de atender às demandas identificadas no território (MARINGÁ, 2024). Tais composições podem resultar em diferentes táticas, tais como o acolhimento e acompanhamento de determinado indivíduo em outro serviço; a vinda de profissionais externos ao território da rua, integrando-se temporariamente à equipe de CnaR; o estabelecimento de fluxos específicos, levando em conta as particularidades da população local; ou a organização de ações educativas realizadas in loco, no espaço público, entre outras iniciativas (BRASIL, 2017).

Finalmente, a operação de um cuidado longitudinal às pessoas em situação de rua requer espaços sistemáticos de reflexão e planejamento do processo de trabalho. As equipes de CnaR devem efetuar reuniões diárias ou semanais, conforme a natureza e a complexidade do território, dedicando-se à discussão dos casos, dos projetos terapêuticos, das relações internas à equipe, bem como dos desafios inerentes à articulação com a rede, buscando estratégias mais eficazes de cooperação e compartilhamento do cuidado com outros serviços (MARINGÁ, 2024). Assim, tais encontros tornam-se foros privilegiados de (re)significação e aperfeiçoamento constantes, consolidando o papel do CnaR como instância integradora e promotora de um cuidado verdadeiramente integral e humanizado (BRASIL, 2017).

No horizonte analítico pré-estabelecido, compreendido pela atuação das equipes de Consultório na Rua (CnaR), o acolhimento desponta como princípio norteador, aqui entendido não apenas como mera admissão ou recepção, mas como um gesto de inclusão e reconhecimento do outro em sua radical alteridade (MARINGÁ, 2024). Trata-se, pois, de dar acolhida, admitir,

aceitar, escutar, dar crédito, receber, atender e considerar a presença do sujeito, implicando-se numa relação dialógica e viva com o outro, o que pressupõe transpor distâncias sociais, simbólicas e culturais previamente estabelecidas (BRASIL, 2017).

Nesta senda, o acolhimento compreende o “estar com” ou “estar perto de” o outro, ação que a Política Nacional de Humanização do SUS erige como uma de suas diretrizes mais relevadas, não apenas sob o prisma político, mas igualmente ético e estético (BRASIL, 2017). Esse princípio ético-estético-político do acolhimento não se restringe a um lugar, um horário ou um profissional específico. Ao revés, deve permear todos os encontros estabelecidos pelo serviço de saúde, emergindo em cada contato, em cada gesto, em cada possibilidade de escuta e reconhecimento da pessoa em suas demandas, dores e singularidades (MARINGÁ, 2024).

O acolhimento apresenta-se, assim, como uma postura ética que implica a escuta qualificada do usuário, o reconhecimento de seu protagonismo no processo saúde-doença, bem como a ativação de redes de compartilhamento de saberes (BRASIL, 2017). Acolher torna-se, portanto, um compromisso de resposta às necessidades daqueles que procuram os serviços de saúde, sobretudo àqueles imersos em graus mais elevados de sofrimento, vulnerabilidade e fragilidade (MARINGÁ, 2024). Esse compromisso não se circunscreve aos muros institucionais: ao contrário, estende-se ao território vivo, ao lugar concreto onde as pessoas em situação de rua se encontram e vivem, sendo o acolhimento no espaço público a expressão fiel do papel do CnaR como porta de entrada para o SUS (BRASIL, 2017).

Contudo, a efetivação desta lógica demanda que as equipes de CnaR saibam articular suas práticas com a rede mais ampla de serviços, encontrando respostas compartilhadas para as demandas identificadas (MARINGÁ, 2024). É a partir desse acolhimento itinerante, sensível e contextualizado, que a população em situação de rua e suas múltiplas necessidades obtêm visibilidade no interior da rede de atenção, transcendendo a invisibilidade social que muitas vezes marca sua condição (BRASIL, 2017).

Assim, em conformidade com a proposta anteriormente delineada de articulação intersetorial e encadeamento sinérgico de estratégias de cuidado, torna-se essencial que as equipes de CnaR empenhem-se em sensibilizar os

profissionais da rede, notadamente aqueles das Unidades Básicas de Saúde (UBS), para o adequado atendimento dessa população (MARINGÁ, 2024). Ao sensibilizar, produzir deslocamentos de perspectiva e fomentar um olhar mais complexo e empático, as equipes não apenas ampliam a capacidade resolutive do sistema, mas também fortalecem a inscrição do acolhimento como um valor-fonte do SUS, reiterando a importância da atenção integral, humanizada e incluyente, capaz de dar respostas efetivas e éticas às necessidades das pessoas, independentemente de seu lugar social (BRASIL, 2017).

O matriciamento, também denominado apoio matricial, desponta enquanto estratégia articuladora do cuidado e promotora de saúde, na qual duas ou mais equipes, por intermédio de um processo colaborativo e transdisciplinar, concebem uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2017). Esta iniciativa visa, por conseguinte, estabelecer um modelo horizontal de ações que, ao integrar conhecimentos de naturezas diversas, favoreça a fluidez entre os diferentes níveis assistenciais, rompendo com as hierarquias estanques e apostando numa lógica mais porosa, flexível e compreensiva (MARINGÁ, 2024).

No cerne dessa estratégia, o apoio matricial constitui-se por um conjunto de profissionais que, não necessariamente mantendo um contato direto e cotidiano com o usuário, se agregam ao processo de cuidado por meio de uma gestão compartilhada do saber-fazer em saúde (BRASIL, 2017). É nesse contexto que a equipe de CnaR figura como a desencadeadora primordial do processo de discussão, garantindo a chamada retaguarda especializada da assistência e potencializando a construção de um vínculo interpessoal (MARINGÁ, 2024). Tal arranjo promove o apoio institucional indispensável à elaboração conjunta de projetos terapêuticos singulares, dirigidos às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2017).

Assim, as equipes de CnaR devem empreender a articulação de encontros de apoio matricial com profissionais oriundos de outros serviços da rede de saúde do território (MARINGÁ, 2024). Ao sensibilizar tais atores para as demandas da população em situação de rua, fomenta-se o acesso dos usuários aos mais variados dispositivos assistenciais (BRASIL, 2017). Desse modo, espera-se que os preconceitos, resistências e demais barreiras invisíveis, antes internalizadas no tecido institucional, sejam progressivamente

desfeitas por meio do cuidado compartilhado e continuado dos casos (MARINGÁ, 2024).

A participação das equipes em reuniões técnicas nas Unidades Básicas de Saúde, ao problematizar o exercício da responsabilização e ampliar o horizonte de observação sobre o território, já se configura como ato matriciador (BRASIL, 2017). É neste intercâmbio que o conhecimento se solidifica numa dinâmica relacional e cooperativa, onde cada profissional e cada serviço se tornam potenciais coautores de intervenções mais ajustadas à complexidade da realidade social (MARINGÁ, 2024).

Por outro lado, é importante assinalar que não apenas as equipes da rede de saúde serão matriciadas pelo CnaR, mas os próprios profissionais do Consultório na Rua também deverão ser matriciados por outras equipes que atuam no território (BRASIL, 2017). Esse processo recíproco consolida uma circularidade epistemológica, na qual cada ator é simultaneamente agente e receptor de saberes, redesenhando, assim, o *modus operandi* do cuidado em saúde, afinando-o às diretrizes de humanização, intersetorialidade, e responsividade já apontadas nos referenciais normativos do SUS (MARINGÁ, 2024).

O trabalho com a população em situação de rua reclama um esforço intersetorial intenso, objetivando a consecução do cuidado integral dessas pessoas (BRASIL, 2017). Neste campo, desponta, entre outras interfaces, uma aproximação capital com os serviços da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), cuja estruturação bifurca-se entre a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial (MARINGÁ, 2024).

A Proteção Social Básica, alicerçada no propósito de prevenir situações de risco, desenvolve estratégias voltadas ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como à mobilização das potencialidades das pessoas (BRASIL, 2017). Destina-se, pois, àqueles em condição de vulnerabilidade social, decorrente de fatores tais como pobreza extrema, privação de renda, acesso precário ou nulo a serviços públicos, bem como àqueles que experimentam a fragilização de laços afetivo-relacionais e de pertencimento social. Nesse espectro, incluem-se circunstâncias marcadas

por discriminações etárias, étnicas, de gênero ou associadas a deficiências (MARINGÁ, 2024).

Por outro lado, a Proteção Social Especial configura-se enquanto modalidade de atendimento assistencial dirigida a famílias e indivíduos cuja condição envolve risco pessoal e social acentuado, decorrente de eventos como abandono, maus-tratos físicos ou psíquicos, abuso sexual, uso problemático de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, exploração do trabalho infantil, bem como a própria situação de rua (BRASIL, 2017). É prioritariamente com essa esfera do SUAS que as equipes de Consultório na Rua (CnaR) devem articular-se, efetivando o matriciamento junto aos serviços que a compõem (MARINGÁ, 2024).

Não obstante, essa rede assistencial não se confina à órbita governamental do SUAS: ela se irradia também em direção a diversas instituições não governamentais, tais como entidades religiosas, pastorais ou organizações voluntárias, as quais acolhem e atendem a população em situação de rua, contemplando distintas vulnerabilidades em saúde (MARINGÁ, 2024). Assim, torna-se fundamental reconhecer que o cuidado em saúde dessa população acolhida e frequentadora de múltiplos serviços não se esgota em um único dispositivo institucional. Concomitantemente, a garantia de vagas nesses serviços assistenciais converte-se em condição imprescindível para que o cuidado em saúde possa efetivamente consolidar-se (BRASIL, 2017).

