



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM DIREITO DA
SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

ANA PAULA MASCARO JOSÉ

**A CONQUISTA DA SAÚDE COMO DIREITO: O SUS E A POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA EM SANTOS**

SANTOS

2023

ANA PAULA MASCARO JOSÉ

**A CONQUISTA DA SAÚDE COMO DIREITO: O SUS E A POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA EM SANTOS**

**Dissertação de Mestrado
apresentada à Universidade Santa
Cecília, como exigência parcial para
obtenção do título de Mestre em
Direito da Saúde – Dimensões
individuais e coletivas.**

**Orientadora: Profa. Dra. Amélia
Cohn**

SANTOS

2023

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

344.04 José, Ana Paula Mascaro.
J71c A conquista da saúde como direito: o SUS e população
em situação de rua em Santos. / Ana Paula Mascaro José.
2023.
153 f. il

Orientador: Profa. Dra. Amélia Cohn.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Santa Cecília,
Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos,
SP, 2023.

1. Políticas Públicas. 2. Direitos Sociais. 3. Intersetorialidade
4. Saúde Coletiva. 5. População em situação de rua.
I. Cohn, Amélia. II. A conquista da saúde como direito: o SUS e a
população em situação de rua em Santos.

Dedico este trabalho aos profissionais da linha de frente, da saúde e da assistência social, no contexto da Covid-19.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a orientadora da pesquisa, Professora Doutora Amélia Cohn, por ajustar meu olhar para a pujança do SUS, incansável na reconstrução dessa maior política pública de base social do Brasil, por transformar a vida de tantas pessoas e por toda sua sabedoria na minha trajetória no programa.

Agradeço à Unisanta, integrante da UNAI, como Associação de Impacto Acadêmico ligado à ONU e há 60 anos transformar o mundo com sua história de sucesso, aos colaboradores Sandra, Imaculada e Rafael, e a todos docentes o que faço em nome da Professora Doutora Patrícia Cristina Vasques de Souza Gorisch que me levou ao programa, cedeu diversos livros no tema da pesquisa e desenvolve trabalho singular no Observatório dos Direitos do Migrante e na Cruz Vermelha instalados na universidade.

Agradeço aos inúmeros serventuários e representantes do Ciamp-Rua, Centro Pop, Seacolhe-AIF, Seabrigo-AIF, SEDES, UBS Porto, Consultório na Rua, Observatório ODS e outros onde visitei.

Agradeço a Biblioteca do Supremo Tribunal Federal pelo acesso a integra dos documentos que alicerçaram a pesquisa para a ADPF nº 976, a CAPES pelo fomento à pesquisa, notadamente em tempos tão desafiadores como a pandemia da Covid-19, e a Banca Examinadora também composta pelos Professores Doutores Nivaldo Carneiro Junior e Danilo de Oliveira que tornaram essa jornada ainda mais valiosa e acreditarem no meu projeto.

RESUMO

A pesquisa apresenta os desafios para a conquista do direito de cidadania no SUS, a maior política pública do Brasil e as boas práticas desenvolvida no município de Santos, pioneiro em políticas públicas inovadoras, para a população em situação de rua que apresenta as maiores vulnerabilidades. A investigação percorre as vulnerabilidades da população em situação de rua, os desafios na implementação de políticas públicas, os programas, projetos e políticas públicas desenvolvidos em Santos e a importância da intersetorialidade, da transversalidade dos serviços, da ampliação cadastral da população de baixa renda nos programas de transferência de renda e da valorização dos profissionais da linha de frente da abordagem. As especificidades da população em situação de rua, pelo seu modo de sobrevivência nas ruas, representam obstáculos para o acesso aos serviços de saúde. Estigmatizada e marginalizada, a população em situação de rua sofre preconceitos, são vítimas de violência sexual, policial, urbana, institucional, com grande dificuldade de construção de vínculos de confiança com os agentes dos serviços. A maior parte dela fazendo uso de álcool e droga e os vínculos familiares enfraquecidos, enfrenta dificuldades de autocuidado, condições sanitárias precárias, insegurança, perda de documentos e pertences, privação de descanso e saúde mental afetada. A intersetorialidade dos serviços do SUAS tem papel fundamental para a oferta dos serviços de saúde e da diversidade de serviços e direitos sociais que essa população sofre como frequentes violações e o Estado não consegue abarcar. A metodologia da pesquisa é a abordagem qualitativa, o método de coleta e análise dos dados é bibliográfica e documental, direta e indireta, observação da vida real a partir de investigações etnográficas.

Palavras-chaves: Políticas Públicas. Direitos Sociais. Intersetorialidade. Saúde Coletiva. População em Situação de Rua.

ABSTRACT

The research presents the challenges for achieving the right to citizenship in the SUS, the largest public policy in Brazil, and the good practices developed in the municipality of Santos, pioneers in innovative public policies, for the homeless population that presents the greatest vulnerabilities. The investigation examines the vulnerabilities of the homeless population, the challenges in implementing public policies, the programs, projects and public policies developed in Santos and the importance of intersectorality, the transversality of services, the expansion of registration of the low-income population in income transfer programs and the appreciation of front-line professionals in the approach. The specificities of the homeless population, due to their way of surviving on the streets, represent obstacles to access to health services. Stigmatized and marginalized, a homeless population suffers prejudice, is victims of sexual, police, urban and institutional violence, with great difficulty in building bonds of trust with service agents. Most of them use alcohol and drugs and have weakened family ties, difficulties in self-care, precarious sanitary conditions, insecurity, loss of documents and belongings, deprivation of rest and affected mental health. The intersectorality of SUAS services plays a fundamental role in the provision of health services and the diversity of services and social rights that this population suffers as visible occurrences and the State is unable to cover. The research methodology is a qualitative approach, the data collection and analysis method is bibliographic and documentary, direct and indirect, real-life observation based on ethnographic investigations.

Keywords: Public Policies. Social rights. Intersectorality. Public Health. Homeless Population.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Censos da População em Situação de Rua em Santos	87
Figura 2. Registros da População em Situação de Rua segundo Cadastro Único, Censo Suas e Programa Bolsa Família	90
Figura 3. Estimativa IPEA da População em situação de rua no Brasil	91
Figura 4. Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos de Santos	93
Figura 5. População de Santos e alvo do procad-Suas	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ADESAF	Instituto Adesaf (Articulação de Tecnologias Sociais e Ações Formativas)
ALESP	Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Benefícios de Composição Gestante
BCO	Benefício Rendas Complementares
BET	Benefício Extraordinários de Transição
BFI	Benefício Primeira Infância
BNR'S	Burocratas a Nível de Rua
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BPI – BPF	Benefício primeira infância – Programa Bolsa Família
BRC	Benefício renda de cidadania
BVA	Benefício Variável adolescentes
BVC	Benefício Variável Crianças
BVG	Benefício Variável Gestantes
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação (CBO),
Centro Pop	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CF	Constituição Federal
CIAMP-RUA	Comitê gestor intersetorial de acompanhamento e monitoramento do plano municipal para garantia das pessoas em situação de rua de Santos
CIDACS	Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde
CISARTE	Centro de Integração Social pela Arte, Trabalho e Educação
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CNPCT	Conselho Nacional de Povos e Comunidades Tradicionais

CNPI	Conselho Nacional de Política Indigenista
CODESO	Coordenadoria de Desenvolvimento Social
COHAB-ST	Companhia de Habitação Popular da Baixada Santista
CORTEIDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DBA	Programa De Braços Abertos
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável
DST	Doença sexualmente transmissível
EC	Emenda Constitucional
eCR	equipe Consultório na Rua
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEA-USP	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
GAM	Gestão Autônoma de Medicamentos
GOV.BR	plataforma do governo federal
GPTE	Grupos Populacionais Tradicionais Específicos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDCRAS	Índice de Desenvolvimento do Centro de Referência da Assistência Social
IGD-M	Índice de Gestão Descentralizada Municipal
IGD-SUAS	Índice de Gestão Descentralizada do Serviço Único de Assistência Social
INRua	Instituto Nacional de Direitos Humanos da População de Rua
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MC	Ministério da Cidadania

MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MNPR	Movimento Nacional da População em Situação de Rua
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NIS	Número de Identificação Social
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Agentes Comunitários da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	Serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PBF	Programa Bolsa Família
PIS	Programa de Integração Social
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH-SUS	Política Nacional de Humanização do SUS
PINC-SUS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PROCAD-SUAS	Programa de Fortalecimento Emergencial do Atendimento do Cadastro Único no SUAS
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
RISWEB	Rede de Informações Sociais
SAGI	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação

SAGICAD	Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Seabrigo-AIF	Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua
Seacolhe-AIF	Seção de Acolhimento e Abrigo Provisório de Adultos, Idosos e
SEDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SEDURB	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano
SENUTRI-SEDS	Seção de Nutrição da Assistência Social
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGSANTOS	Sistema de Informações Geográficas de Santos
SUAS	Serviço Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Taxa de Acompanhamento Cadastral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP-BS	Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista
UNISANTA	Universidade Santa Cecília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 A CONQUISTA DA SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS: O SUS como garantia para direito de cidadania	20
1.1 A importância da Reforma Sanitária brasileira	20
1.2 A Rede de Atenção à Saúde e seus níveis de complexidade	23
1.3 A epidemiologia como instrumento do SUS para diagnóstico e formulação da gestão de saúde pública.....	25
1.4 A epidemiologia no contexto da pandemia da Covid-19: um exemplo	27
1.5 SUS. Do <i>intramuros</i> para o território: o enfrentamento da complexidade das políticas de atenção à saúde.....	29
1.6 Indo para a rua: Programa De Braços Abertos na “cracolândia” – um exemplo de boa prática na gestão da saúde para a população em situação de rua.....	32
2 VULNERABILIDADES DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	41
2.1 Contexto Histórico	41
2.2 A ausência de Moradia como critério de vulnerabilidade e designação de pessoa em situação de rua	46
2.3 Especificidades da População em Situação de Rua	47
2.4 A Busca de Direitos de Cidadania pela População em Situação de Rua	54
3 A REALIDADE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE SANTOS. 65	
3.1 O Cadastramento das populações em situação de rua	65
3.1.1 O cadastramento dos usuários nos serviços e programas sociais	67
3.1.2 O cadastramento da PSR em Santos pela assistência social	74
3.1.2.1 O cadastramento pela abordagem social ou busca ativa	76
3.1.2.2 O cadastramento pelo atendimento no Centro Pop.....	79
3.2 Cuidado da saúde da PSR em Santos	81
3.3 O Comitê gestor intersetorial de acompanhamento e monitoramento da política nacional para a população em situação de rua (CIAMP-Rua)	84
3.4 Censos da População de Santos em situação de rua	86
3.4.1 Censo da Prefeitura de Santos e Unifesp 2019	86
3.4.2 Censo SUAS, IPEA e Cadastro Único	88
4 BOAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS EM SANTOS	97
4.1 Da Assistência Social	97
4.1.1 Programa Novo Olhar da Prefeitura Municipal de Santos	100
4.1.2 CIAMP-Rua em Santos	102

4.1.3	CENTRO POP em Santos	106
4.1.4	Serviço de acolhimento e abrigo.....	108
4.1.5	Qualificação Profissional para cidadãos da PSR	110
4.1.6	Contratação Emergencial de operadores sociais, psicólogos e assistentes sociais.....	112
4.1.7	Projeto Redução de Danos: Formação e Incidência em Campo pela UNIFESP-BS	113
4.2	Dos serviços de saúde	114
4.2.1	Consultório na Rua e Saúde Mental	114
4.2.2	Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas	118
4.2.3	GAM – Gestão Autônoma da Medicação	118
4.3	Conselho Municipal de saúde	120
4.4	Conselho Nacional de saúde	121
4.5	Boas práticas da Musicoterapia e Clínica-Escola aos autistas	121
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS.....	132

INTRODUÇÃO

Visando a equidade de acesso às ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme preconizado na Constituição Federal (CF/1988, art.196), gestores públicos enfrentam o desafio de promoção à saúde à população em situação de rua.

As pessoas em situação de rua são de difícil detecção e difícil diagnóstico pelos instrumentos de pesquisa social sobretudo de natureza quantitativa. Os administradores públicos possuem dificuldades em indicar elevados índices de pobreza e problemas crônicos de gestão não solucionados, que faz dessa população a mais difícil de ser identificada enquanto objetivo de uma política pública.

Historicamente estigmatizada e marginalizada, vítima de preconceitos, a população em situação de rua comunga de uma série de vulnerabilidades com especificidades. Esses indivíduos têm como referência o endereço do equipamento da assistência social e laços familiares enfraquecidos o que dificulta a criação de vínculos e exige maior esforço dos agentes públicos para a oferta dos serviços. Vítimas de toda forma de violência, sexual, policial, urbana, institucional, a criação de vínculos de confiança pressupõe tempo, acolhimento e escuta qualificada desses usuários pelos agentes. Devido ao uso de álcool e droga e ausência de apoio familiar, enfrentam dificuldade de autocuidado, condições sanitárias precárias, insegurança, perda de documentos e pertences, privação de descanso e saúde mental prejudicada (VIEIRA; CARDIN, 2018, p.31; p.81; p.161; p.257).

O propósito da presente pesquisa é demonstrar a importância dos agentes que atuam na linha de frente da abordagem da população em situação de rua, a atualização dos dados socioassistenciais nos cadastros e programas sociais e das articulações que estão sendo desenvolvidas pelo município de Santos para a organização e estruturação dos serviços de saúde e assistência para essas populações do município e, conseqüentemente, da Região Metropolitana da Baixada Santista.

A pesquisa revisitou a emblemática Estratégia Saúde da Família (ESF) como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com origem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que ampliou o acesso da atenção à saúde e incrementou as ações de prevenção e promoção da saúde, sendo realizado pelas equipes dos Consultórios na Rua (eCR) para as pessoas em situação de rua (PAIM, 2006, p.13; CARNEIRO JUNIOR *et al* 2006, p.34, 2010; BOUSQUAT, 2019, p.627).

Em que pesem os retrocessos como o subfinanciamento da saúde e da assistência social promovido pela Emenda Constitucional nº 95/2006 e o esvaziamento de políticas nacionais, programas sociais e participação social (MEDINA *et al*, 2020, p.3, ALMEIDA *et al*, 2018, p.245; GIOVANELLA *et al*, 2020; COHN, 2020, p.152; 2022, p.2) através de textos normativos não sintonizados com os ideais da Reforma Sanitária brasileira, direitos sociais, direitos humanos e compromissos internacionais firmados pelo Brasil (BARRETO, 1998, p.113; ABRASCO, 2021, online), a pandemia da Covid-19 trouxe o reconhecimento internacional da epidemiologia desenvolvida no Brasil (CIDACS, 2023, online), em sinergia com seu papel histórico introduzido na 8ª Conferência Nacional da Saúde de 1986 e construído ao longo dos anos.

A pesquisa percorre os programas, propostas e políticas públicas que vêm sendo desenvolvidas no município de Santos a partir do Programa Novo Olhar, posteriormente com a criação do Comitê gestor intersetorial de acompanhamento e monitoramento do plano municipal para garantia das pessoas em situação de rua (CIAMP-RUA) em Santos, instituído pelo Decreto nº 9.240, de 26 de fevereiro de 2021 (decreto municipal nº 9240/2021), consolidando a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) no município, instituída pelo Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009 (decreto federal nº 7053/2009), em resposta à violação de direitos humanos e direitos de cidadania que são suprimidos dessas pessoas com acentuadas vulnerabilidades e que mais dependem da proteção e atuação do Estado.

A promoção e consolidação da saúde das pessoas em situação de rua, estreitamente interligada à integralidade das demandas de assistência social, revela na pesquisa o papel da intersetorialidade do Serviço Único de Assistência Social (SUAS) com o Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a

diversidade dos serviços e a necessidade de constante diálogo entre os diferentes serviços ofertados.

A justificativa do trabalho se evidencia nos mecanismos que precisam ser desenvolvidos pelos diversos atores, sejam gestores públicos, representantes da sociedade, academia, sociedade civil organizada, diante do relatório do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), que apontou o crescimento do número de pessoas em situação de rua de 11% na última década absolutamente desproporcional e inferior ao crescimento populacional de 211% no mesmo período (IPEA, relatório econômico nº 103, 2022, p.13).

A invisibilidade das pessoas mais vulneráveis, além de ferir o pacto federativo do Estado como responsável pelo bem-estar social dos indivíduos, dificulta o planejamento e a oferta de serviços públicos, acentuando a violação de direitos básicos de cidadania a esse segmento da população (IPEA, relatório econômico nº 103, 2022, p. 13; PAIM, SILVA, 2010, p.111).

Em virtude da intersetorialidade e multidisciplinaridade do tema escolhido, a abordagem da pesquisa é qualitativa; o método de coleta e análise dos dados é a bibliografia de pesquisas acadêmicas e científicas no campo da Saúde Coletiva no referencial teórico indicado nas linhas precedentes, elaboradas por autores consagrados da área; documental, direta e indireta, a partir do levantamento de informações nas bases de dados dos programas sociais e cadastros federais SAGICAD, da Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único, subordinada ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e suas funcionalidades SAGICAD Vis Data 3 *beta*, CECAD 2.0, Relatório de Informações v.4 ou Ri v.4, resoluções das conferências e atas dos conselhos municipal e nacional de saúde, legislações constitucional, federais, estaduais e municipais, publicações em diário oficial do município de Santos, instrumentos internacionais, observação da vida real a partir de investigações etnográficas nas visitas ao Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva e ao Curso de Redução de Danos, ambos da UNIFESP-BS, aos equipamentos da Administração Direta de Santos, a citar: Unidade Básica de Saúde do Porto, Consultório na Rua, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), Seacolhe-AIF, Seção de Acolhimento e Abrigo Provisório de Adultos, Idosos e Famílias em

Situação de Rua, Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua (Seabrigo-AIF) e Comitê gestor intersetorial de acompanhamento e monitoramento do plano municipal para garantia das pessoas em situação de rua de Santos (CIAMP-Rua), além da sociedade civil presenciando algumas das reuniões do CIAMP-Rua que a pesquisadora participou, na qualidade de convidada, de agosto a outubro de 2023.

O primeiro capítulo o texto percorre o contexto histórico da Reforma Sanitária brasileira e ingressa na temática dos direitos sociais introduzidos no campo da saúde e toda sua evolução história de construção do SUS e das políticas nacionais que impactaram e foram sendo modeladas ao longo dessas mais de três décadas de construção e desconstrução dessa maior política social construída no Brasil. Esse capítulo atravessa a legislação constitucional e infraconstitucional, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde e outros instrumentos normativos para demonstrar a estratégia central da Reforma Sanitária, os níveis de atenção à saúde, a epidemiologia como instrumento do SUS para execução e diagnóstico de gestão, o avanço da Estratégia Saúde da Família deixando o equipamento e alcançando o território, e uma política pública inovadora alicerçada no acolhimento, direitos humanos e redução de danos. Encerra o capítulo a descrição do programa “De braços abertos”, do município de São Paulo, enquanto um exemplo concreto da complexidade do objeto em foco.

No segundo capítulo, a pesquisa apresenta uma coletânea de pesquisas e estudos descritivos e analíticos para retratar a extensão e complexidade da questão central, ou seja, das vulnerabilidades das pessoas em situação de rua, e demonstrar a dificuldade em ofertar serviços de saúde a esse grupo diante das especificidades que demandam esforços de diversos setores e atores, e direitos de cidadania. Apresenta ainda corrente filosófica e medida em tramite perante Supremo Tribunal Federal em face de potencial descumprimento de preceito fundamental e programa do governo federal ofertando moradia como mecanismo de mitigar violações a dignidade humana.

No terceiro capítulo é apresentada a realidade da população em situação de rua no município de Santos, os censos realizados nas esferas governamentais, os serviços de saúde e assistência social ofertados e os

equipamentos disponíveis, a tipificação dos serviços de assistência social no município, a estratégia do Governo Federal em regularizar os registros inconsistentes de beneficiários unipessoais dos auxílios emergenciais e do Programa Bolsa Família e para atingir maior cobertura de cadastro das pessoas integrantes dos Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos, como a população em situação de rua, ribeirinhos, indígenas, quilombolas entre outros e, por fim, a importância desses cadastramentos e sua atualização.

No quarto e último capítulo estão relacionados os projetos, articulações, políticas públicas, propostas, capacidade dos equipamentos e as inovações que estão sendo introduzidas para o acesso à saúde e assistência social das pessoas com vulnerabilidades e às pessoas em situação de rua no município de Santos, e conseqüentemente aos demais municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista por ser o município com maior população, sede da região, inclusive primeira subdivisão oficial, e pioneiro em práticas sanitárias como redução de danos e a reforma psiquiátrica no final da década de 1980, consolidando tais práticas em políticas nacionais para todo o Brasil.

Essa pesquisa encerra com as considerações finais e principais conclusões do estudo e o contributo da academia para a redução das iniquidades da população em situação de rua, vítima de violações históricas no Brasil.

1 A CONQUISTA DA SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS: O SUS como garantia para direito de cidadania

Neste primeiro capítulo será apresentada a maior política pública do Brasil, de base social, construída a partir da articulação do movimento social: o Sistema Único de Saúde, o SUS que os brasileiros construíram e aprenderam a confiar. Será demonstrada a rede de atenção à saúde dividida em níveis de complexidade, o papel da epidemiologia como instrumento para execução e diagnóstico de gestão, em especial nas crises sanitárias como a pandemia da Covid-19. Este capítulo abordará ainda a eficiência e complexidade da saúde em levar a atenção básica até os usuários, porta de acesso dos serviços, rompendo os muros do equipamento, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família, para garantia do direito de cidadania à saúde. Por fim, percorrerá um exemplo de política pública inovadora, centrada na humanização do serviço e intersetorialidade, para promoção da saúde e solução de problemas complexos que abrange a atuação de diversos atores e exige uma percepção distinta dos modelos tradicionais. O SUS idealizado e concretizado sob a lógica do usuário, não do serviço.

1.1 A IMPORTÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A saúde é um direito fundamental, dever do Estado, assegurado na Constituição Federal de 1988 que assim dispõe: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF/1988, art.196).

O acesso à saúde como um direito de todos e todo o arcabouço normativo de hoje que o Sistema Único de Saúde (SUS) constrói, é traduzido como a maior política pública do Brasil e, também, única política pública de fato nascida das bases sociais. Assim, a atenção e a assistência à saúde como um direito de

cidadania, universal, equânime e igualitário, teve seu embrião no emblemático movimento com fortes raízes populares ocorrido em 1986.

A Reforma Sanitária brasileira surgiu como um movimento social que se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde 1986, resultado da participação popular através da articulação da classe trabalhadora, profissionais da saúde, donas de casa, acadêmicos, instituições religiosas, sindicatos, intelectuais que buscavam mudanças e transformações estruturais nas questões sociais e de saúde. (GOUVEIA, 1999, p.144; PAIM, 2006, p.129)

Em 1984, a insatisfação de grande parte da sociedade brasileira com a perseguição política, o modelo econômico concentrador de renda do governo militar e a necessidade de reformas sociais e de saúde eclodiram num movimento que buscava a redemocratização do país, conhecido como Diretas Já.

O objetivo inicial consistia em retomar as eleições diretas para o cargo de presidente da República, bem como as de governador ocorrida em 1982, posto que o voto popular foi interrompido desde o golpe civil militar de 1964, seguido da Constituição de 1967. O Movimento da Redemocratização, que contou como um dos principais articuladores o deputado federal Ulisses Guimarães, se espalhou pelo Brasil.

Embora em 1985 a eleição presidencial de Tancredo Neves ainda tenha ocorrido de modo indireto, o clamor social pelo fim do regime militar e por mudanças estruturais resultou na introdução dos ideais de reforma sanitária na Constituição Federal de 1988 (LEAL *et al*, 2018, p.1916).

Embalado pelo movimento com extensa base popular que protagonizou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o direito à saúde como direito de cidadania ficou expresso no artigo 196 da Constituição Federal já transcrito linhas acima.

Do dispositivo constitucional e no contexto de transformação social então presente, nos dois anos seguintes tem-se a Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080/90, e a Lei n. 8142/90 prevendo a organização, diretrizes e a forma de participação popular e de transferências de recursos entre os entes federados, defendidos pelo movimento reformista.

A Constituição Federal de 1988 representou a institucionalização de uma série de direitos humanos universais, baseados no princípio da dignidade da pessoa humana, atribuindo-lhes o *status* de direitos fundamentais positivados na Constituição Federal.

Esse novo patamar alcançado conferiu ao direito à saúde uma eficácia vertical, vinculando todos os entes do Poder Público, seja por prestações positivas quanto negativas. É a capacidade protegida juridicamente para exigir prestações positivas do Estado (JELLINEK *apud* ALEXY, 2008, pg.264).

As noções de universalidade e equidade do direito à saúde dos cidadãos também foram introduzidas na conferência de 1986. Universalidade e equidade estão relacionadas ao princípio da igualdade e ao que é comum a todos, lema da Revolução Francesa, importada pelos intelectuais que transitavam pela Europa e Estados Unidos e inspirados na proposta de direito da saúde do *Welfare State* e da Declaração de Alma-Ata (Conferência Internacional de Cuidados Primários da Saúde, 1978) (PAIM; SILVA, 2010, p. 111).

No sistema de proteção social universal é atribuído ao Estado de Bem-Estar Social garantir serviços públicos e proteção à população. A equidade, por sua vez, comporta a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder se alcançar a igualdade. Implica a diminuição das diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível na oferta de serviços de saúde para que esta não seja em função da situação de mercado dos cidadãos, isto é sua capacidade de pagamento, mas em função da sua necessidade.

Por sua vez, a integralidade que aparece na proposta de um modelo de medicina integral que fosse capaz de articular ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, redução do dano e reabilitação (PAIM, 2006, p.14), foi incorporada à Constituição Federal como uma das diretrizes para a organização do SUS, ao lado da descentralização e da participação da comunidade (PAIM; SILVA, 2010, p.2).

A integralidade da atenção à saúde, aí incluída a assistência médica, segundo a Lei 8080, é definida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para

cada caso, isso em todos os níveis de complexidade do sistema (lei federal nº 8080/90, art. 7º, §1º).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços (lei federal nº 8080/90, art. 15, III); e a Lei 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a participação nos conselhos (lei federal nº 8142/90, art. 1º).

As Leis n. 8080 e n. 8142, que organizam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), franquearam a participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas sociais de saúde, através de conselhos, representando a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país (MOREIRA; SCOREL, 2009, p.796).

1.2 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE

Desde a lei orgânica da saúde normas operacionais básicas desencadearam progressivamente estratégias para a organização e funcionamento do SUS, dentre elas a divisão dos serviços e assistências em níveis de complexidade.

A Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, denominada Pacto pela Saúde 2006, tendo entre seus objetivos a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária, desenha a definição de compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentavam impactos sobre a situação de saúde da população brasileira, alicerçado no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (portaria MS n 399/2006).

Priorizando serviços como saúde do idoso, câncer de colo de útero e mama, redução da mortalidade infantil e materna, promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica, capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (portaria MS nº 399/2006), desdobrou-se no Decreto 7.508/11 que instituiu no artigo 2º, inciso III, os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS denominando-os de Porta de Entrada do Sistema. (decreto federal nº 7.508/11, art. 2º, III)

Mas a divisão em níveis de complexidade da Rede de Atenção da Saúde só foi engendrada na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, estabelecendo sua estruturação como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, atendendo, enfim, às diretrizes constitucionais de descentralização e regionalização das ações e serviços públicos de saúde (portaria MS n. 4279/2010, anexo, 1, 5, 6, 7).

No referido texto normativo, a almejada efetividade e eficiência do conjunto de ações e serviços, disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população, é segmentada em cuidados primários, secundários e terciários, reabilitação, preventivos e paliativos (portaria MS n. 4279/2010, anexo, 3).

Na organização do sistema, esses diferentes níveis de atenção à saúde assumem papéis fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da Rede de Atenção à Saúde, estruturada por meio de arranjos produtivos segundo as densidades tecnológicas singulares (portaria MS n. 4279/2010, anexo, 2, 3.5, 6).

Esses níveis de densidade tecnológica da Rede de Atenção à Saúde contemplam gradações; as de menor densidade, onde se localiza a Atenção Primária da Saúde, os Pontos de Atenção Secundária, de densidade tecnológica intermediária, mediante realização de ações especializadas, ambulatorial e hospitalar, e, finalmente, os Pontos de Atenção Terciária, de alta complexidade (portaria MS n. 4279/2010, anexo, 3, 3.5, 6.2).

A despeito de o setor privado, parceiro do sistema público com permissivo legal no §1º do artigo 199 da Constituição Federal e no §2º do artigo 4º, da Lei n. 8080/90, priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade, melhor remunerados pela tabela SUS, e preferenciais para os compradores de planos de saúde privados, o setor público é que financia direta ou indiretamente esse alto custo (SANTOS; GERSCHMAN, 2004, p.802).

Merece especial destaque, entretanto, a Atenção Primária à Saúde, fundamentada como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde da

população, e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os níveis da atenção (portaria MS n. 4279/2010, anexo, 2, 3).

Inspirada na Declaração de Alma-Ata, oriunda da Conferência Internacional sobre Primeiros Cuidados da Saúde, a Atenção Primária à Saúde está estruturada como porta de entrada do sistema, é constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde.

Com o advento da NOB-SUS 01/96 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde), o modelo de atenção básica passou a ser centrado nos núcleos sociais primários, ou seja, nas famílias, transformando a relação entre usuários e os agentes de saúde, fortalecendo seu vínculo, objetivando a qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente (CNS, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, 1996, item 2, alínea e).

Através da ação intersetorial nesse modelo assistencial de atenção primária da saúde da família, equipes remuneradas compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares, odontólogos, agentes comunitários, assistentes sociais, psicólogos impulsionam mudanças globais através da intervenção ambiental modificando fatores determinantes da situação de saúde. (PAIM, 2006, p. 55)

A partir da NOB-96 o SUS passou a adotar os conhecimentos da realidade complexa do meio ambiente, pessoas e comportamentos interpessoais, agregando diferentes fatores e variáveis, para disseminar as intervenções necessárias para a integralidade da atenção: a epidemiologia.

1.3 A EPIDEMIOLOGIA COMO INSTRUMENTO DO SUS PARA DIAGNÓSTICO E FORMULAÇÃO DA GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

A epidemiologia, como instrumento de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), consiste num campo de conhecimento e numa prática sanitária para execução e diagnóstico das condições de saúde da população voltado a um sistema de saúde efetivo, democrático, humanizado e equânime.

Sua utilização na identificação de doenças, grupos vulneráveis, avaliação dos serviços e programas oferecidos permite ações agrupadas de acordo com o conjunto de problemas da população, evitando assim agrupamento por

patologias ou programas isolados, o que contribui para a investigação dos problemas e soluções eficientes (PAIM, 2003, p.558) e conseqüentemente para a efetividade da saúde como um direito exercido pelas políticas públicas.

Assim, a epidemiologia revela-se um instrumento valioso na definição de estratégias para se reduzir as desigualdades sociais em saúde captando a diversidade de níveis das necessidades de saúde da população, mensurando empírica e quantitativamente as variáveis sociais e ambientais, contribuindo para a adoção de medidas de saúde (BARRETO, 1998, p.110).

A epidemiologia busca transformar o conhecimento sobre as desigualdades no risco de adoecer em ações voltadas à promoção e à prevenção em saúde. Através de técnicas analíticas, identifica prioridades, desenvolve estratégias precisas, medidas de saúde, políticas públicas e mudanças efetivas nos níveis de saúde. (BARRETO, 1998, p.112)

A epidemiologia e a saúde pública são processos de desenvolvimento do conhecimento e de experiências que estimulam a construção de inovações operacionais que estimulam a construção de novos conhecimentos e estratégias que transformam os conhecimentos disponíveis em ações positivas de saúde (BARRETO, 1998, p.110).

Essa produção de conhecimento é fundamental para a tomada de decisão na formulação de políticas públicas e, conseqüentemente, na organização social dos serviços de saúde com intervenções que solucionem os problemas públicos identificados, indicando possibilidades para um melhor manejo dos recursos existentes e alcance de resultados mais promissores.

Colocar em prática programas de investigação, formular políticas públicas baseadas em evidências, amparados na produção de conhecimento da comunidade científica da Saúde Coletiva, e fortalecer abordagens que compreendam a saúde como componente importante da vida e da organização da sociedade, são caminhos para a conquista da melhoria das condições de saúde das populações (BARRETO, 2004, p. 337).

A análise dos determinantes sociais de saúde dos diferentes grupos da população, os principais problemas por eles enfrentados, suas causas, impactos,

prioridades, objetivos, estratégias são imprescindíveis para os diagnósticos e elaboração de planos e programas, e colocam a epidemiologia como ferramenta de planejamento e gestão em saúde.

A utilização da epidemiologia na gestão da saúde do SUS tem por escopo compreender as características dos agentes patogênicos, das doenças e agravos à saúde e a dimensão dos seus desafios. Como prática de saúde influi na melhoria da situação da saúde a partir de intervenções e contribuições resultantes da apropriação de inovações institucionais e incorporação tecnológica de experiências bem-sucedidas na oferta de serviços por entes federativos.

Para Paim (2010, p.109), a prática epidemiológica busca formular políticas públicas de promoção da saúde, através da explicitação, disseminação e apropriação de valores em benefício das populações. A expansão dos Programas de Agentes Comunitários em Saúde e de Saúde da Família, vem introduzindo e valorizando progressivamente práticas epidemiológicas na gestão do SUS.

O autor (Paim, 2003, p.563) destaca como intervenções bem-sucedidas a redução da mortalidade infantil e materna; o controle de doenças inerentes às pessoas na linha da pobreza e agravos prioritários como doenças imunoprevisíveis, diarreia, tuberculose, hanseníase, dentre outras; doenças crônico degenerativas; e desafios como Aids.

1.4 A EPIDEMIOLOGIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: UM EXEMPLO

No cenário mundial a vigilância epidemiológica, por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS), elabora e atualiza periodicamente a lista de agentes patogênicos visando a aceleração de pesquisas e medidas de contenção das doenças, como Ebola, Zika, Febre do Congo, Influenza H1N1 e, finalmente, a Covid-19.

No Brasil, o monitoramento internacional e o sistema de vigilância do SUS a respeito da disseminação da Covid-19 permitiram identificar os primeiros casos da doença, adotar ações nos portos e aeroportos, informar viajantes e população, e propor a tomada de decisão de isolamento voluntário.

Declarada como Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), não houve a percepção pelo Poder Executivo brasileiro (governo Jair Messias Bolsonaro gestão 2019-2022) quanto ao potencial da epidemiologia como ferramenta de planejamento e gestão do SUS. Diante da crise instalada, ao relegar para segundo plano essa troca de conhecimento para contenção da doença, foram rechaçadas medidas fundamentais que importassem em barreiras sanitárias.