Ante esse cenário, uma das atribuições imprescindíveis das equipes de CnaR consiste em dar suporte à Rede Intersetorial que atende a população em situação de rua, facilitando a articulação entre os equipamentos sociais e a rede de saúde do território (MARINGÁ, 2024). Inseridas na perspectiva da atenção integral, as equipes de CnaR devem não apenas facilitar o acesso à rede intersetorial, mas igualmente realizar o matriciamento e promover encontros entre diferentes serviços, tais como a Defensoria Pública, o Ministério Público, o Conselho Tutelar, organismos de Direitos Humanos, Defesa Civil, Subprefeituras, Casas de Cultura e Centros Esportivos, entre outros dispositivos (BRASIL, 2017). Com efeito, este entrelaçamento institucional e cultural, ao alicerçar-se num ethos de responsabilidade compartilhada, contribui para a edificação de um cuidado amplo, abrangente e

suscetível de (re)organizar os itinerários de vida dessas populações historicamente invisibilizadas (MARINGÁ, 2024).

No contexto das equipes de Consultório na Rua (CnaR), a atuação profissional demanda não apenas conhecimento profundo do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus princípios fundamentais, mas também a habilidade de se engajar na Atenção Básica em Saúde, contribuindo para a agenda Municipal da Saúde segundo a qualificação técnica individual (BRASIL, 2017). Assim, cada membro da equipe deve conhecer a Rede de Atenção Psicossocial, seguir as normatizações e protocolos vigentes na Secretaria Municipal de Saúde, bem como integrar-se a uma equipe multiprofissional, fomentando o desenvolvimento de um trabalho horizontal, no qual as diferentes áreas de saber sejam entrelaçadas de forma transdisciplinar e dialógica (MARINGÁ, 2024). Neste sentido, não apenas se faz necessário documentar atendimentos, produzir relatórios e coletar e registrar informações sobre as intervenções desenvolvidas, garantindo-se o atendimento integral e contínuo às pessoas acompanhadas, como também identificar e priorizar situações de risco individuais ou coletivas, reconhecendo nas vulnerabilidades territoriais um componente-chave para o planejamento das ações (BRASIL, 2017). Ao “estar com” as pessoas em situação de rua, ao escutá-las e compreendê-las, a equipe cumpre sua função primordial de acolher e construir vínculos, internalizando a dinâmica local, diagnosticando, intervindo e avaliando a prática cotidiana conforme as necessidades daqueles que habitam o território (MARINGÁ, 2024).

Tal atuação implica ainda promover e participar de ações intersetoriais com órgãos do poder público e da sociedade civil, articulando redes e recursos, desenvolvendo Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), e trabalhando dentro da lógica da Redução de Danos e da clínica ampliada (BRASIL, 2017). Ao mesmo tempo, estratégias que incluam atividades em grupo e o compartilhamento do cuidado com equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS POP), Serviços Especializados em Abordagem Social (SEAS) e demais pontos da rede, tornam-se vitais para a consolidação de um cuidado integral (MARINGÁ, 2024). Desse modo, a realização de articulações com as

UBS do território permite garantir acolhimento e atendimento o mais próximo possível dos locais de permanência da população em situação de rua, assegurando, assim, a continuidade das práticas de saúde de modo integrado e coerente com as singularidades do cotidiano (BRASIL, 2017).

Em tal perspectiva, é imprescindível garantir reuniões de equipe e intersetoriais, estimulando espaços de análise, reflexividade e reelaboração de estratégias, assegurando o monitoramento dos agravos de saúde e a implantação de atividades de vigilância em saúde em consonância com as competências técnicas de cada membro (MARINGÁ, 2024). Estas dimensões da prática conduzem naturalmente à necessidade de participar de atividades de educação permanente, uma vez que o refinamento teórico, metodológico e ético são elementos fundamentais para o aperfeiçoamento contínuo da equipe, o que, por sua vez, demanda participação em espaços de monitoramento de indicadores de qualidade e processos de trabalho, garantindo que os ajustes necessários sejam incorporados às rotinas, elevando o grau de efetividade e responsabilização do CnaR diante da complexidade do território e das múltiplas vulnerabilidades que nele se entrelaçam (BRASIL, 2017). Desta forma, o conjunto de atribuições gerais, ao ser exercido com rigor técnico, sensibilidade humana e inteligência intersetorial, constitui o alicerce sobre o qual a equipe de Consultório na Rua consolida a construção de um cuidado verdadeiramente integral, justo e transformador (MARINGÁ, 2024).

3.1 O CONSULTÓRIO NA RUA EM MARINGÁ: LIMITES E POSSIBILIDADES

A materialização do Consultório na Rua no âmbito municipal revela não apenas o esforço do poder local em adequar-se às diretrizes nacionais, mas também as contradições e os desafios próprios da implementação de políticas públicas em territórios marcados por desigualdades estruturais. Em Maringá/PR, a existência de duas equipes de Consultório na Rua – uma na modalidade 2 (com médico, enfermeira, psicóloga, técnica de enfermagem e motorista) e outra na modalidade 1 (com médico, psicóloga e assistente social) – constitui um avanço institucional no reconhecimento da população em situação de rua como sujeito de direitos e destinatária de ações específicas do Sistema Único de Saúde. Contudo, a operacionalização desse dispositivo em

um município de médio porte, com território fragmentado e dinâmicas urbanas complexas, impõe limites que vão desde a insuficiência de recursos materiais e humanos até a dificuldade de articulação intersetorial efetiva com a rede de assistência social, os Centros de Atenção Psicossocial e as Unidades Básicas de Saúde de referência. Nesse sentido, analisar os limites e as possibilidades do Consultório na Rua em Maringá significa não apenas descrever fluxos, composições e rotinas, mas compreender em que medida esse dispositivo consegue – ou não – romper com as barreiras históricas de acesso, estigma e fragmentação do cuidado, cumprindo seu papel de porta de entrada humanizada e itinerante para a população que vive nas ruas da cidade.

Maringá/PR possui população estimada de 429.660 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e a relação de horários de funcionamento divulgada pela Secretaria Municipal de Saúde em janeiro de 2026 permite identificar 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento no município, além de 3 Unidades de Apoio à Saúde da Família (UASF). O município conta com duas equipes de Consultório na Rua, cujo arranjo operacional configura um compartilhamento do território municipal, buscando assegurar cobertura à população em situação de rua. A primeira equipe, alocada no período matutino, atua das 07 às 13 horas e enquadra-se na modalidade 2³, contando com médico, enfermeira, psicóloga, técnica de enfermagem e motorista, o que lhe confere maior complexidade técnica e capacidade de intervenção mais ampla.

Neste território heterogêneo, registra-se a existência de quatro áreas de maior concentração de pessoas em situação de rua: as abrangências da UBS Zona 06, UBS Mandacaru, UBS Cidade Alta e UBS Zona 07 (região central) (MARINGÁ, 2024). Essas áreas configuram pontos nevrálgicos de intervenção, onde as equipes do Consultório na Rua realizam atendimentos

³ Nos termos da Portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2012, com redação dada pela Portaria GM/MS nº 1.029, de 20 de maio de 2014, a Modalidade II do Consultório na Rua é formada, minimamente, por 6 profissionais, dentre os quais 3 devem, obrigatoriamente, estar entre enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, podendo os demais ser compostos, ainda, por agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

semanais ou bissemanais, orientados por uma lógica itinerante que combina flexibilidade geográfica com fixação estratégica de horários, a fim de oferecer um vínculo de referência temporal para os sujeitos assistidos (BRASIL, 2017). Nesse sentido, é importante sublinhar que, às terças e quintas-feiras, as equipes consolidam pontos fixos de atendimento, criando, assim, uma regularidade cronotópica que permite aos usuários antecipar os locais e horários de suas demandas. Por exemplo, nas terças-feiras pela manhã, realiza-se o atendimento no âmbito da UBS Mandacaru, o que gera uma referência espacial e temporal mais estável para a população que gravita naquele território (MARINGÁ, 2024). Esse exercício de programação, em consonância com o ethos do SUS, busca compatibilizar as múltiplas dinâmicas de circulação das pessoas em situação de rua com a necessidade de promover uma atenção contínua, coerente e territorialmente contextualizada (BRASIL, 2017).

A organização da semana-padrão da equipe de Consultório na Rua em Maringá ilustra essa busca por articulação flexível e integral (MARINGÁ, 2024). Às segundas-feiras pela manhã, a equipe atua de modo itinerante na região central; nas terças de manhã, consolida-se a presença no Centro POP (UBS Mandacaru); quartas-feiras, o itinerário desloca-se à zona sul, e nas quintas o atendimento ocorre na área Fernão Dias (UBS Zona 06), retornando às sextas-feiras a uma itinerância na zona norte (MARINGÁ, 2024). Paralelamente, no período vespertino, essa lógica se inverte ou redistribui-se, perfazendo uma cartografia mais complexa: a segunda à tarde concentra-se na zona norte, terça-feira à tarde na Fernão Dias (UBS Zona 06), quarta novamente itinerante no centro, quinta no Centro POP (UBS Mandacaru) e, finalmente, sexta à tarde se reserva a atividades administrativas, imprescindíveis ao monitoramento de indicadores, elaboração de relatórios e ao planejamento estratégico das intervenções (MARINGÁ, 2024). Essa distribuição espacial e temporal, mais do que mera programação logística, funciona como estratégia terapêutica e tática de aproximação, integrando os postulados da clínica ampliada e a lógica da atenção integral (BRASIL, 2017).

Por intermédio dessa engenharia do cuidado, as equipes se inserem na dinâmica do território, reforçam o acolhimento, a escuta qualificada e o vínculo, além de articular os diversos recursos da Rede de Atenção à Saúde e dos

serviços intersetoriais disponíveis (MARINGÁ, 2024). A regularidade e visibilidade destes pontos de apoio não apenas facilitam a busca dos usuários pela equipe, mas também reforçam a capacidade dos profissionais em capturar nuances do território, mapear fluxos populacionais, e ajustar a oferta de serviços às complexas e mutáveis demandas dessa população (BRASIL, 2017). Em suma, essa elaboração, que combina itinerância e pontos fixos, horizontaliza a relação com o usuário, assegura maior aderência às propostas terapêuticas e, não menos importante, encarna o espírito do SUS enquanto sistema permeável, dinâmico e fundamentalmente pautado na garantia do direito à saúde como um bem público e inalienável (MARINGÁ, 2024).

No âmbito das equipes de Consultório na Rua (CnaR), o cadastramento dos usuários constitui-se em uma tarefa compartilhada por todos os profissionais envolvidos, havendo, todavia, a preferência pelo executor daquele que possuir o vínculo relacional mais sólido com o indivíduo em questão (MARINGÁ, 2024). Tendo em vista as limitações próprias do trabalho in loco, especialmente a ausência de acesso imediato ao Sistema Gestor, o procedimento inicial ocorre através da utilização de uma folha espelho do prontuário, onde se consignam as informações coletadas durante o atendimento de rua. Posteriormente, tais dados serão transcritos para o prontuário eletrônico, assegurando-se a fidedignidade das informações (MARINGÁ, 2024).

No que se refere ao tipo de dados registrados na folha espelho, incluem-se o nome, idade, data de nascimento, nome da mãe, informações sobre benefícios recebidos, procedência, tempo na rua, raça, escolaridade, além de dados de identificação civil (CPF) e do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Ademais, catalogam-se as condições de saúde apresentadas, as medicações em uso, o padrão de consumo de substâncias psicoativas, bem como a situação familiar e informações concernentes ao planejamento familiar (MARINGÁ, 2024). Importa salientar a ausência de obrigatoriedade quanto à apresentação de documentos formais, resguardando-se, assim, o acolhimento e a não exclusão daqueles sem identificação oficial imediata (BRASIL, 2017).

No retorno à base, asseguradas as condições técnicas de acesso ao Sistema Gestor, a equipe do CnaR procederá à atualização dos dados e ao registro dos atendimentos no prontuário eletrônico, preferencialmente em até

48 horas, garantindo a tempestividade e a coerência do cuidado (MARINGÁ, 2024). Por fim, no intuito de manter atualizadas as informações no Cadastro Nacional de Saúde (CNS), a equipe manterá contato com a UBS de referência do território em que a pessoa em situação de rua se encontra. Dessa maneira, configura-se uma articulação entre a dinâmica itinerante do CnaR, a retaguarda tecnológica e informacional da UBS, e a integridade dos dados cadastrais, operando em consonância com os princípios de integralidade, continuidade e acessibilidade preconizados pelo SUS (BRASIL, 2017).

No âmbito do atendimento a usuários em situação de rua, configura-se uma estratégia de acesso ampliada, na qual a equipe de Consultório na Rua disponibiliza quatro pontos fixos de atendimento ao longo da semana, garantindo, assim, maior previsibilidade e estabilidade ao encontro com aqueles que necessitam de cuidados (MARINGÁ, 2024). Além disso, a articulação com o serviço do Centro POP constitui mais um mecanismo para facilitar o contato entre o sujeito e o cuidado, mesmo nos dias em que não haja ponto fixo previamente estabelecido. Em reforço a essa lógica de acessibilidade, disponibiliza-se um telefone móvel (44) 9 9133 7714, a ser amplamente divulgado, de modo que o usuário possa estabelecer comunicação direta com a equipe, facilitando o agendamento, a orientação e o acolhimento oportuno de suas demandas (BRASIL, 2017).

No decurso dos atendimentos itinerantes, a equipe do Consultório na Rua pode, por vezes, necessitar de uma estrutura física mais complexa do que a oferecida pela van de apoio. Nesses casos, basta um contato telefônico com a UBS de referência do território para verificar a disponibilidade imediata de algum espaço adicional ou recurso infraestrutural (MARINGÁ, 2024). Esta modalidade de intervenção destaca o caráter flexível, articulado e territorialmente orientado do cuidado, salientando a importância de uma rede orgânica, capaz de reorganizar seus recursos segundo as contingências e necessidades emergentes (BRASIL, 2017).

Do mesmo modo, quando uma UBS se defrontar com dificuldades no manejo de um caso envolvendo um indivíduo em situação de rua, essa poderá solicitar o matriciamento à equipe de Consultório na Rua. Por meio dessa cooperação, a equipe CnaR não se deslocará até a UBS para realizar o atendimento clínico direto, mas sim para oferecer apoio matricial,

compartilhando saberes, metodologias e estratégias terapêuticas, potencializando a capacidade resolutiva da equipe de referência do território (MARINGÁ, 2024). Tal arranjo, ao mesmo tempo em que não substitui a responsabilidade do serviço local, enriquece o processo assistencial com uma abordagem mais integral, sensível às especificidades vivenciadas pela população em situação de rua, e coerente com as premissas de horizontalidade, corresponsabilização e intersetorialidade que informam o ethos do SUS (BRASIL, 2017).

No âmbito do manejo de situações de urgência e emergência, a equipe do Consultório na Rua (CnaR) procederá, de imediato, ao contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), assegurando a intervenção célere e eficaz em momentos críticos (MARINGÁ, 2024). No que concerne aos encaminhamentos direcionados à Rede de Assistência Social, o trâmite efetivar-se-á via articulação com o Centro POP, possibilitando um fluxo mais orgânico e responsivo às necessidades da população em situação de rua (BRASIL, 2017).

Para os serviços vinculados à Atenção Primária à Saúde, bem como para aqueles de odontologia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), entre outros cuja regulação não exija mediação centralizada, o encaminhamento será efetuado de forma manual, no próprio momento do atendimento. Já no que tange à referência via Central de Regulação, o encaminhamento terá lugar a posteriori, quando a equipe obtiver acesso ao prontuário eletrônico, assegurando-se, então, o registro da condição do sujeito – sua situação de rua, o território habitual de circulação, bem como o contato telefônico da equipe (44) 9 9133 7714 (MARINGÁ, 2024).

A disponibilização dessas informações visa facilitar o diálogo com a regulação e garantir a comunicação ágil quanto à liberação de exames, procedimentos ou consultas (MARINGÁ, 2024). Uma vez confirmada a disponibilidade de recursos assistenciais, a equipe, em coordenação com o Centro POP, a Casa de Passagem e outros dispositivos da rede socioassistencial, envidará esforços em realizar a busca ativa do usuário, informando-o tempestivamente sobre a liberação do exame, procedimento ou consulta (BRASIL, 2017). Caso não seja possível localizar a pessoa até 24 horas antes do agendamento, a equipe comunicará a situação à regulação,

conferindo assim maior previsibilidade e racionalização dos recursos assistenciais (MARINGÁ, 2024).

No concernente às contrarreferências, discussões de casos clínicos ou atividades de matriciamento, as demais equipes poderão estabelecer contato com a CnaR por diferentes vias, incluindo o telefone (44) 9 9133 7714, o e-mail (saude_consultorionarua@maringa.pr.gov.br) ou o Sistema Eletrônico de Informação (SEI). Esse conjunto de canais e estratégias assegura a capilaridade e a agilidade da comunicação interprofissional, alicerçando a integralidade e a continuidade do cuidado na lógica do Sistema Único de Saúde, favorecendo um processo assistencial mais inclusivo, responsivo e coerente com as necessidades multiformes da população em situação de rua (MARINGÁ, 2024).

Em relação às ações de imunização, a equipe do Consultório na Rua enfrenta limitações estruturais, dentre as quais se destaca a ausência de condições adequadas de refrigeração para o armazenamento de vacinas, bem como a indisponibilidade de acesso imediato aos cadastros eletrônicos e ao histórico vacinal individual do usuário (BRASIL, 2017). Tais restrições inviabilizam a aplicação regular de vacinas diretamente no território durante as rotinas assistenciais. Portanto, as atividades de vacinação serão realizadas prioritariamente em momentos específicos, tais como campanhas de imunização mobilizadas e articuladas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Nesses contextos pontuais, a equipe atua em parceria com outros dispositivos de saúde, levando a imunização ao território, de modo a ampliar o acesso e a cobertura vacinal da população em situação de rua (MARINGÁ, 2024). Nos demais casos, visando à atualização do calendário vacinal, proceder-se-á à referência do usuário à sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, garantindo, assim, a aplicação segura e o registro sistemático no prontuário eletrônico, bem como a consulta a históricos pregressos (BRASIL, 2017).

A gestão de fármacos no âmbito do Consultório na Rua demanda não apenas o respeito às normas legais e regulatórias, mas também sensibilidade às condições materiais, culturais e logísticas que envolvem o cuidado às pessoas em situação de rua (MARINGÁ, 2024). Por tratar-se de um dispositivo itinerante, e considerando a complexidade do território assistido, torna-se

imprescindível definir critérios objetivos e flexíveis para a disponibilização de medicamentos, garantindo-se a segurança, a eficácia terapêutica e a resolutividade da assistência farmacológica (BRASIL, 2017). Nesse sentido, a equipe pauta-se pelas diretrizes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), adaptando-se às contingências do território e buscando estratégias para assegurar a adesão do usuário ao tratamento prescrito, tendo em vista as condições de vulnerabilidade social que muitas vezes dificultam o seguimento terapêutico e a retirada dos medicamentos nas UBS ou farmácias de referência (MARINGÁ, 2024).

Além disso, a equipe orienta-se por uma lógica de cuidado integral, o que implica não apenas a disponibilização do insumo farmacológico, mas também a educação em saúde, a orientação sobre posologia, efeitos adversos potenciais e a importância da continuidade terapêutica, sempre respeitando a singularidade e as possibilidades reais de cada indivíduo (BRASIL, 2017). Quando necessário, a equipe poderá articular-se com as UBS, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), farmácias de referência e demais dispositivos da Rede de Atenção à Saúde a fim de garantir o acesso regular aos fármacos mais complexos ou sob controle especial, fortalecendo o binômio acessibilidade-segurança no uso de medicamentos (MARINGÁ, 2024).