A racionalidade técnico-sanitária que a epidemiologia poderia proporcionar na gestão da crise da pandemia da Covid-19 esteve ausente no processo decisório. Somado a outras decisões não menos desastrosas na execução e diagnóstico de desconhecimento da contribuição dos estudos epidemiológicos como instrumento de trabalho, resultou em mais de setecentas mil vítimas fatais no Brasil passados três anos do primeiro caso, das quais quatrocentas mil poderiam ser evitadas (notícias MS, 2023, online).

Em vão foram os esforços dos entes subnacionais diante da “ausência de autoridade sanitária nacional e de coordenação e cooperação intergovernamental e a insuficiência e morosidade na alocação de recursos”. (GIOVANELLA; BOUSQUAT *et al*, 2020, p.162).

O desprezo às ações de prevenção e promoção da saúde, inerentes à epidemiologia como ferramenta de execução e planejamento da gestão, é resultado do desmantelamento do SUS das últimas décadas, com a habitual descontinuidade dos ideais, princípios e diretrizes originais da reforma sanitária (PAIM, 2006, p.118).

A epidemiologia direciona os esforços para a redução das desigualdades na saúde e seleção de tecnologias evitando a exposição indiscriminada dos indivíduos a intervenções de baixa efetividade ou que induzam a novas doenças (BARRETO, 1998, p.120), como se configurou no episódio da prescrição massiva pelos governantes nacionais do uso profilático da cloroquina e hidroxicloroquina durante a pandemia da Covid-19 enquanto meta de tratamento de saúde pública, condenada pela comunidade científica (ABRASCO, 2021, online).

Nesse mesmo período, experiências exitosas no campo da epidemiologia no contexto da pandemia da Covid-19, realizadas pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia), tiveram reconhecimento internacional no Congresso Mundial de Saúde Pública e premiação conferida pela Federação Mundial de Associações de Saúde Pública pelo trabalho da entidade no uso de dados e pela produção de conhecimento (CIDACS, 2023, online).

O Cidacs, liderando a Rede CoVida, coordenado pelo professor Maurício Barreto, reunindo mais de 200 voluntários desde o início de 2020, desempenhou notável trabalho como resposta ao grave problema de saúde pública desencadeado pela Covid-19, na produção e disseminação de conhecimento fornecendo retratos imediatos da situação da epidemia em seus territórios a gestores e tomadores de decisão a partir de evidências científicas.

A prática sanitária através da epidemiologia na luta pela qualidade de vida é realizada através do conhecimento científico somado ao trabalho humanizado desempenhado por equipes multidisciplinares de profissionais da Saúde Coletiva que ofertam os direitos de cidadania diretamente aos usuários. Parte desses profissionais lidam diretamente com as populações, seus determinantes e, ao final, o fruto do seu trabalho se transforma em dados disseminados em toda planificação e gestão do SUS, eclodindo em medidas de promoção da saúde e combate a doenças; são os agentes comunitários da saúde.

No contexto da pandemia da Covid-19, a atenção à saúde da população em situação de rua levando em consideração a produção desse conhecimento empírico dos agentes, as pessoas em situação de rua foram inseridas no grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacina Contra a Covid-19 (MS, 2021, online).

1.5 SUS. DO INTRAMUROS PARA O TERRITÓRIO: O ENFRENTAMENTO DA COMPLEXIDADE DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Na década de 1990 o Ministério da Saúde implementou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como política da atenção básica, com origem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no intuito de ampliar o

acesso da atenção à saúde da população e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Para Bousquat (2019, p.627) a Atenção Básica, como é denominada a Atenção Primária à Saúde no Brasil pelo Ministério da Saúde, é um dos avanços mais importantes do SUS nos seus 30 anos. “O grande aumento da cobertura da Atenção Básica está ligado à implantação do PSF, que assumiu posição central no SUS em 2006, passando a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF)” (BOUSQUAT, 2019, p. 627).

Como políticas nacionais de atenção básica, tanto o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) como seu antecessor Agentes Comunitários da Saúde (PACS), viabilizaram a interiorização de equipes de saúde da família e a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde, nível primário de atenção à saúde e porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), que contribuíram para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Durante a pandemia da Covid-19, o fracasso da experiência internacional de tentativa de enfrentamento centrada no cuidado individual e hospitalar demonstrou a necessidade de uma abordagem mais territorializada, comunitária e domiciliar, característica peculiar das equipes de saúde da família, que no Brasil apresentou impactos positivos na rede assistencial de cuidados (MEDINA *et al*, 2020, p. 3).

Uma das estratégias mais bem-avaliadas e com bons resultados do SUS foi a ampliação das equipes de Atenção Básica, com priorização da Estratégia Saúde da Família (...) por seus atributos de responsabilidade territorial, orientação comunitária e forte capilaridade em todo o território nacional. (BOUSQUAT *et al*, 2021, p.20)

O Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) surgiu em 1993 com a finalidade de estender a cobertura e as ações de saúde às populações rurais e às periferias urbanas, especialmente ao grupo materno-infantil. Em 1996 foi acoplado ao Programa Saúde da Família com ênfase no atendimento básico e apresentando a saúde da família como o novo modelo assistencial do SUS (PAIM, 2003, p.6).

A partir da NOB 01/96 e com a adoção do Piso da Atenção Básica houve um reforço da atenção básica e a expansão do Programa Saúde da Família (MS,

1998, p.11). E a partir da NOAS-01 as principais responsabilidades da atenção básica passaram a ser executadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) com ações de saúde da criança, mulher; controle da hipertensão, diabetes e tuberculose; eliminação da hanseníase; e ações de saúde bucal (MS, 2001, p. 17).

No Brasil, o Programa Saúde da Família (atualmente ESF – Estratégia Saúde da Família) iniciou sua implantação pelos municípios de pequeno porte, pela periferia metropolitana e em regiões de menor oferta de equipamentos públicos, se consolidando paulatinamente como estratégia de organização da atenção básica, ideário do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BOUSQUAT; COHN, 2006, p. 1941).

A partir de 2017 o programa ESF sofreu tentativas de desmantelamento com a redução de agentes, abolição de prioridade, extinção dos núcleos de atendimento, perda de profissionais com a finalização do Programa Mais Médicos (PMM), desincentivos à abordagem territorial com o novo modelo de financiamento da atenção básica com base no número de cadastrados, fragilizando o enfoque comunitário (MEDINA *et al*, 2020, p.3).

A importância e a participação dos agentes é que vai garantir o direito de cidadania almejado nas diversas políticas públicas.

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são considerados Burocratas a Nível de Rua (BNR's) de referência nas ações de saúde. São agentes implementadores, responsáveis pela entrega direta das políticas aos cidadãos e espera-se que sejam capazes de abordar o processo saúde-doença dos indivíduos, cuja construção de vínculos assegurará a resolutividade das ações de saúde. (COSTA, 2022, p.31)

Os burocratas a nível de rua trabalham em situações que, muitas vezes, requerem respostas para dimensões humanas das situações. Eles têm discricionariedade porque suas tarefas demandam legitimamente observação e julgamento sensíveis, que não são redutíveis a formatos programados. (LISPKY, 2019, p. 59)

O papel de porta de entrada e coordenação dos cuidados pela ESF demonstram sua importância estratégica na rede de atenção à saúde. O protagonismo e abordagem acolhedora dos profissionais de saúde da ESF, sua

fragilização e não valorização inviabilizam a resolução dos problemas de saúde da população seja pela dispersão da porta de entrada, seja pela descontinuidade dos cuidados (ALMEIDA *et al*, 2018, p.245).

A importância da valorização da ESF e sua abordagem territorial e multidisciplinar é demonstrada no Programa De Braços Abertos (DBA), política pública inovadora do município de São Paulo datada de 2014.

1.6 INDO PARA A RUA: PROGRAMA DE BRAÇOS ABERTOS NA “CRACOLÂNDIA” – UM EXEMPLO DE BOA PRÁTICA NA GESTÃO DA SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O Programa De Braços Abertos (DBA), foi implementado em 2014, no governo municipal de Fernando Haddad (gestão 2013-2016), por meio do Decreto n. 55.067/14 (SÃO PAULO, 2014) com o objetivo de promover reabilitação psicossocial de usuários de crack e outras drogas, em situação de rua, na “cracolândia”, no território da Luz, centro da capital paulista.

As principais diretrizes do programa estavam alicerçadas na atenção com políticas de redução de riscos e danos, de prevenção do uso de drogas, de tratamento e de assistência social, além da oferta de alimentação, hospedagem e acesso a atividades ocupacionais e à renda por meio de frentes de trabalho e de qualificação profissional.

Numa mesma política pública oferecia a garantia de um pacote de direitos de cidadania a sujeitos em situação de vulnerabilidade social extrema e, simultaneamente, seria uma resposta à questão da “cracolândia” que envolvia segurança pública e a temática das drogas, com a circulação de usuários e traficantes compartilhando o mesmo espaço, impedindo a revitalização e a economia do centro da capital.

O programa de Braços Abertos promoveu a redução do uso de crack e outras drogas, a ampliação do acesso e melhor adesão ao tratamento de saúde e a benefícios sociais. É reconhecido como referência de modelo de política pública de cuidados a usuários de crack e outras drogas em vulnerabilidade social para ser implementado em outros territórios brasileiros.

Trata-se de um “programa pautado na lógica da redução de danos com baixa exigência (*apud* IHRA, 2010) e na promoção da cidadania, retirando o foco da droga e assegurando um pacote de direitos, que inclui moradia, alimentação, trabalho e saúde” (TEIXEIRA *et al* 2018, p.2).

Outros programas, especialmente o estadual à época, que concorriam e se complementavam entre si, e aqueles que se sucederam na gestão seguinte, são focados no uso da violência e/ou modelo asilar, com internação dos usuários, em total desacordo e falta de sintonia com a reforma psiquiátrica, divisor de águas introduzido pela reforma sanitária e lei antimanicomial.

A reforma sanitária vedou a “internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares”, devendo ser tratados “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a sua saúde e, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (lei federal nº 10.216/2001, artigo 2º, I, e art. 3º, §3º).

O programa DBA apresentou um modelo diferente de intervenção, com atendimento humanizado, promoção da autonomia dos sujeitos e estímulo ao empoderamento individual pelo aumento da capacidade de decisão dos beneficiários (TEIXEIRA *et al* 2018, p.14). Os números expressivos revelam as potencialidades do programa em questão:

Cada pessoa que conseguia se inserir socialmente e se estruturar era um resultado importante conquistado pelo programa. (...) Resultados importantes como a redução no consumo do crack, 84% dos beneficiários conseguiram emitir documentos de identificação, 73% ingressaram em frentes de trabalho, 53% retomaram o contato com a família, além de alto índice de satisfação com o programa, 95% dos beneficiários consideraram que o DBA teve impacto positivo nas suas vidas (2018, p.14).

Estruturado como programa de intervenção intersetorial, envolveu diversos atores no modelo transversal com concepções e práticas que atravessavam diferentes ações e instâncias, aumentando o grau de abertura da comunicação dos diferentes grupos envolvidos como assistência social, saúde, trabalho, educação, cultura, esporte, segurança urbana, direitos humanos, baseadas em redução de danos.

Para os autores (TEIXEIRA *et al*, 2018, p.22) e gestores proponentes, nesse programa baseado na redução de danos é esperado que o “usuário possa fazer uso menos prejudicial de drogas, com redução do consumo abusivo, investindo no autocuidado visando sua reinserção social”.

Ainda que os efeitos eficazes do programa às complexas vulnerabilidades que esses sujeitos sociais estão expostos, inúmeras dificuldades se revelam como obstáculos ao seu êxito. O programa foi descontinuado pela alternância de governo, ao final do mandato do governo proponente em 2016, sendo extinto e substituído por ações marcadas por ostensiva invasão policial, num contingente de 900 homens fortemente armados, e no uso da violência (PINTO, 2019, p. 08).

Além da alternância de governos e descontinuidade das políticas públicas dos antecessores que encerram seus mandatos, muitos são os desafios das políticas públicas voltadas às pessoas em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas para resolutividade desse problema, citados por Carneiro Junior *et al.* (1998, p.47).

São desafios explicitados pelos autores (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 1998, p.52): a ausência de equipamentos específicos para esses usuários; diferentes perspectivas dos atores sociais envolvidos; a difícil operacionalização tecnológica e integração de demandas; os conflitos e atuações isoladas pelas diferentes equipes envolvidas nas múltiplas demandas que impedem a construção coletiva de formas de intervenção; a dificuldade de autocuidado dos usuários; os serviços de saúde que trabalham com a ideia de universalidade e profunda crise de financiamento, enquanto ONGs (organizações não-governamentais) têm tradição lidar com grupos de extrema pobreza; a falta de construção de uma rede de serviços constituída de instituições públicas e privadas com resposta mais adequada a esse grupo populacional.

Para Carneiro Junior (1998, p. 60) há “a necessidade de criação de modelos específicos e ações adequadas de atenção a esse grupo, em que o acolhimento dessa classe de usuário torna-se a questão central”.

O desmonte do programa De Braços Abertos ocorreu, inicialmente, pela descontinuidade da política pública pelo governo seguinte, João Doria (2017-2020), opositor político, com severas críticas sob o pretexto que ele induzia ao

incentivo do uso drogas; isso ainda na fase de debates eleitorais e extinção do programa como promessa de campanha.

Ao assumir o governo, o novo chefe do executivo procedeu ao fechamento gradual dos hotéis e pensões que serviam de moradia àquele público-alvo, os contratos de trabalho foram rescindidos, os locais foram desocupados, deixando em suspenso o que antes era oferecido aos antigos beneficiários (PINTO, 2019, p. 08).

Teixeira *et al* (2018, p.19) relatam algumas das dificuldades do programa, como a questão da moradia em hotéis na proximidade da “cracolândia”; a falta de financiamento público; a concorrência com outros programas com diferentes modelos; a estigmatização e marginalização dos usuários, entre outras barreiras enfrentadas.

Afirmam Teixeira *et al* (2018, p.17) que a oferta de moradia, através de convênios firmados com hotéis e pousadas, representava uma potencialidade do programa; mas em se tratando de programa social recente, a falta de financiamento e a precariedade de lei municipal impediam que maior número de usuários fossem beneficiados.

Ainda nesse contexto, deduzem que, em se tratando de programa de governo, não política de Estado, sem lei especial que o regulamentasse, não dispendo de verba própria e, diante das barreiras financeiras, sua ampliação era frágil diante dos impactos positivos que proporcionavam. Experiências exitosas como essa, sendo apenas programas, ficam suscetíveis a interrupções e mudanças de governo, sofrendo com a sua descontinuidade.

Outro ponto ressaltado pelos autores, Teixeira *et al* (2018, p.3), é a oportunidade de trabalho aos usuários. Essa potencialidade contava com elevado índice de aprovação dos beneficiários efetivos e potenciais do programa devido à significativa redução no consumo de drogas. Entretanto, esse fator revelava outra fragilidade: o aproveitamento apenas em atividades de varrição de ruas devido à baixa exigência da atividade e por apenas quatro horas de atividade diárias.

Teixeira *et al* (2018, p.4) explicam ainda que a estigmatização e marginalização do usuário de drogas e pessoa em situação de rua, normalmente composta por pessoas de baixa escolaridade, pretos ou pardos, com desvios comportamentais, bem como o uso do sexo como fonte de renda, representavam obstáculos para a aceitação do programa pela sociedade, e consequentemente dos *think tanks* que articulavam atores ligados ao setor privado e a partidos políticos com propostas neoliberais, fragilizando assim seu avanço.

De um lado, segundo Teixeira *et al* (2018, p.13), a proximidade dos hotéis e pousadas com a “cracolândia” representava a tentação da reinserção no vício; de outro, a distância para locais afastados dificultava a adesão dos beneficiários ao programa. A coexistência com programa estadual de internações, com oferta de banheiros e assistência a outras necessidades básicas, mas com modelo asilar e oferta de cuidado com afastamento visando o sucesso na abstinência, dificultava a continuidade dos usuários no programa municipal.

Registraram ainda que a desterritorialização dos usuários, com as internações, compulsória ou não, em programas concorrentes, suspendia a continuidade dos trabalhos, da atividade laboral e dificultava a sua retomada à rotina e a adesão dos estabelecimentos ligados ao programa.

Segundo Teixeira *et al* (2018, p.16) por ser uma política pública sobre drogas com traços progressistas, com aposta na redução de danos a partir da redução voluntária do consumo, enfrenta ainda o desafio do autocuidado pelos usuários em condição de vulnerabilidades extremas e da ausência de apoio familiar, bem como a sua impopularidade devido à estigmatização pela sociedade decorrente da aporofobia e criminalização da pobreza e, consequentemente, maior exclusão social desses indivíduos.

Em que pesem as dificuldades acima relatadas, Teixeira *et al* (2018, p. 22) destacam que “deve-se investir em políticas públicas sobre drogas que levem em conta a liberdade e a garantia de direitos humanos, baseadas nos princípios de redução de danos, visando à promoção da saúde, aos direitos de cidadania”.

Para Alves *et al* (2020, p.8), a dificuldade de enfrentar o conflito do crime organizado com a polícia na Cracolândia fizeram os profissionais participantes,

sob a égide da intersetorialidade, desenvolverem competências específicas para lidar com as ações violentas periódicas.

Na inclusão de grupos marginalizados de usuários de crack, os autores (Alves *et al*, 2020, p.9) destacam o surgimento de uma militância e alguma resistência a medidas do poder público que não levam em consideração a nova realidade de engajamento pela cidadania.

O Instituto ADESAF de São Vicente, que atuou no Programa De Braços Abertos (DBA) no município de São Paulo, com metodologia de redução de danos, além dos municípios de São Vicente, Bertioga e Cubatão, alertou na 3ª reunião do CIAMP-Rua sobre o crescente número de pessoas em situação de rua sendo que, em São Paulo, que concentra 40% da PSR do país, propôs mudança na abordagem (Ciamp-rua, ata, 2023, p. 277).

Essa mudança proposta pela ADESAF (p. 277) sugere que, atualmente, após encaminhada a PSR ao Centro Pop e encaminhada para os diferentes níveis de abrigamento, cuja progressão é lenta e onerosa, deve ser alterada para a imediata alocação das pessoas para local estável, seguro e individual, tendo a moradia como porta de acesso a outros direitos. E explicou o projeto:

O Housing First é uma alternativa a esse sistema progressivo, não vai colocar o usuário em etapas, primeiro é acolhido. O usuário vai da rua para a moradia definitiva, mudando a questão de entendimento e organização dessa pessoa que quando colocada em um local seguro tem uma mudança fisiológica e emocional enorme, passa a dormir melhor, a se alimentar melhor, se organizar melhor, pois ela tem para onde ir, para onde voltar, tendo a segurança de que aquela vaga é dela, é a moradia dela, sendo entendida como porta de acesso para os outros direitos. A partir daí a assistência, saúde e outras secretarias vão poder fazer seu trabalho, pois aquelas pessoas passam a ter um ponto fixo. O modelo foi implantado de 2014 e 2018 pela ADESAF [no DBA] (Ciamp-rua, ata, 2023, p. 277).

Cerca de 700 pessoas foram cadastradas, ofertadas 412 vagas, 363 ocupadas e 73% dos usuários aderiram às atividades remuneradas, o que difere do modelo canadense. As atividades executadas eram remuneradas e não trabalho voluntário, resultando na possibilidade de realização de sonhos, desejos e preocupações, tais como encaminhar dinheiro para os filhos. O recebimento em dinheiro fracionado resultava na diminuição do consumo de substância psicoativa que era, principalmente, álcool. Para cada 15 ou 20 usuários havia um trio de representantes na recepção do hotel, sendo um da saúde, outro da

assistência e um do trabalho. Quando o usuário não aparecesse ocorria a busca ativa (Ciamp-rua, ata, 2023, p. 278).

Os usuários eram organizados em quartos coletivos de 04 a 06 pessoas, assegurada a reunião das famílias e crianças e, nesse caso, o quarto permanecia em nome da mulher para que, em caso de violência ou briga, esta permanecesse no quarto, o que atenuou a problemática de violência. As atividades exercidas variavam conforme a vontade e capacidade física dos beneficiários, muito conhecidas pela varrição, mas com maior êxito na horta devido ao contato com a terra, e na arte como trabalho, pois usuários frequentavam oficinas de artesanato e escultura (Ciamp-rua, ata, 2023, p. 278).

É possível observar que esse trabalho encontra correspondência com o já desenvolvido na Clínica Terapêutica Ocupacional da psiquiatra Nise da Silveira, na década de 1940 no Rio de Janeiro. Nele foi estabelecida relação entre a produção criativa dos pacientes do hospital psiquiátrico Engenho de Dentro e, posteriormente, obras destes sendo expostas no Museu de Imagem do Inconsciente, que reflete a maturidade da utilização da arte como promoção da saúde, ressignificando os sujeitos (CASTRO, 2007, p.368).

Além da criação do Museu [da Imagem do Inconsciente], as exposições dos trabalhos produzidos nos ateliês do Engenho de Dentro tornaram-se frequentes em reuniões e Congressos de psiquiatria, e também em espaços dedicados a arte: no MASP, em São Paulo, em Paris, Zurique, Roma, etc., sempre atraindo grande número de visitantes. Obras e artistas foram, aos poucos, se desprendendo de sua origem e vínculo com uma instituição psiquiátrica, para fazer seu percurso no universo cultural, como podemos perceber ao ler os depoimentos dos visitantes da Exposição de Arte Incomum, na XVI Bienal de São Paulo, e ver de que forma aquelas obras passaram a afetar o público (FRAYZE-PEREIRA, 1995, apud CASTRO, 2007, p.368).

O registro digital de toda a trajetória e mudanças de cada usuário, desde onde se hospedou, se alimentou, exerceu atividade, agravos a sua saúde e outras ocorrências, foi importante aliado como ferramenta de gestão contribuindo na atuação intersetorial dos envolvidos e no trabalho apoiado, ponto alto do programa (Ciamp-rua, ata, 2023, p. 278), e inclusive na disseminação das informações coletadas, própria da vigilância epidemiológica e socioassistencial.

O abandono da vaga de hotel, a montagem de currículos, a colocação nas frentes de trabalho, respeitavam a vontade do usuário, que eram normalmente de estética, arte, atividades tecnológicas, jornal, criação de contas para outros usuários, programas de rádio, evidenciando a autonomia dos usuários como necessária à sua reinserção em sociedade (Ciamp-rua, ata, 2023, p. 278).

A predominância do abuso de álcool, além de outras drogas como o crack, o que dificultava identificar se alguns deles possuíam transtornos ou sofriam os efeitos do uso das substâncias sendo que casos de autismo não eram percebidos com facilidade, possivelmente seriam casos de transtorno leve devido aos desafios em estabelecer rotinas (Ciamp-rua, ata, 2023, p. 278). Essas questões atravessam o campo da Saúde Mental que é o papel dos CAPS e CAPS-AD.

O programa DBA mostrou-se exitoso, mesmo diante de tantos desafios e seu esfacelamento após um curto tempo duração. Por significar uma experiência participativa, inovadora e com melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas, demonstrou a possibilidade de avanços significativos nesse perfil de programa de intervenção na saúde. O programa demonstrou que as políticas públicas devem ser implementadas levando em consideração o usuário e seu meio ambiente, e não que o usuário se adapte ao serviço público ofertado. Também demonstrou a dificuldade de um programa de governo dessa natureza transformar-se em um programa de Estado com efetividade e eficácia social, dada a complexidade da situação social e dos determinantes sociais que envolvem esse segmento.

A maior política pública brasileira, o SUS, e toda sua construção baseada no bem-estar social dos indivíduos, através da prevenção de doenças e promoção de saúde. O êxito na sua trajetória de garantia do direito fundamental à saúde se revela no papel da epidemiologia como instrumento de gestão e planejamento, com destaque nos agentes que garantem o direito de cidadania como implementadores, responsáveis pela entrega direta das políticas aos cidadãos, capacitados para abordar o processo saúde-doença dos indivíduos, cuja construção de vínculos assegura a resolutividade das ações de saúde. A desvalorização dos agentes públicos que ofertam os serviços no território

inviabiliza a resolução dos problemas de saúde da população seja pela dispersão da porta de entrada, seja pela descontinuidade dos cuidados.

2 VULNERABILIDADES DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Este segundo capítulo relata algumas das especificidades que envolvem as vulnerabilidades das pessoas em situação de rua, as múltiplas e complexas dificuldades para garantir o acesso aos serviços de saúde e assistência social e, conseqüentemente, para reduzir as desigualdades sociais. Será percorrido o contexto histórico sob o enfoque dos direitos humanos na visão de Norberto Bobbio, o instrumento internacional da Primeira Conferência dos Cuidados Primários da Saúde, o programa de governo para garantia de moradia proposto no modelo Europeu *Housing First* e o Referendo da Medida Cautelar da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental ADPF nº 946 Ref-MC.

A pesquisa revisita o subfinanciamento dos serviços de saúde, a eficiência da Estratégia Saúde da Família, sua desvalorização e a contribuição e esforço de seus agentes no papel de traçar um perfil epidemiológico dos usuários, mensurar as condições de vida e saúde, identificar os mecanismos ideais na busca das soluções e, finalmente, ofertar serviços adequados. Além do significativo papel de romper os espaços físicos dos equipamentos e se deslocarem para o território alcançando a população em situação de rua, o que mais ela espera dos serviços.

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Antes de discorrer sobre as vulnerabilidades da população em situação de rua oportuno registrar breves considerações sobre a miséria à luz dos direitos fundamentais de segunda geração e a contínua violação da Declaração de Alma-Ata.

Segundo o filósofo italiano Norberto Bobbio (1990, p.25) não é possível analisar os direitos humanos abstraído-se do problema da miséria, a impotência que condena as grandes massas à fome.

A efetivação de uma maior proteção dos direitos do homem está ligada ao desenvolvimento global da civilização humana. E um problema não pode ser isolado, sob pena, não digo de não resolvê-lo, mas de sequer compreendê-lo em sua real dimensão. (BOBBIO, 1990, p. 9)

Os direitos sociais exigem uma intervenção do Estado para sua efetivação. Como os direitos individuais, ou liberdades, e sociais, uma ação positiva do Estado, estão interligados, a universalidade dos direitos humanos e as tensões entre a liberdade e a igualdade, os direitos políticos assumem papel crucial nessa construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Os pobres, que são os mais desfavorecidos e enfrentam históricas desigualdades sociais, reclamam a proteção contra a sistemática violação nessas relações entre ricos e pobres, majorias e minorias, dominantes e dominados, o que exige do Estado a normatização dos direitos sociais também denominados de segunda geração:

A proteção do trabalho contra o desemprego, os primeiros rudimentos de instrução contra o analfabetismo, depois a assistência para a invalidez e a velhice, todas elas carecimentos que os ricos proprietários podiam satisfazer por si mesmos. (BOBBIO, 1990, p. 9)

Enquanto as liberdades estão inseridas nos direitos de primeira geração, os direitos de segunda geração compreendem os direitos sociais introduzidos pelo constitucionalismo moderno da Constituição de Weimar, ou Constituição Alemã de 1919, traduzidos nos direitos à igualdade como os direitos à saúde, educação, trabalho (BOBBIO, 1990, 34; 95).

A importância da positivação desses direitos sociais como meio de transformar e garantir as condições de vida digna para todos os cidadãos, especialmente aos mais pobres, impacta diretamente na vida das pessoas em situação de vulnerabilidade econômica, e são produtos que emergem das lutas que os cidadãos travam para sua própria emancipação.

Esses direitos sociais concebem a autonomia desses cidadãos e proporcionam a participação cada vez mais ampla, generalizada e frequente no poder político que enfrentam as ameaças com a limitação do poder dos mais fortes. Os direitos sociais expressam o amadurecimento de novas exigências, novos valores, são as demandas de proteção social.

Na tarefa do direito em investigar a necessidade de proteção à mulher, à criança, ao idoso, ao doente, à pessoa com deficiência, e no presente recorte à pessoa em situação de rua, é almejada a mudança social e busca-se a aplicação

maior ou menor das normas jurídicas na sociedade, e surgem os direitos sociais como realização prática para a proteção efetiva e organização dos serviços públicos.

Quanto maior o crescimento de direitos sociais mais profundas as mudanças e mais evidente a transformação da sociedade.

Na seara da proteção das pessoas em situação de rua, o compromisso de promover o direito humano fundamental do estado de completo bem-estar físico, mental e social como meta de saúde, estabelecido na Declaração de Alma-Ata sobre os cuidados primários de 1978, sofre restrições nesse confronto de interesses numa sociedade hierarquizada e normatizada por sistemas de poder.

As pessoas em situação de rua necessitam da proteção do Estado que, segundo estabelecido na Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, tem a responsabilidade de realizar medidas sanitárias e sociais que impactem nos determinantes sociais e ambientais estruturando melhores condições de vida e saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, item V).

Os compromissos firmados pelo Brasil para a promoção dos cuidados primários, estão sendo violados com relação as pessoas em situação de rua vez que não são ofertados amplamente os serviços de saúde e outros direitos de cidadania.

No instrumento internacional foi estabelecida a aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica, de serviços de saúde e da experiência em saúde pública; serviços de proteção e prevenção, assim como a educação a problemas prevaletentes de saúde e os métodos para sua prevenção e controle, promoção distribuição de alimentos e da nutrição apropriada; provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção de doenças endêmicas; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais e muitos outros. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, item VII)

A omissão estatal não formulando políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar e sustentar os cuidados primários, nem cooperando com para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, revela o descumprimento das cláusulas VII *usque* IX da Declaração de Alma-Ata (1978) e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 976 evidencia a pouca adesão dos entes federativos à Política Nacional para a População em Situação de Rua (STF, Plenário, ADPF 976, p.49).

A manutenção das desigualdades e a dificuldade de superação da pobreza pelos indivíduos mais pobres e vulnerabilizados, têm referência não somente no conceito cunhado por Adela Cortina da aporofobia, ou rejeição aos pobres, mas na dificuldade desses não globalizáveis de encontrar espaço ou prioridade que políticas de governo se tornem, de fato, políticas de Estado e sejam implementadas.

As políticas públicas enfrentam a fragmentação ou desarticulação da ação governamental atravessando diversos problemas seja “no âmbito intragovernamental, quando a ação depende do envolvimento sistemático de vários polos de competência com atribuição sobre o tema, como extragovernamental, quando o sucesso da ação governamental está relacionado ao comportamento de agentes externos ao corpo do governo.” (Bucci, 2013, p.253)

Na ação modelizada emanada de organismos internacionais na execução de programas-padrão, a formulação do direito resulta na adesão, podendo ser adotada como ferramenta de aceleração de desenvolvimento de certas áreas, por meio do estabelecimento de normas e documentos jurídicos básicos e convergentes para a conquista de objetivos de interesse geral. (Bucci, 2013, p.241)

A relevância dos esforços para a efetividade do direito fundamental humano, notadamente nos cuidados primários da saúde e toda contribuição do direito internacional expressados na Declaração de Alma-Ata contribuem para a melhor compreensão da Atenção Primária em saúde (BERNAL *et al*, 2023, p.247)

“Todavia, é possível reconhecermos ainda que da própria Declaração de Alma-Ata podemos extrair outros relevantes contributos para uma melhor implementação do direito humano

fundamental à saúde, no Brasil: o da necessária observância dos determinantes socioeconômicos da saúde e da necessidade da ação de políticas públicas econômicas e sociais que garantam o direito da saúde” (BERNAL *et al*, 2023, p.247)

Nesse contexto, o Referendo da Medida Cautelar na ADPF nº 976 determinou a obrigatoriedade da observância, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, imediata e independente de adesão formal, das diretrizes contidas no Decreto Federal nº 7.053/2009 que institui a Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua.

E, além das determinações que proíbam o recolhimento forçado de bens e pertences, vedação à arquitetura hostil, assim como a divulgação e transparência do funcionamento das zeladorias urbanas, abrigos e destinação de bens apreendidos, disponibilização de bagageiros, bebedouros públicos, capacitação dos agentes com vistas a tratamento digno da população em situação de rua, foi determinado:

Aos PODERES EXECUTIVOS MUNICIPAIS E DISTRITAL, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a realização de diagnóstico pormenorizado da situação nos respectivos territórios, com a indicação do quantitativo de pessoas em situação de rua por área geográfica, quantidade e local de vagas de abrigo e de capacidade de fornecimento de alimentação (STF, Plenário, ADPF 976 Ref-MC, p.36).

Aprovada a Política Nacional para a População em Situação de Rua pelo Decreto nº 7.053/2009, passados mais de 12 anos, massivamente os entes federativos não aderiram às políticas públicas federais específicas para a população em situação de rua, tampouco mantêm os registros dos programas de transferência de renda atualizados o que denota a perpetuação de violações de direitos fundamentais aos mais desfavorecidos, fracassando na oferta dos serviços públicos notadamente de saúde que são monitorados como condicionalidades e impactam nos índices de gestão dos municípios e repasses federais aos municípios (JOSÉ; COHN, 2023, p. 228).

A ADPF nº 976 Ref-MC surge como instrumento de controle concentrado de constitucionalidade para evitar a violação dos direitos fundamentais das pessoas em situação de rua, determinando aos entes federativos adotarem as medidas necessárias para a implementação dessa política, e assim enfrentar o potencial estado de coisas inconstitucional.

2.2 A AUSÊNCIA DE MORADIA COMO CRITÉRIO DE VULNERABILIDADE E DESIGNAÇÃO DE PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

A partir da década de 1990 a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CorteIDH) passou a delinear a proteção da pessoa em situação de rua e a reconhecer o dever de os Estados respeitarem e garantirem os direitos humanos, promovendo serviços de assistência, conferindo direitos e garantias em igualdade de condições com as outras pessoas (WEIS, 2013, p. 549).

O Decreto nº 7.053/2009 considera a pessoa em situação de rua:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (decreto federal nº 7.053/2009, art. 1º, parágrafo único).

Mazzuoli (*apud* ONU, 2015; 2018, p. 217), utilizando-se do critério proposto por Leilani Farha, Relatora da Especial da ONU, para definição de pessoa em situação de rua, baseado na definição tridimensional do Direito Internacional dos Direitos Humanos, adota a moradia adequada como padrão de vida adequado e direito à não discriminação. Segundo o autor (2018), o Relatório da ONU propõe a compreensão da situação de rua como a ausência de moradia, tanto no seu aspecto material da habitação quanto social, levando em conta o que o lar representa para a identidade social das pessoas, construção de família, relações sociais e participação em sociedade.

A condição de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua se inicia pela ausência de moradia. O descumprimento desse direito fundamental desencadeia um processo de exclusão social e de “coisificação” do indivíduo. Passando a viver em becos ou ruas, a falta de moradia gera a perda da dignidade e a violação do direito de identidade desse indivíduo, tornando-o excluído da sociedade (ALÉCIO; FACHIN, 2020, p.506).

Com o objetivo de eliminar o determinante socioambiental de ausência de moradia que suprime as demais condições de dignidade das pessoas em situação de rua, inspirado na experiência europeia *Housing First* surgiu o projeto Moradia Primeiro.