A van do Consultório na Rua dispõe de um acervo mínimo de medicamentos essenciais, abrangendo formas de administração oral, tópica e injetável (incluindo vias intramuscular e intravenosa), em conformidade com a RENAME e com as prerrogativas regulatórias da política farmacêutica do SUS (BRASIL, 2017). Contudo, a preferência operacional consiste na emissão de um receituário para a retirada do medicamento diretamente na UBS mais próxima ao território no qual o usuário se encontra. Essa estratégia promove a integração entre o Consultório na Rua e a Rede de Atenção Primária, ampliando a corresponsabilidade e a articulação intersetorial (MARINGÁ, 2024).

Não obstante, em casos específicos, quando se verificar que o indivíduo não dispõe de condições mínimas de locomoção ou encontra-se em situação de vulnerabilidade crítica, a equipe poderá proceder à dispensa direta do medicamento. Tal ação excepciona a norma geral e está subordinada a uma avaliação criteriosa e ética da equipe, tendo em vista a necessidade de garantir

a continuidade do cuidado farmacoterapêutico (BRASIL, 2017). Aplicações injetáveis, quando julgadas pertinentes e tecnicamente viáveis, serão realizadas in loco, assegurando-se os protocolos de biossegurança, a adequada higienização de materiais e espaços, e o acompanhamento dos efeitos imediatos, minimizando riscos ao usuário (MARINGÁ, 2024). No que concerne a fármacos sujeitos a controle especial, que demandam receitas retidas e processos de dispensação mais rigorosos, estes não estarão disponíveis na van. Nesses casos, manter-se-á a lógica de encaminhamento do usuário à farmácia de referência, estabelecendo uma cooperação rigorosa com os dispositivos da rede, garantindo a segurança jurídica, farmacológica e sanitária do processo (BRASIL, 2017).

Em suma, a dispensa de medicamentos no âmbito do Consultório na Rua harmoniza-se com a flexibilidade do modelo itinerante, a garantia da segurança terapêutica, a efetividade do cuidado e o reconhecimento das condições materiais e existenciais da população em situação de rua, fortalecendo, assim, o ideal de integralidade e humanização do SUS (MARINGÁ, 2024).

O controle do estoque e a verificação da validade dos fármacos disponibilizados pela equipe do Consultório na Rua serão de responsabilidade direta dos profissionais envolvidos, devendo tal procedimento ser executado em periodicidade mensal, garantindo-se, assim, a manutenção da segurança farmacológica e o uso racional dos medicamentos (MARINGÁ, 2024). Nesse sentido, a realização de pedidos de reposição, ajustes quantitativos e outros processos logísticos será articulada junto à farmácia do CAPS III, o que reforça a integração intersetorial e assegura o abastecimento contínuo dos insumos terapêuticos, respeitando as diretrizes da RENAME e as políticas públicas de acesso a medicamentos (BRASIL, 2017).

No que se refere à coleta de exames laboratoriais, a equipe do Consultório na Rua atuará diretamente no território, realizando, in loco, a obtenção de amostras de sangue, urina ou escarro, desde que tais procedimentos sejam indicados pelo profissional médico e estejam contemplados no rol de exames disponíveis na Atenção Primária Municipal. As amostras coletadas deverão ser encaminhadas, até as 11 horas do período matutino, ao Laboratório de Análises Clínicas da Secretaria Municipal de Saúde

(SMS), assegurando-se, assim, a adequada conservação do material biológico e a posterior análise diagnóstica (MARINGÁ, 2024). Ressalta-se que a equipe responsável pelo turno vespertino não realizará coleta de exames, concentrando-se em outras atividades assistenciais e de articulação da rede (BRASIL, 2017).

No caso de exames específicos, como a coleta de afresco vaginal ou a colpocitopatologia oncológica, que demandam estruturas materiais e ambientais mais complexas e especializadas, o usuário será referenciado à UBS de referência. Essa estratégia protege a qualidade técnica do procedimento, bem como o conforto e a segurança do paciente, respeitando normas éticas, condições de biossegurança e as recomendações dos protocolos clínicos vigentes (MARINGÁ, 2024).

A execução de testes rápidos in loco, voltada à triagem de condições infectocontagiosas (por exemplo, HIV, sífilis, hepatites virais) ou à realização do Teste Imunológico Gestacional (TIG), representa um recurso fundamental para a detecção precoce, a intervenção oportuna e a redução da morbimortalidade associada (BRASIL, 2017). Ao proceder a tais testes, a equipe do Consultório na Rua não apenas aprimora a capacidade diagnóstica imediata no território, mas também estabelece um vínculo mais próximo com o usuário, reforçando a abordagem humanizada e confidencial, base do ethos do SUS (MARINGÁ, 2024).

Tanto na entrega dos resultados de testes rápidos quanto no fornecimento de informações derivadas de exames laboratoriais, a equipe deverá privilegiar um ambiente tranquilo, seguro e sigiloso, assegurando ao indivíduo respeito, acolhimento e confidencialidade. Ao criar condições para o esclarecimento do significado clínico dos resultados, potenciais encaminhamentos, orientações terapêuticas e preventivas, bem como a articulação com outros serviços e dispositivos da rede assistencial, o Consultório na Rua consolida seu papel estratégico na garantia da integralidade do cuidado, englobando tanto o diagnóstico precoce quanto a oferta de intervenções coordenadas e pertinentes ao contexto singular de cada usuário (BRASIL, 2017).

No que concerne às internações psiquiátricas involuntárias ou compulsórias, cumpre observar que tais medidas devem ser adotadas

estritamente em consonância com os dispositivos legais vigentes, notadamente a Lei nº 10.216/2001, que regulamenta a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001). Nesse sentido, a indicação para esse tipo de internação deve necessariamente atender a critérios clínicos e jurídicos rigorosamente definidos (MARINGÁ, 2024). Entre tais critérios, destaca-se a impossibilidade do paciente, em decorrência de seu quadro psiquiátrico, de tomar decisões autônomas e pautadas em seu próprio discernimento. Além disso, o indivíduo deve apresentar riscos inequívocos à sua integridade física ou psíquica, à de terceiros ou à ordem pública, expressos, por exemplo, na iminência de autoagressão ou heteroagressão, no prejuízo moral ou patrimonial a outrem, ou ainda na ameaçada integridade social decorrente de sua condição (BRASIL, 2001).

A decisão por uma internação involuntária ou compulsória não se limita ao juízo clínico do profissional de saúde; requer-se, também, que a solicitação seja oriunda de um familiar, um responsável legal, ou de um agente público da área de saúde, assistência social ou órgão estatal competente, de modo a garantir um contexto de corresponsabilização ética, legal e institucional (MARINGÁ, 2024). Assim, a equipe de Consultório na Rua, ao deparar-se com um caso que demande essa modalidade de intervenção, deverá acionar prontamente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que procederá à avaliação mais detalhada e às medidas subsequentes (BRASIL, 2017). A equipe do CnaR, comprometida com a integralidade do cuidado e a proteção dos direitos do indivíduo, acompanhará o desenrolar do processo, permanecendo no local até a conclusão do procedimento de internação, assegurando a presença de um elo técnico e humano que articule os interesses terapêuticos, as garantias legais e a dignidade da pessoa em sofrimento psíquico (MARINGÁ, 2024).

Dessa forma, a internação psiquiátrica involuntária ou compulsória, quando efetivada, não consiste num ato isolado; ela integra-se a um feixe mais amplo de ações e serviços da Rede de Atenção Psicossocial, orientados pelos princípios da humanização, da redução de danos e da interdisciplinaridade (BRASIL, 2001). Ao realizar esse encaminhamento, a equipe não se dissocia do sujeito, mas reforça, no limite do possível, o compromisso com seu acompanhamento posterior, contribuindo para que o cuidado não se restrinja

ao episódio de internação, mas reverbere na elaboração de projetos terapêuticos singulares e na articulação de redes e dispositivos que possam oferecer suporte socioassistencial e psicossocial continuado (MARINGÁ, 2024). A observância estrita dos critérios legais e clínicos, aliada à postura ética dos profissionais, configura, assim, um campo de tensão permanente, no qual se busca equilibrar a proteção à vida, a segurança pública e a autonomia do sujeito, no horizonte de uma atenção integral e orientada pela garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2001).

A segurança da equipe de Consultório na Rua constitui um aspecto crucial para o desenvolvimento de uma prática assistencial coerente com os princípios da integralidade, da responsabilidade e da ética profissional (MARINGÁ, 2024). Nesse sentido, estabelece-se o imperativo de que nenhum integrante da equipe se desloque ao campo de atendimento de forma isolada, assegurando, assim, um contexto de mútua vigilância, apoio e proteção (BRASIL, 2017). Além disso, recomenda-se o uso de meios de identificação institucional, tais como crachás, coletes ou uniformes específicos do serviço, a fim de reforçar a visibilidade e a legitimidade social da intervenção, prevenindo incidentes decorrentes de possíveis ambiguidades de identidade (MARINGÁ, 2024).

No que concerne ao uso do jaleco, sugere-se restringi-lo às situações nas quais haja um risco concreto de exposição biológica, evitando a sobreutilização dessa indumentária que, além de não constituir necessariamente um marcador de segurança, pode dificultar a mobilidade no território ou produzir barreiras simbólicas na interação com o público atendido (BRASIL, 2017). Cumpre ressaltar ainda que as medidas de biossegurança previstas pela Norma Regulamentadora 32 (NR 32) não apenas devem ser conhecidas, mas efetivamente incorporadas à rotina de toda a equipe. O consenso em torno da necessidade de adotar práticas de higiene, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), manejo adequado de resíduos e observância dos protocolos de segurança é indispensável para a minimização de riscos ocupacionais (MARINGÁ, 2024). A conjugação dessas medidas, aliada à atenção permanente ao território e à atitude de cautela nos deslocamentos e abordagens, consolida o cuidado com o próprio trabalhador como um pilar ético do serviço, sinalizando que o mesmo cuidado integral

dedicado ao usuário deve, em primeira instância, aplicar-se aos profissionais que o executam (BRASIL, 2017). Dessa forma, a segurança da equipe torna-se um princípio orientador da prática cotidiana, assegurando melhores condições para o cumprimento da missão assistencial do Consultório na Rua (MARINGÁ, 2024).

No que se refere ao transporte de pacientes, cumpre destacar que a van utilizada no atendimento itinerante da equipe de Consultório na Rua não dispõe de estrutura apropriada para esse fim, razão pela qual a utilização desse veículo para o deslocamento de usuários deve ficar estritamente circunscrita a situações extraordinárias, nas quais não haja alternativas imediatas (BRASIL, 2017). A prudência e a responsabilidade profissional exigem que se priorize, sempre que possível, recursos e estratégias mais adequadas ao traslado do paciente, preservando sua segurança, conforto e dignidade (MARINGÁ, 2024).

Como medida de acesso ampliado aos serviços, a equipe poderá fornecer vale-transporte, permitindo ao usuário chegar até um serviço de saúde ou de assistência social de referência (BRASIL, 2017). Essa modalidade não apenas facilita o acesso a cuidados complementares, mas também fortalece a lógica da integralidade e da corresponsabilização, ao considerar as condições reais de deslocamento do indivíduo no território (MARINGÁ, 2024). Nos casos em que o usuário apresente limitação significativa de locomoção, impedindo-o de chegar por conta própria ao serviço de referência, a equipe, atuando em consonância com a rede de atenção, poderá acionar o serviço de transporte disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Esse acionamento ocorrerá por intermédio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), assegurando-se, assim, que as condições de vulnerabilidade sejam adequadamente equacionadas e que o cuidado seja efetivado sem comprometer a segurança e o bem-estar do usuário (BRASIL, 2017). Tais procedimentos, pautados pela lógica da humanização e da integralidade, reafirmam o compromisso do Consultório na Rua com a garantia concreta do acesso aos serviços de saúde e assistência social, respeitando as singularidades das trajetórias de cada indivíduo e suas necessidades específicas (MARINGÁ, 2024).

Em suma, o conjunto de diretrizes, fluxos e estratégias delineadas ao longo deste documento fornece um arcabouço sólido para a operacionalização do Consultório na Rua, evidenciando uma prática assistencial que transcende modelos tradicionais e se ancora na lógica do cuidado integral, itinerante e intersetorial (BRASIL, 2017). Ao reconhecer a complexidade do território e a singularidade das trajetórias das pessoas em situação de rua, a equipe assume não apenas uma postura técnica, mas também ética, política e relacional, mobilizando o SUS e a Rede de Atenção Psicossocial como referenciais regulatórios e operacionais (MARINGÁ, 2024). Desse modo, as abordagens descritas – desde a importância do acolhimento e do vínculo, passando pelas estratégias de matrizes de cuidado, coordenação com UBS, CAPS, SUAS e demais serviços parceiros, até a atenção à biossegurança da própria equipe e os critérios rigorosos para internações involuntárias – compõem um cenário articulado e coeso, no qual o profissional não é mero executor de procedimentos, mas agente articulador de redes, facilitador de acessos e interlocutor privilegiado de sujeitos muitas vezes invisibilizados pelo sistema (BRASIL, 2017).

A preocupação em manter o fluxo de informações atualizado, em observar critérios técnicos para vacinação, exames, terapias farmacológicas e internações, bem como a primazia da segurança, tanto do usuário quanto da equipe, revela uma compreensão ampliada da saúde, que se estende ao campo social, jurídico, ético e cultural. Nesse sentido, o Consultório na Rua afirma-se como dispositivo capaz de reconfigurar práticas, tensionar fronteiras institucionais, promover a inclusão de populações historicamente marginalizadas e aproximar, na concretude do cuidado, os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade – do cotidiano duro e multifacetado da rua.

Em última análise, ao consolidar-se como “porta de entrada” flexível, contextualmente sensível e humanizada, o Consultório na Rua não apenas legitima a dignidade dos usuários, como demonstra que as políticas públicas podem e devem se dobrar às realidades vividas, reinventando-se a partir do território e da escuta qualificada. Ao atender, referenciar, matriciar, dialogar e construir, diuturnamente, estratégias de saúde, essa equipe assume um papel nuclear na construção de um SUS mais responsável, responsivo e socialmente

justo, assegurando que a rua seja também um espaço de vida, cuidado e afirmação de direitos.

4 PRODUTO TÉCNICO: PROPOSTA DE MATRICIAMENTO INTERSETORIAL PARA O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MARINGÁ/PR

Como desdobramento prático desta pesquisa, apresenta-se, neste capítulo, o produto técnico intitulado Proposta de matriciamento intersetorial para o atendimento à população em situação de rua na Atenção Primária à Saúde de Maringá/PR. A elaboração deste produto decorre dos achados construídos ao longo da dissertação, especialmente no que se refere à identificação da fragmentação dos atendimentos, da insuficiente articulação entre os serviços e da necessidade de fortalecimento da rede intersetorial voltada à população em situação de rua. Nessa direção, a pesquisa indicou que o enfrentamento dessa realidade demanda respostas que ultrapassem encaminhamentos isolados e ações emergenciais, exigindo integração efetiva entre as políticas de saúde e assistência social, em consonância com os princípios da proteção social e da garantia de direitos.

O produto técnico proposto tem como finalidade organizar o apoio técnico-pedagógico, o apoio clínico compartilhado e o fluxo intersetorial entre Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, CAPS e rede socioassistencial, tomando o matriciamento como estratégia de qualificação do cuidado. Nessa perspectiva, parte-se do entendimento de que o Consultório na Rua não deve atuar apenas como dispositivo itinerante de acesso direto, mas também como núcleo articulador capaz de apoiar as equipes da Atenção Primária na leitura do território, na discussão de casos, na construção de fluxos e na elaboração compartilhada de planos de cuidado. Assim, o produto busca contribuir para a substituição de respostas fragmentadas por práticas territorializadas, contínuas e intersetoriais, mais condizentes com a complexidade das demandas apresentadas pela população em situação de rua.

No contexto local de Maringá/PR, a proposta considera o papel estratégico das UBS como porta de entrada do SUS e como espaço de coordenação do cuidado, bem como reconhece a importância do Consultório na Rua, da saúde mental e da rede socioassistencial na composição de

respostas integradas. O desenho territorial do produto prioriza áreas já reconhecidas como de maior concentração da população em situação de rua, especialmente os territórios vinculados às UBS Mandacaru, Zona 06, Cidade Alta e região central/Zona 07. Nesses espaços, o matriciamento é concebido como eixo regular de articulação entre a lógica itinerante do Consultório na Rua e a capacidade de seguimento clínico das UBS, ampliando as possibilidades de acolhimento, corresponsabilização e continuidade assistencial.

Em termos de organização, o produto está estruturado em torno de eixos operacionais que contemplam a apresentação da proposta, o contexto local, os objetivos geral e operacionais, as dimensões do apoio matricial, o fluxo de funcionamento, os instrumentos mínimos de apoio ao processo, o plano de implantação, os indicadores de monitoramento e os resultados esperados. Seu objetivo central consiste em implantar uma proposta de matriciamento intersetorial entre Consultório na Rua, UBS e serviços da rede, visando qualificar o acolhimento, o manejo dos casos e a construção compartilhada do cuidado à população em situação de rua. Desse modo, o produto não pretende criar uma nova porta paralela de atendimento, mas qualificar a rede já existente, fortalecendo a integração entre os serviços e potencializando respostas mais humanizadas, resolutivas e territorialmente aderentes.

A apresentação deste produto técnico, portanto, reafirma o compromisso da pesquisa com a produção de conhecimento socialmente referenciado e com a formulação de contribuições aplicáveis à realidade estudada. Ao propor um fluxo de matriciamento intersetorial para a Atenção Primária à Saúde de Maringá/PR, busca-se oferecer subsídios concretos para o fortalecimento da rede de atenção à população em situação de rua, contribuindo para o enfrentamento da invisibilidade institucional, para a ampliação do acesso aos serviços e para a efetivação dos direitos sociais previstos na Política Nacional para a População em Situação de Rua.

PRODUTO TÉCNICO

Proposta de matriciamento intersetorial para o atendimento à população em situação de rua

na Atenção Primária à Saúde de Maringá/PR

Finalidade

Organizar o apoio técnico-pedagógico, o apoio clínico compartilhado e o fluxo intersetorial entre UBS, Consultório na Rua, CAPS e rede socioassistencial.

1. Apresentação

Este produto organiza uma proposta operacional de matriciamento intersetorial para qualificar o atendimento à população em situação de rua no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O foco está na articulação entre Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, saúde mental e rede socioassistencial, de modo a substituir respostas fragmentadas por um cuidado compartilhado, territorializado e longitudinal.

O matriciamento é compreendido, neste documento, como estratégia de apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial. Isso significa que o Consultório na Rua não atua apenas como serviço itinerante de acesso direto, mas também como núcleo articulador capaz de apoiar as UBS na leitura do território, na discussão de casos, na construção de fluxos e na elaboração de planos integrados de cuidado.

2. Contexto local: Atenção Primária, UBS e Consultório na Rua

Na rede municipal, as UBS constituem a principal porta de entrada do SUS e exercem papel central na coordenação do cuidado. Para a população em situação de rua, esse papel precisa ser ampliado por meio de práticas de acolhimento, escuta qualificada, redução de barreiras de acesso e

compartilhamento efetivo de responsabilidades com o Consultório na Rua e com os demais serviços da rede.