Instituído pela Portaria nº 2.927, de 26 de agosto de 2021 pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, consiste em serviços de moradia temporária e apoio técnico social, como forma de superação da situação de rua, promoção da vida autônoma e empregabilidade, com infraestrutura integrada para atender as famílias e indivíduos, e acompanhamento especializado de suporte à vida domiciliada (portaria MDS nº 2927/2021, art. 2º).

O Projeto Moradia Primeiro proposto pela União Europeia, modelo *Housing First*, a partir da experiência pioneira em Portugal, seguida de outras na Escócia, França, Irlanda, Bélgica e Espanha (MDS, 2019, p.29, ebook).

No Brasil, o primeiro projeto a ser desenvolvido ocorreu em Curitiba, em 2018 (MDS, 2019, p.119, ebook), por meio de uma parceria entre a Mitra da Arquidiocese de Curitiba e o Instituto Nacional de Direitos Humanos da População de Rua (INRua) (MDS, 2019, p.122, ebook), realizada por meio de hotéis sociais cuja organização não se vinculava à tipificação dos serviços (DEFENSORIA PÚBLICA ESTADUAL, relatório nucidh, 2023, p.63).

O município de Porto Alegre também implantou o projeto *Housing First* em 2018, centrado na necessidade de moradia, saúde mental e tratamento de uso de álcool e outras drogas, através do Decreto nº 19.885, de 30 de novembro de 2017, alterado pelo Decreto nº 20.011, de 14 de junho de 2018 (PORTO ALEGRE, 2017, art.1º; 2018, art. 1º), revogado recentemente pelo Decreto nº 21.916, de 29 de março de 2023.

É possível notar que, a nível nacional, o projeto Moradia Primeiro é um programa de governo e não política de Estado, demandando a adesão dos municípios à Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua, instituída no Decreto nº 7053/2009, em que pese o Referendo da Medida Cautelar da ADPF tenha determinado a implementação das medidas necessárias independente de adesão formal.

2.3 ESPECIFICIDADES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Reduzir as desigualdades sociais, garantindo o acesso aos serviços de saúde e assistência social aos grupos vivendo em diferentes graus de vulnerabilidade e exclusão social é o grande desafio do SUS e do SUAS.

Um dos grupos que enfrenta as maiores barreiras aos direitos de cidadania é a população em situação de rua.

“A pessoa em situação de rua é o verdadeiro excluído social (...) não reúne ferramentas e habilidades para desenvolver seus projetos pessoais em uma sociedade competitiva e excludente como a nossa” (WEIS, 2013, p.559).

Assim, a vida em situação de rua ultrapassa o problema da falta de moradia; envolve a questão material e emocional; percorre a identidade, a segurança, o sentido de pertencimento na vida em sociedade; significa a exclusão social; produz grupos marginalizados; denota as condições de vida, trabalho e saúde precarizadas (BARATA *et al*, 2015).

As pessoas em situação de rua dificilmente se enquadram nas tradicionais estruturas e propostas de tratamento de saúde. Em levantamento de 2006, o serviço de atenção primária à saúde na região central de São Paulo conseguiu matricular 14% da população em situação de rua considerando a estimativa da Fipe de 2003, principalmente a partir da implantação do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) e a “contratação de agentes comunitários de rua, e preferencialmente, ex-moradores de rua, para o cadastramento da população nos albergues da região ou na rua” no projeto A Gente na Rua do governo do Estado de São Paulo (CARNEIRO JUNIOR *et al*, 2006, p.36).

As barreiras das pessoas em situação de rua encontram raízes históricas. Não é de hoje a criminalização dos cidadãos pobres e as injustiças sociais daí derivadas, como retratado nas obras de Lima Barreto (1881-1922) e na atualidade pelo sociólogo Jessé Souza; condutas como mendicância e vadiagem até o início deste século ainda eram consideradas como crime pela legislação penal (BRASIL, 1830; 1940); na reforma urbanística de Pereira Passos (no governo do presidente Rodrigues Alves, gestão 1902-1906) houve a impiedosa demolição de casebres e cortiços, por medida de higiene e para modernização da capital federal (ACERVO CASA DE OSWALDO CRUZ, 2023); e ainda atualmente, ressalte-se as frequentes megaoperações policiais na Cracolândia que muitas vezes levam a documentação pessoal dos usuários de crack que estão em situação de rua (TEIXEIRA *et al*, 2018, p.13).

As ações de violência contra a população em situação de rua, a utilização das forças opressoras do Estado que leva os poucos pertences, documentos pessoais, seus filhos, destruição de barracos e barracas precários, intensificam ainda mais a situação de vulnerabilidade em que vivem (PAIVA *et al*, 2015, p. 2596).

No que diz respeito ao acesso à justiça, a população em situação de rua está sujeita a inúmeros obstáculos como a ausência de residência fixa, dificuldade de se orientar no tempo, vivência pautada na improvisação e satisfação das necessidades imediatas de sobrevivência (ALMEIDA & NUNES, 2017, p.317).

As pessoas em situação de rua são excluídas da cidadania pela ausência de trabalho, de renda regular, até de documento de identificação, o que é constatado em 24,8% dessas pessoas, segundo pesquisa já citada. (JUNIOR, L. R. G. Cabral *et al*, 2016, p. 237)

Essas vulnerabilidades se evidenciam nas respostas que os sujeitos usuários de drogas e crack dão às situações e intervenções, seja através de ações compreensivas de redução de danos, seja nas práticas ostensivas e autoritárias das internações compulsórias, realizadas sem questionar a lógica e o significado que os sujeitos dão ao próprio corpo, como nos relatos de negativas desses indivíduos ao atendimento de saúde por parte dos profissionais de saúde por não configurar atendimento adequado a suas escolhas de vida (SILVA; ADORNO, 2013, p. 22 e 28).

Rotuladas de incapazes, vadias, criminosas, somados à exposição dos meios de comunicação, as pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas são expostas “aos mais bárbaros atos de violência e negação de direitos como extermínios, espancamentos, retirada de pertences, jatos de água, expulsão, cadastro e abrigamento obrigatórios, não atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência” (SAMU) (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2010, *apud* BARBOSA, 2018, p. 47).

Barczak *et al* (2018, p. 86) reforçam a questão da dependência química, ausência do trabalho, rupturas e instabilidade dos relacionamentos familiares, uso imoderado do álcool, além da atração da moradia nas ruas como solução

para obtenção de renda, em razão da contribuição monetária através das esmolas:

Os problemas enfrentados diariamente como o estresse, a falta de recursos, o conflito familiar, o fracasso no emprego ou inexistência dele, o vício de alcoolismo e uso de drogas são fatores determinantes para que os cidadãos desistam de lutar por uma vida mais digna e optem por morar nas ruas sob condições infames de convivência (BARCZAK *et al*, 2018, p. 86).

As desigualdades políticas se concretizam quando um grupo adquire vantagens e privilégios em prejuízo de outro, rico em relação ao pobre, poderosos sobre fracassados, o mais forte sobre o desafortunado, gerando uma hierarquia entre as pessoas, algumas acabam obedecendo às normas de outros (FERMENTÃO, 2020, p.259), e citando Rousseau:

Basta ir às ruas das grandes cidades para visualizar a evidente desigualdade entre os homens, o preconceito, a marginalização, a discriminação, a violência, e a degradação humana que vivem as pessoas em situação de rua. (FERMENTÃO, 2020)

Bauman (2004, p.60) relata a consumista, líquida e individualizada sociedade moderna, que determina a felicidade dos indivíduos de acordo com a quantidade de dinheiro gasto e circulante; exclusivista, numa lógica de vigilância e distância, busca através da inovação arquitetônica ao construir seus espaços interditados e planejados para segregar as pessoas indesejáveis, manter à distância os marginalizados, erigir espaços espinhosos destinados a afastar ociosos e mantê-los do lado de fora de suas vidas.

Oportuno registrar, na temática da arquitetura hostil ou arquitetura de exclusão, a promulgação da Lei nº 14.489, de 21 de dezembro de 2022 (Lei federal Padre Júlio Lancellotti, 2022, art. 2º), que altera o Estatuto da Cidade e as diretrizes gerais da política urbana. Eis o teor da norma editada:

Art. 2º A política urbana tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana, mediante as seguintes diretrizes gerais:

XX - promoção de conforto, abrigo, descanso, bem-estar e acessibilidade na fruição dos espaços livres de uso público, de seu mobiliário e de suas interfaces com os espaços de uso privado, vedado o emprego de materiais, estruturas, equipamentos e técnicas construtivas hostis que tenham como objetivo ou resultado o afastamento de pessoas em situação de rua, idosos, jovens e outros segmentos da população. (Estatuto

da Cidade, lei federal nº 12.257/2001, art. 2º, XX; Lei Padre Júlio Lancelotti nº 14.489/2022, artigo 2º)

Em relatos de pesquisa de campo na Cracolândia, pessoas de boa aparência são notadas à procura das drogas pelas ruas e, dias após, já são encontradas enroladas em cobertores com aspectos de situação de rua (RAUPP; ADORNO, 2011, p.2615).

Na dimensão saúde e serviços, os dados do censo da população em situação de rua, comparados às entrevistas nas pesquisas de campo, não são coincidentes, possivelmente por diferenças metodológicas, e “um terço dos entrevistados sentiram-se discriminados nos serviços de saúde” (BARATA *et al*, 2015, p. 227).

É inegável que as iniquidades são mais acentuadas para a população em situação de rua, quando comparadas com a população em geral no município de São Paulo. Dados de 2007 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) demonstram que “as gestações ocorrem seis vezes mais que na população em geral, assim como o alcoolismo incide 30 vezes mais e a tuberculose 57 vezes mais” (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010, p. 714).

No que diz respeito à segurança alimentar, as violações ao Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAA), garantido no Brasil pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) “são ainda mais expressivas, considerando suas estratégias limitadas e eticamente inaceitáveis de acesso alimentar por meio da busca de latões de lixo, do custeio por terceiros ou das sobras de pratos dos restaurantes (ESCOREL *apud* OLIVEIRA; ALCÂNTARA, 1999); os dados indicam que 19% da PSR não consegue se alimentar todos os dias (OLIVEIRA; ALCÂNTARA, 2021, p. 89).

Nesse relato das vulnerabilidades das pessoas em situação de rua, não se pode olvidar a convivência familiar como um direito das crianças e adolescentes e fundamental para que sua família promova os ensinamentos da vida. Os vínculos familiares devem ser protegidos pelo Estado, mediante apoio socioeconômico, e as crianças e adolescentes somente são colocados em família substituta em situações de risco.

A situação de rua de crianças e adolescentes é motivada por violência, pobreza, drogadição, álcool ou vínculos familiares enfraquecidos. Fracassando família e Estado em protegê-las, a permanência das crianças e adolescentes em situação de rua revela sua condição de vulnerabilidade ainda mais acentuada (CARELLI, 2014, p. 335; BARCZAK, 2018, p.90).

Indispensável acrescentar a importância e o desafio no autocuidado da pessoa em situação de rua. O autocuidado é considerado o conjunto de práticas para a manutenção da vida, manutenção da ingestão de ar, água, alimentos, provisão de cuidados, descanso, equilíbrio da vida, prevenção de riscos à vida, à saúde nas condições de doença, ferimentos, moléstias. As pessoas em situação de rua acabam perdendo grande parte do poder de escolha, enfrentam a dificuldade de acesso à higiene, ao descanso, à privacidade, em locais seguros, o que interfere na sua saúde mental, na ausência de vícios, no autocuidado da saúde, da educação (CHAGAS *et al*, 2014, p.389).

A prostituição e o tráfico de pessoas, inclusive de crianças e adolescentes, constituem mais um determinante da vulnerabilidade da pessoa em situação de rua. O despertar da sexualidade na infância a partir da curiosidade e descoberta do outro, abusos familiares, a pobreza extrema, a marginalização, vícios em álcool ou drogas, intenso turismo sexual, promessas de emprego, ludibriando não só crianças e adolescentes, como também adultos, sendo expostos a perpetuação da violência, perda da liberdade, dignidade, inúmeras doenças e gravidez indesejada (CARDIN *et al*, 2018b, p.155).

Outras especificidades envolvem a pessoa em situação de rua e sua vulnerabilidade às doenças e agravos: a estigmatização, a violência no contexto de extrema pobreza, e que inviabilizam as múltiplas formas de estar no mundo dos diversos grupos que compõem a sociedade. Cite-se a prostituição de mulheres; aborto, gravidez e a violação dos direitos reprodutivos; doenças sexualmente transmissíveis (DST); violências, exposição e nomadismo da população LGBTQIAPN+ resultante da desaprovação familiar e social necessidade de libertação e identidade; o contexto de assumir o risco de contrair doenças ao optar por receber quantia maior pelo programa sem uso dos preservativos (SANTOS *et al*, 2018, p.164; MONTEIRO *et al*, 2018, p.180; CARDIN *et al*, 2018, p. 260).

Ainda ao enfrentar a dimensão da saúde e cuidado, dois grupos que apresentam vulnerabilidades e despertam a atenção da ESF, são o idoso e o deficiente em situação de rua. Não bastassem as barreiras que a pessoa idosa e o deficiente enfrentam e as dificuldades de se manterem, circunstância agravada pelos vínculos interrompidos, o fato de estarem na situação de rua revela ainda o despreparo por parte do Estado no cuidado com esses dois grupos. Além de não oferecer acessibilidade adequada e eliminar as barreiras arquitetônicas, o viver nas ruas apresenta obstáculos ainda mais difíceis de serem transpostos pela falta de compreensão das dimensões de seus desafios, só alcançada através do SUS e as estratégias de territorialidade desenvolvida ao longo dos anos (COSTA, *et al*, 2018, p.200; CAPARROZ, 2018, p.225).

Para discorrer sobre família é essencial registrar o papel da família pluriespécie, composta por humanos e animais, que sob a perspectiva da afetividade reivindica seu reconhecimento social e jurídico. A pessoa em situação de rua evita procurar atendimento médico e resiste em ser submetida a triagem e cuidado temendo a separação do animal de estimação; em contrapartida, os animais exercem papel intermediador com a sociedade em geral e proporcionam única ligação emocional desses cidadãos com o mundo (CARDIN; SILVA, 2018, p.117; NUNES; VIEIRA, 2018 p.132).

No campo legal, a vulneração da população em situação de rua se espraia no Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019 (governo do presidente Jair Messias Bolsonaro, gestão 2019-2022) que modifica o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, e altera a forma de escolha democrática dos representantes do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da população em situação de rua, deixando a escolha ao alvedrio dos técnicos do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, e não da sociedade, numa estratégia para fragilizar a participação social (decreto federal nº 9894/2019, art. 3º, art. 9º).

Essas são algumas das especificidades que envolvem as vulnerabilidades das pessoas em situação de rua e as múltiplas e complexas dificuldades que desafiam os diferentes atores das políticas públicas na oferta de serviços públicos para garantia dos direitos de cidadania a esse segmento da população.

2.4 A BUSCA DE DIREITOS DE CIDADANIA PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Todo o aparato estatal, envolvendo a organização, estruturação, gestão, planejamento, financiamento da saúde e assistência, os níveis de complexidade dos serviços de saúde, a eficiência da ESF, e sobretudo a sua desvalorização, não atende efetivamente às vulnerabilidades dessa população com tantas especificidades.

Traçar um perfil epidemiológico das pessoas em situação de rua é essencial para mensurar as condições de vida e saúde a que estão expostas e os mecanismos que deverão ser manejados na busca de soluções eficientes. Para compreender essa população é necessário levar em conta suas peculiaridades, tais como os malefícios do uso de drogas e da violência que vivenciam e todos os desafios, vulnerabilidades e especificidades que a circundam.

Para Carneiro Junior *et al* (2006, p.31), para atender às diferentes necessidades e heterogeneidade dos grupos sociais que vivem em condições socioeconômicas precárias, desde a gestação à velhice, é fundamental estruturar os serviços públicos de forma dinâmica e igualmente complexa.

Compreender as características das pessoas em situação de rua, em cada contexto e localidade, como idade, etnia, origem, sexo, motivação, deficiência habitacional, costumes, fontes de remuneração, capacidades, disponibilidade de acesso à saúde, exposição a doenças, oportunidade de educação, qualificação profissional, oportunidade de emprego ou renda, exige estratégias e abordagens específicas e diferenciadas de acordo com cada espaço.

Entender a complexidade e demandas dessas pessoas é a chave para a construção e implementação de políticas públicas adequadas e exitosas.

Para garantir os direitos de cidadania à população em situação de rua, faz-se necessário, antes, compreendê-la para poder então ofertar os serviços adequados.

A contribuição da epidemiologia e o esforço dos agentes da Estratégia Saúde da Família, que rompem os espaços físicos institucionais e se deslocam

para o território, evidenciam a necessidade para a inclusão social dessas pessoas de políticas públicas intersetoriais, participativas, que respeitem a liberdade e garantam o acesso aos direitos de cidadania, eliminando barreiras, estigmas, preconceitos.

O líder do Movimento Nacional de População de Rua, José Vanilson Torres, às vésperas da declaração pela OMS da pandemia da Covid-19 como situação de emergência sanitária internacional, durante a 325ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 24 de janeiro de 2020, na apresentação do tema Consultório na Rua e de Rua, compartilhou a preocupação com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (CNS ata 2020, p.04):

Explicou que a população em situação de rua, que teve ápice no crescimento a partir de 2016, por conta de medidas de austeridade como a Emenda Constitucional nº 95, reforma trabalhista e da previdência, lutam cotidianamente para garantir a sobrevivência. Desse modo, disse ser essencial manter os consultórios de rua e na rua, inclusive porque a situação pode se agravar ainda mais com a nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB que extingue os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, diminui o número de profissionais e exigirá o cadastro para garantia de atendimento da população de rua. Nessa linha perguntou como será o cadastro dessa população para garantir o acesso aos serviços. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação, destacando inicialmente a importância de considerar o conceito ampliado de saúde, com garantia de moradia digna, emprego, trabalho, renda e respeito à população. (CNS, ata, 2020, p.04).

A mudança implementada pela PNAB extinguiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir da diminuição do número de profissionais necessários ao cadastro para atendimento da população em situação de rua. Os impactos das medidas prejudiciais aos mais pobres como a reforma trabalhista, a previdenciária e a Emenda Constitucional nº 95 agravam a situação de pobreza das famílias demandando ainda maior esforço dos profissionais remanescentes (CNS ata 2020, p.04). A apreensão do líder do MNPR concentrava-se na necessidade de maior valorização dos serviços públicos e contra a redução do conjunto de políticas sociais que configura um Estado de Bem-Estar Social, proveniente da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, com

o impacto ao SUS através da limitação e congelamento por 20 anos de seus recursos, afetando diretamente a política de saúde.

No Brasil a situação vem se agravando a cada ano com EC 95 que congelou as despesas primárias da União por 20 anos (até 2036) e definiu o piso da participação federal do SUS de acordo com novos parâmetros, acentuando a diminuição de participação da União no financiamento do SUS, aprofundando os problemas de financiamento e sobrecarregando ainda mais os governos estaduais e municipais, que já aplicam porcentagens muito superiores ao mínimo constitucional. (GIOVANELLA *et al*, 2020, p. 897)

As mudanças do financiamento federal da Atenção Básica (AB) associadas a outras reformas recentes do Ministério da Saúde afetam profundamente o modelo estrutural da ESF e do SUS.

Estão ameaçados os significativos e progressivos avanços da Atenção Primária à Saúde (APS), resultantes do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir da década de 1990, assim como sua atuação nas dimensões individual, familiar, coletiva e territorial. O trabalho das equipes multiprofissionais, antes remuneradas pelo Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável como incentivo, foi fragilizado com o forte retrocesso apontado pelo líder do movimento, sensível a essas demandas por já ter vivenciado a situação de rua.

Pois bem. A mudança prevê o fim do PAB fixo pela transferência federal per capita para todos os municípios, considerando suas populações estimadas e características socioeconômicas, e de dimensão variável, relativa ao desempenho, levando em consideração o resultado dos indicadores segundo o tipo e número de equipes implantadas para fins de repasses mensais. Além disso, prevê a manutenção de algumas equipes e programas como Consultório na Rua, mas acaba com o financiamento federal dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (MELO *et al*, 2019, p.139).

O resultado disso é uma nova modalidade de financiamento para a APS, substituindo o PAB fixo e variável, referente a incentivos às equipes ESF e NASF, por um número apurado de acordo com o número de pessoas cadastradas, que afeta diretamente a universalidade e a territorialidade, características marcantes

da APS e que revolucionaram o SUS, e, conseqüentemente atinge a oferta de serviços à população em situação de rua.

Eliminar os incentivos para o Nasf e para a ESF significou a abolição dos Nasf e, na prática, extinguir a prioridade para a ESF ao financiar de forma equivalente equipes de atenção básica e equipes ESF pelo número de cadastrados. O incentivo é para que duplas de médico e enfermeiro substituam as equipes multiprofissionais. Com essas iniciativas, a própria ideia de multiprofissionalidade e a possibilidade de uma ação compartilhada interprofissional da ESF deixaram de ser incentivadas, e tendem a desaparecer no médio prazo. (GIOVANELLA *et al*, 2020, p. 898)

Criado o NASF por meio da Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, e com o objetivo de aumentar o poder resolutivo das ESF, esvaziá-lo é eliminar uma importante ferramenta do SUS, que é composta por uma equipe multidisciplinar com acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; ginecologista; homeopata; nutricionista; pediatra; psicólogo; psiquiatra; e terapeuta ocupacional (portaria MS nº 154/2008, art. 3º, §4º).

Note-se que, no contexto das vulnerabilidades da população em situação de rua, estão presentes morbidades na área da saúde mental, decorrentes do uso de substâncias psicoativas, alcoolismo, fragilização das relações familiares, privação do sono, ausência de privacidade, de higiene (CHAGAS, *et al*, 2014, p.385), desencadeando transtornos mentais.

Vannucchi e Carneiro Junior (2012, p. 979), ao descreverem o papel do NASF e a atuação do médico psiquiatra na Atenção Primária à Saúde (APS), revelam a cronicidade de grande parte dos transtornos mentais e a recidiva dos sintomas do usuário que acabam necessitando de acompanhamento psiquiátrico contínuo; destacam a importância da posição estratégica desse profissional (psiquiatra do NASF) para intervenções pontuais na equipe, na comunidade, na articulação em rede; alertam para a atuação do psiquiatra que potencializa toda a cadeia de cuidado em saúde mental e, conseqüentemente, torna mais resolutiva a APS com relação à demanda por atenção à saúde mental:

Atuando na porta de entrada do sistema de saúde, o médico psiquiatra pode direcionar e coordenar o cuidado longitudinal do sujeito, viabilizando o diagnóstico e o tratamento precoce de um transtorno mental, seja por meio de atendimentos ou do apoio

aos profissionais da APS, ou ainda [sic]. Ele pode, ainda, agilizar o acesso para outros níveis de atenção à saúde, como o pronto-socorro ou o hospital, quando necessário. (Vannucchi e Carneiro Junior, 2012, p.979).

A contribuição do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) no Conselho Nacional de Saúde (CNS) não se resume apenas em alertar a ameaça contra os NASFs e a ESF em consequência do subfinanciamento dos serviços de saúde, e os impactos negativos da EC 95/2016, reformas trabalhista e previdenciária. Sua participação revela-se valiosa erigindo a importância da participação popular nos assentos decisórios das políticas públicas, fruto da reforma sanitária, estruturada pela Lei nº 8142/90.

Durante a reunião ordinária de fevereiro de 2020 do CNS (vide Ata da 326ª Reunião Ordinária do CNS), o líder do MNPR sinalizou o fenômeno de demissão de Agentes Comunitários da Saúde (ACS) em diversos Estados brasileiros, confirmando a tática de esfacelamento da ESF que é a responsável pelos avanços da Atenção Primária da Saúde (APS) e resultante dos esforços dos ACS na atuação territorial do SUS e SUAS (CNS ata, 2020, p.19).

“As Portarias [sobre as equipes de saúde dos postos de saúde que desconheciam o cadastramento; a Portaria não aponta a necessidade de incluir populações excluídas como LGBT, negra, campo, águas e florestas] não consideram as desigualdades sociais do país e ressaltou que os governantes deveriam agir para fazer o bem e não retirar direitos do povo e, por consequência, matar. Especificamente sobre a Portaria do novo modelo de financiamento, perguntou como se daria o cadastro para a população nômade – em situação de rua, cigana, circense. Também chamou a atenção para o volume de demissões de agentes comunitários de saúde ACS em vários Estados brasileiros. Disse que essa nova proposta era um retrocesso, com sérios prejuízos para a população e não foi discutida com a sociedade, o controle social e os trabalhadores. Por fim manifestou seu repúdio à proposta e conclamou a CNS a manifestar-se contra, inclusive para evitar outras mortes no Brasil, país rico, mas desigual.” (CNS, ata, 2020, p.19).

O retrocesso de medidas governamentais que eclodem no enfraquecimento da ESF e no sucateamento do SUS afetam diretamente a população em situação de rua. As ações de saúde e assistência adotadas durante a pandemia da Covid-19 revelaram-se desastrosas ao não levarem em consideração o papel da ESF e os esforços dos ACS no campo da epidemiologia e da territorialidade para a oferta de direitos sociais às populações mais

vulneráveis. Esse descrédito com a ESF pelo governo federal de Jair Messias Bolsonaro agravou ainda mais o cenário de pobreza da população, culminando em novas famílias sendo atiradas nas ruas.

Outra questão apresentada na 325ª reunião ordinária do CNS foi a importância dos equipamentos e a promoção da saúde no Consultório na Rua e Consultório de Rua para a população em situação de rua e equidade nos cuidados a saúde para esses cidadãos (CNS, ata, 2020, p.3).

Antes, porém, cabe destacar a mudança terminológica de Consultório de Rua para Consultório na Rua, ocorrida em 2011. A partir da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Portaria nº 2.488/2011 que institui a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) as equipes do Consultório na Rua deixam de ser responsabilidade da área técnica de Saúde Mental e se deslocam para a Atenção Básica. Essa transição “amplia o raio de ação das equipes e assume algumas das funções previstas pela equipe de saúde da família ao olhar a saúde para além da saúde mental e do uso de drogas, efetivando os direitos à saúde da população em situação de rua” (ABREU; OLIVEIRA, 2021, p. 184).

Pois bem. Na exposição desse equipamento pela gestora do Consultório na Rua de Belo Horizonte, Danielle Vassalo Cruz, é destacada a necessidade de definição de C.B.O. (Classificação Brasileira de Ocupações), do Ministério do Trabalho, para os Redutores de Danos de modo que não caiba como agente de ação social qualquer profissional que tenha aproximação com o tema da situação de rua; somente aqueles que atendessem o critério de CBO teriam a nomeação de Redutor de Danos e exerceria a função; o objetivo é não legitimar a lógica da opressão do trabalhador e da mão-de-obra barata sem categoria profissional que assim tenha garantido um piso salarial; sem Redutores de Danos nas equipes não é possível construir estratégias pois o saber empírico está com o próprio redutor (CNS, ata, 2020, p.3)..

O Ministério da Saúde editou a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, estabelecendo que os agentes sociais exercerão suas atribuições agregando seus conhecimentos básicos sobre Redução de Danos;

garantiu o acesso aos agentes das equipes dos Consultórios na Rua (eCR) o acesso a processos de educação permanente, contemplando a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua e o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos (portaria MS nº 122/2011).

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia pautada nos direitos humanos, por meio da compreensão e intervenção sem o controle governamental, com o objetivo de oferecer alternativas de cuidados à saúde para o abandono do uso de drogas, sem se submeter à abstinência, evitando outros riscos (DAMICO, 2023, p.8).

A Redução de Danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. (Associação Internacional de Redução de Danos – IRHA *apud* DOMANICO, 2023, p.6)

Fundamentada nos princípios de democracia, a Redução de Danos, inspirada nos ideais de liberdade, promove o acesso a serviços de saúde de baixa exigência como alternativas para abordagens tradicionais de alta exigência e pouco êxito.

A institucionalização da redução de danos como diretriz do SUS se iniciou em Santos/SP, em 1989, no Programa Troca de Seringas, na tentativa de conter a epidemia de HIV/AIDS, através da distribuição de seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis que se contaminavam a partir do compartilhamento do seu material, esse programa pioneiro:

Se consolidou na Política Nacional de Atenção Integral em Saúde de Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde em 2003 (...) e demarcou uma expansão do alcance das estratégias de prevenção da Política Nacional de DST/AIDS para a diretriz da Política Nacional de Saúde Mental (SOUZA, 2023, p. 16).

O conceito de Redução de Danos passa a ser uma perspectiva, não criminalizadora, de produção de resultados às diferentes e complexas vulnerabilidades e especificidades da população em situação de rua; abstinência, abordagens com altas exigências, modelos asilares, internações

compulsórias, opressão, emprego da violência, e outras práticas já se mostraram ou ineficientes ou em confronto com os princípios éticos antimanicomiais da reforma psiquiátrica; a estratégia da redução de danos está ancorada nos princípios da liberdade, saúde, autonomia, democracia dos cidadãos e como garantia de acesso a direitos sociais até então inatingíveis.

Os agentes de saúde dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Consultórios na Rua, por atuarem mais próximos do território dos usuários e a partir da redução de danos, constroem, por meio do acolhimento e tratamento humanizado, alternativas que vêm se mostrando exitosas em promover a saúde da população em situação de rua.

Nessa perspectiva de redução de danos, as equipes dos Consultórios na Rua, desenvolvem intervenções importantes principalmente na construção de vínculos, promovendo resultados significativos no cuidado das pessoas marginalizadas e apartadas dos serviços de saúde (ZIHLMANN; BARREIROS *apud* Jorge; Webster, 2012, p.34).

Em 2018 foi realizado o Curso de Redução de Danos numa parceria da Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista (UNIFESP-BS), o “Centro de Convivência É de Lei” e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e ampliado para trabalhadores das diferentes políticas sociais reafirmando a redução de danos nos contextos de prevenção combinada com outros saberes e articulações (ZIHLMANN; BARREIROS, 2023, p. 36).

O curso mostra-se como ferramenta aliada na qualificação tanto dos profissionais das políticas públicas voltadas às pessoas em situação de rua quanto à própria pessoa em situação de rua, na medida de transformação de usuário em agente de saúde. O curso se aproxima, mas não abarca, a proposta da gestora do Consultório na Rua de Belo Horizonte para a criação da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), que vincula o agente de saúde com familiaridade com o tema da situação de rua valendo-se do próprio usuário do serviço. Esse desfecho, na verdade, revela não só o êxito da estratégia como também seu potencial enquanto ferramenta de inserção no mercado de trabalho e porta de saída das ruas.

A proposta do curso de formação em Redução de Danos teve a ousadia de reunir grupos tipicamente marginalizados nos processos formativos das políticas públicas, a saber: populações mais vulnerabilizadas (muitas pessoas já eram “vulneradas”), trabalhadores que, historicamente, tiveram menos oportunidades de participar de ações de formação interdisciplinares e estudantes com características de maior vulnerabilidade socioeconômica. O objetivo fundante era estimular ações de protagonismo e troca de saberes entre atores pouco valorizados nas relações tradicionalmente verticalizadas no cuidado em saúde (ZIHLMANN; BARREIROS, p. 36).

Ainda a respeito da Classificação Brasileira das Ocupações, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, enquadram-se na classificação 5150 os trabalhadores em saúde e de promoção e apoio à saúde, e na ramificação 5151-05 os agentes comunitários de saúde.

Descrição Sumária: Os trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde, visitam domicílios periodicamente; orientam a comunidade para promoção da saúde; assistem pacientes, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais da saúde; rastreiam focos de doenças específicas; realizam partos; promovem educação sanitária e ambiental; participam de campanhas preventivas; incentivam atividades comunitárias; promovem comunicação entre unidade de saúde, autoridades e comunidade; realizam manutenção dos sistemas de abastecimento de água; executam tarefas administrativas; verificam a cinemática da cena da emergência; socorrem as vítimas e realizam ações de controle de endemias (MTE, 2023, online).

Os trabalhadores de atenção, defesa e proteção a pessoas em situação de risco e adolescentes em conflito com a lei, enquadram-se no CBO 5153, o educador social no CBO 5153-05 e o agente de ação social no CBO 5153-10. Possuem a seguinte descrição sumária:

Visam garantir a atenção, defesa e proteção a pessoas em situações de risco pessoal, social e a adolescentes em conflito com a lei. Procuram assegurar seus direitos, abordando-as, sensibilizando-as e identificando suas necessidades e demandas. Controlam o acesso de pessoas e veículos em unidade penal e conduzem presos ou internados para desenvolvimento de atividades culturais, esportivas, escolares, laborativas, recreativas e ressocializadoras (MTE, 2023, online).

São condições gerais do serviço da família ocupacional 5153, dos trabalhadores de atenção, defesa e proteção a pessoas em situação de risco e adolescentes em conflito com a lei:

O trabalho é exercido em instituições ou nas ruas. As atividades são exercidas com alguma forma de supervisão, geralmente equipes multidisciplinares. Os horários de trabalho são variados: tempo integral, revezamento de turno ou períodos determinados. Os trabalhadores desta família ocupacional lidam diariamente com situações de risco, assistindo indivíduos com alteração de comportamento, agressividade e em vulnerabilidade (MTE, 2023, online).

São inegáveis os benefícios do trabalho desses profissionais para a reinserção social, quiçá na modalidade proposta pela gestora do Consultório de Rua. Fenômeno emblemático será o das pessoas com trajetória de viverem em situação de rua passarem a ofertar os serviços de saúde a outros cidadãos, já que estes, seguramente, terão maior *expertise*, credibilidade no convencimento e poder de persuasão junto a essa população.

Ainda que se afirme que as ocupações descritas no CBO até poderiam contemplar o agente de saúde para a atenção à população em situação de rua, entretanto nenhuma delas descreve a especificidade da pessoa que vivenciou a situação de rua cujos resultados vêm se mostrando bastante exitosos.

“A exclusão social pelo estigma da doença mental, do uso de droga ou da miséria, desabilita as pessoas desses cenários de troca social” pela falta concreta da renda, trabalho, escolaridade, imóvel (GARCIA, p. 51).

Para Benedetto Saraceno, a reabilitação psicossocial é a (re)construção do exercício pleno da cidadania, de um lugar com valor social e da capacidade de realizar trocas (sociais, afetivas, materiais), principalmente em três grandes cenários: a casa, o trabalho e as redes sociais comunitárias (a vizinhança etc) (SARACENO *apud* GARCIA, 2016, p. 51)

A experiência do programa De Braços Abertos (DBA) iniciou a construção de uma porta de saída do programa, através da redução de danos, baixa exigência e da reinserção social via trabalho formal, com jornadas de aproximadamente quatro horas diárias de trabalho; enfrentou a dificuldade dos usuários de cumprirem as regras; através da oferta de engajamento ao trabalho de varrição de rua gradualmente foi modificando a relação dos beneficiários com comerciantes ou moradores locais, afastando a pecha de vagabundos; através do trabalho remunerado os beneficiários passaram a fazer reflexões a respeito da destinação do dinheiro conquistado através do esforço do trabalho e o seu uso raciocinado (TEIXEIRA *et al*, 2018, p.16).

Nas políticas públicas de integração, norteadas pelo conceito de equidade, entendida no contexto de justiça social, orientadas para a diminuição de desigualdades sociais, é necessário organizar processos de trabalho que deem visibilidade a esses grupos sociais e incorporem práticas sanitárias articuladas a outras práticas sociais, de modo que os sujeitos recuperem sua autonomia e responsabilidades (CARNEIRO JUNIOR *et al*, 2006, p.33).

O maior anseio da população em situação de rua é a recuperação da sua dignidade a partir do tratamento humanizado, com a prática de redução de danos, e com o fortalecimento da rede de atenção desempenhada pelos equipamentos que atendem os usuários no seu território - NASF, ESF, ACS, CAPS-ad - sendo atendida por pessoas que vivenciaram a sua realidade de trajetória de vida nas ruas. A partir desses compromissos com a população em situação de rua o SUS e o SUAS começarão a alçar os almejados resultados de ofertar e garantir os demais direitos sociais desses cidadãos tão duramente vilipendiados.

As pessoas em situação de rua são sujeitos políticos que almejam ser vistos e tratados como cidadãos, o que na expressão aristotélica significa serem tratados igualmente na medida de suas desigualdades.

3 A REALIDADE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE SANTOS

Para a redução das desigualdades sociais a que estão expostas as pessoas em situação de rua é necessária a construção e implementação de políticas públicas adequadas e exitosas. Para isso é essencial entender a complexidade e as demandas das pessoas em situação de rua o que pressupõe compreender as condições de vida e as vulnerabilidades desses cidadãos. Assim como a vigilância epidemiológica produz, sistematiza, analisa e dissemina as informações sanitárias para a promoção da saúde, para propor soluções eficientes às pessoas em situação de rua é essencial que os dados e informações territorializadas das populações estejam disponíveis e atualizadas, daí a importância do cadastramento das populações, com ou sem moradia regular. O objetivo do terceiro capítulo é analisar os diferentes olhares das pesquisas realizadas no município de Santos, seja através dos diferentes Censos, como dos Cadastramentos dos Programas Sociais, dos equipamentos da assistência social quanto da saúde. Para identificar os grupos mais vulneráveis visando reduzir as desigualdades socioeconômicas que impactam na saúde e no cuidado dessas pessoas é de fundamental importância que sejam disponibilizados os dados atualizados da PSR nos registros dos programas do Governo Federal e nas demais esferas dos entes subnacionais.

3.1. O CADASTRAMENTO DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA

Os municípios brasileiros e governos estaduais enfrentam o desafio de cadastrar suas populações, seja ela residente ou não em moradias convencionais.

O município de Santos, não diferente dos demais, possui o mesmo objetivo: identificar as pessoas em situação de rua para garantir direitos de cidadania; promover a saúde; prevenir as doenças e seus agravos; resgatar a dignidade das pessoas em situação de rua.

Na década de 1980, o município de Santos foi protagonista e pioneiro na implementação de políticas públicas pautadas em direitos humanos, rompendo com modelos tradicionais: visando combater a epidemia de aids e conter o seu avanço, procedeu à distribuição de seringas descartáveis aos usuários de drogas; objetivando colocar fim à tortura de pacientes com transtornos mentais,

realizou a intervenção em hospital psiquiátrico e a estruturação da rede de atenção à saúde mental com a suspensão dos atos de violência, eletrochoques, humilhação, focando a atenção no tratamento e recuperação da dignidade (LUZIO; ABATE, 2006; PETUCO, 2013, p.197).

Esses modelos inovadores serviram de trajetória e parâmetro para a construção da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Atenção integral a Usuários de Álcool e Drogas do SUS, inspirados nos ideais da Reforma Sanitária no Brasil (portaria MS 2001; 2003, online).

Com o advento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011 foi disponibilizada à saúde da população específica em situação de rua as equipes denominadas Consultório na Rua (eCr), compostas de profissionais de saúde com a responsabilidade exclusiva de articular ações na rua, em parceria com as demais equipes da atenção básica, e lhes prestar atenção integral à saúde (portaria MS 2011, online).

Em se tratando de política de atuação intersetorial, desde a sua criação já era prevista a possibilidade de vinculação com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Desenvolve as atividades de forma itinerante na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e nas instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território em que está atuando, sempre articuladas com as demais equipes da atenção básica do território (UBS e NASF), Centros de Atenção Psicossocial, bem como componentes do Sistema Único de Assistência Social (portaria MS, 2011, online).

Essa intersetorialidade entre os serviços permite o acesso à saúde e à assistência social e a inclusão das pessoas no Cadastro Único do Governo Federal como base de dados onde estão registradas as informações socioeconômicas das famílias de baixa renda elegíveis aos benefícios federais (lei federal nº 8742/1993; portaria MDS nº 810/2022).

Por outro lado, o cadastramento que condiciona essa elegibilidade a benefícios sociais federais resulta num gargalho na infraestrutura municipal, local onde os cidadãos se encontram, buscam pelos serviços e vivenciam suas experiências de extrema pobreza e vulnerabilidade social.

Muitos são os desafios. A título de exemplo, para a inclusão de pessoa em situação de rua no Cadastro Único anteriormente era exigido documento oficial ou Número de Identificação Social (NIS) gerado individualmente pela Caixa Econômica, de inscrição no Programa de Integração Social (PIS) ou, ainda, no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep). Atravessar a barreira da identificação pessoal por si só já era um ato de violação à dignidade das pessoas: eis que não dispõem de moradia, alimentação, saneamento básico, autocuidado, frequentemente expostas ao uso abusivo de álcool e drogas devido às precárias condições de vida e fome, submetidas a abusos, desrespeito, violações, violência policial, políticas públicas ostensivas com perda de pertences e dos seus documentos pessoais inclusive.

Com o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas, na atualidade novas estratégias surgiram, como no caso da Instrução Operacional Conjunta nº 18/SENARC/SNAS/SESEP/MDS que considera a promoção do acesso à documentação civil básica às pessoas que não possuem nenhum tipo de documento (instrução normativa MDS 18/2012, item 2.1).

Observando os grupos populacionais tradicionais e específicos como indígenas, ribeirinhos, pescadores artesanais entre outros, seus hábitos, costumes e a forma peculiar como se organizam, novas condutas passaram a ser implantadas respeitando suas tradições e suas estratégias de sobrevivência. Esses são os chamados grupos populacionais tradicionais específicos onde estão inseridas as pessoas em situação de rua, como veremos.

3.1.1 O CADASTRAMENTO DOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS E PROGRAMAS SOCIAIS

Antes de discorrer sobre a realidade de Santos é importante destacar algumas ferramentas e cadastros das populações, em especial, daquelas que apresentam maiores vulnerabilidades como as famílias em extrema pobreza e grupos especiais de população.

Conforme já afirmado, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, idealizado na Reforma Sanitária, determinado pela Constituição Federal em 1988 e implantado na década de 1990 com as Leis nº 8080 e nº 8142, é uma ferramenta em constante transformação na busca da garantia do direito à saúde,

portanto como um componente essencial de cidadania, que abrange a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Essa constante transformação decorre das políticas públicas implementadas a partir dos indicadores constantes nos cadastros das populações, que permitirão a concretização da garantia prevista na Constituição Federal da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Porém, avançar na integralidade, universalidade, equidade, gratuidade e acesso aos serviços de saúde é o grande desafio dos gestores públicos de quaisquer dos entes federativos. E identificar os grupos mais vulneráveis pressupõe reduzir as desigualdades socioeconômicas que impactam na saúde e no cuidado das pessoas.

Além das condições precárias e insalubres das ruas, avançar na implementação de políticas públicas de saúde para a população em situação de rua é uma tarefa ainda maior em razão das especificidades e vulnerabilidades dessa população, como descrito nas seções precedentes.

Essa atuação não se resume em reconhecer o direito de cidadania dessas pessoas. Para compreender as condições de vida e saúde das pessoas em vulnerabilidade extrema, como aquelas em situação de rua, é necessário enxergá-las como sujeitos políticos. Para tanto é fundamental identificar e compreender os determinantes sociais de saúde, as intervenções que serão necessárias para a garantia do direito à saúde desses cidadãos e colocá-las em prática.

Identificar as populações e onde se encontram é o papel do Serviço Único de Assistência Social o que revela a dimensão transversal e intersetorial do SUS e do SUAS, sendo que um promove a saúde e ao outro compete a proteção social observando as condições de vida da população brasileira.

Enquanto a NOB SUS tem por finalidade promover e consolidar a atenção à saúde, na integralidade das demandas de assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais, a NOB SUAS representa a estruturação da Política Pública de Assistência Social em todo o território brasileiro pelos entes federativos, de forma sistêmica, a partir de um modelo de organização da gestão

e oferta de serviços, programas, e benefícios assistenciais para atenção às populações em situação de pobreza, vulnerabilidade, risco pessoal e social.

Em linhas anteriores foi explanado o papel da vigilância epidemiológica para a saúde; na assistência social há a vigilância socioassistencial. Tanto a vigilância epidemiológica quanto a vigilância socioassistencial têm como objetivo a produção, sistematização, análise e disseminação de informações territorializadas de suas populações, respeitado seu papel constitucional: o SUS no artigo 196 e seguintes da Constituição Federal, e a Assistência Social no artigo 203 e seguintes (Constituição Federal, 1988, art. 196, art. 203).

A NOB SUAS 2012 estabelece a responsabilidade da área de vigilância socioassistencial dos municípios e do Distrito Federal em “colaborar com o planejamento das atividades pertinentes ao cadastramento e à atualização cadastral do Cadastro Único em âmbito municipal”, e ainda “fornecer sistematicamente às unidades da rede socioassistencial, especialmente aos CRAS e CREAS, informações e indicadores territorializados, extraídos do Cadastro Único, que possam auxiliar as ações de busca ativa e subsidiar as atividades de planejamento e avaliação dos próprios serviços” (CNS, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, 2012, art.38, arts.88, 91, 94).

O Ministério da Cidadania, por meio da Portaria MC nº 773, de 05 maio de 2022, além de instituir a adesão dos Municípios, Estados e Distrito Federal aos Programa Auxílio Brasil (que substituiu na gestão Bolsonaro o Bolsa Família) e ao Programa Cadastro Único, estabeleceu o controle e participação social ao Conselho da Assistência Social, assumindo os municípios o compromisso pelas ações de gestão e de execução dos programas e ainda a articulação intersetorial entre as áreas de assistência social, educação, saúde e outras e as ações de gestão (portaria MC 773/2022, anexo I, cláusula IV).

O Cadastro Único é um importante instrumento de articulação de programas sociais e políticas públicas de transferência de renda com condicionalidades para auxiliar as famílias em condição de vulnerabilidade social para alcançar autonomia e superar as condições que impeçam a dignidade desses sujeitos.

No Cadastro Único há indicadores de gestão, como IGD-M (índice de gestão descentralizada municipal) e TAC (taxa de acompanhamento cadastral), que pontuam os municípios e impactam os repasses financeiros federais de acordo com o acompanhamento de condicionalidades de saúde e educação das famílias de baixa renda.

De outro norte, situação como o descumprimento do calendário de vacinação ou do acompanhamento de peso e altura para crianças com menos de 7 anos de idade, gestantes que desprezam o pré-natal sujeitam esses usuários dos benefícios da Primeira Infância (BFI) e Benefícios de Composição Gestante (BCG), por exemplo, à interrupção dos benefícios, induzindo sua procura aos centros de atendimento da assistência social quando não são submetidos à abordagem social ou busca ativa dos agentes.

No caso das pessoas em situação de rua, que é uma população de difícil detecção e difícil diagnóstico pelos instrumentos de pesquisa social sobretudo de natureza quantitativa, os agentes comunitários integrantes da Estratégia Saúde da Família enfrentam desafios ainda maiores pois se enquadram em grupos especiais com vulnerabilidades ainda mais acentuadas e registros sem indicação de moradia para a oferta desses serviços.

O IPEA apresentou em 2022 relatório apontando a necessidade de informações mais atualizadas e concentradas da população em situação de rua (IPEA, relatório econômico nº 103, 2022, p.13).

No seu Relatório nº 103 de 2022, responsável pela análise econômica da população, aponta a necessidade de busca ativa desse segmento da população para ampliar o cadastro, que é porta de acesso aos programas sociais.

Segundo o relatório do Ipea, o crescimento de 11% na última década de pessoas em situação de rua é significativamente menor frente ao crescimento populacional de 211% no mesmo período, o que dificulta o planejamento de oferta de serviços públicos e acentua a violação de direitos básicos de cidadania (IPEA, relatório econômico nº 103, 2022, p.13).

A inconsistência dos dados como a apontada pelo IPEA, assim como dados do Censo SUAS e do Cadastro Único é própria do objeto. Cada base de

dados utiliza parâmetros e metodologias distintos, de acordo com o fenômeno histórico que foram inspiradas, objetivos que as motivam, assim como os recursos disponíveis, especialmente recursos humanos, no geral insuficientes para atender todas as demandas.

Não bastasse isso, muitas vezes, no escopo de aprimorar os serviços de saúde e assistência social em episódios pontuais, são observados os dados das populações de acordo com o problema social enfrentado na ocasião, ditado pelo programa ou pela política pública do momento como por exemplo: cuidados à família; saúde; habitação; situações de desastres naturais como inundações, ou acidentes decorrentes da ação humana como incêndios, rompimento de barragens; epidemias; análise de dados de etnia, cor, orientação sexual para questões que envolvem discriminação ou assédio; políticas de proteção ao idoso, à infância, à saúde da mulher, combate às drogas e álcool, imunização contra a Covid-19 etc. Nos últimos anos assiste-se ao agravamento da escassez de recursos para essas áreas de levantamento populacional, associado ao desmonte e desconstrução do arcabouço da rede de proteção social devido os golpes contundentes que sofreu, tal qual a EC 95/2016 que cria teto de crescimento das despesas na área social vinculada à inflação (Cohn, 2020, p. 152). Daí a importância da participação popular nos assentos decisórios dos conselhos:

“Quanto às formas de gestão participativa nas políticas sociais, elas ganham importância, o que se traduz na emergência de novos sujeitos sociais representantes de segmentos sociais com interesses particulares que se tornam presentes nos colegiados de gestão, previstos em lei, como por exemplo os conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde, educação e assistência social nem todos de caráter deliberativo e em conselhos gestores de serviços específicos dos governos estaduais e locais, a depender do perfil.” (Cohn, 2020, p. 145)

Nesse cenário de restrição de recursos e de contratação de pessoal e enxugamento de programas, o Cadastro Único ocupa lugar de destaque, muito além de uma base de dados, ou de uma ferramenta de concessão de benefícios, mas também como um eixo de articulação de diagnóstico das populações e das políticas públicas.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é o principal provedor de dados e informações da sociedade civil. Parte das populações estão cadastradas na base de dados do Cadastro Único, destinado a identificar as famílias de baixa renda. Entretanto, há famílias que ainda não constam desses registros e são o alvo de cadastramento como famílias de baixa renda ou em condição de vulnerabilidade social, elegíveis aos Benefícios de Prestação Continuada e ao Bolsa Família, que são programas de transferências de renda e conquista de direitos de cidadania.

Dentro do contexto do Cadastro Único identificam-se as famílias em situação de extrema pobreza, no que diz respeito a ausência de renda, ou tão somente de vulnerabilidade em razão da condição social que exige maior cuidado. A atenção se volta de acordo com a violação de direitos de cidadania que se pretende eliminar, a condição de exclusão social como nos casos dos indivíduos idosos com deficiência, crianças em situação de trabalho infantil, mulheres nos casos de assédio, violência doméstica ou urbana, direitos reprodutivos, população LGBTQQIAPN+ e o respeito a sua orientação sexual e impactos no mercado de trabalho e desemprego, habitação entre outros.

Nesse grupo de pessoas em situação de vulnerabilidade social ainda é possível destacar outras populações que merecem atenção maior, os Grupos Populacionais Tradicionais Específicos (GPTE) como indígenas, quilombolas, ribeirinhos, pescadores artesanais, assentados, comunidades tradicionais, pessoas em situação de rua e outros.

Instituído o Programa de Fortalecimento Emergencial do Atendimento do Cadastro Único no SUAS (PROCAD-SUAS), por meio da Resolução CNS/MDS nº 96, de 15 de fevereiro de 2023, a assistência social mira a busca ativa desses povos especiais (resolução MDS nº 96/2023, art. 1º, III).

O conceito de povos e comunidades tradicionais surgiu no Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, ao instituir a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT):

Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua

reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. (decreto federal nº 6040/2007, art. 3º, inciso I)

Com a pandemia da Covid-19 e implementação de políticas públicas neoliberais, malsucedidas, de transferência de renda às pessoas de baixa renda por meio de ferramentas tecnológicas, o Ministério da Cidadania (MC), hoje Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) identificou um volume significativo de registros unipessoal e de cadastros com informações inconsistentes ou desatualizadas no Cadastro Único.

Foi notado que pessoas de uma mesma família recebiam mais de um benefício enquanto outros segmentos não conseguiam acessar os programas sociais. Nesse panorama surgiu o PROCAD-SUAS com o objetivo de regularizar os registros inconsistentes e realizar ações de busca ativa das pessoas mais vulneráveis.

A revisão da base de dados do Cadastro Único, instituída por meio da Portaria do Ministério da Cidadania nº 810, de 14 de setembro de 2022, tem por linhas de ação: a atualização e regularização de cadastros unipessoais conforme listagens que são enviadas pelo MDS aos municípios; a busca ativa de públicos prioritários como das famílias pertencentes ao GPTE, pessoas idosas, deficientes, crianças em situação de trabalho infantil (portaria MDS 810/2022, art. 15, art.29).

Essa normativa definiu os procedimentos para modernização do Cadastro Único, estabeleceu o cadastramento diferenciado para os Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos, como povos indígenas, quilombolas, famílias em situação de rua, utilizando como fonte de registros administrativos bases de dados do Governo Federal ou outros registros oficiais, inclusive estabelecendo parcerias com organizações da sociedade civil, associações, lideranças comunitárias para facilitar a interlocução e o acesso ao cadastramento diferenciado (portaria MDS 810/2022, art. 30) inspirada na Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (decreto federal nº 6040/2007, art. 3º, inciso I, anexo, art.3º, inciso XVI)

Enquanto outros grupos são submetidos a revisão e atualização dos registros, principalmente os registros unipessoais, sujeitos inclusive a suspensão, bloqueio e cancelamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Bolsa Família (BF), os Grupos Populacionais Tradicionais Específicos (GPTE) estão submetidos a regramento próprio, não se sujeitam à suspensão dos benefícios, exceto se demonstrado o fim da questão conjuntural de rua; e no caso da presente pesquisa, sendo alvo, pelo contrário, de busca ativa e concessão de direitos de cidadania.

Para o cadastramento das pessoas em situação de rua, o programa Cadastro Único disponibiliza o Formulário Suplementar 2 com o objetivo de captar de maneira mais eficiente essas pessoas que não se inserem na divisão e delimitação dos territórios de acordo com o endereço que comprovam os usuários em geral. Esses indivíduos, diante da ausência de moradia e endereço fixo, são visualizados no cadastro pelo endereço do centro de atenção especializado ou da instituição que porventura estejam abrigados.

3.1.2 O CADASTRAMENTO DA PSR EM SANTOS PELA ASSISTÊNCIA SOCIAL

É cediço que o Cadastro Único, o Benefício de Prestação Continuada e o Bolsa Família são programas de transferência de renda às famílias de baixa renda elegíveis, cujo cadastramento é essencial para prestar um bom serviço às populações.

Diversos municípios enfrentam dificuldades e desafios para cadastrar suas populações, especialmente a PSR que tem o endereço do equipamento como sua moradia e se utiliza de estratégia própria para sua sobrevivência. Com vulnerabilidades específicas em virtude das condições precárias que vivenciam nas ruas, as pessoas nessa situação, como já afirmado, são vítimas de violência, fazem uso abusivo de álcool e drogas, enfrentam condições sanitárias precárias, insegurança alimentar, privação de sono, saúde mental prejudicada, perda de pertences e documentos.

A organização dos serviços de assistência social no município de Santos segue a Tipificação Nacional de Serviços Assistenciais, distribuída por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidade.

O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua está inserido na categoria de serviços de proteção especial de média complexidade, enquanto os Serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) está enquadrado no Serviço de Proteção Básica, sendo, portanto, atendimentos de categorias muito distintas. Já os serviços de acolhimento institucional na modalidade abrigo institucional, como no caso dos Seacolhe-AIF, Albergue Noturno, Casa Êxodo, seguem as políticas públicas de Serviços de Proteção Especial de Alta Complexidade, conforme Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 (resolução CNAS 109/2009, art. 1º, inciso III).

O acesso aos serviços assistenciais inicia com sua identificação e encaminhamento dos serviços de proteção e vigilância social; por encaminhamento de outros serviços socioassistenciais, das demais políticas públicas setoriais, dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e do Sistema de Segurança Pública; ou por demanda espontânea (resolução CNAS 109/2009, anexo, 4).

O ingresso da população em situação de rua, a partir do atendimento da assistência social, é garantia de acesso aos direitos sociais no âmbito municipal disponíveis como: cartão alimentação para ingresso gratuito em restaurantes populares como o Programa Bom Prato, do governo estadual; fornecimento de lanche; guarda de pertences; vale-transporte; canil para atendimento dos animais de estimação; higiene e pernoite nos abrigos conveniados como Casa das Anas, Êxodo, Albergue Noturno, entre outros serviços sociais; recâmbio para as cidades de origem e retorno à família e comunidade; uso e vinculação do nome social, acesso ao registro geral, de nascimento e cadastro de pessoa física para abertura de contas e obtenção de outros documentos e benefícios, entre outros.

Uma vez cadastrada a pessoa em situação de rua nos registros da assistência social no município de Santos, lhe é ofertada uma série de benefícios sociais e, na sequência, comprovada sua existência e ao ter acesso à plataforma federal GOV.BR é inserida no programa federal Cadastro Único, sendo, finalmente, submetida à análise quanto a sua elegibilidade a benefícios sociais como Bolsa Família no valor de R\$142,00 por pessoa, R\$150,00 para a infância, R\$50,00 para nutrízes, gestantes e adolescentes (lei federal nº 14.601/2013, art.

7º); Benefício de Prestação Continuada (BPC) no valor de R\$1.302,00 a partir de 1º de janeiro de 2023 e R\$1.320,00 a partir de 1º de maio de 2023 (lei federal nº 8742/1993, art. 20; medida provisória nº 1143/2022 art. 1º; medida provisória nº 1172/2023 art.1º, lei federal nº 14.663/2023, art. 2º).

Assim, o acesso da população em situação de rua aos serviços de assistência social ocorre pelo atendimento no Centro Pop ou pela abordagem social do SUAS. São inseridos no Cadastro Único para a inclusão em programas de transferência de renda. No caso da saúde, os atendimentos da atenção primária à saúde são realizados nos Consultórios na Rua que conta com equipes multiprofissionais nas ruas, nos equipamentos ou na rede de atendimento.

3.1.2.1 O cadastramento pela abordagem social ou busca ativa

Por força do estabelecido na NOBSUAS 2012 e, recentemente, pelo PROCAD-SUAS, em razão da duplicidade de benefícios identificada e desproteção de pessoas com vulnerabilidade social, os municípios assumiram o compromisso de fazer a busca ativa das pessoas em situação de vulnerabilidade e dos grupos populacionais tradicionais específicos, nesse caso, as pessoas em situação de rua. O PROCAD-SUAS é uma estratégia não só para atualizar e regularizar cadastros unipessoais como favorecer a busca ativa da GPTE.

Com a fusão da SAGI – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do então Ministério da Cidadania, responsável pela emissão dos relatórios de informações sociais, com o Cadastro Único foi disponibilizado aos gestores uma ferramenta denominada SAGICAD que concentra as informações das populações para melhor oferta dos serviços. Com isso os municípios passaram a contar com relatórios de monitoramento e micro dados ao acessar o Cadastro Único que utiliza a base de dados do CNIS e outras bases do governo federal, permitindo comparar com os dados municipais e assim fazer a averiguação das populações a serem cadastradas.

Os relatórios com indicativos de pessoas integrantes dos GPTE são encaminhados pelo MDS aos municípios, a partir da base de dados do Cadastro Único que indica os usuários que necessitam ser identificados no cadastro e que não são beneficiários do BPC ou Bolsa Família.

As pessoas em situação de rua figuram como GPTE e se distinguem das demais por questões conjunturais, identificadas por situação muitas vezes transitória, que constituem uma forma específica de viver, são alvo de preconceitos, ou vulnerabilidade em função dessa conjuntura. Agrupam-se de acordo com a autoconsciência de pertencerem a determinado grupo dotado de organização territorial, política, linguística, sociocultural, econômica e histórica própria. (relatório perfil do socioeconômico GPTE MDS, 2014, p.15-31)

O esforço de cadastramento das pessoas em situação de rua por meio da abordagem social, ou busca ativa, inicia a partir do diagnóstico, seja por cruzamento de dados quanto pelo envio de relatórios pelo MDS; efetuando um mapeamento da GPTE, identificam-se os problemas e soluções para o cadastramento no território; realiza-se o cruzamento de dados; há a identificação dos territórios onde se encontra o público-alvo, seu perfil e peculiaridades; são mensurados os dados demográficos; são comparados os dados da ferramenta do SAGICAD; efetua-se o levantamento da base de dados do próprio município; é realizada a investigação a partir de trabalhos acadêmicos; são utilizadas informações advindas de parceiros; são realizadas consultas diretas aos grupos que os representam ou acolhem os indivíduos.

Esta pesquisa pretende descrever a importância da articulação intersetorial e as parcerias locais constituem um passo importante para o conhecimento da realidade local e para a implementação efetiva de ações de busca ativa; pontos focais para atuar na articulação e nas ações territorializadas, tratando de ações, serviços e benefícios são importantes; igualmente, consulta a órgãos que desenvolvem políticas para esses grupos; parceiros da sociedade civil para identificação e localização do público alvo como movimentos sociais e organizações não governamentais, conselhos municipais, associações e lideranças comunitárias complementam esse diagnóstico; redes do Sistema de Justiça e Garantia de Direitos como a Defensoria Pública têm importante participação.

As parcerias para a realização de busca ativa estão previstas na Instrução Operacional Conjunta nº 18/SENARC/SNAS/SESEP/MDS reeditada em 12 de setembro de 2013 (Instrução Normativa MDS n.18/2012, item 3).

As ações de território são realizadas através do reforço das orientações sobre o cadastramento diferenciado de GPTE para a construção de ações municipais de busca ativa para cadastramento; para tanto, são componentes importantes a articulação de parceiros federais que lidam com esses públicos; ações nos territórios como oficinas, mutirões, cadastramento *in loco*; transformar pessoas em situação de rua em beneficiários de BPC ou Bolsa Família, depois em cadastradores com escuta qualificada, em parceiros ou em agentes comunitários de saúde.

Dentre essas ações focadas no resgate da dignidade dessas pessoas em situação de rua está o 1º Mutirão de Atendimento à População em Situação de Rua ocorrido em 28 e 29 de junho de 2023, em Santos, em evento realizado em parceria entre a prefeitura e o Tribunal Regional Federal da 3ª Região, contando com a mobilização de 20 órgãos do poder público federal, estadual e municipal, além de organizações da sociedade civil (notícia G1, 26/06/2023).

O mutirão denominado Pop Rua Jud, organizado pelo TRF 3ª Região, contou com a participação de parceiros oferecendo serviços de cidadania como a Arpen-SP (Associação dos Registradores de Pessoas Naturais do Estado de São Paulo), Poupatempo, TRE (Tribunal Regional Eleitoral), Receita Federal, Junta Militar, Caixa Econômica Federal, INSS e Polícia Federal, havendo a emissão de documentos pessoais, inscrição em programas sociais e consultas diversas (ARPEN-SP, 2023). “Se não formos até essa população, dificilmente ela terá acesso a esses serviços. Seja por falta de oportunidade, desinformação, por não ter consciência sobre sua cidadania ou baixa autoestima, são muitos fatores. Por isso desenvolvemos um modelo de trabalho para atingir esse público”, disse a juíza federal em auxílio à presidente do TRF3, Marisa Cláudia Gonçalves Cucio, que coordena o evento.

A juíza explica que, por falta de documentos, muitas pessoas em situação de rua deixam de ter acesso a benefícios a que têm direito. “O Bolsa Família, por exemplo, tem gente que não recebe por ausência do comprovante de residência” (ARPEN-SP, 2023, online).

Outro trabalho desempenhado pela Prefeitura de Santos, visando a busca ativa e o cadastramento das pessoas em situação de rua, é conscientizar comerciantes e munícipes por agentes comunitários que percorrem a cidade orientando as pessoas a denunciar pessoas que estejam em situação de rua através dos serviços Disque Urgência Social – 153 (SANTOS, 2023).

E ainda, a Secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social do município de Santos, com o objetivo de suprir a demanda de cadastramento das populações, abriu processo seletivo, através do edital nº 68/2022, para contratação emergencial de 47 profissionais nos centros de referência e na abordagem social, sendo 30 vagas para a função de operador social, 10 para assistente social e 7 para psicólogo clínico (edital de processo seletivo Instituto Mais nº 68/2022; edital de divulgação de resultado Instituto Mais nº 68/2022).

3.1.2.2 O cadastramento pelo atendimento no Centro Pop

Na hipótese de demanda espontânea, por ocasião da pessoa em situação de rua procurar uma das unidades do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e identificada que se trata de pessoa que vive em situação de rua e não possui moradia, é encaminhada ao Centro Pop, equipamento da Assistência Social com atribuição de ofertar o atendimento e os serviços especializados a esses indivíduos.

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), está previsto no Decreto nº 7.053/2009 e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Constitui-se em unidade de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade. Seu objetivo é prestar atendimento às pessoas que utilizam o território das ruas como sua moradia, orientado por um trabalho de persuasão e respeito à liberdade de escolha.

O objetivo do Centro Pop na abordagem da pessoa em situação de rua é que se consiga estabelecer vínculos de confiança com a equipe de educadores sociais, visando o acesso aos benefícios da assistência social, a reinserção social e a retomada da vida com dignidade, a partir de oficinas culturais e socioeducativas.

O Centro Pop é o equipamento responsável pelo encaminhamento de documentação e acolhimento institucional, escolarização, atendimento de saúde e de preparação do mercado de trabalho.

Em Santos, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) localiza-se na Rua Amador Bueno nº 446, no bairro da Vila Nova.

Sendo o Cadastro Único um instrumento de articulação de programas sociais e políticas públicas de transferência de renda para auxiliar que as famílias em condição de vulnerabilidade social alcancem autonomia, dignidade e direitos de cidadania, a inclusão no programa se dá a partir da apresentação de documento com foto, ou da base de dados e cruzamento com parceiros federais em se tratando de GPTE.

Até a efetivação do cadastramento diferenciado no CadÚnico, GPTE, e enquanto esses cidadãos ainda não são elegíveis para os benefícios federais, para o acesso aos direitos sociais disponibilizados pelos entes subnacionais é necessária a construção de ferramentas que cadastre esses cidadãos no âmbito do município ou do SUAS.

No caso do município de Santos a ferramenta de gerenciamento de informações de serviços e de atendimentos, vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Social, é o Rede de Informações Sociais (RISWEB), implantada em 2015 (prefeito Paulo Alexandre Barbosa, gestão 2013-2021), inicialmente ligada ao Sistema de Gestão Escolar (Siges), da Secretaria Municipal de Educação. (SANTAPORTAL, 2015, notícias).

O RISweb organiza o atendimento dos serviços de nível de Proteção Social Básica e Especial de Média Complexidade (resolução CNAS nº 109/2009, anexo, item 2), a partir da distribuição dos territórios de abrangência em cada região e levando em consideração a condição de família a ser submetida à vigilância socioassistencial.

No caso da população em situação de rua esses cidadãos ingressam no RISWEB, mas são encaminhados e vinculados ao Centro Pop, um serviço de proteção especial de média complexidade, equipamento responsável pelo acolhimento dessa população. E como já esclarecido, no caso do cuidado à saúde, as pessoas em situação de rua são encaminhadas para a UBS Porto ou Vila Nova que mantém a equipe especializada do Consultório na rua.

3.2. Cuidado da saúde da PSR em Santos

No âmbito da saúde, a partir de 2015, o gerenciamento integrado de dados dos pacientes é realizado pela plataforma MV Sistemas, integrado inicialmente ao SigSantos, disponibilizando aos profissionais da saúde acesso aos dados dos pacientes como consultas, histórico clínico, procedimentos realizados, internações, vacinas tomadas e pendentes, medicamentos retirados (SANTOS, 2015, notícias).

O cuidado em saúde às pessoas em situação de rua é desempenhado pela equipe Consultório na Rua (eCR), porta de acesso aos serviços de saúde às pessoas que utilizam as ruas em situação de rua, ou no Centro Pop equipamento da assistência social, na dimensão transversal e intersetorial.

As equipes de Consultório na Rua (eCR) foram instituídas no Brasil com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, configuradas em equipes itinerantes atuando nos pontos de maior concentração de pessoas em situação de rua, que se diversificam segundo as necessidades de saúde identificadas, desde as mais pontuais até as doenças crônicas.

O direito de cidadania do acesso à saúde se atribui a esses burocratas na rua que vão garantir a resolutividade do serviço ofertado com a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde dessas pessoas, conforme diretriz do Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

Equipes de atenção básica para a populações específicas:

1. Equipes do consultório na rua

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. (portaria MS nº 2488/2011)

A equipe de Consultório na Rua constitui um dispositivo da Atenção Básica, que atua na Rede de Atenção à Saúde (RAS) articulando as ações entre

profissionais dos diferentes estabelecimentos de saúde, e desta forma prestando atenção integral a pessoas em situação de rua, tendo como base de sua prática a construção de vínculo, de maneira processual, com o objetivo de promover cuidado longitudinal (portaria MS 122/2011, art. 7º, V).

Seu escopo é o desenvolvimento de cuidados primários, prestando assistência voltada aos agravos mais prevalentes das pessoas em situação de rua, atua na distribuição de insumos e orientações em saúde, garantindo o acesso às ações e serviços a partir da própria rua, em atendimento humanizado e estratégico a partir da criação de vínculos dessa população com os serviços de saúde e autocuidado.

Os Consultórios na Rua surgiram em um contexto de ampliação dos direitos sociais no Brasil pela extensão de políticas públicas a populações que antes não tinham acesso a direitos básicos garantidos pela Constituição brasileira, de forma a intervir nos coeficientes de desigualdade social. Também contribuíram para o seu surgimento a aposta, por parte do Ministério da Saúde, na APS como ordenadora do sistema e a priorização das redes de atenção à saúde (RAS); o controverso e questionável plano de enfrentamento ao crack, surgido no bojo dos megaeventos realizados nos anos 2010 no Rio de Janeiro (Copa do Mundo da FIFA e Olimpíadas); e a crescente organização e participação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua na arena política das grandes cidades brasileiras (VARGAS; MACERATA, 2018, p.2).