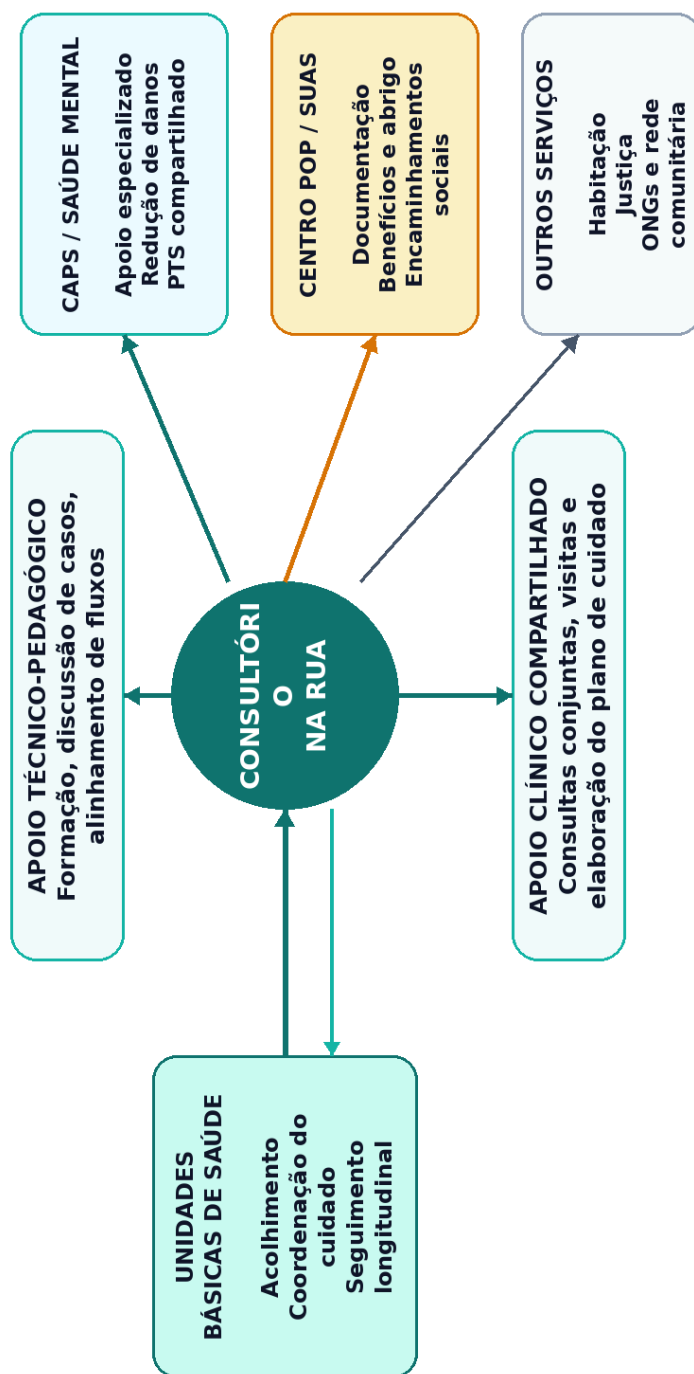
No desenho territorial adotado neste produto, consideram-se como pontos prioritários de articulação os territórios já reconhecidos como áreas de maior concentração da população em situação de rua, especialmente aqueles vinculados às UBS Mandacaru, Zona 06, Cidade Alta e região central/Zona 07. Nesses espaços, o matriciamento deve funcionar como eixo regular de integração entre a lógica itinerante do Consultório na Rua e a capacidade de seguimento clínico das UBS.

2.1 Territórios prioritários para articulação

Território/UBS	Função estratégica	Demandas predominantes	Papel esperado no fluxo
Mandacaru	Ponto de apoio territorial e referência de acesso	Demandas de saúde imediata, documentação, vínculo e encaminhamentos	Receber casos compartilhados e participar das reuniões matriciais
Zona 06	Atenção clínica e apoio a casos de maior vulnerabilidade	Condições crônicas, curativos, imunização e seguimento	Integrar plano de cuidado e apoiar continuidade assistencial
Cidade Alta	Cobertura de território com circulação importante da população de rua	Acolhimento, escuta e manejo de vulnerabilidades múltiplas	Participar da corresponsabilização clínica e social
Zona 07 / região central	Território de maior visibilidade e abordagem itinerante	Busca ativa, demandas agudas, saúde mental e uso de substâncias	Articular respostas rápidas e monitoramento compartilhado

Figura 1. Arranjo do matriciamento entre UBS e Consultório na Rua

Núcleo articulador, apoio matricial e rede interssetorial



Leitura da figura: o Consultório na Rua opera como núcleo articulador, oferecendo apoio técnico e clínico às UBS e ativando a rede interssetorial conforme as necessidades sanitárias e sociais do caso.

Figura 1 – Arranjo do matriciamento entre UBS, Consultório na Rua e rede interssetorial.

3. Objetivo geral e objetivos operacionais

Objetivo geral	Implantar uma proposta de matriciamento intersetorial entre Consultório na Rua, UBS e serviços da rede, visando qualificar o acolhimento, o manejo dos casos e a construção compartilhada do cuidado à população em situação de rua.
Objetivos operacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer o apoio técnico-pedagógico às equipes das UBS. • Qualificar o apoio clínico compartilhado. • Organizar fluxos entre saúde, assistência social e saúde mental. • Construir planos integrados de cuidado. • Monitorar resultados e reavaliar os casos periodicamente.

4. Como o matriciamento será desenvolvido

O matriciamento proposto combina duas dimensões complementares. A primeira é o apoio técnico-pedagógico, voltado à formação em serviço, ao alinhamento de fluxos, à discussão de casos e à qualificação do acolhimento nas UBS. A segunda é o apoio clínico compartilhado, voltado à realização de consultas conjuntas, visitas, pactuação de condutas e elaboração de Projeto Terapêutico Singular quando a complexidade do caso assim exigir.

A lógica central é a corresponsabilização. A UBS não atua apenas como destino de encaminhamento; ela se torna parte ativa do cuidado. O Consultório na Rua, por sua vez, amplia o acesso, aporta leitura territorial, sustenta o vínculo no espaço público e aciona a rede intersetorial sempre que as necessidades extrapolarem o campo exclusivamente clínico.

4.1 Dimensões do apoio matricial

Dimensão	Finalidade	Ações principais	Resultado esperado
Apoio técnico-pedagógico	Qualificar as equipes das UBS e alinhar o fluxo	Reuniões, educação permanente, discussão de caso, protocolos locais	Maior segurança das equipes para acolher e encaminhar
Apoio clínico compartilhado	Construir condutas integradas para casos complexos	Consultas conjuntas, visitas, PTS, pactuação de seguimento	Cuidado longitudinal e menor fragmentação assistencial
Articulação intersetorial	Ativar respostas além do campo biomédico	Centro POP, CAPS, CRAS/CREAS, habitação, justiça e rede comunitária	Ampliação do acesso a direitos e proteção social

Figura 2. Fluxo operacional do matriciamento intersetorial

Percurso do caso, do diagnóstico territorial ao acompanhamento

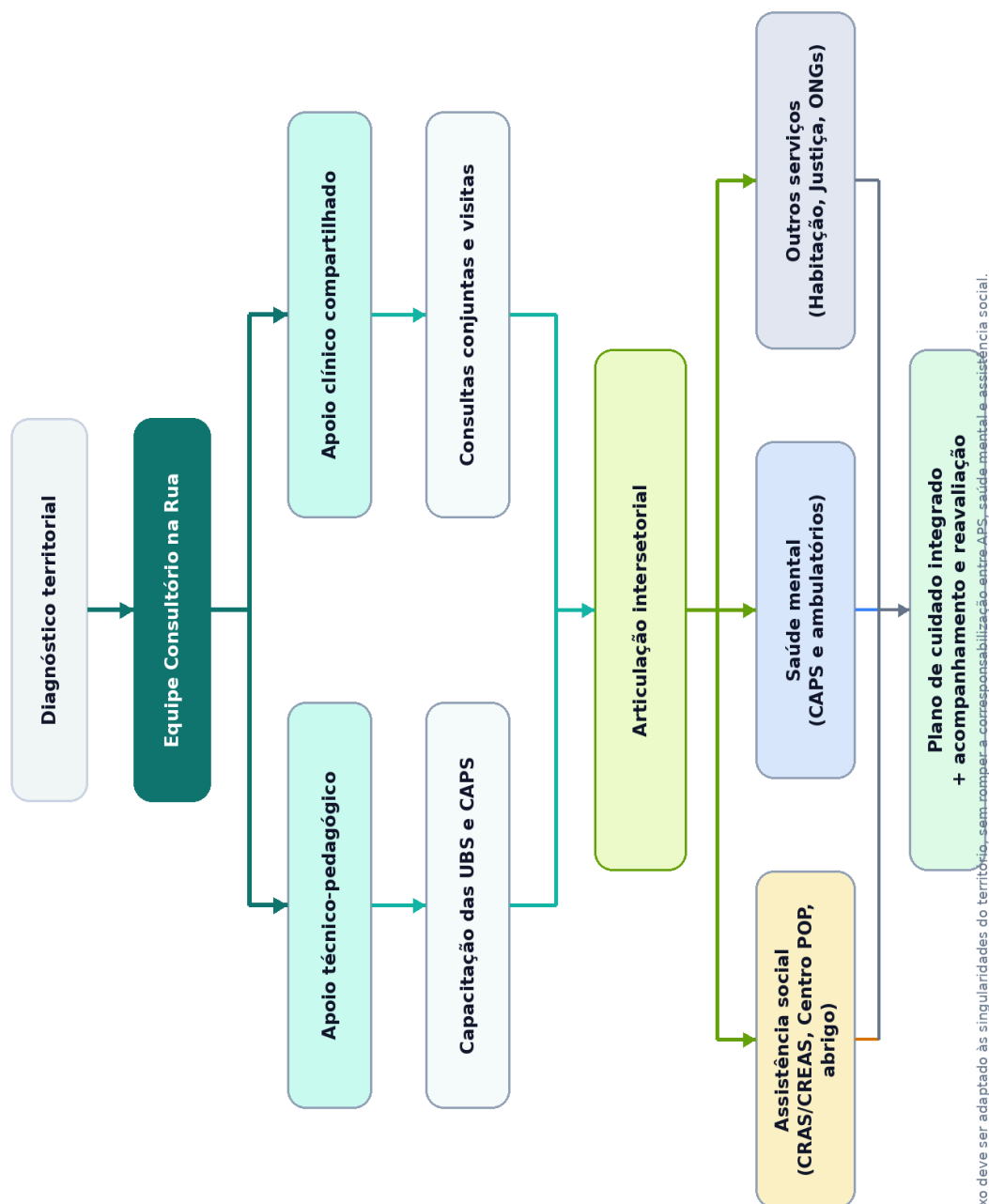


Figura 2 – Fluxo operacional do matriciamento intersetorial.

5. Fluxo operacional do matriciamento

Etapa	Nome	Descrição sintética	Responsáveis principais
1	Diagnóstico territorial	Levantamento dos pontos de permanência, circulação, demandas recorrentes e equipamentos do território.	Consultório na Rua + UBS de referência
2	Acionamento do matriciamento	Identificação de caso ou situação territorial que exige apoio compartilhado.	UBS, Consultório na Rua, CAPS ou Centro POP
3	Reunião matricial inicial	Discussão do caso, definição de prioridades e pactuação de responsabilidades.	Consultório na Rua + equipe da UBS
4	Execução do apoio	Formação em serviço, consulta conjunta, visita ou pactuação do PTS.	Consultório na Rua + UBS + rede necessária
5	Articulação intersetorial	Ativação dos serviços sociais, de saúde mental, habitação e justiça, quando pertinentes.	UBS + Consultório na Rua + serviços parceiros
6	Acompanhamento e reavaliação	Revisão mensal do caso, verificação de adesão, registro dos encaminhamentos e ajuste do plano de cuidado.	Todos os serviços envolvidos

Figura 3. Ciclo de implantação do matriciamento

Sequência mínima para implantação, execução e monitoramento

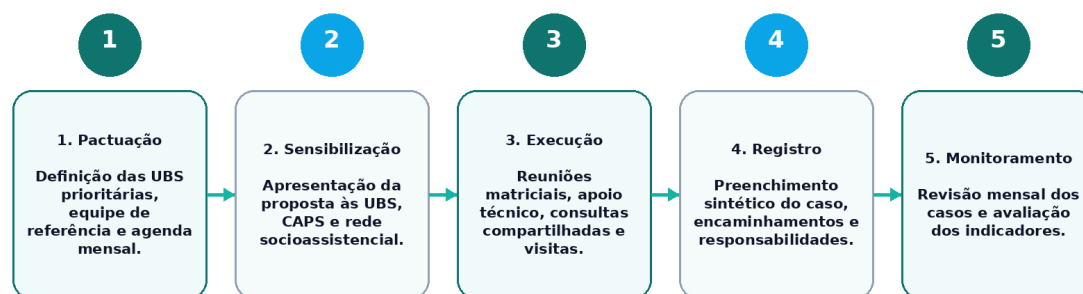


Figura 3 – Ciclo mínimo de implantação, execução e monitoramento.

6. Instrumentos mínimos de apoio ao processo

Roteiro da reunião matricial	Ficha sintética de encaminhamento	Mapa de monitoramento
Identificação do caso; motivo do acionamento; prioridades; serviços envolvidos; pactuação de responsabilidades; data de reavaliação.	Serviço de destino; objetivo do encaminhamento; contato de referência; devolutiva/contrarreferência; situação final do caso.	Casos ativos; UBS participante; reuniões realizadas; ações pendentes; indicadores mensais e ajustes necessários.

7. Plano mínimo de implantação

Ação	Descrição	Periodicidade	Responsáveis
Pactuação inicial	Definição das UBS prioritárias, pontos focais e agenda de reuniões.	Mês 1	Gestão da APS + Consultório na Rua
Sensibilização das equipes	Apresentação do fluxo e alinhamento conceitual sobre população em situação de rua.	Mês 1	Consultório na Rua + coordenação das UBS

Reuniões matriciais	Discussão de casos, fluxos e apoio técnico-clínico.	Mensal	UBS + Consultório na Rua + rede pertinente
Atendimentos compartilhados	Consultas conjuntas, visitas e acionamento de serviços parceiros.	Conforme demanda	Consultório na Rua + UBS + CAPS + SUAS
Monitoramento	Leitura de indicadores, revisão de entraves e redefinição de estratégias.	Mensal / trimestral	Gestão local + serviços envolvidos

8. Indicadores de monitoramento

Indicador	Tipo	Finalidade analítica
Número de reuniões matriciais realizadas	Processo	Verificar regularidade do dispositivo
Número de UBS participantes	Cobertura	Mensurar capilaridade da proposta
Número de casos discutidos de forma compartilhada	Processo	Avaliar ativação real do fluxo
Número de planos de cuidado integrados elaborados	Resultado intermediário	Identificar qualificação do cuidado
Encaminhamentos com devolutiva/contrarreferência	Coordenação do cuidado	Medir integração entre serviços
Avaliação qualitativa das equipes	Percepção	Captar utilidade, limites e ajustes necessários

9. Resultados esperados

<ul style="list-style-type: none"> • Maior segurança das UBS para acolher e manejar casos envolvendo população em situação de rua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de encaminhamentos desarticulados e fortalecimento da corresponsabilização clínica e social.
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação do diálogo entre APS, saúde mental, assistência social e demais serviços do território. 	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de respostas mais contínuas, humanizadas e territorialmente aderentes.

10. Fechamento

Ao posicionar o Consultório na Rua como núcleo articulador e as UBS como pontos estratégicos de cuidado longitudinal, este produto organiza um fluxo de matriciamento que pode ser incorporado à rotina dos serviços sem romper a lógica territorial da Atenção Primária. O objetivo não é criar uma nova porta paralela de atendimento, mas qualificar a rede já existente para responder, de forma integrada, às demandas sanitárias e sociais da população em situação de rua.

Em termos operacionais, o êxito do matriciamento depende de agenda regular, definição de referências, registro sintético dos casos e pactuação clara de responsabilidades. Em termos ético-políticos, depende da compreensão de que a população em situação de rua é sujeito de direitos e deve ser acompanhada por uma rede capaz de produzir acesso, vínculo, continuidade e proteção social.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação buscou compreender a realidade da população em situação de rua, reconhecendo este fenômeno como expressão da Questão Social contemporânea e resultado de múltiplos determinantes estruturais, tais como desigualdade socioeconômica, desemprego, fragilidade de vínculos familiares e comunitários, ausência de moradia digna e insuficiente de políticas públicas capazes de garantir proteção social efetiva. Assim, constata-se que a situação de rua não pode ser compreendida como consequência de decisões individuais isoladas, mas como produto de contexto social marcado pela exclusão, pela precarização e pela violação contínua de direitos.

A partir da pesquisa bibliográfica e documental realizada, foi possível observar que, embora existam marcos normativos importantes, como a Política Nacional para a População em Situação de rua (PNPSR), instituída como referência para ações intersetoriais e integradas, a efetivação dessas diretrizes ainda encontra desafios significativos no cotidiano das políticas públicas. Evidencia-se que a distância entre o que está previsto em leis, normativas e políticas nacionais e o que se concretiza na prática revela a persistência de um cenário de invisibilidade social e institucional, reforçando ciclos de vulnerabilidade.

No contexto municipal, destaca-se que o município de Maringá/PR apresenta uma realidade que reflete a complexidade do fenômeno em cidades de médio porte, onde a presença de pessoas em situação de rua vem se tornando mais visível e demandando respostas mais consistentes do poder público. Nesse sentido, a atuação de equipamentos como Centro POP representa um avanço importante, ao oferecer serviços voltados ao atendimento especializado, orientação e encaminhamentos. Contudo, ainda se identificam limitações relacionadas à capacidade de atendimento, à continuidade do acompanhamento e à necessidade de maior articulação com outras políticas setoriais, principalmente saúde, habitação e trabalho.

A pesquisa também evidenciou que o atendimento à população em situação de rua exige uma rede articulada, em que serviços como UBS e CAPS desempenham papel essencial, sobretudo devido à presença significativa de demandas relacionadas à saúde mental, uso abusivo de álcool e outras drogas,

além de doenças crônicas e agravos associados às condições precárias de sobrevivência. Ainda assim, observa-se que a fragmentação da rede e as dificuldades de acesso a esses serviços reforçam barreiras institucionais que, muitas vezes, afastam essa população do atendimento contínuo, dificultando processos de cuidado e reinserção social.

Outro ponto relevante identificado no estudo refere-se à influência de fatores climáticos e sazonais, especialmente no período de inverno, quando se intensificam os riscos à saúde e à sobrevivência de pessoas em situação de rua. Tal realidade demanda respostas emergenciais mais efetivas e planejadas, integradas a ações permanentes que não se limitem a intervenções pontuais, mas que garantam proteção social e dignidade em longo prazo. Nesse cenário, a ausência de políticas habitacionais consistentes, associada à insuficiência de estratégias públicas para inclusão produtiva e geração de renda, contribui para a permanência e o agravamento da situação de rua.

Além das políticas públicas estatais, ressalta-se a importância das ações da sociedade civil e de instituições religiosas no enfrentamento desse fenômeno. A atuação da igreja católica, por meio de iniciativas de acolhimento, distribuição de alimentos, campanhas solidárias e projetos pastorais, evidencia um compromisso histórico com a população vulnerabilizada. Nesse sentido, destaca-se a contribuição de lideranças como o padre Júlio Lancellotti, cuja trajetória de luta em defesa dos direitos da população em situação de rua tem se consolidado como referência nacional, ao denunciar práticas higienistas e violadoras, além de reforçar a urgência de políticas públicas humanizadas e baseadas no respeito à dignidade humana, sua atuação evidencia que a luta por direitos ultrapassa o campo institucional, tornando-se também uma responsabilidade ética e social coletiva.

Diante disso, compreende-se que o enfrentamento da situação de rua exige superar práticas assistencialistas, emergenciais e higienistas, substituindo-as por ações estruturais e integradas, fundamentadas na intersetorialidade e na garantia de direitos. Torna-se imprescindível ampliar investimento públicos em políticas de habitação, trabalho, saúde e assistência social, além de fortalecer estratégias que assegurem acesso à documentação civil, acompanhamento continuado e construção de projetos de vida possíveis para essa população.