A construção da política pública dos Consultórios na Rua se justificou devido à baixa capacidade da rede de atenção básica em enfrentar a grande vulnerabilidade desses cidadãos. Visando o aumento no cuidado e na equidade dos serviços de saúde, seu modelo é alicerçado no desenvolvimento de práticas de integralidade no cuidado, mais generalistas que especializadas, de acordo com o processo saúde-doença que vivenciam, respeitando a complexidade dessa população.

Os atendimentos do Consultório na Rua se concretizam na rua, na sede, na rede, com flexibilização e alteração de horários de funcionamento e de documentos exigidos para o atendimento, organizado como espaço de acolhimento, modos distintos de falar, de ouvir, de orientar e de acolher (VARGAS; MACERATA, 2018, p. 3).

Os atendimentos no Centro Pop garantem direitos de cidadania como benefícios assistenciais, alimentação, vestuário, documentação, família; de forma intersetorial interligando serviços de outras pastas, como moradia, trabalho e renda, educação; se completa com serviços de saúde realizados pelos Consultório na Rua como autocuidado, distribuição de medicamentos, gestão autônoma de medicação, higiene, continuidade dos tratamentos segundo o nível de complexidade, serviços de saúde como saúde bucal, tuberculose, hepatite, aids, diabetes mellitus, cardiopatias, saúde mental, saúde da mulher, idoso entre outras.

Os atendimentos de saúde da população em situação de rua ocorrem na sede quando realizados nas Unidades Básicas de Saúde do Porto ou da Vila Nova, locais de intenso fluxo de pessoas nessa condição e que possuem equipe constituída do Consultório na Rua; na rede de atendimento, ou seja, na Unidade de Saúde da Família, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família; nas ruas onde se agrupam e se organizam territorialmente e desenvolvem estratégias de sobrevivência.

Desenvolver práticas voltadas ao cadastramento das pessoas em condição de vulnerabilidade social não é suficiente para promover a saúde das pessoas em situação de rua. É necessário realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde dessas famílias e indivíduos de baixa renda sem moradia, o que é realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e nos Consultório de Rua.

Mesmo tendo garantido melhores níveis de acesso aos serviços de saúde para grande parte da população, a redução da exclusão social de subgrupos específicos [indígenas, quilombolas, sem teto e outros] continua um desafio importante para o SUS. A ampliação e consolidação de serviços de atenção básica, disponibilizados pela Estratégia de Saúde da Família, podem ajudar a vencer tal desafio, desde que se melhore o acesso aos demais níveis de atenção – secundários e terciários (VICTORA; BARRETO *et al*, 2011, p.96).

Em se tratando de política pública de saúde a uma população à margem dos serviços de saúde, os Consultórios na Rua dispõem de amplo grau de resolutividade de questões específicas, atuam de forma itinerante com retaguarda de uma sede de referência onde a população em situação de rua tem garantido o acesso ao direito à saúde (VARGAS; MACERATA, 2018, p.4).

O Consultório na Rua é alicerçado no respeito às diferenças, na promoção de direitos humanos e de inclusão social, no enfrentamento do estigma, nas ações de redução de danos e na intersetorialidade.

Em 2012 a política de saúde Consultório na Rua de Santos foi destaque na Revista PositHIVa, do Ministério da Saúde, por levar atendimento àqueles que não tem acesso aos serviços tradicionais do SUS, com a união de setores de prevenção à aids, hepatites virais e saúde mental, numa abordagem de pessoas que vivem nas ruas e abusam do álcool e drogas, na estratégia de redução de danos com distribuição de preservativos e insumos, realização de testes e encaminhamento às unidades de saúde (notícia revista MS, 2012, p.18).

O serviço foi destaque ao promover saúde através da estratégia e ação de redução de danos alinhada às diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, da Política Nacional de DST/Aids, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Essa articulação evidencia o acerto da dimensão transversal e intersetorial dessas ações, marcadas pela sua complexidade já que voltadas a uma população igualmente complexa e que o SUS ainda não consegue ofertar integralmente serviços de saúde e direitos de cidadania relacionados ao processo de exclusão social que vivenciam.

3.3. O Comitê gestor intersetorial de acompanhamento e monitoramento da política nacional para a população em situação de rua (CIAMP-Rua)

O Decreto 7053/2009 instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) e o Comitê gestor intersetorial de acompanhamento e monitoramento da política nacional para a população em situação de rua (decreto federal nº 7053/2009, art.9º). O Comitê gestor intersetorial de acompanhamento e monitoramento do plano municipal para garantia das pessoas em situação de rua (CIAMP-RUA) em Santos foi instituído pelo Decreto nº 9.240, de 26 de fevereiro de 2021 (lei municipal nº 9240/2021, art. 1º).

Na gestão do presidente Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), através do Decreto nº 9.894/2019, foram revogadas as disposições sobre o Comitê intersetorial previstas no Decreto nº 7053/2009 trazendo como uma das mudanças mais significativas a retirada da representação popular de nove representantes, distribuída em cinco entidades de organizações de âmbito nacional e quatro de entidades com afinidade com o trabalho com a população em situação de rua.

No novo texto normativo, a voz da população em situação de rua passou a ser concentrada em seis representantes indicados por sociedades civis que trabalhem auxiliando essa população e um membro proveniente das instituições de ensino superior, público, privada e comunitária, que desenvolva pesquisa nessa temática.

Essa alteração do texto normativo representou mais uma violação institucional ao direito da população em situação de rua quando retira a possibilidade de sua participação nas políticas públicas que lhes dizem respeito.

Essa violação foi corrigida no Decreto nº 11.472/2023, ao ampliar a participação em cinco representantes de entidades da sociedade civil que atuem na promoção de direitos humanos da PSR e mais outros seis representantes dos movimentos sociais da PSR (lei federal nº 11472/2023, art.3º, inciso III).

O esvaziamento da participação da PSR nos assentos do CIAMP-Rua teve impactos negativos na construção de políticas públicas eficientes, duradouras e que atendessem as reais demandas dessa população.

Retrocessos como a revogação parcial do Decreto 7053/2009 produzem efeitos novos como podemos notar no teor da ata da 1ª Reunião Ordinária do Biênio 2023-2025 do CIAMP-Rua de Santos, realizada em 31 de maio de 2023, e divulgada no Diário Oficial de Santos:

Pelo Item 2 – Como não houve a presença de nenhum representante dos usuários e este Comitê é direcionado a construção de políticas públicas às pessoas em situação de rua de Santos foi proposto (...) pesquisas no RISWEB e tentarão contato com os representantes dos usuários eleitos, para que possam participar da próxima reunião, senão teremos que eleger outros representantes (Ciamp-rua, ata 1ª reunião, 2023).

O município de Santos foi o segundo no Estado de São Paulo a criar o CIAMP-Rua, sendo a capital o primeiro; coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDS), seu objetivo é desenvolver o Plano Municipal de Atendimento à População em Situação de Rua e aderir à Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua.

Retomadas as reuniões ordinárias do CIAMP-Rua, o município de Santos avança nas discussões de políticas públicas voltadas à população em situação de rua, a partir da crescente participação dos representantes do próprio movimento, com trajetória de vida nas ruas, nos assentos decisórios do comitê gestor intersetorial municipal.

3.4 Censos da População de Santos em situação de rua

3.4.1 Censo da Prefeitura de Santos e Unifesp 2019

A Secretaria de Desenvolvimento Social, do município de Santos, em parceria com a Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, realizou em 2019 o Censo das pessoas em situação de rua.

De acordo com o Relatório Parcial do Censo da PSR, divulgado em dezembro de 2020, a contagem censitária que levou em consideração apenas os adultos acima de 18 anos, apontou preliminarmente 868 pessoas em situação de rua, sendo 107 em regime de acolhimento e 761 nas ruas.

Comparativamente aos censos realizados nos anos de 2009 (Unifesp) e 2013 (FIPE/FEA-USP), houve aumento de 71,20% em dez anos entre 2009 e 2019, e de 8,91% no período de 2013 de 2019. Outro dado que despertou a atenção dos pesquisadores foi a diminuição das pessoas em situação de rua nos serviços de acolhimento em 48,05%.

No ano de 2009, nas ruas eram 388 pessoas e no acolhimento 119; em 2013, nas ruas passou para ser 591 e no acolhimento 206; em 2019, 761 nas ruas e 107 no acolhimento (UNIFESP; SEDS, 2020), conforme figura abaixo. Na horizontal pessoas em situação de rua e na vertical os censos realizados e entidades que participaram:

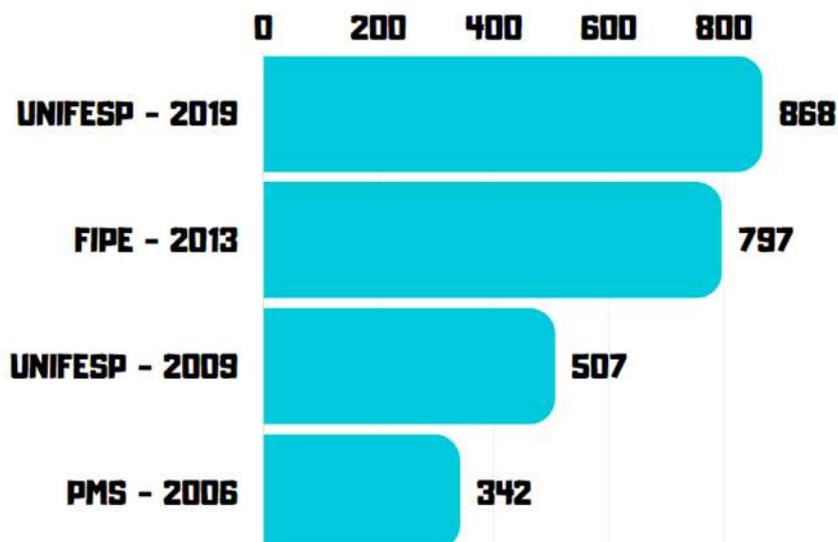


Figura 1 - Censos da População em Situação de Rua em Santos

Algumas variáveis diferentes podem ser notadas nos questionários direcionados a essa população no formulário do Cadastro Único, do Censo Suas e do Censo realizado pela Unifesp-BS e a Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Santos. Essa diversidade, ao mesmo tempo que pode enriquecer trazendo dimensões e informações desconhecidas ou ignoradas em cada um dos levantamentos, por outro lado dificulta a consolidação dessas diferentes bases de dados num só banco.

No formulário do Cadastro Único, o endereço da pessoa em situação de rua é o do equipamento de assistência social ou instituição de acolhimento, sendo os dados coletados a identificação, a escolaridade, a participação no mercado de trabalho e o rendimento dos membros da família conforme Portaria nº 810/2022 (portaria MDS nº 810, 2022). Essas informações coletadas para fins de cadastramento no Cadastro Único evidenciam a finalidade do programa como política pública transferência de renda para a concessão de Benefícios de Prestação Continuada e Bolsa Família, embora se proponha como um cadastro que sirva para todos os programas e políticas.

Já no Censo Suas, as informações coletadas consistem em: o local que costuma dormir, o tempo que vive nas ruas, motivo, existência de família fora da rua e frequência do contato com ela, formas de obter renda, sua participação em

atividade comunitária, atendimento em CRAS, CREAS, Centro POP, instituição de acolhimento governamental, não-governamental, hospital e se teve carteira de trabalho anotada; essas são tidas como variáveis importantes para o manejo das estratégias de redução de desigualdades sociais e acesso aos serviços de assistência social às pessoas em situação de rua, próprias do SUAS.

Na pesquisa censitária realizada pela academia em parceria com a prefeitura, informações distintas foram capturadas. Questões como a presença de animais, carroças, crianças, tipos de deficiência, etnia, problemas de saúde, país de origem, Estado, cidade de nascimento, cidade anterior a Santos, tempo que está em Santos, quanto tempo em situação de rua, motivo, onde costuma dormir, onde dorme quando não está abrigado, se sofreu violência vivendo nas ruas, grau de escolaridade, orientação sexual, se é gestante, fonte de renda, se recebe algum benefício, se possui vínculo com familiares. Esses dados demonstram o objetivo de uma base de dados construída a partir da concepção da tutela de direitos humanos a essas pessoas em situação de exclusão social, enfoque principal da área pesquisada pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

3.4.2 Censo SUAS, IPEA e Cadastro Único

Atualmente no Brasil, os dados divulgados pelo IPEA oferecem a gama de informações mais atualizadas e concentradas no que diz respeito à população em situação de rua.

No repositório 73, de junho de 2020, o IPEA aponta a divergência entre o Censo Suas e o Cadastro Único devido aos objetivos e às metodologias distintos dos institutos que colhem os dados.

Lamentavelmente em 2022 o IBGE não realizou o censo da população em situação de rua em conjunto com a população em geral. Os dados existentes são as coletas realizadas pelo IPEA e aquelas realizadas em conjunto por SUAS e SUS na medida da disponibilidade de recursos humanos e estrutura dos municípios para alimentar a base de dados no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social e Combate à Fome (MDS) e outros órgãos governamentais.

O censo populacional de 2022, realizado com dois anos de atraso devido à pandemia, foi alvo de tutela de urgência e sentença proferida pela 21ª Vara Federal do Rio de Janeiro, na ação civil pública sob processo nº 0019792-38.2018.4.02.5101, que determinou que a União e IBGE tomassem medidas necessárias para a inclusão da PSR no Censo de 2020. Distribuído no Superior Tribunal de Justiça em dezembro de 2021 sob nº REsp nº 1974492/RJ, aguarda julgamento (Superior Tribunal de Justiça, REsp 197492/RJ). Na prática, o critério prevacente foi o já adotado pelo IBGE, que abrange apenas a população domiciliada.

Diante desse quadro, a população em situação de rua não foi abrangida pela pesquisa censitária, seguindo invisível e reafirmando a ausência de estatísticas oficiais como um obstáculo à implementação de políticas públicas para esse público-alvo.

Além de medir a população e seus desafios, a atividade de pesquisa fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais para a formulação e reformulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros (IPEA, relatório econômico nº 103, 2022, p.2). Sem dados não há como mensurar de forma ampla as intervenções necessárias para garantir o acesso, a integralidade e a equidade dos serviços a todos os cidadãos.

No repositório 73 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta a disparidade entre o Censo Suas e o Cadastro Único: em 2019, segundo o SUAS seriam 90.158 pessoas em situação de rua; para o Cadastro Único 134.374, entre os 5.570 municípios (IPEA, relatório econômico nº 73, 2020, p.8).

Ocorre que destes 5.570 municípios, os números brutos são dos 1.589 municípios respondentes das pessoas em situação de rua cadastradas no Censo SUAS naquele mesmo ano; e das 90.158 pessoas em situação de rua cadastradas no Censo SUAS, 62.367 são pessoas em situação de rua cadastradas no Cadastro Único. Essa flutuação dos números deriva do envio, ou não, das informações pelos municípios (IPEA, relatório econômico nº 73, 2020, p.8).

Os gráficos a seguir apontam que, segundo levantamento do IPEA com base no Censo SUAS, em 2013 a PSR era de 70.007, em 2016 foi para 77.622

e em 2019 passou para 90.158. No CadÚnico a PSR correspondia a 19.156 pessoas cadastradas em 2013, 65.055 em 2016 e 134.374 em 2019 (IPEA, relatório econômico nº 73, 2020, p.8).

Os dados demonstram que das 70.007 pessoas em situação de rua que constam no Censo SUAS de 2013 somente 975 dos 5570 municípios haviam respondido à pesquisa, sendo que das 19.156 do CadÚnico apenas 16.626 pessoas estavam cadastradas. Em 2016 se o CadÚnico apontava 65.055, número mencionado acima, apenas 42.802 estavam de fato informadas, cadastradas e atendidas pela assistência social, num universo de 1.270 municípios dos 5.570 totais. E, em 2019, em que pese as 90.158 PSR do Censo SUAS e as 134.374 do CadÚnico somente 62.367 efetivamente foram informadas, cadastradas e atendidas pelo SUAS.



Figura 2 - Registros da População em Situação de Rua segundo Cadastro Único, Censo Suas e Programa Bolsa Família

O repositório 103 do IPEA, no ano de 2021, aponta que houve o crescimento das informações municipais: 1.998 municípios respondentes e 181.885 pessoas em situação de rua reportadas oficialmente (IPEA, relatório econômico nº 103, 2022, p.8).

Segundo estimativa do IPEA, devido ao crescimento acelerado dos registros do Cadastro Único, o crescimento da população em situação de rua no Brasil para 2022 corresponde a 38% comparado aos anos anteriores. São eles: 2012, 90.480; 2013, 96.246; 2014, 106.650; 2015, 123.104; 2016, 138.785; 2017, 160.614; 2018, 184.749; 2019, 204.660; 2020, 214.451; 2021, 232.147 e 2022 estimado em 281.472 (IPEA, relatório econômico nº 103, 2022, p.11).



Figura 3 - Estimativa IPEA da População em situação de rua no Brasil

No Cadastro Único eram 578 pessoas integrantes do Grupo Populacionais Tradicionais Específicos, inscritos em Santos, em outubro de 2019, época da pesquisa censitária realizada pela Unifesp/SEDS Santos; em dezembro de 2022 eram 1376; em julho de 2023 passou para 1734 pessoas.

Os dados do município de Santos no Cadastro Único, segundo SAGICAD Vis Data 3 *beta*, as pessoas em situação de rua em agosto de 2023 correspondem a 1394 sendo que apenas 1226 estão cadastradas como beneficiárias do Programa Bolsa Família; em setembro de 2023 a 1426 pessoas em situação de rua sendo 1278 cadastradas no PBF.

Ainda no ambiente do MDS, apurando os dados pela CECAD 2.0 com a variável Bloco 12 situação de rua e sem marcação do Programa Bolsa Família, em agosto de 2023 são 1426 pessoas; com marcação Programa Bolsa Família, em agosto de 2023 são 1394 pessoas, igualando em 1426 em setembro de 2023.

No mesmo ambiente, através da aba Relatório de Informações v.4 ou Ri v.4, os dados apontam como população segundo IBGE 2022, 418.608 pessoas.

As famílias cadastradas no Cadastro Único em julho de 2023 são 31.576, 15.896 em situação de pobreza, 5.018 em situação de baixa renda e 10.662 com renda per capita mensal acima de ½ salário-mínimo; as pessoas cadastradas são 70.298, 35.613 em situação de pobreza, 15.114 baixa renda e 19.571 com renda per capita mensal acima de ½ salário-mínimo.

Para o PROCAD-SUAS o público de averiguação unipessoal, para os fins de apuração de benefícios pagos em duplicidade conforme Portaria nº 810/2022, são 4719 pessoas em Santos.

Auferindo Bolsa Família em Santos, em setembro de 2023, são 38.428 pessoas, 15.230 famílias, benefício médio mensal, nesse mês, de R\$686,84, com valor mensal repassado R\$10.457.776,00.

O total de benefícios do Programa Bolsa Família em Santos é de 71.070, sendo BRC (renda de cidadania) 38.428; BCO (complementares) 13.892; BPI – BPF (primeira infância PBF) 6.764; BET (extraordinários de transição); BVG gestantes 570; BV crianças 9.233; BVA adolescentes 1.950. Total de benefícios variáveis familiares 11.753.

Concentrando a atenção no acompanhamento de condicionalidade de saúde apenas, deixando de lado os indicadores de educação, o público para acompanhamento de crianças menores de 7 anos é de 5.896 e de mulheres 17.092, totalizando 22.988. Pessoas acompanhadas foram crianças 4.507 e mulheres 15.440, totalizando 19.947. A taxa de acompanhamento foi de 76,44% para as crianças e 90,33% para as mulheres, correspondendo a uma taxa de acompanhamento de condicionalidade de saúde de 86,77%. Pessoas que cumpriram a condicionalidade 4.464, com taxa de cumprimento de 99,05%.

Quanto às gestantes foram acompanhadas 467 e todas cumpriram a condicionalidade, sendo 100% a taxa de cumprimento.

O GPTE em Santos é de 1.603 pessoas e 1.240 cadastradas e beneficiárias de PBF; 1 indígena cadastrado e beneficiado; 1 quilombola cadastrado e beneficiado; 2 extrativistas sendo nenhum cadastrado e beneficiário do BPF; 16 pescadores artesanais, somente metade cadastrada e beneficiária; 1 assentado da reforma agrária, não cadastrado e sem benefício; 1

acampado cadastrado e beneficiado; 160 coletores de material reciclável, 136 cadastrados e com benefício; 23 famílias de presos do sistema carcerário sendo 13 cadastrados e com benefício; e, finalmente, pessoas em situação de rua 1.394 e beneficiárias e cadastradas 1.226.

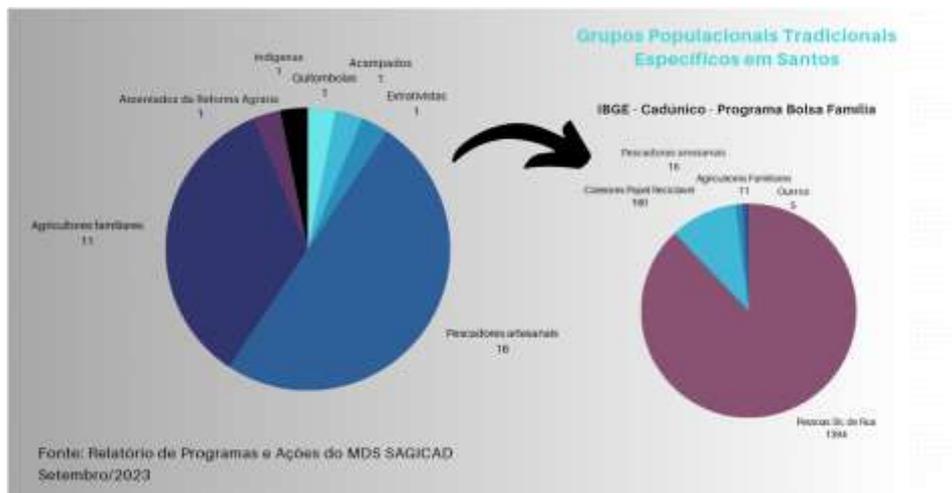


Figura 4 - Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos de Santos

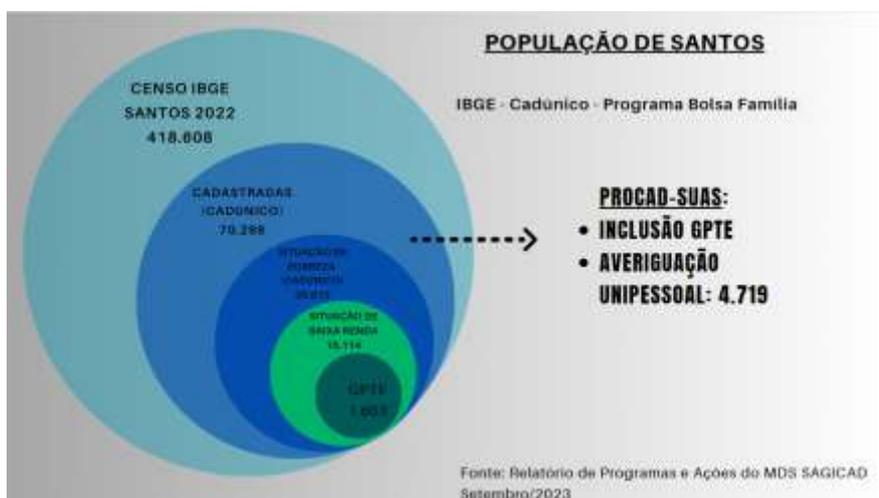


Figura 5 - População de Santos e alvo do PROCAD-SUAS

O Auxílio Emergencial em 2020 contabilizou 97,9 mil pessoas elegíveis, sendo 11 mil através do Bolsa Família, 8,4 mil através do Cadastro Único e 78,4 mil por meio do Aplicativo Caixa, num valor total de R\$423,2 milhões. A judicialização desses benefícios também não escapa à análise: foram 60 benefícios concedidos por decisão judicial.

O valor total repassado de R\$423,2 milhões diz respeito a 97.717 pessoas elegíveis; aos 60 elegíveis por decisão judicial o valor a ser repassado corresponde a R\$263,4 mil.

O benefício Auxílio Emergencial de abril de 2020 até agosto de 2020 teve 97.717 pessoas elegíveis na primeira parcela e já na quinta parcela contava com 92.052; sua extensão contabilizou, em setembro de 2020, 53.897 pessoas elegíveis; em outubro 69.074; em novembro 77.918; e em dezembro de 2020 79.184 pessoas elegíveis. Os dados e informações socioeconômicas registradas nos programas federais disponibilizam indicadores e índices que fazem o diagnóstico da gestão de governos estaduais e municipais comparando-os com a média nacional, impactando nos repasses financeiros mensais.

O IGD-M Índice de Gestão Descentralizada Municipal do Programa Bolsa Família de Santos corresponde a 0,86.

O IGD-SUAS, Índice de Gestão Descentralizada do SUAS Municipal, de Santos corresponde a 0,82, sendo ID CRAS Médio 0,79, Execução Financeira Ajustada 0,92, indicadores de dezembro de 2021, que medem a eficiência dos equipamentos da Rede Socioassistencial do SUAS.

O município de Santos, até 19 de setembro de 2023, contava com equipamentos da rede socioassistencial do SUAS sendo 8 CRAS, 2 CREAS Municipais, 1 Centro Pop, 25 Unidades de Acolhimento, sendo que apenas um não preencheu o Censo Suas 2022, 9 Centros de Convivência e 2 Centros Dia.

Esses índices e indicadores de eficiência, como IGD e IDCRAS por exemplo, são resultado da atualização cadastral da população de baixa renda, do acompanhamento das condicionalidades de educação e de saúde dos cidadãos inseridos nas bases de dados federais e da eficiência dos equipamentos responsáveis pela atualização cadastral.

Estando atualizadas e precisas as informações, além de refletir maior apoio financeiro federal para aprimorar o trabalho dos profissionais que atuam na linha de frente dessa estratégia, beneficia a população mais exposta às iniquidades tornando-a elegível aos benefícios sociais de transferência de renda e contribuem na gestão das políticas públicas (JOSÉ; COHN, 2023, p. 230)

As disparidades apontadas nos censos e bases de dados federais dificultam o diagnóstico do inegável avanço da PSR, notadamente com a pandemia da Covid-19, assim como as intervenções necessárias.

Assim, os dados mostram a importância do cadastramento das pessoas de baixa renda na base de dados do Governo Federal: permite o acesso dos cidadãos aos Benefícios de Prestação Continuada e do Bolsa Família retirando-os da linha da pobreza, da fome e condições precárias e desumanas de vida; é realizada a inserção e elegibilidade dos beneficiários com segurança e consistência; o Estado possa identificar os indivíduos em todo o território e garantir o acesso a outros direitos sociais; viabiliza que sejam manejados esforços e estratégias de abordagem social e busca ativa para a oferta de direitos de saúde, assistência, moradia, educação; proporciona a elaboração do planejamento e orçamento dos benefícios desses cidadãos; proporciona a gestão das políticas públicas com a formulação de novas e descontinuidade das ineficientes.

O cadastramento nas bases de dados dos programas sociais é de fundamental importância para identificar os indivíduos que ainda se encontram invisíveis para o Estado, e que poderiam ser beneficiados com a transferência de renda como se evidencia da divergência demonstrada entre os Cadastro Único e o Cadastro SUAS em 2013 que a PSR era 70.007 pessoas sendo que apenas 19.156 estavam inseridas no Cadastro Único.

Outro dado que desafia gestores e administradores públicos são os dados revelados nos anos seguintes, em 2016 e 2019 que ora se aproximavam (Censo SUAS 77.622 *versus* CadÚnico 65.055 em 2016) e ora se invertem (Censo SUAS 90.158 *versus* CadÚnico 134.374 em 2019). Ainda que se afirme que esses cidadãos possuam renda proveniente do BPC e BF, o acesso à saúde, educação, assistência sociais, moradia e a outros direitos sociais estão sendo violados uma vez não alcançados esses indivíduos pelo Estado.

Outras questões também desafiam os gestores, como a quantidade bastante inferior aos 5570 municípios que deveriam responder ao Censo SUAS, sendo em 2013 apenas 975 e em 2016, 1260 municípios, o que revela ainda maior a necessidade de apoio aos municípios menores.

No município de Santos o Censo Unifesp/Prefeitura, em 2019, apontou 868 pessoas em situação de rua; o Cadastro Único 578 pessoas integrantes do Grupo Populacionais Tradicionais Específicos, inscritos em Santos, que inclui ribeirinhos, indígenas, catadores e outros que possuem moradia regular. O GPTE em Santos, no Cadastro Único, praticamente triplicou de 2019 a 2023, o que revela a necessidade inadiável do Estado em proteger essas pessoas e mensurar os problemas futuros e presentes.

O município de Santos, no Cadastro Único, contabiliza 1426 pessoas em situação de rua e destas 1278 estão cadastradas como beneficiárias do PBF. Essa diferença de 168 pessoas, ou 12% das pessoas em situação de ruas estão invisibilizadas ou, no mínimo, desprotegidas.

Há verba oriunda do programa emergencial, PROCAD-SUAS, disponibilizada para incluir o GPTE, entretanto, os gestores atravessam o desafio da nomeação dos novos serventuários aprovados no processo seletivo realizado recentemente.

Os indicadores de gestão revelam que o município de Santos necessita aprimorar o acompanhamento de condicionalidade de saúde das crianças de até 7 anos para melhorar o patamar de 76,44% posto que das mulheres foi de 90,33% e de gestantes 100%.

Os desafios dos gestores públicos, quando se diz respeito a PSR, são ainda mais acentuados. A divergência dos dados demonstra a existência de cidadãos desprotegidos ou desamparados pelo Estado, sendo necessário aprimorar a estratégia de cadastramento e busca ativa desses cidadãos cujo endereço é o do próprio equipamento e estão expostos a todo tipo de violência, especialmente as mulheres.

É essencial o registro das informações socioassistenciais da PSR para que os gestores públicos possam medir os problemas sociais, o volume de recursos necessários, as estratégias a serem adotadas, as intervenções necessárias para reduzir as desigualdades socioassistenciais, promover a saúde com universalidade, equidade, integralidade, e finalmente, ofertar direitos de cidadania sem distinção dos demais cidadãos.

4 BOAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS EM SANTOS

O quarto capítulo apresenta algumas das articulações, projetos, propostas, deliberações e políticas públicas desenvolvidas e na iminência de serem concretizadas, no município de Santos, para a população em situação de rua. É apresentada uma coletânea de inovações que vêm sendo introduzidas em âmbito intersecretarial no município, capturadas a partir das notícias divulgadas no sítio de internet da Prefeitura Municipal de Santos, material publicitário dos programas sociais, notícias e atas das reuniões do CIAMP-Rua publicadas no Diário Oficial de Santos, atas das Reuniões do Conselho Municipal e Nacional da Saúde, consulta a legislações e ao sistema de gestão de contratos, visitas a universidades, órgãos municipais da assistência social e da saúde do município, bem como a participação de reuniões abertas a sociedade civil.

4.1 DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

A negação de direitos de cidadania à população em situação de rua e a dificuldade de acesso aos direitos fundamentais resultaram na construção de três importantes políticas públicas específicas para esses cidadãos em situação de vulnerabilidade e exclusão social.

No nível federal, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, introduzida a partir do Decreto nº 7.053/2009 em razão do processo de invisibilidade específico dessa população e de afronta ao seu direito à dignidade, condicionou Estados, Distrito Federal e municípios a adesão a instituição do CIAMP-Rua, Comitê Gestor Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. O CIAMP-Rua tem a finalidade de acompanhar a implementação e proposição das políticas públicas voltadas a essa população e, ainda, a criação dos Centros de Referência Especializados em Assistência Social para a População em Situação de Rua - Centros POP (BRASIL, 2009a). CIAMP-Rua e Centro Pop são políticas públicas no âmbito da assistência social.

Ainda no nível federal, no âmbito da assistência à saúde, a Política Nacional da Atenção Básica, instituída através da Portaria nº 2.488, de 28 de outubro de 2011, visando ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, segmento que enfrenta as mais variadas barreiras; introduziu

os Consultórios na Rua, estabelecendo equipes de atenção básica para essas populações específicas, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde, respeitando suas especificidades, levando o serviço ao território (portaria MS 2488/2011).

O Centro POP, o Consultório na Rua e o CIAMP-Rua são as três principais políticas públicas federais específicas para as pessoas em situação de rua. Essas ferramentas visam a redução das desigualdades e da exclusão social das pessoas nessa condição, o acesso e a promoção dos serviços de saúde e assistência social.

Esses avanços são, fundamentalmente, resultantes da pressão do Movimento Nacional da População em Situação de Rua diante da, até então, omissão estatal e da criminalização da pobreza pela sociedade que aposta em políticas públicas neoliberais e de opressão aos mais pobres. Sua finalidade é os recolocar na condição de sujeitos políticos e com igualdade de direitos na medida da sua especificidade e alta vulnerabilidade, ofertando direitos de cidadania.

Relembrando, a Política Nacional para a População em Situação de Rua foi esvaziada com os Decretos nº 9.759, de 11 de abril de 2019 e nº 9.984 de 27 de junho de 2019, e subfinanciada com a Emenda Constitucional nº 95 de 2016.

O primeiro texto normativo, Decreto nº 9.759/2019, na prática, extinguiu unilateralmente os órgãos colegiados da Administração Pública que garantiam a participação e o controle social, como por exemplo o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, o Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI), o Conselho Nacional de Povos e Comunidades Tradicionais (CNPCT) entre outros; retirou o efetivo controle social desses Conselhos, num processo de escolha da representatividade centrado na parte governamental e sem autonomia dos setores sociais (relatório CNDH 2019, online); fragilizou sua participação na organização e deliberação de custeio e investimento dos serviços, na aprovação da prestação de contas e decisão sobre destinos e implementação das políticas

públicas concentrando-as no governo ao arrepio da finalidade para a qual foram criados, ou seja, garantir a participação popular.

No dia 27 de agosto deste ano, o governo federal adotou uma medida de intervenção direta no Conselho Nacional de Direitos Humanos- CNDH. De forma arbitrária e desrespeitando a autonomia e independência administrativa do Conselho, estabelecidos nos Princípios de Paris aos quais o Brasil aderiu, destituiu a Coordenadora Geral escolhida pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos (relatório CNDH, 2019, p.1).

O segundo, Decreto nº 9.894/2019, revogou expressamente as disposições pertinentes ao CIAMP-Rua, artigos 9º ao 14 do Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009, e o reinstalou como órgão consultivo do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, desaparecendo a participação e o controle social previstos na Constituição Federal e garantidos pelas Leis 8080 e Lei 8142, de 1990. Esse retrocesso foi corrigido pelo Decreto nº 11.472, de 6 de abril de 2023 (decreto federal nº 9894/2019 art. 9º; decreto federal nº 11472/2023 art. 3º, III).