Nesse contexto, destaca-se o papel fundamental do serviço social, enquanto profissão comprometida com projeto ético-político, com a defesa dos direitos humanos e com o enfrentamento das expressões da Questão Social. A atuação do assistente social junto à população em situação de rua deve se pautar na escuta qualificada, no reconhecimento desses sujeitos como cidadãos de direito e na articulação efetiva da rede socioassistencial e intersetorial. Assim, o serviço social contribui significativamente para o fortalecimento da cidadania, para o acesso às políticas públicas e para a construção de estratégias que promovam autonomia e inclusão.

Como proposta de contribuição prática oriunda desta pesquisa, destaca-se a elaboração de um produto técnico voltado ao fortalecimento da rede de atenção à população em situação de rua no município de Maringá/PR, com ênfase na articulação entre a Política de Assistência Social e a Política de Saúde. Tal produto consiste na proposição de um matriciamento intersetorial para atendimento à população em situação de rua nas UBS, visando qualificar as equipes de atenção primária para o acolhimento, escuta, identificação de demandas e encaminhamentos adequados. Nesse sentido, a proposta de matriciamento se fundamenta na necessidade de fortalecer a rede intersetorial, articulando UBS, Centro POP, CAPS e demais serviços do território, garantindo que o atendimento à população em situação de rua não seja fragmentado, emergencial ou baseado em encaminhamentos isolados. Assim, o produto proposto reafirma a importância da atuação integrada entre SUAS e SUS, contribuindo para o enfrentamento da invisibilidade institucional e para a efetivação dos direitos sociais previstos na PNPSR.

Conclui-se, portanto, que a população em situação de rua permanece vivenciando múltiplas formas de exclusão e violações de direitos, evidenciando que o fenômeno não se resolve apenas por meio de ações isoladas. A realidade de Maringá, analisada à luz do referencial teórico e normativo, reforça a necessidade de políticas públicas consistentes, permanentes e humanizadas, capazes de assegurar proteção social e dignidade. Por fim, ressalta-se que este estudo contribui para ampliar o debate acadêmico e social sobre a temática, reforçando que a superação da situação de rua exige compromisso político, investimento público, fortalecimento de rede intersetorial e mobilização social. Somente com ações articuladas e estruturantes será possível garantir

que homens e mulheres em situação de rua tenham acesso real à cidadania, ao cuidado integral e à reconstrução de trajetórias de vida como autonomia, respeito e dignidade.

7.REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASÍLIA. Consultório na Rua realiza mais de 22 mil atendimentos em 2024. **Agência Brasília**, Brasília, 2024. Disponível em: [link]. Acesso em: 27 mar. 2025.

ALMEIDA, Carla; CARLOS, Euzeneia; SILVA, Rafael. Efetividade da participação nos conselhos municipais de assistência social do Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 250-285, 2016.

ANDRADE, Maria de Fátima. **População em situação de rua: expressão (im)pertinente da questão social**. São Paulo: Cortez, 2018.

ANDRADE, Rebeca de et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022.

BESERRA, Ingrid Karla da Nóbrega; FREITAS, Urânia Flores da Cruz. O debate da intersetorialidade nas ações vinculadas à população em situação de rua: realidade e perspectivas do caso brasileiro. **Revista do CEAM**, v. 9, p. 67-78, 2023.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013.

BOSCHETTI, I. Proteção social e paradoxos da governança federativa no Brasil. **Revista Katálisis**, v. 20, n. 2, p. 180-190, 2017.

BRASIL. **Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 dez. 2009.

BRASIL. **Estatuto da cidade: guia para implementação pelos municípios e cidadãos**. Brasília: Ministério das Cidades, 2001.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 14.821, de 16 de janeiro de 2024**. Institui o Programa Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 122, de 25 de janeiro de 2012**. Define as diretrizes para as equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jan. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.029, de 20 de maio de 2014**. Redefine os parâmetros de composição e atuação das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 maio 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014.html. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Plano “Ruas Visíveis”: documento de apresentação e diretrizes operacionais**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2023.

CAMPOS, Júlio S.; SILVA, Rodrigo A. Uso abusivo de álcool entre homens adultos em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 507–514, 2010.

CARDOSO, R. Implementação do Housing First no Brasil: entraves e potencialidades intersetoriais. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 13, n. 1, p. 45-62, 2023.

CASTRO, Hernany Gomes de; ROCHA, Emerson Ferreira. Situação de rua, vínculos sociais e as políticas públicas de saúde e de assistência social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 147, n. 2, e406, 2024. DOI: 10.1590/0101-6628.406.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). **Resolução CNE/CES n.º 3/2019**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: CNE, 2019.

ENGSTROM, Elyne Montenegro et al. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 7, p. 50-61, 2022.

FERREIRA, L. Documentação civil e acesso a benefícios sociais: etnografia em Belo Horizonte. **Revista de Estudos Urbanos**, v. 15, n. 2, p. 88-105, 2022.

FONSECA, Mariana N.; BARCELOS, Nádia R. Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, n. 2, p. 123–141, 2020.

FRAGA, Priscilla Victória Rodrigues; MODENA, Celina Maria; SILVA, Paloma Ferreira Coelho. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 143, e8855, 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Modelagem de custo-efetividade do cuidado itinerante para populações em situação de rua**. Nota Técnica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

GOMES, L.; PRADO, A. Integração de cadastros e redução de ruptura domiciliar: estudo de caso em São José dos Campos. **Relatório de Pesquisa Fiocruz**, 2024.

HARVEY, David. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Briga de família e desemprego são os motivos mais citados por pessoas em situação de rua para explicar sua circunstância**. Brasília: IPEA, 2020.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012–2022)**. Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11604>. Acesso em: 27 mar. 2025.

KARAM, Bruno Jaar. **Entre a prisão e a rua: uma etnografia sobre egressos prisionais em situação de rua**. 2015. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015..

MAGNABOSCO, C. **Consultório na Rua: itinerários de cuidado no SUS**. Curitiba: Appris, 2019.

MARINGÁ POST. Maringá tem aumento de 50% na população em situação de rua em 1 ano, aponta CadÚnico. **Maringá Post**, 2024. Disponível em: <https://maringapost.com.br/cidade/2024/12/09/maringa-tem-aumento-de-50-na-populacao-em-situacao-de-rua-em-1-ano-aponta-cadunico/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Operacional Padrão – Consultório na Rua (CnaR)**. Maringá: Prefeitura Municipal de Maringá, 2024.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 122-151, 2016. Publicado em 2017. DOI: 10.60001/ae.n32.p122-151. Disponível em: [revista da UFRJ]. Acesso em: 9 abr. 2026.

MEDEIROS, M. Financiamento público e municipalização da assistência social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 145, p. 89-106, 2021.

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES – Núcleo UEM/Maringá. **A cidade que acorda e a cidade que dorme**. Ensaio fotográfico e relatório técnico. Maringá, 2018. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br>. Acesso em: 27 mar. 2025.

OLIVEIRA, Tatiane B. **Pessoas em situação de rua no Brasil: significantes e significados**. Brasília: Pedro & João Editores, 2022.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU, 1948.

PAIVA, C. Gênero, diversidade e invisibilidade estatística na população em situação de rua. **Relatório Técnico – Fundação João Pinheiro**, 2023.

PÉREZ, G.; ALMEIDA, V. Avaliação de competência cultural em residentes multiprofissionais em territórios de alta vulnerabilidade. **Interface**, v. 25, e200456, 2021.

REIS, Mariana Sato dos; RIZZOTTI, Maria Luiza Amaral. População de Rua, Território e gestão de políticas sociais: para além de um retrato social. **Serviço Social em Revista**, v. 16, n. 1, p. 43-65, 2013.

ROLNIK, Raquel. **Territórios em conflito: São Paulo, espaço, história e política**. São Paulo: Três Estrelas, 2015.

SANTOS, Amanda Rodrigues dos; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 327-339, 2022.

SANTOS, Milton. **A urbanização desigual: o espaço dividido**. São Paulo: EdUSP, 2006.

SILVA, J.; ALMEIDA, P. Rotatividade, desgaste psicossocial e estigma em equipes Consultório na Rua. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, e00123422, 2023.

SILVA, Mariana Luíza Becker da et al. Representações sociais de pessoas em situação de rua: uma revisão integrativa. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 448-470, 2020. DOI: 10.23925/2594-3871.2020v29i2p448-470.

SOUSA, Adrielly Pereira; MACEDO, João Paulo. População em situação de rua: expressão (im)pertinente da “questão social”. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, e3537, 2019.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Cíntia T.; RIBEIRO, Paulo R. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de interação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 151–160, 2022.

SOUZA, Éder Rodrigo; RIBEIRO, Fábio Luís. Entre o cuidado e o controle: desafios das políticas públicas para a população em situação de rua. In: RIBEIRO, F. L.; COSTA, H. C. (org.). **População em situação de rua: abordagens interdisciplinares**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

SOUZA, William Azevedo; COSTA-ROSA, Abílio; BENELLI, Silvio José. Possibilidades nos modos de tratar a população em situação de rua. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 1-17, 2019.

SPOSATI, A. A burocracia de confirmação na assistência social brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, n. 143, p. 45-62, 2020.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 5.590/DF**: decisão sobre financiamento mínimo da saúde. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, 2018.

TARDIN, Rubens; CAMARGO, Cláudia S. Espaço urbano e desigualdade: os desafios da inclusão social. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 13, n. 42, p. 146–159, 2012. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/15899>. Acesso em: 27 mar. 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Relatório de auditoria operacional: Plano Ruas Visíveis**. Brasília: TCU, 2024.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – UEM. Pesquisa registra aumento da população em situação de rua de Maringá. **Notícias UEM**, 2023. Disponível em: <https://www.noticias.uem.br>. Acesso em: 27 mar. 2025.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAH, Beatriz Francisco; CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 182-192, 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012413