A estratégia transversal da gestão participativa do SUS, como idealizada na Reforma Sanitária brasileira, inclui o exercício da participação e controle social da população em situação de rua através dos representantes do Movimento Nacional da População em Situação de Rua. Esta, porém, foi igualmente violada, assim como os direitos fundamentais da população em situação de rua.

O Movimento Nacional da População em Situação de Rua nasceu oficialmente da chacina de onze pessoas em situação de rua na Praça da Sé, São Paulo, em agosto de 2004, conhecido como Massacre da Sé. Antes, porém, esse grupo populacional já se organizava desde a I Marcha Nacional da População de Rua, realizada em junho de 2001, mobilizado em protestos desde a morte do índio Galdino no Distrito Federal, e que foi confundido com um mendigo e morto após seu corpo ser incendiado em um ponto de ônibus em 1997 (BOSCHEMEIER, 2022, p.60).

Esse quadro de esvaziamento da participação e controle social dos conselhos e a revogação do comitê gestor intersetorial, o subfinanciamento da saúde e da assistência social com a Emenda Constitucional nº 95 de 2016 que

impingiu a redução e o congelamento dos gastos sociais por 20 anos, dentre outros retrocessos, não impediram a criação do CIAMP-Rua em Santos em 2021, a atuação e expansão do Centro POP e a reorganização do Consultório na Rua, já existentes, além de outras políticas públicas no município voltadas às pessoas em situação de rua.

A Região Metropolitana da Baixada Santista foi criada a partir da Lei Complementar nº 815, de 30 de julho de 1996 pelo agrupamento dos municípios de Bertioga, Cubatão, Guarujá, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente (ALESP, lei complementar nº 815/1996, art. 1º).

Dentre os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, Santos é o único município que realizou pesquisas censitárias desde a I Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, datada de 2006, pois figurava entre os 71 municípios com mais de 300.000 habitantes. Essa primeira contagem da população em situação de rua contou apenas com o trabalho dos seus próprios técnicos e colaboradores; em 2009 foi realizada nova pesquisa censitária com o apoio da Unifesp - Campus Baixada Santista; em 2013 foi executado censo da população em situação de rua pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP) (IORI, 2014); em 2019 foi realizada outra no município, novamente com o apoio da Unifesp – Campus Baixada Santista (UNIFESP; SEDS, 2020, p.21).

A Atenção Social à População em Situação de Rua é composta por quatro serviços: Serviço Especializado em Abordagem Social, Centro Pop, Seacolhe-AIF e Seabrigo-AIF.

Já a adesão e o cumprimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, Decreto nº 7.053/2009, estão a cargo do Programa Novo Olhar e do CIAMP-Rua.

4.1.1 PROGRAMA NOVO OLHAR DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

O Programa Novo Olhar, “destinado à população em situação de rua, que tem como objetivo desenvolver ações municipais para articular serviços, iniciativas e estratégias relativas à população em situação de rua no Município

de Santos” (decreto municipal 8165/18 art. 1º) foi instituído pelo Decreto Municipal nº 8.165, de 19 de julho de 2018.

Constituído para fins de adesão à Política Nacional para a População em Situação de Rua, Decreto nº 7.053/2009, são objetivos do Programa Novo Olhar:

- I - articular a rede intersetorial de iniciativas e serviços municipais para atendimento da população em situação de rua, garantindo acesso às políticas de saúde, habitação, educação, assistência social, cultura, esporte e lazer;
- II - realizar censo oficial da população em situação de rua no Município de forma periódica;
- III - viabilizar a elaboração do plano municipal para a garantia de direitos das pessoas que vivem nas ruas, de forma participativa e democrática, tendo como subsídio e base as constatações e apontamentos do censo populacional referido no inciso antecedente;
- IV - incentivar a participação e articulação da sociedade civil através de projetos específicos que serão definidos mediante portaria (decreto municipal 8165/18 art. 4º).

O Programa Novo Olhar busca articular diferentes iniciativas para fortalecer o trabalho com a população que enfrenta a desigualdade social, o desemprego, a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, a dificuldade de acesso à informação e a perda da autoestima, fatores que contribuem para que passem a viver na condição de rua (SANTOS, 2023, online).

Por meio do programa é desenvolvido um plano de trabalho com abordagem tanto da população em geral orientando para que denunciem as pessoas em condição de vulnerabilidade através do Disque Urgência Social 153, como da própria população em situação de rua (SANTOS, 2023, online).

Além dessas ações outros mecanismos são adotados para que a PSR participe, se sociabilize com as pessoas e se sinta pertencente à sociedade, como a parceria firmada com o Santos Futebol Clube que permite que vivencie as experiências de partidas de futebol, com o objetivo de que esses cidadãos acreditem e possam transformar suas vidas (SANTOS, 2023, online; SANTOS, 2015, online).

A articulação com a sociedade civil, sejam munícipes quanto comerciantes e empresas, através da conscientização e do engajamento, é uma

das estratégias do Programa Novo Olhar e do CIAMP-Rua (SANTOS, 2023, online).

Além de denunciar a existência de cidadãos em situação de rua, de violação de direitos humanos, vulnerabilidade social ou na iminência de qualquer um deles, a sociedade civil é convocada a participar conjuntamente nas ações que já desempenha com bastante desenvoltura e trabalho qualificado pela vivência no fornecimento de refeições, agasalhos, roupas, calçados e acessórios, materiais de higiene, postos de trabalhos, doação de itens de campanhas promocionais. Deste modo, a Prefeitura de Santos objetiva promover a sincronização do cronograma das atividades benemerentes voltadas à PSR pelas entidades com aquelas desenvolvidas pelo poder público. O Programa Novo Olhar busca junto à sociedade civil vagas em cursos de qualificação e em postos de trabalho, impulsionando a empregabilidade e a geração de emprego e renda (SANTOS, 2023, online).

Em que pese a crescente sinergia com a sociedade civil, uma das principais ações realizadas no Programa Novo Olhar para a população em situação de rua é a articulação com a rede intersetorial de iniciativas e serviços para atendimento dessa população, garantindo acesso às políticas: de saúde por meio do atendimento no Consultório de Rua, nas UBS Porto e Vila Nova; na rede de assistência, nas unidades de acolhimento e abrigamento; além de a incluir nas pautas de moradia e habitação, educação, cultura, esporte, lazer (SANTOS, 2023, online).

Outro papel do programa Novo Olhar é o de viabilizar a elaboração do plano plurianual para garantia de direitos para as pessoas que vivem nas ruas, desenvolvendo-o em conjunto com o CIAMP-Rua (SANTOS, 2023, online).

4.1.2 CIAMP-RUA EM SANTOS

Aprovada a instalação do CIAMP-Rua de Santos em 2021, na 1ª Reunião Ordinária realizada em 31 de maio de 2023, foram nomeados os membros de representação de vários setores, público e privado, como a Secretaria de Educação, Desenvolvimento Urbano, COHAB-ST, Secretaria de Governo, universidades, igrejas, centros espíritas e associações que realizam o fornecimento diário de refeições, representantes dos setores da assistência

social, saúde, abrigos, entre outros, além dos próprios usuários (Ciamp-rua, ata 1ª reunião, 2023, p.63-64, a).

A apresentação do esboço preliminar do Plano Municipal para Garantia de Direitos para a Pessoa em Situação de Rua foi pautada para a 5ª Reunião Ordinária do CIAMP-Rua, de 27 de setembro de 2023, conforme convocação divulgada no Diário Oficial de Santos de 12 de setembro de 2023, página 111, de acordo com os assuntos abordados nas reuniões ordinárias e grupos de trabalho das metas, objetivos, responsabilidades e orçamentos precedentes (diário oficial de 12/09/2023, p.111). A participação da sociedade civil é marcante sendo designado normalmente para sua realização um espaço religioso que fornece café da manhã, de forma gratuita, diariamente, há mais de 20 anos, para as pessoas em situação de rua e outras em condição de vulnerabilidades como os moradores dos cortiços no entorno.

O CIAMP-Rua em Santos, já na 2ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de junho de 2023, evidenciou o seu papel de dar voz à população em situação de rua e de zelar pelas especificidades desse grupo populacional. Foi deliberado que nas ocasiões que ocorrerem as reuniões do CIAMP-Rua será fornecido o vale-transporte para condução e a alimentação através dos marmitex, que são fornecidas pela SENUTRI-SEDS, na Casa de Passagem SEACOLHE-AIF para que os usuários do serviço possam participar das reuniões do CIAMP-Rua, se deslocarem com segurança e se alimentarem adequadamente (Ciamp-rua, ata 2ª reunião, 2023, p.47).

E mais. A participação e controle social nos espaços deliberativos pelas pessoas em situação de rua são garantidos por meio da sua nomeação como membro do CIAMP-Rua e dos Conselhos na modalidade de usuários dos serviços. As pessoas com trajetória de rua conhecem e opinam sobre o problema social e as soluções propostas, além de servir como ferramenta de inclusão e participação da vida social e estrutural das políticas públicas da comunidade.

A seguir algumas das proposições e relatos observados nas atas das reuniões ordinárias do CIAMP-Rua de Santos.

Na 2ª Reunião Ordinária foi discutido o Regimento Interno do CIAMP-Rua, seu funcionamento e a formação de grupos de trabalho. Foi comunicado que

sendo o município de Santos estruturado e atendendo aos critérios da Política Nacional da População em Situação de Rua, poderá fazer parte da seleção das primeiras cidades a receber o programa *Housing First* ou Moradia Primeiro, inspirado no modelo canadense e da União Europeia (Ciamp-rua, ata 2ª reunião, 2023, p.48).

Outro papel fundamental do CIAMP-Rua de Santos é resgatar leis e programas específicos ou que atendam a população em situação de rua, seja aguardando regulamentação, esquecidos, descontinuados, ou novas propostas para aprimorar os serviços. Um exemplo é a Casa de Convalescença prevista na Lei Municipal nº 2.283, de 1º de dezembro de 2004, que aguarda regulamentação.

Na referida lei, está prevista a criação de uma Casa de Convalescença destinada ao atendimento de assistência médica, pós-hospitalar, aos pacientes sem recursos e que não tenham familiares para abrigá-los e demandam de cuidados específicos (Santos, lei municipal nº 2283/204, art. 1º).

Por ocasião da 3ª reunião, conforme constou da ata publicada, o CIAMP-Rua Santos, através de seus membros, assumiu o compromisso de levantar os hospitais e abrigos da região, bem como dos casos de vaga social, alta social e hospital de retaguarda para embasar a proposição de dar acesso à saúde a essas pessoas cujo trabalho híbrido é realizado pelos setores de assistência e saúde (Santos, Lei Municipal nº 2.283 p. 276)

Nessa reunião, de acordo com o Grupo de Trabalho com as representantes da SEDURB do CIAMP-Rua: está em revisão o Plano Municipal de Habitação; serão levados em consideração os dados do Cadastro Único de Santos, na Macrozona Centro que aponta que 41,7% das famílias cadastradas vivem em situação de pobreza ou extrema pobreza (morando em cortiços ou nas ruas), para as quais a aquisição de imóvel sem subsídio é inviável; locação social é uma opção para moradia desvinculada da propriedade; há minuta de decreto de lei que já existe, e aguarda regulamentação, já enviada a COHAB-ST (Ciamp-rua, ata 3ª reunião, 2023, p. 276).

Ainda na 3ª Reunião ordinária do CIAMP-Rua Santos, o coordenador do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, Darcy da Silva Costa,

destacou “a importância do Comitê de cobrar ações efetivas, não bastando isolar as pessoas em espaços determinados sendo crime contra a humanidade” (Ciamp-rua, ata 2ª reunião, 2023, p. 276).

Constou na ata da 3ª Reunião Ordinária, a possibilidade de criação de CIAMP-Rua para a Região Metropolitana da Baixada Santista e do projeto CISARTE, existente no município de São Paulo, com a mesma abrangência.

Quanto ao CISARTE, ele consiste num equipamento direcionado a pessoas em situação de rua que se apresentavam mentalmente muito desorganizadas, ofertando muitas atividades e estruturas diversificadas, abrangendo desde atendimento psicológico, jurídico, alimentação, inclusão digital, salas de aula, ensinamentos de autocuidado, higienização pessoal, ateliê de costura para confecção de bolsas e loja onde são comercializados os itens, que resultou em parceria que solicitou 3000 bolsas com remuneração aos próprios usuários (Ciamp-rua, ata 2ª reunião, 2023, p. 276).

A respeito da criação de Centro Pop Regional, pesquisa da Prefeitura de Santos apontou que “no Centro Pop, só 10% dos atendidos são de Santos” e “em 2013, o censo realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), da USP, apontou que das 591 encontradas em situação de rua 28% eram de Santos” (diário oficial de Santos, 23/12/2015, p.A8 e C34) o que reflete a necessidade do equipamento de âmbito regional.

Essas foram algumas das proposições nas reuniões ordinárias do CIAMP-Rua de Santos.

Ainda a respeito do Programa Novo Olhar, outra atribuição é a realização do censo oficial da PSR de forma periódica, inclusive para o ano de 2024, também em sintonia com o CIAMP-Rua.

No programa Novo Olhar o usuário recebe o acolhimento e ainda pode participar das atividades de qualificação, que em alguns casos auferem ajuda financeira por meio de bolsa. O CIAMP-Rua, como o próprio nome diz, é o comitê intersectorial de gestão das políticas da PSR que além de monitorar as políticas públicas e fomentar a participação das pessoas com trajetória de vida nas ruas na construção e debates das políticas públicas voltadas a essa população,

viabiliza a adesão do município de Santos à Política Nacional da Pessoa em Situação de Rua e aos programas a ela atrelados.

4.1.3 CENTRO POP EM SANTOS

Inicialmente o serviço à PSR é realizado pelas equipes de abordagem do Centro Pop, que atuam durante 24 horas por dia nas ruas realizando um trabalho de aproximação, escuta qualificada e criação de vínculo de confiança, oferecendo acesso à rede de serviços do Município, acionadas pelo Disque Urgência Social 153 (SANTOS, 2023, online).

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua é a porta de entrada desse público para os serviços da rede socioassistencial da Cidade, nos termos da Política Nacional de População em Situação de Rua, o Decreto nº 7053/2009.

Iniciado em Santos em 2012, a partir da Resolução Normativa nº 421/2012 CMAS que aprovou o Plano de Reestruturação dos Serviços Municipais de Assistência Social para as Pessoas em Situação de Rua, o equipamento localizado no bairro Vila Nova, na rua Conselheiro Saraiva nº 13, onde atualmente funciona a Casa Êxodo, foi submetido a reforma em 2015 e construção de novo equipamento no Paquetá, na rua Amador Bueno nº 446 (Santos, resolução normativa CMAS 421/12, art.1º; diário oficial de Santos, 22/01/2016, C34). Com estimativa de público de 40 pessoas por dia atende mais de 120 conforme foi constatado nas visitas realizadas nesta pesquisa durante o período de agosto e setembro de 2023.

Seu objetivo é contribuir para a construção de novos projetos de vida, restaurar e preservar a integridade e autonomia da população em situação de rua e promover ações de inserção e reinserção familiar e/ou comunitária (SANTOS, 2023, online).

O Centro Pop oferece higienização pessoal, alimentação, guarda de pertences durante o período do atendimento, guarda de documentos pessoais, encaminhamento para segunda via de documentação, acesso a benefícios eventuais como vale-transporte e recâmbio qualificado, atendimento técnico com assistentes sociais e psicólogos, encaminhamentos a rede de serviços

socioassistenciais, além de espaço para atividades de convívio em grupos e oficinas (SANTOS, 2023, online).

O Centro Pop é um “espaço de convivência com oficinas culturais e socioeducativas que proporcionam reflexão e autoconhecimento a fim de facilitar a reinserção social dos atendidos. Faz também encaminhamento para documentação e acolhimento institucional, para escolarização, atendimento de saúde e de preparação para o mercado de trabalho” (SANTOS, 2023, online).

Um dos papéis do Centro Pop é realizar o recâmbio qualificado para os cidadãos que vem de outros lugares e desejam retornar para sua cidade de origem, e não encontram recursos, sendo a oferta de saída da condição de rua através do retorno à família e comunidade (SANTOS, 2023, online).

Os técnicos do Centro Pop realizam contatos e diligenciam a existência desses laços e a segurança para indivíduos de modo que não sejam alvo de novas violações como falsas promessas de emprego e exploração da sua liberdade, ou que os coloquem em situação de risco ainda mais agravado, sendo realizado com segurança num prazo de 5 dias (diário oficial de Santos, 31/01/2022, p. 81).

O Centro Pop, em 2015, realizou no período de seis meses 942 recâmbios de pessoas em situação de rua que chegaram a Santos e não puderam retornar às suas famílias nos Estados de Mato Grosso, Rio Grande de Sul, dentre outros locais, algumas com relatos de formação universitária (Diário Oficial de Santos 19/08/2015, p.5).

O recâmbio, assim como a contribuição dos familiares de munícipes em situação de rua, constitui uma ferramenta importante pois a família sólida e acolhedora é um dos alicerces fundamentais que as pessoas em situação de rua necessitam para se reestruturarem e recuperarem a dignidade.

O Centro Pop oferece estrutura com equipamentos que ressocializem os cidadãos, como a instalação de biblioteca que garanta o acesso à cultura (Diário Oficial de Santos, 27/11/2014 p.32) e alguns com oferta de serviço de canil, para que o animal de estimação receba atendimento.

O Centro Pop é o equipamento destinado aos serviços de assistência social a pessoas em situação de rua realizando: o acolhimento dos cidadãos que buscam o serviço na demanda voluntária; ou a abordagem social e a busca ativa nos casos de denúncia ou conhecimento dessa violação de direitos.

4.1.4 SERVIÇO DE ACOLHIMENTO E ABRIGO

O Município de Santos oferece atendimento com abrigo, alimentação e convívio em cinco locais da cidade durante 24 horas diariamente. Prestam atendimento individualizado e especializado para conhecer a história do indivíduo, fortalecer seus vínculos familiares e comunitários, e construir novos projetos e trajetórias de vida.

O serviço de acolhimento às pessoas em situação de rua é realizado pelo Seacolhe-AIF, Seabrigo-AIF, Abrigo de Emergência, e em parceria com entidades conveniadas, Albergue Noturno, Casa de Passagem Êxodo, Casa das Anas.

Compete à Equipe de Abordagem Social o encaminhamento à rede de serviços e o monitoramento dos territórios do município de Santos, identificando os locais de fixação das pessoas em situação de rua; identifica os riscos e as violações de direitos, ainda que na iminência de ocorrerem; desenvolve um trabalho de aproximação, escuta qualificada e formação de vínculos de confiança, com o objetivo de fortalecer e encorajar na direção do acesso aos demais serviços; atendem as chamadas do Disque Urgência Social 153, inclusive de madrugada, com plantonistas (SANTOS, 2023, online).

É um trabalho processual pois, em geral, as pessoas que vivem nas ruas passaram por um caminhar repleto de violações de direitos e perdas, e todas essas questões precisam ser cuidadosamente trabalhadas para que seja possível construir um novo caminhar. Cada passo desse novo caminho exige muito trabalho, tanto das pessoas atendidas pela Equipe quanto dos servidores públicos que os acompanham e apoiam. (SANTOS, 2023, online).

O Seacolhe-AIF, Seção de Acolhimento e Abrigo Provisório de Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua, é um serviço de acolhimento institucional, situado no Paquetá, local de grande concentração de pessoas em situação de

rua. Estruturado como casa de Passagem, têm período de permanência de 3 meses (SANTOS, 2023, online).

Atualmente com 78 pessoas, segundo anunciado pela coordenadora do CIAMP-Rua durante as reuniões e visitas que essa pesquisa acompanhou no período de agosto a outubro de 2023, sendo 50 pessoas fixas e 20 de pernoites por realizarem serviços nas ruas como catadores de material reciclável e outras, e 8 vagas recentemente ampliadas, assegura condições de estadia, convívio e endereço de referência, com equipe especializada para contribuir na construção conjunta com as pessoas atendidas no seu processo de saída das ruas.

O papel do Seacolhe-AIF é oferecer acolhimento provisório, proporcionando ambiente acolhedor e respeitando as condições de dignidade dos usuários, ofertando atendimento individualizado e especializado, com escopo de conhecer a história da pessoa atendida, possibilitando abordagens e intervenções grupais e favorecendo o fortalecimento dos vínculos sociais, comunitários e familiares (SANTOS, 2023, online).

O trabalho é desenvolvido de forma interprofissional, coletiva, participativa e intersetorial. Buscamos estabelecer atividades para garantir espaços de escuta e lazer, com finalidades pedagógicas, como museus, parques, exposições etc. É elaborado um Plano Individual de Atendimento, feito em conjunto com a pessoa atendida, respeitando suas capacidades individuais (SANTOS, 2023, online).

A Seção de Abrigo para Adultos, Idosos e Famílias em Situação de Rua (Seabrigo-AIF), no bairro do Macuco, oferece 45 vagas de acolhimento provisório para pessoas em situação de rua, com período médio de permanência previsto de 6 meses conforme apurado nas visitas da presente pesquisa no período de agosto a outubro de 2023. Estruturado enquanto Abrigo Institucional, tem como objetivo: acolher e garantir proteção integral; contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos; restabelecer vínculos familiares e/ou sociais; possibilitar a convivência comunitária; promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais; favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia; promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas

e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público (SANTOS, 2023, online).

Dentre os serviços de acolhimento no serviço de acolhimento Casa de Passagem, executado pela ONG Vidas Recicladadas, processo 61956/2022-85 (SANTOS, 2022, online), o serviço contempla estrutura para a oferta de canil em virtude do significativo papel que o animal desempenha sobre a pessoa em situação de rua, mantendo-a conectada à sociedade e não se entregando aos inúmeros desafios que vivencia diariamente para proteger o companheiro de outra espécie.

Possui ainda como instituições conveniadas: o Albergue Noturno que existe desde 1916, atualmente com 70 vagas na Vila Nova, submetido a reforma para melhor adequação dos serviços no ano de 2023, conforme processo nº 21.665/2023-16 e processo 68461/2021-60; Casa de Passagem Êxodo com 52 vagas, inclusive com três baias para abrigar animais e estruturado com beliches e armários com cadeados; e a Casa das Anas, com 24 vagas exclusivamente para mulheres, com ou sem filhos, em situação de rua ou na iminência, na Vila Mathias, estruturado com máquina de costura; até 2016 já havia acolhido 103 mulheres em situação de risco (Diário Oficial de Santos, 08/03/2017, p.3).

Todos esses equipamentos e programas se inserem dentro da tipificação dos serviços, ou seja, alta complexidade.

4.1.5 QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA CIDADÃOS DA PSR

Atualmente o município de Santos desenvolve o Programa Fênix, um programa social de preparação para o mundo do trabalho e incentivo à colocação profissional. Com o objetivo de recuperação da autonomia, autoestima e dos direitos dos cidadãos para esses sujeitos sociais, é um programa voltado para pessoas de 18 a 65 anos em situação de rua ou vulnerabilidade social. Os assistidos acolhidos num dos equipamentos da Assistência Social exercem qualificação profissional e atividade em empresas associadas, recebem um benefício no valor de um salário-mínimo com vigência de 12 meses, prorrogável por mais 6 meses, além de seguro, cesta básica e vale transporte (SANTOS, 2023, online).

Além do acolhimento, a pessoa em situação de rua ainda pode participar de ações que visam capacitá-la e ajudar a retomar a vida em sociedade. É o que faz o programa Fênix, da Coordenadoria de Desenvolvimento Social (Codeso). Ele oferece diferentes oportunidades, como qualificação e incentivo à colocação profissional através de cursos e noções de cidadania e legislação. São 300 vagas destinadas a pessoas atendidas pelos serviços socioassistenciais, como os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e unidades de acolhimento institucional, sempre com prioridade para a população em situação de rua (SANTOS, 2023, online).

A Coordenadoria de Desenvolvimento Social (CODESO), subordinada à Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDS) também desenvolve cursos de qualificação através do Programa de Qualificação de Jovens Novo Rumo instituído pela lei nº 2.988, de 16 de maio de 2014, com a seguinte redação:

Art. 1º Fica instituído no Município de Santos o Programa de Qualificação de Jovens “Novo Rumo” - Programa Novo Rumo, que tem como objetivos estimular a inserção socioeconômica, valorizar as vocações ocupacionais, desenvolver a formação, a experimentação e a habilitação profissional no local de trabalho, bem como facilitar a reinserção na vida escolar e a continuidade dos estudos dos jovens (lei municipal 2988/2014, art. 1º).

O programa é destinado a famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, inclusive a população em situação de rua. Com oferta de cursos como barista, agente de turismo e outras, na Estação Bistrô Restaurante-Escola e qualificação no Museu do Café, jovens entre 18 e 29 anos recebem bolsa no valor de um salário-mínimo, vale-transporte e cesta-básica.

São diretrizes do Programa Novo Rumo:

- I – propiciar o resgate da cidadania aos jovens pertencentes às famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social, de acordo com o preconizado pela Política de Assistência Social;
- II – potencializar a integração e a possibilidade de transformar o beneficiário em protagonista juvenil em seu território;
- III – desenvolver atividades de caráter comunitário que melhorem a qualidade de vida e o sentimento de pertencer à sua comunidade;
- IV – propiciar aos jovens a complementação do ensino e da aprendizagem com programação didático-pedagógica, na linha de formação prática ou sob forma de ação comunitária (lei municipal 2988/2014, art. 3º).

Os alunos cursam disciplinas que os preparam para serem absorvidos pelo mercado de trabalho da região, com disciplinas de habilidades básicas de cozinha, metodologia atual para controle higiênico-sanitário dos alimentos, identificação de mercadorias, fundamentos dos serviços de restaurante e eventos, enologia e bebidas, fundamento de confeitaria e panificação, fundamentos da culinária no preparo de cozinha quente e fria, trabalho socioeducativo, conteúdo específico prático, matemática aplicada e inglês instrumental (SANTOS, 2023).

4.1.6. CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL DE OPERADORES SOCIAIS, PSICÓLOGOS E ASSISTENTES SOCIAIS

Para ampliar o atendimento da abordagem social e dos centros de referência, o município de Santos abriu processo seletivo em 2022 para a contratação emergencial de 30 operadores sociais, além de 10 assistentes sociais e 7 psicólogos clínicos, com o objetivo de suprir a demanda de cadastramento das populações em situação de vulnerabilidade social, através do edital nº 68/2022 (edital de processo seletivo Instituto Mais nº 68/2022).

A relação dos aprovados do edital nº 68/2022 foi divulgada no dia 29 de setembro de 2023, aguardando publicação do resultado final e convocação para posse no Diário Oficial de Santos (edital de divulgação de resultado Instituto Mais nº 68/2022).

São atribuições do cargo de operador social:

Atuar diretamente com crianças, adolescentes, adultos, idosos e suas famílias em situação de risco e vulnerabilidade social. Planejar, executar e acompanhar atividades socioeducativas junto à população atendida. Acompanhar e orientar os adolescentes com medidas socioeducativas. Realizar busca ativa de indivíduos e famílias por situação de vivência de rua ou não adesão aos atendimentos e atividades. Atuar como cuidador social nos serviços de acolhimento institucional ou centro-dia destinado às crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, com histórico de abandono, vivência de rua, vítimas de violência ou quadros de dependência ou limitações. Atuar como cuidador social junto às pessoas idosas e pessoas com deficiência em seus domicílios. Atuar em conformidade com as regulamentações pertinentes ao Sistema Único de Assistência Social – SUAS, nos diversos serviços socioassistenciais, com flexibilidade de horário (nas 24 horas do dia) e dias da semana.

Prestar informações sobre os atendidos e efetuar registros sobre as atividades diárias (INSTITUTO MAIS, 2023).

O preenchimento desses postos de trabalho impacta diretamente, de forma positiva, o cadastramento das pessoas de baixa renda no município, na linha da pobreza e GPTE em condição de alta vulnerabilidade social.

4.1.7. PROJETO REDUÇÃO DE DANOS: FORMAÇÃO E INCIDÊNCIA EM CAMPO PELA UNIFESP-BS

A UNIFESP-BS desenvolveu o Projeto “Redução de Danos e Incidência de Campo” qualificando o próprio usuário do serviço em um agente redutor de danos, com escuta qualificada, em razão da sua trajetória e vivência nas condições de vulnerabilidades sociais que se pretende eliminar nessas populações.

Além do curso de Redução de Danos realizado em 2018, que culminou na elaboração do Relatório Parcial da População em Situação de Rua em 2019 através de pesquisa censitária, promoveu no ano de 2023 nova jornada com a abertura de seleção de bolsista para o Centro Regional de Formação em Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos, através do edital nº 113/2023 (UNIFESP-BS, 2023, online).

Além dos cargos de apoio à gestão, tutores e comunicação, disponibilizou ainda 18 vagas para redutores de danos, sendo 5 indígenas para atuação em aldeia em Peruíbe/SP, e 13 para atuação em Santos, destes sendo 5 para equipe GAM, direcionando 05 bolsas de R\$900,00. As vagas são voltadas aos “membros da comunidade com atuação em Redução de Danos e/ou vivência de problemas com drogas e/ou situação de rua e/ou ser trabalhador do sexo” (UNIFESP-BS, 2013, p.2).

São atribuições do Redutor de Danos:

Compor a equipe executora da ação Redução de Danos: formação e incidência em campo do Centro Regional de Formação em Políticas Sobre Drogas e Direitos Humanos; Participar das reuniões de planejamento das ações semanais; Atuar nas ações de campo semanais; Participar da capacitação em redução de danos; Manter registros atualizados sobre as ações; Fazer a articulação com usuários e beneficiários de políticas públicas sociais de interface com a questão do uso de drogas; Contribuir com a produção de materiais informativos,

projetos de pesquisa vinculadas às ações e ajudar na disseminação das informações produzidas (UNIFESP-BS, 2023, p.2).

Essa pesquisa que envolveu visitas no Departamento de Políticas Públicas da Unifesp-BS e no curso de Redução de Danos identificou que o projeto desenvolvido pela Unifesp-BS no referido curso: qualifica operadores para tratamento humanizado, que poderão ser contratados emergencialmente via PROCAD-SUAS para atendimentos na abordagem social do GPTE ou em pesquisas censitárias; insere no mercado de trabalho pessoas em situação de rua, indígenas, trabalhadores do sexo entre outros; amplia o cadastramento das pessoas em situação de vulnerabilidade através da escuta qualificada; proporciona educação, trabalho, renda e dignidade a diversos atores numa mesma ação.

4.2 DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.2.1 CONSULTÓRIO NA RUA E SAÚDE MENTAL

No campo da saúde as equipes realizam atendimentos itinerantes às necessidades de saúde de pessoas em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas a Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços de Urgência e Emergências, entre outros.

Alicerçada nas ações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, e das diretrizes de funcionamento dos Consultórios na Rua, as equipes de profissionais atendem as pessoas em situação de rua, de acordo com os níveis de complexidade, dispensando os mesmos cuidados que para a população em geral, sendo que, na atenção primária principalmente, de forma itinerante, adotam a estratégia de cuidado pautada na redução dos danos e respeito às especificidades dessa população.

Através da Portaria nº 397, de 16 de março de 2020, houve a criação das Unidades de Saúde da Família em 2020, distinguindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) das Unidades de Saúde da Família (USF) pela existência de pelo menos uma equipe de Saúde de Família, com funcionamento mínimo de 40 horas semanais, 5 dias por semana e 12 meses por ano, composta por médico, enfermeiro e cirurgião-dentista. Seu objetivo foi ampliar a cobertura da Estratégia

Saúde da Família; o horário de funcionamento; o acesso às ações e serviços da atenção primária e o número de usuários das ações e serviços promovidos pela USF e UBS; e a partir daí reduzir os atendimentos de baixo risco nas unidades de pronto socorro e emergências hospitalares (Portaria MS 397/2020, online).

Em Santos as pessoas em situação de rua encontram equipes preparadas para suas especificidades nas UBSs Porto e Vila Nova, bairros que concentram maior número dessa população.

O Consultório na Rua, porta de entrada prioritária da população em situação de rua à Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), é um equipamento desenhado para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde; tem a equipe composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico de saúde bucal, conforme a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização do Consultório na Rua.

A Portaria GM/MS nº 3.088, de 3 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental tem como objetivo acolher e acompanhar o usuário que se utiliza de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, especialmente as pessoas em situação de rua, especialmente aquelas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Ocorre que em 2019, no governo do presidente Jair Messias Bolsonaro (gestão 2019-2022), foi editada a Lei 13.840, de 5 de junho de 2019, reafirmando as medidas em desacordo com a reforma psiquiátrica e com os cuidados pautados na redução de danos, ao caracterizar o acolhimento do usuário ou dependente de drogas em comunidades terapêuticas através da oferta por meio da abstinência e por períodos de 90 dias.

Tais medidas caminham na contramão dos avanços introduzidos pelas políticas de saúde do SUS ao longo dos últimos anos, e dos debates qualitativos introduzidos a partir do julgamento do caso *Damião Ximenes versus Brasil* pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CORTEIDH, 2006), pautando pelo modelo ostensivo e asilar.

No emblemático caso de condenação do Brasil, em 2005, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em decorrência da morte de um paciente com deficiência mental, em 4 de outubro de 1999, por maus tratos em casa de repouso no município de Guararapes, no Estado do Ceará, e do Brasil violar direitos humanos em razão da falta de resposta ao episódio. Um dos pontos resolutivos da sentença internacional é o desenvolvimento de um programa de capacitação dos profissionais da saúde e das pessoas vinculadas ao atendimento da saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental.

A prática de redução de danos adotada em Santos em 1989, que consolidou a Política Nacional de Atenção Integral em Saúde de Álcool e outras Drogas em 2003, e a estratégia de prevenção da Política Nacional de DST/Aids e a Política Nacional de Saúde Mental, pautada em direitos humanos, inicia um novo capítulo na atenção à saúde das pessoas em situação de rua no município.

Em Santos, em frente ao local que por décadas funcionou o hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, cujo fechamento revolucionou a saúde mental no Brasil e culminou com a reforma psiquiátrica e a criação das RAPS, foi inaugurado o CAPS-AD 34, anos depois tendo à frente o expoente nome: Roberto Tykanori Kinoshita.

Por meio do Decreto nº 863, de 03 de maio de 1989, a então prefeita Telma de Souza decretou a intervenção municipal no Casa de Saúde Anchieta, conhecida como Casa dos Horrores (decreto municipal nº 863/1989).

“Como todo manicômio, era assustador. Pessoas destruídas, maltrapilhas, de olhar perdido”, diz o psiquiatra interventor do hospital, Roberto Kinoshita. Segundo ele, o fechamento do local não se deu somente pelas condições desumanas, mas também pela nova proposta de trato com a saúde mental (G1, 2019, online).

Trinta e quatro anos depois, pelo Decreto nº 10.039, de 27 de abril de 2023, é inaugurado o Departamento de Saúde Mental e o CAPS-AD ZOI Centro de Atenção Psicossocial e Drogas Zona Orla e Intermediária.

O médico psiquiatra e interventor da Casa de Saúde Anchieta em 1989, Dr. Roberto Tykanori Kinoshita, e professor da UNIFESP, por meio da Portaria nº

2500-P-DEGEPAT/2023 de 24 de maio de 2023, foi nomeado o Chefe de Departamento de Saúde Mental de Santos (SANTOS, 2023; BOQNEWS, 2023).

Sua trajetória no município de São Paulo, junto ao Programa DBA e à Rede de Atenção Psicossocial com Leitos em Hospitais Gerais e acolhimento em CAPS III, mostrou seu posicionamento favorável à desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos e a importância das iniciativas de geração de trabalho e renda por meio do empreendedorismo solidário e cooperativas sociais, com apoio intersecretarial, por meio de trabalho formal, trabalho apoiado, iniciativas de cultura, esporte, lazer, arte, para fortalecer, integrar, ampliar, qualificar as experiências já realizadas para gerar continuidade de ações à população (KINOSHITA *et al*, 2017, 61).

O ponto em comum foi que para a população em vulnerabilidade social, a experiência em integrar Cooperativas poderia representar entre outros atributos o exercício pleno de cidadania, atribuindo-lhes o estatuto de Sujeito de Direitos além de lhes conferirem maior poder de contratualidade e protagonismo social. (...) as pessoas que usam drogas foram tratadas antes como pessoas, cidadãos, sem que fossem destituídas de seu poder de decidir sobre suas vidas. Também foi necessário conhecer as demandas e as necessidades dessas pessoas e reconhecer que o Estado deve encontrar meios para atender os direitos básicos de cidadania que elas haviam perdido (KINOSHITA *et al*, 2017, p. 62).

Segundo o autor, a alta vulnerabilidade social das pessoas que viviam na cena de uso de drogas em São Paulo, a partir do Programa DBA que combinou forte articulação das secretarias de saúde, direitos humanos, desenvolvimento, empreendedorismo, segurança, ampliou ações e se tornou referência internacional de política intersetorial com tomada de decisões e ações articuladamente. E mais:

Para garantir esse cuidado continuado houve, todo o tempo, um esforço articulado com muito protagonismo das coordenadorias regionais de saúde (CRS) e dos serviços de saúde nos territórios, envolvendo as UNBS, CAPS, CAPS Adulto, CAPS Infantil, NASF, redutores de danos, consultório na Rua, SAMU, pronto atendimentos (KINOSHITA *et al*, 2017, p. 64).

Atento tanto à população adulta quanto infantojuvenil da Saúde Mental, Dr. Roberto Kinoshita assume o Departamento de Saúde Mental que, de acordo com o artigo 18 do Decreto Municipal nº 10.039/2023, conta com CAPS-AD, Centro de Atenção Psicossocial e Drogas Zona Orla e Intermediária, RCH e

Morros I; CAPS-AD, Centro de Atenção Psicossocial e Drogas Zona Noroeste e Morros II; e CAPS-AD, Centro de Atenção Psicossocial e Drogas Infantojuvenil em proteção a crianças e jovens e cumprimento dos compromissos internacionais que o Brasil é signatário.

4.2.2 COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

No processo saúde-doença da população em situação de rua, além dos transtornos que envolvem o Departamento de Saúde Mental e os Centros de Atenção Psicossocial, há também as doenças infectocontagiosas.

O atendimento e tratamento relacionado a HIV/Aids, hepatites virais, sífilis, toxoplasmose e hanseníase é ofertado à população em situação de rua, no nível de atenção secundária da saúde, após a abordagem, exames, testagens diagnósticos realizados pela equipe do Consultório na Rua, porta de entrada do SUS para essa população de alta vulnerabilidade social.

4.2.3 GAM – GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

Em Santos são desenvolvidas pesquisas para inserção da Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM) nas unidades da Atenção Primária à Saúde.

Trata-se de uma estratégia que viabiliza a participação do usuário na tomada de decisão do seu tratamento.

A GAM, inspirada numa iniciativa em Quebec, em 1993 e desenvolvida no Brasil, a partir da mobilização de usuários portadores de transtornos mentais, gestores e trabalhadores de serviços de saúde mental, trabalhando a autonomia individual e coletiva e participação ativa dos usuários nas decisões sobre o uso ou não uso de medicação psiquiátrica (CARON; FEUERWERKER, 2019, p.16).

Nesse plano de compartilhamento em rede emergiam novos modos de existência que davam uma nova visibilidade ao dispositivo numa perspectiva que denominamos “redução de danos”, termo que tem sua origem no campo da atenção à saúde integral de pessoas que fazem uso abusivo ou danoso de álcool e outras drogas. As incursões com a proposta da GAM em um Caps Álcool e Drogas apontavam que a contração da grupalidade e o compartilhamento cogestivo produziam efeitos de uma rede de proteção com potencial de redução de danos e ampliação de autonomia na relação com o uso de substâncias psicoativas (Caron, 2019; CARON, FEUERWERKER, 2019, p.22).

“A cidade de Santos foi pioneira no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (...) em 2017, no contexto do Programa de Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista (Unifesp-BS), foi planejada a primeira proposta de disponibilização da estratégia GAM junto à Coordenação Municipal de saúde mental.” (SURJUS, *et al*; 2020, p. 125)

Com o objetivo de sistematização dos conhecimentos produzidos a partir da estratégia GAM nasceu o Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação envolvendo naquela ocasião 22 Universidades Federais, Estaduais e Privadas do Brasil e do exterior, a ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental, e gestões públicas de saúde (SURJUS, *et al*, 2020, p.126).

Em Santos a Política Municipal de Medicamentos está prevista na Lei nº 2.075, de 13 de dezembro de 2002, que estabelece formular e efetivar um programa de assistência farmacêutica nos serviços públicos de saúde com a participação de entidades organizadas mediante critérios de natureza epidemiológica; e ainda, um programa de uso racional de medicamentos, por meio de educação permanente dos consumidores e da capacitação e desenvolvimento de recursos humanos dos serviços municipais de saúde (lei municipal nº 2075/2002, art.3º).

A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos (GUIA GAM, 2014, p.6).

Muito recentemente, em julho de 2023, a Plenária Deliberativa da 17ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a moção 49 a favor de condições dignas e humanizadas de tratamento e cuidado em Saúde Mental, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, através da criação e ampliação dos Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento, financiados pelo SUS, estratégias promotoras de saúde, particularmente às pessoas que vivem processos de sofrimento psíquico (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023, online).

E nessa mesma esteira resultou a Resolução CSN nº 719, de 17 de agosto de 2023, já como resultado da 17ª Conferência Nacional de Saúde, visando a formulação de políticas públicas em cumprimento ao papel democrático de controle social, aprovou a diretriz sob nº 18:

18 - Fortalecer a luta antimanicomial e garantir condições objetivas e psicossociais de participação ativa das pessoas usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Controle Social e na Gestão Autônoma de Medicação (GAM), bem como nas políticas de assistência social de saúde e educação, de forma a fortalecer as especificações regionais adquirindo benefícios e qualidade de vida e de saúde física e mental (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023, item 18).

No campo da saúde mental das pessoas em situação de rua, visando o controle de consumo de psicofármacos, a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma ferramenta de autocuidado no uso dos medicamentos e seus efeitos visando a redução de danos através da educação e conhecimento compartilhado.

4.3 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A análise das atas do Conselho Municipal de Saúde de Santos, desde o início da pandemia da Covid-19, demonstrou que a população em situação de rua foi mencionada na Plenária de 29/03/2023 em episódio sobre banheiros públicos:

“os moradores de rua que transitam e “moram” na região do bairro do Mercado, que além de outras carências, não conseguem ter privacidade e dignidade das suas necessidades básicas atendidas, tendo em vista não terem banheiros disponíveis para seu uso” (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022, item 3).

Foi deliberado o encaminhamento ao secretário da SEDS de “ofício solicitando a implantação de banheiros públicos, tratando o assunto não só de responsabilidade pública, como também pelo seu aspecto social” (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022, item 3).

A população em situação de rua ou o equipamento do serviço de saúde específico dessa população, Consultório na Rua, não foram inseridos ou não encontraram espaço na pauta de assuntos do Conselho Municipal de Saúde, ao

menos após a declaração de emergência sanitária global pela doença da Covid-19.

4.4 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, na 345ª reunião ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de agosto de 2023, homologou a Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023, resultado da 17ª Conferência Nacional de Saúde, visando a formulação de políticas públicas; e em cumprimento ao papel democrático de controle social, aprovou algumas diretrizes.

O fortalecimento do papel do Controle Social e dos movimentos sociais e a construção de estratégias para dar efetividade aos resultados e resoluções das Conferências de Saúde é a diretriz 18, no eixo 2 do papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas.

A proposta nº 53 do Eixo 4 - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas, postula o censo nacional da PSR:

53 - Garantir a realização do Censo Nacional da Pessoa em Situação de Rua (PSR) e os meios legais para assegurar sua permanência e periodicidade, considerando que o levantamento dos dados e indicadores acerca da realidade nas ruas, são centrais para a construção, implementação e qualificação da política pública de saúde para e com a PSR. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023, Eixo 4, item 53)

Outras propostas abarcam a população em situação de rua como o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, do Consultório na Rua, unidades de acolhimento e equipes de redução de danos na abordagem de rua (dia e noite), equipe multiprofissional com a presença de médico psiquiatra para acompanhamento da pessoa usuária do Rede de Atenção Psicossocial, ampliação do financiamento do Consultório na Rua, nos Eixos 1 – o Brasil que queremos, e no Eixo 3 - garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia, propostas nº 87, 152, 153, 158, 159 entre outras.

4.5 BOAS PRÁTICAS DA MUSICOTERAPIA E CLÍNICA-ESCOLA AOS AUTISTAS

A musicoterapia, assim como a arteterapia, biodança e outras técnicas utilizadas como método terapêutico, inicialmente foi incluída na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) e em 2017 passou a integrar a Política Nacional

de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC), de acordo com a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, assim descrevendo as referidas técnicas:

DESCRIÇÃO

ARTETERAPIA

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida. A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo.

Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do indivíduo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, por meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas.

MUSICOTERAPIA

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida.

A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais. (Portaria MS nº 849/2017, anexo)

Segundo pesquisa realizada no programa de pós-graduação stricto-senso da Universidade Santa Cecília, sob o título “a musicoterapia no tratamento do transtorno do espectro autista: sua incorporação incipiente como prática integrativa”, desenvolvida pelo pesquisador Gabriel Geovany da Silva Cesar, sob a orientação da Professora Doutora Amélia Cohn, os sons provocam sensações ligadas ao afeto que contribuem para que os indivíduos fortaleçam suas relações e sintam pertencidos a determinados grupos e meios sociais (CESAR, 2022, p. 47).

Relacionada a musicoterapia a uma função educativa, voltada ao desenvolvimento funcional, motor e mental dos indivíduos é um tipo de intervenção com escopo na prevenção ou restauração de funções e potenciais dos indivíduos, os usuários tornam-se sujeitos participantes sendo peças fundamentais no processo; auxiliando os autistas em diversas áreas, como na interação social, representa um papel muito importante enquanto tratamento alternativo não farmacológico (CESAR, 2022, p. 48).

Utilizada como prática preventiva e curativa, proporciona estado de equilíbrio entre corpo, mente e música, sendo utilizada na Segunda Guerra Mundial, incorporada no tratamento de militares, como reabilitação nos centros de psiquiátricos na recuperação de soldados nos Estados Unidos e na América Latina como tratamento da poliomielite nos indivíduos com depressão pós-poliomielite (CESAR, 2022, p. 41).

Na mesma esteira, pesquisa desenvolvida sob o título “Direitos da população com transtornos do espectro autista: articulação da rede intersetorial no Sistema Único de Saúde”, também concebida no programa de mestrado da Universidade Santa Cecília, pela pesquisadora Thamyres Silvério Figueiredo, sob a orientação da Professora Doutora Amélia Cohn, abordou as atividades desenvolvidas e bem-sucedidas na reabilitação psicossocial desses usuários na Clínica-Escola do Autista de Santos, que servem de modelo de promoção e articulação em rede a ser reproduzidos para outros agravos.

Ao conciliar diversas frentes de atendimento para prestar um cuidado de excelência aos autistas, utiliza de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sob o caráter universal, multidisciplinar e orientador das diretrizes de cuidado do SUS

por meio de intervenções interdisciplinares especializadas e recomendadas no cuidado integral do autismo, tais como, a psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, educação física, musicoterapia, nutrição, equoterapia, hidroterapia, psiquiatria, odontologia, psicopedagogia, entre outras (FIGUEIREDO, 2022, p. 49).

Cada agente exerce papel fundamental no oferecimento da saúde, da qualidade de vida e no desenvolvimento dos projetos, com uma equipe interdisciplinar que atende as principais terapias de intervenção e com apoio de órgãos públicos do município e da iniciativa privada (FIGUEIREDO, 2022, p. 68, 71).

As ações e modelos desenvolvidas aos autistas e pessoas com deficiência em Santos também se enquadram nos agravos sofridos pelas pessoas em situação de rua frente às especificidades e vulnerabilidades que se sujeitam.

Os determinantes sociais e ambientais que as pessoas em situação de rua estão expostas devido a privação de sono, alimentação inadequada, separações, traumas, estupro, outras violências sexuais, violência policial com perda de pertences, da confiança nas instituições e esperança, violência urbana desconfiando dos demais indivíduos, retirada dos filhos, perda da dignidade, dificuldade de cuidado, perda de referência espacial e temporal, uso abusivo de substâncias psicoativas, entre outros, tornam esses indivíduos elegíveis às práticas integrativas aplicáveis a demais usuários do SUS.

Nesse contexto, as articulações, projetos e políticas públicas voltadas às pessoas em situação de rua em Santos através do Programa Novo Olhar, Novo Rumo, CIAMP-Rua, Centro Pop, Serviços de Acolhimento, Consultório na Rua, demais serviços da saúde, programas de qualificação, projetos culturais, educacionais ou de empreendedorismo solidário, a realização de processo seletivo para preenchimento de vagas que auxiliarão na abordagem da PSR, assim como a atuação da academia no desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão, bem como as pessoas em situação de rua, ou com trajetória de rua, participando das reuniões, conselhos e assembleias, realizando o controle social

e ocupando os assentos decisórios das políticas públicas voltadas a essa população são caminhos que vem sendo percorridos no município de Santos.

Novas técnicas terapêuticas como musicoterapia, arteterapia e outras, assim como a estratégia da Clínica-Escola são boas práticas que vêm sendo utilizadas em Santos que deveriam estar à disposição das pessoas em situação de rua visando a recuperação de seus traumas que os levaram a situação de rua e da autonomia, mediante atendimento humanizado e pautado no respeito ao indivíduo, na construção de vínculos e reinserção na vida em sociedade.

Essas boas práticas caminham para a consagração das garantias dos direitos de cidadania a essas pessoas com altas vulnerabilidades, vítimas de violências históricas perpetradas pela sociedade civil, agentes públicos, gestores e autoridades, conferindo o acesso à saúde como um direito de todos, e um dever do Estado, conforme preconizado no artigo 196 da Constituição Federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Promover a saúde e prevenir as doenças das pessoas vulnerabilizadas e que são submetidas a iniquidades e violações históricas requer o esforço não apenas dos profissionais da saúde.

A conquista da saúde como direito, ofertando os serviços do SUS à população em situação de rua, conclama à intersetorialidade e à transversalidade entre setores e serviços públicos, com o constante diálogo dos diversos atores envolvidos, tanto na esfera governamental como para além dela.

Na pesquisa desenvolvida foi demonstrado que para reduzir as desigualdades sociais e ofertar direitos de cidadania às pessoas em situação de rua é fundamental criar ações e modelos específicos para essa população que apresenta inúmeras especificidades, e que respondam na medida de suas complexidades.

Mensurar os condicionantes de vida e saúde das pessoas vulnerabilizadas e estruturar os determinantes sociais que afetam a vida dessas pessoas é o papel do gestor público.

Para a implementação dessas políticas públicas estruturantes é essencial a atualização da base de dados dos usuários dos serviços públicos a respeito das suas condições de saúde, moradia, educação, família, idade, sexo, direitos reprodutivos, oportunidade de trabalho, segurança, mobilidade urbana, acesso aos serviços, segurança alimentar, saneamento, higiene, descanso, entre outras.

As soluções idealizadas de forma inadequada ou mal dimensionadas padecerão do fracasso pela falta de informações abrangentes e atualizadas.

A implementação de políticas sociais voltadas às pessoas em situação de rua, o adequado planejamento dos recursos que serão manejados e o enfrentamento das desigualdades sociais só serão factíveis com os cadastros atualizados dessas populações.

As ferramentas e as bases de dados dessas populações presentes nos programas federais, apresentadas na pesquisa, evidenciam a importância da atualização do cadastramento dessas populações mais vulneráveis, e desafiam os agentes públicos por soluções simultaneamente imediatas e duradouras.

O *gap* existente entre as pessoas cadastradas e aquelas ainda invisibilizadas, ou seja, desamparadas da proteção estatal e dos programas e benefícios de transferência de renda, revela o esforço ainda insuficiente dos agentes públicos em alcançar essas populações.

Para a ampliação cadastral da população com altas vulnerabilidades a Portaria do Ministério da Cidadania sob nº 810, de 14 de setembro de 2022, estabeleceu a revisão da base de dados do Cadastro Único e o cadastramento diferenciado para os Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos como pessoas em situação de rua, indígenas, ribeirinhos, quilombolas, coletores de material reciclável, egressos do sistema prisional, entre outros.

Mais de uma década após a edição do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua, devido à discreta adesão dos municípios brasileiros, a frequente omissão estatal às violações dos direitos de cidadania e a dificuldade dos municípios em ofertar serviços de saúde a essa população surgiu a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 976, em trâmite no Supremo Tribunal Federal, determinando em Referendo do Pleno da liminar deferida em Medida Cautelar, o prazo de 120 (cento e vinte) dias para os entes federativos adotarem as medidas necessárias para a implementação dessa política, e assim enfrentar o potencial estado de coisas inconstitucional.

O município de Santos aderiu à Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua instituída pelo Decreto Federal nº 7.053/2009, e estruturou as três principais políticas públicas federais: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop); Comitê gestor intersetorial de acompanhamento e monitoramento do plano municipal para garantia das pessoas em situação de rua (Ciamp-Rua); e montou a equipe multiprofissional do Consultório na Rua, vinculado à UBS Porto que concentra grande parte dessa população geograficamente.

Segundo o Cadastro Único, coordenado e realizado pelo programa social de transferência de renda, a estimativa da população integrante do GPTE de Santos é de 1603 pessoas, sendo 1394 delas vivendo em situação de rua. No

último censo dessa população, realizado pelo município de Santos em 2019, eram de 868 pessoas.

A pesquisa demonstrou que o município de Santos realiza o acompanhamento e o monitoramento das políticas públicas com a participação e controle social da sociedade organizada e com as próprias pessoas com trajetória de situação de vida nas ruas, com sua presença nas reuniões e nos conselhos municipais.

Estruturado o município de Santos com as três principais políticas públicas federais para as pessoas em situação de rua citadas acima, ele apresenta condições para desenvolver a função de planejamento de atendimento social e da gestão dos serviços do Centro-Pop, Ciamp-Rua e Consultório na Rua junto ao Conselho de Desenvolvimento dos nove municípios integrantes da Região Metropolitana da Baixada Santista, vez que acolhe pessoas originárias de outros municípios da região.

Santos foi o segundo município do Estado de São Paulo a criar o Ciamp-Rua aderindo efetivamente à Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua, tornando-se assim apto a receber o Projeto Moradia Primeiro, instituído pela Portaria do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de nº 2.927, de 26 de agosto de 2021, inspirado no programa *Housing First* proposto pela União Europeia.

Outros achados contribuem como boas práticas desenvolvidas em Santos através de programas e projetos desenvolvidos pelo município, academia e sociedade civil organizada, como o projeto Fênix de qualificação profissional, curso de redução de danos, geração de postos de trabalho em parceria com a iniciativa privada, além de outras atividades desenvolvidas visando a reinserção desses indivíduos no mercado de trabalho e a recuperação da sua dignidade.

Em que pese exista o amparo legal a nível nacional, estadual e municipal, evidencia-se que ainda há dificuldade de montar boas práticas com maior permanência, dado ainda constituírem seguindo a tradição brasileira na área das políticas públicas de corte social, programas de governo e não políticas de Estado, ficando assim suscetíveis a interrupções, ausência de verba específica, sofrendo, portanto, descontinuidades a cada alternância de governos.

O município de Santos, na década de 1980, com estratégias inovadoras, ampliou a oferta dos serviços de saúde e melhorou a adesão dos usuários aos serviços de saúde, inspirando as Políticas Nacionais de Combate ao Álcool e Drogas e de Saúde Mental.

O município conta com a Universidade Santa Cecília, que integra a UNAI (Associação de Impacto Acadêmico, ligado à ONU), que realizou em outubro de 2023 a 5ª edição do Congresso Internacional de Direito da Saúde, estimulando a produção e disseminando o conhecimento nas dimensões econômica, social e ambiental nos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis e 169 metas para a redução das vulnerabilidades sociais.

Os gestores públicos encontram na Unisanta a política de promoção e garantia dos valores democráticos, de equidade, desenvolvimento humano, social, cultural por meio da troca de conhecimento, pesquisa e soluções alinhadas aos objetivos da Organização das Nações Unidas, como a erradicação da pobreza, cidadania global, direitos humanos, sustentabilidade e outros.

A conquista da saúde como um direito de cidadania para as pessoas em situação de rua somente será possível quando esses usuários recuperarem sua autonomia.

Para a conquista dessa autonomia é necessária a estruturação das equipes de abordagem, através da valorização e capacitação dos profissionais da linha de frente que acabam sendo absorvidos pelo mercado e resistem a integrar as equipes dos serviços públicos de saúde, aí inclusos os serviços dos programas para as pessoas em situação de rua.

A literatura sobre as experiências de políticas e programas voltados às pessoas em situação de rua, e a aqui realizada, mostram que as orientações do autocuidado e as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças para esse segmento social são efetivamente acatadas quando compartilhadas e ofertadas com atendimento humanizado. Dessa forma, revelam-se necessárias estratégias inovadoras como: a atuação pelas próprias pessoas com trajetória de rua nas equipes da linha de frente dos serviços, por compreendem a extensão dos desafios a que estão submetidos, voz que ecoa do líder do Movimento Nacional da Pessoa em Situação de Rua; e igualmente, boas práticas como a

utilização das artes cênicas e da musicoterapia como práticas preventivas e curativas; e ainda a experiência da Clínica-Escola desenvolvida junto a pessoas autistas como ações de promoção da saúde.

Na esteira dos ideais da reforma sanitária que a inspiraram, é essencial que haja a participação do próprio movimento das pessoas em situação de rua nos assentos de decisão das reuniões, assembleias, conselhos e, principalmente, nos próprios serviços. E mais, que os serviços sejam alicerçados nos direitos humanos; daí a importância da prática do atendimento humanizado e orientado pela diretriz da redução de danos.

Todo o arcabouço da maior política pública do Brasil, o SUS, idealizado e concretizado sob a lógica do usuário, e não do serviço, conclama à universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde do usuário. A conquista do direito à saúde só será efetivada quando ofertada às pessoas em situação de rua, com participação dos usuários e voltada aos usuários com trajetória de vida nas ruas, respeitando a liberdade desses indivíduos e eliminando barreiras históricas que os relegam à margem da sociedade.

Qualificar, capacitar, remunerar, estruturar e inserir a pessoa em situação de rua nas equipes de profissionais da Abordagem Social e dos Consultório na Rua, transformando-a de indivíduo invisibilizado a agente comunitário redutor de danos, com escuta qualificada e tratamento humanizado; ampliar o cadastramento das populações de baixa renda, especialmente os Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos; utilizar estratégias inovadoras como a arte e a musicoterapia na abordagem e *expertise* das Clínicas-Escolas são o caminho que aponta para a conquista da saúde como direito universal de cidadania e para enfrentar de modo efetivo as desigualdades sociais e de saúde que atingem sobretudo os mais pobres no Brasil.

“Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração deste modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro, é a promoção da saúde, e não da doença. O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no

cotidiano das pessoas e como eu posso interferir para torná-las mais saudáveis”. Sérgio Arouca¹

¹ BRASIL Ministério da Saúde. Subsídios para Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental, 2009. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/subsidios_construcao_politica_saude_ambiental.pdf Acesso 28 out. 2023

REFERÊNCIAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Pública. **Uso da cloroquina na pandemia: uma autonomia injustificável para corroborar uma prática política lamentável.** *Ágora Abrasco* de Outubro 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/autonomia-injustificavel-pratica-politica-medica/62739/>. Acesso em 19 ago. 2023.

ABREU, D; OLIVEIRA, W. F. **De Consultório de Rua para Consultório na Rua: a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v. 13, n.37, p.182-203, 2021. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80482/48000>. Acesso em 7 out. 2023

ACERVO CASA DE OSWALDO CRUZ. **Oswaldo Cruz 150 anos. Bibliografia. Vida Pessoal e Trajetória Científica.** 2023. Disponível em: <https://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/biografia/trajetoria-cientifica/nadiretoria-geral-de-saude-publica/reforma-pereira-passos>. Acesso em 28 ago. 2023.

ALÉCIO, D; FACHIN, Z. **Pessoa em situação de rua e o direito a identidade: exclusão como processo de coisificação do ser humano.** *In: Direitos Humanos e Construção da Democracia.* Org. FACHIN, Z *et al.* Londrina, 2020, Toth. pag.489-509. ISBN 978-65-86300-81-9.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**, 1986. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008. (Cap. IV, Direitos a prestação em sentido estrito, p. 499-519) ISBN 978-85-7420-872-5

ALMEIDA, A. V. B.; NUNES, M. M.. **Breves apontamentos sobre a tutela jurídica da população em situação de rua.** *In: Defensoria pública: estudos sobre atuação e função.* Coord. Passadore, B. A. *et al.* Juruá, 2017, p. 299-322.

ALMEIDA, P. F. de . *et al.*. **Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde.** *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.

ALVES, Ygor Diego Delgado, Pereira, Pedro Paulo Gomes e Peres, Paulo Sergio. **Nascimento, vida e morte de uma política pública: uma etnografia do programa De Braços Abertos.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 3 [Acessado 24 Agosto 2023], e00213918. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00213918>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213918>.

ARPEN-SP. ASSOCIAÇÃO DOS REGISTRADORES DE PESSOAS NATURAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Prefeitura de Santos. Equipes se preparam para o 1º mutirão de Atendimento à População em Situação de Rua em Santos.** Online 07 jun. 2023. Disponível em: <https://www.arpensp.org.br/noticia/prefeitura-de-santos-equipes-se-preparam-para-o-1-mutirao-de-atendimento-a-populacao-em-situacao-de-rua-em-santos> Acesso em 18 set. 2023.

BARATA, R. B. et al.. **Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo**. Saúde e Sociedade, v. 24, p. 219–232, abr. 2015.

BARBOSA, A. S.. **(Não) Acesso à saúde das pessoas em situação de rua que usam substâncias psicoativas**. In: Pessoas em situação de rua. Invisibilidade, preconceitos e direitos. Org. VIEIRA; CARDIN. Brasília, 2018, Zakarewicz. pag.45-61. ISBN 978-85-94232-01-4.

BARCZAK, N. N.; VIEIRA, T. R.; ARGONIZO, L. F. C.. **Pessoa em situação de rua: aspectos sociais**. In: Pessoas em situação de rua. Invisibilidade, preconceitos e direitos. Org. VIEIRA; CARDIN. Brasília, 2018, Zakarewicz. pag.81-100. ISBN 978-85-94232-01-4.

BARRETO, L., Lima Barreto: Obra reunida. 2021, ISBN 9788520943533

BARRETO, M. L.. **O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 2, p. 329–338, abr. 2004.

BARRETO, M. L.. **Por uma epidemiologia da saúde coletiva**. Rev. Bras. Epidemiol., v. 1, n. 2, p. 104-130, 1998.

BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro, Zahar, 2004, p. 70.

BERNAL, F. C. et al. **Alma-Ata: a relevância de determinantes socioeconômicos para a Atenção Primária** In: XII Encontro Nacional de Pós-graduação, Instituto Superior de Educação Santa Cecília, 2023, nº 1, v. 7, p. 244-248.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**, 1992. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. ISBN 10:85-352-1561-1

BOQNEWS. **Inauguração do CAPS-AD representa nova etapa da Saúde Mental em Santos**. Poder Público. Online 27 abr. 2023. Disponível em <https://www.boqnews.com/cidades/o-que-caps-ad-saude-mental/#:~:text=Fernando%20De%20Maria-,Local,por%20um%20profissional%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em 1 out. 2023.

BOSCHEMEIER, Ana Gretel Echazú et al (Orgs). **Pontes e Ruas de Pluralidade Epistêmica: relatos, etnografias e traduções no enfrentamento da covi-19 com comunidades e movimentos sociais**. Online Mossoró, RN. Edições UERN: Áporo Editorial, 2022 ISBN: 978-85-7621-322-2 (E-book). Acesso set. 2023.

BOUSQUAT, A. **Sistema Único de Saúde**. In: Rossi L. Poltronieri, F. (org.) Tratado de Nutrição e Dietoterapia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p. 623-630.

BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. E.. **Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 9, p. 1935–1943, set. 2006.

BOUSQUAT, A; AKERMAN, M; MENDES, A.; LOUVISON, M.; FRAZÃO, P; NARVANI, P. **Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca.** Revista USP. Dossiê Saúde Pública. São Paulo, jan/fev/mar 2021. P.20-26.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso 03 ago. 2023.

_____. Constituição Federal. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em 25 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Decreto nº 2.848, 07 de dezembro de 1940. **Código Penal.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm Acesso em 18 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm Acesso em 12 set. 2023.

_____. Congresso Nacional. Decreto nº 11.016, de 29 de março de 2022. **Regulamenta o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, instituído pelo art. 6º-F da Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11016.htm Acesso em 08 set. 2023.

_____. Congresso Nacional. Decreto nº 11.472, de 6 de abril de 2023. **Altera o Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019, que dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11472.htm Acesso em 08 set. 2023.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 10.261, 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.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso 19 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. **Regulamenta os artigos 182 e 183 da Constituição Federal, estabelecendo diretrizes gerais da política urbana.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm Acesso em 08 set. 2023.

_____. Congresso Nacional. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional.** Disponível em

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm
Acesso em 25 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm Acesso 18 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação e dá outras providências.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso 19 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Decreto nº 9.834, de 12 de junho de 2019. **Institui o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-022/2019/decreto/d9834.htm Acesso em 25 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019. **Dispõe sobre o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9894.htm Acesso em 08 set. 2023.

_____. Congresso Nacional. **Lei nº 1830, 16 de dezembro de 1830.** Manda executar o Código Criminal do Império. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm Acesso em 18 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso 03 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso 03 ago. 2023.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a Organização da Assistência Social.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm Acesso em 08 set. 2023.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 14.489, de 21 de dezembro de 2022. **Altera a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 (estatuto da Cidade), para vedar o emprego de técnicas construtivas hostis em espaços livres de uso público – Lei Padre Julio Lancelotti.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14489.htm Acesso em 08 set. 2023.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023. **Institui o Programa Bolsa Família.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14601.htm Acesso em 08 set. 2023.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 14.663, de 28 de agosto de 2023. **Define o valor do salário-mínimo a partir de 1º de maio de 2023; estabelece a política de valorização permanente do salário-mínimo a vigorar a partir de janeiro de 2024.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14601.htm Acesso em 08 set. 2023.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS/MDS nº 96, de 15 de fevereiro de 2023. **Aprova o Programa de Fortalecimento Emergencial do Atendimento do Cadastro Único no Sistema Único de Assistência Social (PROCAD-SUAS),** Disponível em <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/cnas-publica-resolucao-que-cria-o-programa-de-fortalecimento-emergencial-do-atendimento-do-cadastro-unico/RESOLUOCNASMDSN96DE15DEFEVEREIRODE2023.pdf> Acesso em 08 set. 2023.

_____. Conselho Nacional de Direitos Humanos. **Relatório Colegiado e Participação Social. Impactos do Decreto nº 9.759/2019.** Ago. 2019 Disponível em https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Relatorio_ColegiadoeParticipaoSocial_ImpactosdoDecreton9759_2019_05092019.pdf. e https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy3_of_Relatorio_ColegiadoeParticipaoSocial_ImpactosdoDecreton9759_2019_VersoResumida.pdf Acesso set. 2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023. Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3120-resolucao-n-719-de-17-de-agosto-de-2023>. Acesso 03 out. 2023

_____. Ministério da Cidadania. Portaria MC nº 773, de 5 de maio de 2022. **Aprova os instrumentos para adesão dos municípios e estados ao Programa Auxílio Brasil e ao Cadastro Único.** Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mc-n-773-de-5-de-maio-de-2022-398319845> Acesso em 12 set. 2023. (b)

_____. Ministério da Cidadania. Portaria nº 810, de 14 de setembro de 2022. **Define procedimentos para a gestão, operacionalização, cessão e utilização dos dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências.** Disponível em <https://www.gov.br/mds/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/portaria/portaria-mc-no-810-de-14-de-setembro-de-2022.html>. Acesso em 08 set. 2023. (c)

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Portaria nº 2.927, de 26 de agosto de 2021. Institui o Projeto Moradia Primeiro no âmbito do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.**

Disponível em <https://portal.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.927-de-26-de-agosto-de-2021-341038468> Acesso em 23 set. 2023. (...)

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **É possível Housing First no Brasil? A experiência de moradia para a população em situação de rua na Europa e Brasil, Brasília, 2019. MMFDH. ISBN: 978-65.81067-04-5 e-book.** Disponível em https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/DHUM0117_21x26cm_WEB4Pg.Separadas.pdf Acesso em 18 set. 2023 (b)

_____. Ministério da Saúde. Notícias. **Brasil chega a marca de 700 mil mortes por Covid-19.** Março 2023. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marca-de-700-mil-mortes-por-covid-19> Acesso em 05 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Estabelece Norma Operacional Básica – SUS 01/93.** Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html Acesso em 05 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. **Aprova a NOB 01/96.** Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html Acesso em 05 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em 05 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes Consultório na Rua.** Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html Acesso em 20 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em 08 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/17/primeiroinforme_tecnico-do-plano_19_01_21_miolo-1.pdf Acesso em 07 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 325ª Reunião Ordinária do CNS. Item 4 da pauta. Conhecer e apreciar a estratégia e o trabalho dos Consultório na Rua e de Rua.** https://conselho.saude.gov.br/images/Atas_e_Resumo_Executivo/atas/2020/Ata_da_326_RO.pdf. Acesso em 23 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 326ª Reunião Ordinária**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/atas-cns?id=1072> Acesso em 29 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, 1998b. 39p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. NOAS – SUS 01/01**. Brasília, 2001c. 114p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998a. 369p. 11.

_____. Ministério da Saúde; LEITE, L.P.. **Caminhos da cidadania. Em Santos, aids e saúde mental se unem para levar atendimentos àqueles que não acessam o serviço tradicional do SUS**. Dez anos de respostas positivas, Revista PositHIVa, 2012, pag. 18-23. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/resposta_2012.pdf Acesso em 19 set. 2023

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Cadastramento de pessoas em situação de rua no Cadastro Único. Informe Cadastro Único. MDS, n. 7, 6 jun. 2009**. Disponível em https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Cadastro_Unico/Informes/2023/Informe_Cadastro_Unico_N_7.pdf Acesso em 12 set. 2023

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadastro Único para Programas Sociais. Formulário principal de cadastramento. MDS, 2009**. Disponível em https://wpp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/formulario_cadastro_unico_brasil.pdf Acesso em 12 set. 2023

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009. **Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf Acesso em 12 set. 2023

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS**. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf Acesso em 12 set. 2023

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadastramento diferenciado. Diversidade no Cadastro Único – Respeitar e Incluir. Brasília, DF; MDS, Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, 2014**. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Cadernos/Diversidade_CadUnico.pdf Acesso em 12 set. 2023

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Guia de cadastramento de pessoa em situação de rua. Cadastro Único para programas sociais. Brasília, DF; MDS, Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, 2015.** Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro_unico/_Guia_Cadastramento_de_Pessoas_em_Situacao_de_Rua.pdf Acesso em 12 set. 2023

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Portaria MDS nº 864, de 2 de março de 2023. **Estabelece os processos de averiguação cadastral e de Revisão Cadastral.** Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mds-n-864-de-2-de-marco-de-2023-467502608> Acesso em 08 set. 2023.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Instrução Normativa Conjunta SAGICAD/SENARC/SNAS/MDS nº 2, de 6 de março de 2023. **Define procedimentos operacionais, o cronograma e as repercussões nos programas sociais relativos à Ação de Qualificação do Cadastro Único de 2023, que engloba os processos de averiguação cadastral de renda, Averiguação Cadastral Unipessoal e Revisão Cadastral voltados para as famílias e pessoas inscritas no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal e dá outras providências.** Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-conjunta-sagicad/senarc/snas/mds-n-2-de-6-de-marco-de-2023-468474205> Acesso em 08 set. 2023. (b)

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Instrução Normativa Conjunta SAGICAD/SENARC/SNAS/MDS nº 3, de 12 de abril de 2023. **Altera o cronograma de repercussões nos programas sociais relativos à Ação de Qualificação do Cadastro Único de 2023, que engloba os processos de averiguação cadastral de renda, Averiguação Cadastral Unipessoal e Revisão Cadastral voltados para as famílias e pessoas inscritas no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal e dá outras providências.** Disponível em <http://blog.mds.gov.br/redesuas/instrucao-normativa-conjunta-sagicad-senarc-snas-mds-no-3-de-12-de-abril-de-2023/>. Acesso em 08 set. 2023.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Instrução Normativa Conjunta SAGICAD/SENARC/SNAS/MDS nº 4, de 14 de junho de 2023. **Estabelece procedimento de inclusão e atualização cadastral de famílias unipessoal no Cadastro Único.** Disponível em https://mds.gov.br/webarquivos/legislacao/cadastro_unico/instrucoesnormativas/2023/IN%20Orientações%20UNI.pdf. Acesso em 08 set. 2023.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Programa de Fortalecimento Emergencial do Atendimento do Cadastro Único no Sistema Único de Assistência Social (PROCAD-SUAS), 2023.** Disponível em http://www.mds.gov.br/webarquivos/pecas_publicitarias/cadastro_unico/PROCA_DSUAS-Orientação%20Cadastro%20Único_FINAL.pdf Acesso em 12 set. 2023

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instrução Operacional Conjunta nº 18/SENARC/SNAS/SESEP/MDS, de 20 de dezembro de 2012. **Orienta os estados sobre parcerias com órgãos públicos para realização de busca ativa.** Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/instrucoes_operacionais/2012/io_conjunta_18_senarc_snas_sesep.pdf Acesso em 08 set. 2023.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Portaria MDS nº 871, de 29 de março de 2023. **Regulamenta as ações do Programa de Fortalecimento Emergencial do Cadastro Único do Sistema Único da Assistência Social.** Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mds-n-871-de-29-de-marco-de-2023-473747118> Acesso em 08 set. 2023.

_____. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações CBO. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf> Acesso em 30 ago. 2023.

_____. Presidência da República. Medida Provisória nº 1.143, de 12 de dezembro de 2022. **Dispõe sobre o valor do salário-mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2023.** Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Mpv/mpv1143.htm Acesso em 08 set. 2023.

_____. Presidência da República. Medida Provisória nº 1.172, de 01 de maio de 2023. **Dispõe sobre o valor do salário-mínimo a vigorar a partir de 1º de maio de 2023.** Disponível em <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/157179> Acesso em 10 set. 2023.

_____. Superior Tribunal de Justiça (2ª Turma). **REsp nº 1.974.492/RJ**, rel. Min. Mauro Campbell Marques, Online nov. 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal (Pleno). **ADPF nº 976 MC-Ref/DF**, rel. Min. Alexandre de Moraes, Online 28 jul. 2023.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice *et al.* **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores.** DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em 03 out. 2023

CAPARROZ, O. A. S. L.; CARDIN, V. S. G.; RISSATO, G. M.. **Das pessoas portadoras de deficiências em situação de rua.** *In:* Pessoas em situação de rua. Invisibilidade, preconceitos e direitos. Org. VIEIRA; CARDIN. Brasília, 2018, Zakarewicz. pag.221-229. ISBN 978-85-94232-01-4.

CARDIN, V. S. G.; SILVA, A. L.; RISSATO, G. M.. **Da sexualidade e prostituição infantil: da proteção da criança em situação de rua.** *In:* Pessoas em situação de rua. Invisibilidade, preconceitos e direitos. Org. VIEIRA; CARDIN. Brasília, 2018, Zakarewicz. pag.152-159. ISBN 978-85-94232-01-4.

CARDIN, V. S. G.; SILVA, S. C.. **Da proteção da saúde da família pluriespécie em situação de rua.** *In:* Pessoas em situação de rua. Invisibilidade, preconceitos

e direitos. Org. VIEIRA; CARDIN. Brasília, 2018, Zakarewicz. pag.113-124. ISBN 978-85-94232-01-4.

CARELLI, A. M.. **Situação de rua e o direito à convivência familiar de crianças e adolescentes.** *In:* Direitos fundamentais da pessoa em situação de rua. Org. GRINOVER, A. P. *et al.* Belo Horizonte, 2014, D'Plácido. pag.254-267. ISBN 978-85-67020-60-0.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al.. **Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social.** *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 3, p. 30–39, set. 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H. DE .; CREVELIM, M. A.. **A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos.** *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 709–716, jul. 2010.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; NOGUEIRA, Edna Aparecida; LANFERINI, Gisele Magalhães; ALI, Debora Amed; MARTINELLI, Marilda. **Serviços de saúde e população em situação de rua: contribuição para um debate.** *Saúde e Sociedade* 7(2):47-62,1998.

CARON, Eduardo e FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental.** *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 4. p. 14-24, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400014. Acesso em: 03 out. 2023.

CASTRO, E. D. DE .; LIMA, E. M. F. DE A.. **Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 22, p. 365–376, maio 2007.

CESAR, G. G. S. **A musicoterapia no tratamento do transtorno do espectro autista: sua incorporação incipiente como prática integrativa.** Orientador(a): Amélia Cohn. 2022. 94 f. Dissertação (Mestrado em Direito da Saúde), Universidade Santa Cecília, Santos, 2022.

CHAGAS, D. N. P.; CASTRO, E. A. B.; MAGACHO, E. J. C.; REZENDE, E. S.. **Direito à saúde das pessoas em situação de rua.** *In:* Direitos fundamentais da pessoa em situação de rua. Org. GRINOVER, A. P. *et al.* Belo Horizonte, 2014, D'Plácido. pag.375-393. ISBN 978-85-67020-60-0.

CIDACS - Centro Integrado de Dados e Conhecimentos para Saúde. **Cidacs recebe prêmio internacional por atuação na Pandemia.** 2023. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/2023/03/27/cidacs-recebe-premio-internacional-por-atuacao-na-pandemia/>. Acesso 17 ago. 2023.

COHAB-ST Companhia de Habitação da Baixada Santista – COHAB-ST

COHN, A.. **As Ciências Sociais no contexto das encruzilhadas do SUS.** *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 3, p. e220224pt, 2022. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022220224pt>. Acesso 20 mai. 2023

COHN, A.. **As Políticas de Abate Social no Brasil Contemporâneo**. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 109, p. 129–160, jan. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-129160/109>. Acesso 20 mai. 2023

COHN, A.. **Caminhos da reforma sanitária**. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 19, p. 123–140, nov. 1989. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>. Acesso 20 mai. 2023

COHN, Amélia. **As políticas de abate social no Brasil Contemporâneo**. Lua Nova. Jan-Apr de 2020. Doi:<https://doi.org/10.1590/0102-129160/109>. Acesso 08 mar 2022

CORTEIDH - CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf Acesso em 20 junho. 2023.

COSTA, C. S.; VIEIRA, T. R.. **O idoso em situação de rua. In: Pessoas em situação de rua. Invisibilidade, preconceitos e direitos**. Org. VIEIRA; CARDIN. Brasília, 2018, Zakarewicz. pag.199-220. ISBN 978-85-94232-01-4.

COSTA, Úrsula. **Burocracia a nível de rua e autonomia profissional: implementação de políticas públicas de saúde no trabalho de agentes comunitários de saúde no semiárido nordestino**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Santa Cruz, RN, 2022. Orientadora: Ana Luiza de Oliveira e Oliveira. Coorientadora: Michelle Vieira Fernandez. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/49294/1/Burocracianivelrua_Costa_2022.pdf. Acesso em 16 nov. 2023.

DOMANICO, A. **História, conceito e princípios de redução de Danos In: Redução de Danos: Conceitos e Práticas**. Material comemorativa dos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. Coord. SURJUS *et al.* Unifesp, 2023. Em processo de registro pela Biblioteca Nacional. p. 05-14.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ; NUCIDH Núcleo da Cidadania e Direitos Humanos. **População em Situação de Rua em Curitiba: uma descrição crítica dos serviços ofertados às pessoas em situação de rua na capital paranaense. Curitiba, 2023**. Disponível em https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-02/relatorio_final_-_visitas_nucidh_-_poprua.pdf Acesso em 18 set. 2023.

ESPÍNDOLA, I. M. .; MAGALHÃES BRAGA, T. B. . ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE PACIENTES DO CAPS-ad: UM VÍNCULO POSSÍVEL. Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, [S. l.], p. 30, 2019. DOI: 10.24281/rremecs.2018.09.15.saspnufu1.30. Disponível em: <http://revistaremececs.com.br/index.php/remecs/article/view/154>. Acesso em: 8 set. 2023.

ESTADO DE SÃO PAULO. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Lei Complementar nº 815, de 30 de julho de 1996. Cria a Região Metropolitana da Baixada Santista e autoriza a instituir o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana da Baixada Santista, a criar entidade autárquica e a constituir o Fundo de Desenvolvimento Metropolitano da baixada Santista, e dá outras providências.** Disponível em [https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1996/lei.complementar-815-](https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1996/lei.complementar-815-30.07.1996.html#:~:text=Cria%20a%20Regi%C3%A3o%20Metropolitana%20da,Baixada%20Santista%20e%20d%C3%A1%20provid%C3%Aancias%20correlatas)

30.07.1996.html#:~:text=Cria%20a%20Regi%C3%A3o%20Metropolitana%20da,Baixada%20Santista%20e%20d%C3%A1%20provid%C3%Aancias%20correlatas. Acesso em 23 set. 2023.

FERMENTÃO, C. A. G. R.. **Do preconceito contra as pessoas em situação de rua e a dignidade humana.** *In:* Direitos Humanos e Construção da Democracia. Org. FACHIN, Z *et al.* Londrina, 2020, Toth. pag.254-267. ISBN 978-65-86300-81-9.

FIGUEIREDO, T. S. **Direitos da população com Transtorno do Espectro Autista: Articulação da rede intersetorial no Sistema Único de Saúde.** Orientador(a): Amélia Cohn. 2022. 84 f. Dissertação (Mestrado em Direito da Saúde), Universidade Santa Cecília, Santos, 2022.

G1 SANTOS E REGIÃO. **Notícia Intervenção na Casa dos Horrores completa 30 anos em Santos, SP.** Notícias. Online 03 mai. 2019. Disponível em <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2019/05/03/intervencao-na-casa-dos-horrores-completa-30-anos-em-santos-sp.ghtml>. Acesso em 1 out. 2023.

G1 SANTOS E REGIÃO. **Notícia Mutirão de Atendimento à População em Situação de Rua é realizado na Vila Nova, em Santos.** Online 26 jun. 2023 Disponível em <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2023/06/26/mutirao-de-atendimento-a-populacao-em-situacao-de-rua-e-realizado-na-vila-nova-em-santos.ghtml> Acesso em 12 set. 2023

GARCIA, L. S. L. **Moradia e Trabalho como estratégias de Redução de Danos e Reabilitação Psicossocial.** *In:* Redução de Danos: Conceitos e Práticas. Material comemorativa dos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. Coord. SURJUS *et al.* Unifesp, 2023. Em processo de registro pela Biblioteca Nacional. p. 44-57.

GIOVANELLA, L. *et al* **Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro. v.44. n.126, p.895-901, jul-set 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623>. ISSN 2358-2898. Acesso em 29 ago. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; BOUSQUAT Aylene; SCHENKMAN, Simone; ALMEIDA, Patty Fidelis; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; VIEIRA, Maria Lúcia França Pontes. **A Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 2543-2556, jun. 2021.

GIOVANELLA, Ligia; MARTUFI, Valentina, MENDOZA Diana C. R.; BOUSQUAT Aylene; AQUINO, Rosa; MEDINA, Maria Guadalupe. **A contribuição da**

Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. Saúde em Debate, v. 44, n. spe4, p. 161–176, 2020.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J.. **SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social.** Estudos Avançados, v. 13, n. 35, p. 139–146, jan. 1999.

INSTITUTO MAIS. **Comunicado de Divulgação de Resultado Final da Avaliação de Títulos e do Tempo de Experiência Profissional para as Funções de Operador Social, Assistente Social e Psicólogo Clínico.** Online p. 1-7. Disponível em https://www.institutomais.org.br/ckfinder/userfiles/files/PSS_68_Comunicado%20de%20Divulgacao%20do%20Resultado%20Final_Ed101_2023.pdf Acesso em 3 out. 2023.

INSTITUTO MAIS. **Edital de Divulgação de Resultado Final da Avaliação de Títulos e do Tempo de Experiência Profissional para as Funções de Operador Social, Assistente Social e Psicólogo Clínico.** Online p. 1-7. Disponível em <https://www.institutomais.org.br/ckfinder/userfiles/files/PMSantos-PSS-SEDS-Edital-68-2023-Publicacao-11-08-2023.pdf> Acesso em 3 out. 2023.

INSTITUTO MAIS. **Edital nº 68/2022 do Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Finanças e Gestão de Santos.** Online 2022. Disponível em <https://www.institutomais.org.br/Concursos/Detalhe/491> Acesso em 29 ago. 2023

IORI, Amauri. **Perfis e trajetórias: o atendimento à população me situação e rua na SEACOLHI-AIF de Santos (SP).** Orientadora: Profa. Dra. Sonia Regina Nozabielli, Santos, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/56236/Amauri%20lori.PDF?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 18 set. 2023.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; NATALINO, Marco. **Nota Técnica nº 73. Estimativa da população me situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março 2020).** Online jun. 2020. Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf Acesso em 08 mar 2022

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; NATALINO, Marco. **Nota Técnica nº 103. Estimativa da população me situação de rua no Brasil (2012-2022).** Online fev. 2023. Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf Acesso em 08 mar 2023

JOSÉ, A.P.M.; COHN, A. **Cadastramento de dados dos programas sociais da Baixada Santista e desafios para o cumprimento de direitos sociais.** In: XII Encontro Nacional de Pós-graduação, Instituto Superior de Educação Santa Cecília, 2023, nº 1, v. 7, p. 226-231.

JUNIOR CABRAL, L. R. G., COSTA, J. R. C. **Barreiras à cidadania nas políticas sociais para a população em situação de rua.** Ver. Bras. Polít. Públicas. Brasília, v.6, nº2, 2016, p. 236-249.

KINOSHITA, R. T. *et al.*. **Saúde mental e de Braços Abertos**. Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016), Brasília, 2017, Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acesso em 23 set. 2023.

LEAL, M. DO C. *et al.*. **Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, jun. 2018.

LIPSKY, M. **Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. ENAP, 430p. 2019. Disponível em https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4158/1/Burocracia%20de%20nível%20de%20rua_Michael%20Lipsky.pdf Acesso em 16 nov. 2023

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S.. **A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 20, p. 281–298, jul. 2006.

MEDEIROS, C. R. S.; CAVALCANTE, P.. **A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores**. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 3, p. 754–768, jul. 2018.

MEDINA, M. G. *et al.* **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7282/16001>. Acesso em: 29 ago. 2020.

MELO, E.A.; ALMEIDA, P.F.; LIMA, L.D.; GIOVANELLA, L. **Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil**. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro. v.43. n.esp.5, p.137-144, dez 19 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s512>. Acesso em 29 ago. 2023.

MONTEIRO, E. S.; VIEIRA, T. R.. **Mulheres grávidas em situação de rua. In: Pessoas em situação de rua. Invisibilidade, preconceitos e direitos**. Org. VIEIRA; CARDIN. Brasília, 2018, Zakarewicz. pag.175-186. ISBN 978-85-94232-01-4.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. **Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 795–806, maio 2009.

NUNES, R. B.; VIEIRA, T. R.. **Aspectos positivos da utilização de animais por pessoas em situação de rua. In: Pessoas em situação de rua. Invisibilidade, preconceitos e direitos**. Org. VIEIRA; CARDIN. Brasília, 2018, Zakarewicz. pag.125-134. ISBN 978-85-94232-01-4.

OLIVEIRA, M. A.; ALCÂNTARA, L. B. C. **Direito à alimentação da população em situação de rua e a pandemia. In: SER Social. Alimentação, abastecimento e crise**. Brasília v. 23, n. 48, p.76-93, jan-jun. 2021. DOI: 10.26512/sersocial.v23i48.32305.

PAIM, J. S. **Epidemiologia e planejamento: recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, n.2, p.557-567, 2003.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI.** Salvador, EDUFBA, 2006, ISBN 85-232-0395-8.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** *BIS. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo*, v. 12, n. 2, p. 109–114, 2010. DOI: 10.52753/bis.2010.v12.33772. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772>. Acesso em: 03 ago. 2023.

PAIM, J.S. **Gestão da Atenção Básica nas cidades. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada.** 2003. Disponível em <https://repositoriohtml.ufba.br//jspui/handle/ri/6580>. Acesso em 19 ago. 2023

PAIVA, I.K.S. *et al*, **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática.** 2015, p. 2595-2606. DOI: 10.1590/1413-81232015218.06892015.

PETUCO, D. R. S.. **Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas.** In: Saberes e práticas na atenção primária à saúde. Cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. Org. TEIXEIRA, M; FONSECA, Z.. *Saúde em Debate*, n. 253, 2013. Hucitec, São Paulo, 2015, p. 179-200.

PINTO, J. C. **O programa de braços abertos e o programa redenção em São Paulo: uma reflexão sobre as principais diferenças sob a ótica do serviço social.** In: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Política social e serviço social. Ênfase no Controle social e Sujeitos Políticos. v.16, n.1 (2019). Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso 19 ago. 2023.

PORTO ALEGRE/RS. Decreto nº 19.885, de 30 de novembro de 2017. **Institui os benefícios Bolsa Auxílio Moradia e Bolsa Formação e Qualificação Profissional para jovens e adultos em situação de rua, beneficiários do Projeto Mais Dignidade.** Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/2304_ce_207992_1.pdf Acesso em 18 set. 2023

PORTO ALEGRE/RS. Decreto nº 20.011, de 14 de junho de 2018. **Altera o § 2º do art. 1º e os capta do art. 4º e do art. 5º, inclui o § 3º no art. 1º e o art. 1º A, e revoga o parágrafo único do art. 5º do Decreto 19.885, de 30 de novembro de 2017, para regulamentar a concessão e forma de pagamento do Bolsa Auxílio Moradia para jovens e adultos em situação de rua, beneficiários do Projeto Mais Dignidade.** Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/decreto/2018/2002/20011/decreto-n-20011-2018-altera-o-2-do-art-1-e-os-capita-do-art-4-e-do-art-5-inclui-o-3-no-art-1-e-o-art-1-a-e-revoga-o-paragrafo-unico-do-art-5-do-decreto-19885-de-30-de-novembro-de-2017-para-regulamentar-a-concessao-e-forma-de-pagamento-do-bolsa-auxilio-moradia->

para-jovens-e-adultos-em-situacao-de-rua-beneficiarios-do-projeto-mais-dignidade. Acesso em 18 set. 2023

PORTO ALEGRE/RS. Decreto nº 21.916, de 29 de março de 2023. **Revoga Decretos, no âmbito do Município de Porto Alegre, do eixo de Desenvolvimento Social.** Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/decreto/2023/2191/21916/decreto-n-21916-2023-revoga-decretos-no-ambito-do-municipio-de-porto-alegre-do-eixo-de-desenvolvimento-social>. Acesso em 18 set. 2023

RAUPP, L.; ADORNO, R. DE C. F.. **Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil)**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 5, p. 2613–2622, maio 2011.

SANTA PORTAL. **Prefeitura de Santos lança sistema de gerenciamento de dados sociais. Online 19/05/2015.** Disponível em: <https://santaportal.com.br/ultimas-noticias/prefeitura-de-santos-lanca-sistema-de-gerenciamento-de-dados-sociais>. Acesso em 09 ago. 2023

SANTOS, L. R. S.; VIEIRA, T. R.. **Mulheres em situação de Prostituição nas ruas: políticas de Saúde DST/AIDS.** In: Pessoas em situação de rua. Invisibilidade, preconceitos e direitos. Org. VIEIRA; CARDIN. Brasília, 2018, Zakarewicz. pag.161-173. ISBN 978-85-94232-01-4.

SANTOS, M. A. B. dos; GERSCHMAN, S. **As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores.** Ciência & Saúde Coletiva, 9 (3): 795-806, 2004.

SANTOS. Prefeitura Municipal. **Ata 1ª Reunião Ordinária CIAMP-Rua Santos.** Diário oficial de Santos, ed. 27 jun. 2023 p.63-64. https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/files/portal_files/seduc/educador_santista/do27062023.pdf Acesso em 10 set 2023

_____. Prefeitura Municipal. **Ata 2ª Reunião Ordinária CIAMP-Rua Santos.** Diário oficial de Santos, ed. 04 set. 2023 p.47-48. https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/files/portal_files/seduc/educador_santista/do27062023.pdf Acesso em 10 set 2023

_____. Prefeitura Municipal. **Ata 3ª Reunião Ordinária CIAMP-Rua Santos.** Diário Oficial de Santos, ed. 29 set. 2023 p.275-281. <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/leitura/mobile/2023-09-29> Acesso em 3 out 2023

_____. Prefeitura Municipal. Decreto nº 10.039, de 27 de abril de 1989. **Dispõe sobre a organização da administração pública municipal, alterando a vinculação e denominação das unidades administrativas, cargos em comissão e funções gratificadas que especifica, e dá outras providências.** <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/santos/decreto/2023/1004/10039/decreto-n-10039-2023-dispoe-sobre-a-organizacao-da-administracao-publica-municipal-alterando-a-vinculacao-e-a-denominacao-das-unidades-administrativas-cargos-em-comissao-e-funcoes-gratificadas-que-especifica-e-da-outras-providencias> Acesso em 1 out. 2023.

_____. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 8.165, de 19 de julho de 2018. Institui o programa “Novo Olhar” destinado à população em situação de rua no município de Santos, e dá outras providências.** Disponível em <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/santos/decreto/2018/817/8165/decreto-n-8165-2018-institui-o-programa-novo-olhar-destinado-a-populacao-em-situacao-de-rua-no-municipio-de-santos-e-da-outras-providencias> Acesso em 20 set 2023.

_____. Prefeitura Municipal. Decreto nº 863, de 03 de maio de 1989. **Dispõe sobre a intervenção do município na Casa de Saúde Anchieta.** <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/santos/decreto/1989/87/863/decreto-n-863-1989-dispoe-sobre-a-intervencao-do-municipio-na-casa-de-saude-anchieta>. Acesso em 1 out. 2023.

_____. Prefeitura Municipal. Decreto nº 9.240, de 26 de fevereiro de 2021. **Institui o comitê gestor intersetorial de acompanhamento e monitoramento do plano municipal para garantia de direitos das pessoas em situação de rua - CIAMP-RUA, e dá outras providências.** <https://egov.santos.sp.gov.br/legis/documents/8570> Acesso em 10 set. 2023.

_____. Prefeitura Municipal. **Lei nº 2283, de 01 de dezembro de 2004. Autoriza a criação de uma casa de convalescença no município de Santos e dá outras providências.** Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/santos/lei-ordinaria/2004/229/2283/lei-ordinaria-n-2283-2004-autoriza-a-criacao-de-uma-casa-de-convalescenca-no-municipio-de-santos-e-da-outras-providencias> Acesso em 20 set. 2023.

_____. Prefeitura Municipal. **Lei nº 2988, de 16 de maio de 2014. Institui o Programa de Qualificação de Jovens “Novo Rumo” – Programa Novo Rumo, e dá outras providências.** Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/santos/lei-ordinaria/2014/299/2988/lei-ordinaria-n-2988-2014-institui-o-programa-de-qualificacao-de-jovens-novo-rumo-programa-novo-rumo-e-da-outras-providencias> Acesso em 20 set. 2023.

_____. Prefeitura Municipal. **Diário Oficial de Santos de 27 de novembro de 2014. Atos da Comissão de Acompanhamento e Avaliação de contratos de gestão de metas e resultados.** Disponível em <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2014-11-27>. Acesso em 20 set 2023

_____. Prefeitura Municipal. **Diário oficial de Santos de 19 de agosto de 2015. O retorno ao convívio familiar.** P. 5. Disponível em <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2015-08-19>. Acesso em 20 set 2023

_____. Prefeitura Municipal. **Diário Oficial de Santos de 03 de dezembro de 2015. Moradores em situação de rua vivem tarde de lazer. Centro Pop organizou visita a Memorial do Santos FC.** p. A4. Online 3 dez. 2015. <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2015-12-03> Acesso em 20 set 2023.

_____. Prefeitura Municipal. **Diário Oficial de Santos de 23 de dezembro de 2015. Censo inédito da população em situação de rua. Em execução obra Construção do Centro POP Paquetá.** Caderno Especial, p. C34. Online

23 dez. 2015. <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2015-12-23> Acesso em 20 set 2023.

_____. Prefeitura Municipal. **Diário oficial de Santos de 8 de março de 2017. Mês da Mulher. Casa das Anas é espaço para acolhimento e superação.** Diário oficial de Santos, ed. 8 mar. 2017 p.3. <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/leitura/mobile/2017-03-08/3>. Acesso em 20 set 2023

_____. Prefeitura Municipal. **Diário Oficial de Santos de 22 de janeiro de 2022. Censo inédito da população em situação de rua. Em execução obra Construção do Centro POP Paquetá.** Caderno Especial, p. C34. Online 22 jan. 2016. <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2016-01-22> Acesso em 20 set 2023.

_____. Prefeitura Municipal. **Diário Oficial de Santos de 31 de janeiro de 2022. Atos da Comissão de Acompanhamento e Avaliação de contratos de gestão de metas e resultados.** Disponível em <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2022-01-31>. Acesso em 20 set 2023.

_____. Prefeitura Municipal. **Diário oficial de Santos de 25 de maio de 2023. Portaria nº 2500-P-DEGEPAT/2023, de 24 de maio de 2023. Nomeia Dr. Roberto Tykanori Kinoshita chefe de Departamento de Saúde Mental.** Online p. 21. <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2023-05-25>. Acesso em 1 out. 2023.

_____. Prefeitura Municipal. **Diário Oficial de Santos de 29 de setembro de 2023. Divulgação da decisão de recurso do resultado provisório da avaliação de títulos e do tempo de experiência profissional.** Online p. 227. Disponível em <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2023-09-29>. Acesso em 3 out. 2023.

_____. Prefeitura Municipal. Diário Oficial de Santos. **Resolução Normativa nº 421/2012 CMAS que aprovou o Plano de Reestruturação dos Serviços Municipais de Assistência Social para as Pessoas em Situação de Rua.** Online 30 nov. 2012. <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/inicio/download/2012-11-30> Acesso em 20 set 2023.

_____. Prefeitura Municipal. Notícias. **Consultório na rua é destaque em revista do Ministério da Saúde.** Online 5 set. 2012. <https://www.santos.sp.gov.br/?q=content/consultorio-na-rua-e-destaque-em-revista-do-ministerio-da-saude> Acesso em 10 set 2023.

_____. Prefeitura Municipal. Notícias: **Secretaria de Saúde e MV Sistemas fazem reunião sobre sistema informatizado de dados.** Online 21 jul. 2015. <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/secretaria-de-saude-e-mv-sistemas-fazem-reuniao-sobre-sistema-informatizado-de-dados> Acesso em 10 set 2023.

SANTOS. Prefeitura Municipal. Notícias. **Programa em Santos orienta como acionar serviços para acolher população de rua.** Online 22 mar. 2023. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/programa-em-santos->

orienta-como-acionar-servicos-para-acolher-populacao-de-rua Acesso em 20 set. 2023

_____. Prefeitura Municipal. Notícias. **Santos abre processo seletivo para ampliar atendimento e abordagem social.** Online 11 ago. 2023 Disponível em <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/santos-abre-processo-seletivo-para-ampliar-atendimento-e-abordagem-social> Acesso em 29 ago. 2023

_____. Prefeitura Municipal. Notícias: **Programa Fênix entrega certificados e encaminha participantes para a qualificação profissional em Santos.** Online 11 set. 2023. <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/programa-fenix-entrega-certificados-e-encaminha-participantes-para-qualificacao-profissional-em-santos> Acesso em 20 set 2023.

_____. Prefeitura Municipal. Notícias: **Alunos do Restaurante-Escola de Santos recebem diploma e abrem portas no mercado de trabalho.** Online 17 set. 2023. Disponível em <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/alunos-do-restaurante-escola-de-santos-recebem-diploma-e-abrem-portas-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em 2 out. 2023

_____. Prefeitura Municipal. **Programa Novo Olhar Pessoas em Situação de Rua.** Disponível em <https://www.santos.sp.gov.br/?q=hotsite/programa-novo-olhar>. Acesso em 20 set 2023

_____. Prefeitura Municipal. **Sistema de Gestão de Contratos.** 2022 Disponível em <https://egov.santos.sp.gov.br/sigecon/transparencia/convenio.xhtml>. Acesso em 20 set 2023

SÃO PAULO (Estado). Decreto n. 55.067, de 28 de abril de 2014. **Regulamenta Programa de Braços Abertos.** São Paulo, abril de 2014. Disponível em <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-55067-de-28-de-abril-de-2014>. Acesso 10 ago. 2023

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde.** PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva, 2007, 17 ed.: 29-41. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLwWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf> Acesso em 08 mar 2022

SILVA, S. L.; ADORNO, R. C. F.. **A etnografia e o trânsito das vulnerabilidades em territórios de resistência, registros, narrativas e reflexões a partir da Cracolândia.** Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p. 21-31, 2013. Disponível em <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2240/2628>. Acesso em 23 ago. 2023.

SOUZA, J. F. S.. **A elite do atraso: da escravidão à lava jato.** Leya. Rio de Janeiro. 2017. ISBN 978-85-441-0537-5.

SOUZA, J. F. S.. **A ralé brasileira: quem é e como vive.** Civilização Brasileira. Rio de Janeiro. 2022. ISBN 978-65-5802-0813. Acesso em mar. 2023.

SOUZA, T. P. **Das práticas de redução de danos à redução de danos da prática.** In: Redução de Danos: Conceitos e Práticas. Material comemorativa dos

30 anos de Redução de Danos no Brasil. Coord. SURJUS *et al.* Unifesp, 2023. Em processo de registro pela Biblioteca Nacional. p. 16-30.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva *et al.* Articulações GAM em Santos e a partir de Santos. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre , v. 10, n. 2, p. 122-142, ago. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2020000200007&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.103710>. acesso em 03 out. 2023.

TEIXEIRA, M. B.; LACERDA, A.; RIBEIRO, J. M.. **Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 3, p. e280306, 2018.

TURCI, M. A.; HOLLIDAY, J. B.; Costa de Oliveira, N. C. Ventura. **A Vigilância Epidemiológica diante da Sars-Cov-2: desafios para o SUS e a Atenção Primária à Saúde**. APS em Revista. Revista da Rede de Atenção Primária à Saúde. Vol. 2, n. 1, p. 44-55. janeiro/abril–2020. ESPECIAL COVID-19. ISSN 2596-3317. DOI 10.14295/aps.v2i1.70

UNIFESP – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO CAMPUS BAIXADA SANTISTA. **Seleção bolsista edital 113/2023**. 2023. Disponível em <https://caec.iss.unifesp.br/noticias/selecao-bolsista-edital-113-2023> Acesso em 03 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO CAMPUS BAIXADA SANTISTA; SEDS – SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS. **Relatório parcial do censo da população em situação de rua: contagem da rua, condições de vida e desigualdades sociais em questão. Santos, 2020**. Disponível em <https://www.santos.sp.gov.br/?q=hotsite/programa-novo-olhar> Acesso em 05 set. 2023.

VANNUCCHI, A. M. C.; CARNEIRO JUNIOR, N.. **Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 963–982, 2012.

VARGAS, Everson Rach e Macerata, Iacã. **Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica**. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [Acessado 18 Setembro 2023] , e170. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>. Epub 23 Out 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>.

VICTORA, C.G.; BARRETO, M.L. *et al.* **Condições de Saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer**. Online 9 mai. 2011. *The Lancet*, pag. 90-102. Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/25211/Condições%20de%20saúde_Celia%20Almeida_2011.pdf?sequence=2&isAllowed=y Acesso em 18 set. 2023

WEIS, Carlos. **A proteção jurídica das pessoas em situação de rua**. In: *Direito à Diferença*. Aspectos de proteção específica às minorias e aos grupos

vulneráveis. Organização JUBILUT, L.L. *et al.* São Paulo. Ed. Saraiva, 2013, p. 541-560.

ZIHLMANN, K. F; BARREIROS, G. B. **Redução de danos e IST/HIV/Hepatites.** *In:* Redução de Danos: Conceitos e Práticas. Material comemorativa dos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. Coord. SURJUS *et al.* Unifesp, 2023. Em processo de registro pela Biblioteca Nacional. p. 31-43.