

# CONSTITUIÇÃO DO “CONSULTÓRIO NA RUA” NO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO, BRASIL: PRÁTICAS DE GARANTIA DE DIREITOS

## CONSTITUTION OF THE “CONSULTÓRIO NA RUA” IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS / TO, BRAZIL: RIGHTS GUARANTEE PRACTICES

Jonatha Rospide Nunes **1**  
Pollyanna Ulhoa Santos **2**  
Juliana Santos Simões **3**

**Resumo:** O Sistema Único de Saúde é organizado pelos princípios doutrinários da universalidade de acesso, integralidade da assistência e equidade. No caso da População em Situação de Rua, a concretização destes princípios se torna um desafio, já que esta população tem dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Este relato de experiência tem como objetivo descrever a construção dos processos de trabalho na implementação de uma equipe de Consultório na Rua no município de Palmas/TO. Concluímos a necessidade de organizar o trabalho da equipe de modo a contemplar as necessidades da população atendida. Sendo fundamental promover a articulação dos serviços da rede, por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares, que modifiquem as condições de vida desta população, garantindo acesso aos direitos fundamentais.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. População em Situação de Rua. Garantia de Direitos.

**Abstract:** The Unified Health System is organized by the doctrinal principles of universality of access, integral care and equity. In the case of the Homeless Population, the implementation of these principles becomes a challenge, since this population has difficulties in accessing health services. This experience report aims to describe the construction of work processes in the implementation of a Street Consultancy team in the city of Palmas / TO. We concluded the need to organize the team's work in order to contemplate the needs of the population served. It is essential to promote the articulation of the network services, through intersectoral and interdisciplinary actions, which modify the living conditions of this population, guaranteeing access to fundamental rights.

**Keywords:** Single Health System. Street Population. Guarantee of Rights.

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense, Especialista em Preceptoría no SUS e sócio-fundador do Devir Espaço Terapêutico. **1**  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1352416707683038>.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9793-1551>.  
E-mail: jonatharospidenunes2015@gmail.com

Pollyanna de Ulhoa Santos **2**  
Docente ITPAC Palmas e Tutora do Programa de Educação Permanente FESP Palmas. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2903964635684344>.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3916-6190>.  
E-mail: pollyannaulhoa@hotmail.com

Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Centro Universitário Luterano de Palmas. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). **3**  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9943938017659869>.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6120-665X>.  
E-mail: juh.simoes@hotmail.com

## Introdução

O acesso a saúde no Brasil é direito de todo cidadão (BRASIL, 1988). Para concretizar este direito, o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado pelos princípios doutrinários da universalidade de acesso, integralidade da assistência e equidade (BRASIL, 1990). A universalidade de acesso pode ser entendida como um objetivo a ser alcançado, “lugar” onde o sistema quer chegar, ou seja, pressupõe uma construção contínua de dimensões técnicas, políticas, administrativas, jurídicas, entre outras, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a qualquer serviço de saúde. A integralidade da assistência indica a necessidade de integração das ações de saúde nos âmbitos da promoção, prevenção e atenção em saúde, a partir das necessidades de saúde das pessoas e coletividades, de forma a qualificar o cuidado. A equidade se refere ao fato de que pessoas com necessidades de saúde diferentes, necessitam de formas de cuidado diferentes, ou seja, para que as pessoas tenham o cuidado em saúde de que necessitam é preciso que a construção deste cuidado seja embasada pelas condições de vida destas pessoas (PAIM; SILVA, 2010).

Com essa breve introdução dos princípios doutrinários do SUS fica evidente que o mesmo não se reduz a um sistema de saúde, mas pressupõe um projeto de sociedade onde as pessoas têm direito aos serviços de diferentes complexidades de acordo com suas necessidades e condições de vida. Assim sendo, o SUS busca, também, promover a igualdade de direitos, possibilitando, desta forma, a construção da justiça social.

Por outro lado, quando nos referimos a População em Situação de Rua (PSR), percebemos que os princípios do SUS, muitas vezes, não são efetivados, na medida em que esta população tem dificuldades em relação ao acesso aos serviços e cuidado em saúde, não há articulação específica entre promoção, prevenção e atenção a saúde que contemple suas necessidades e, também, não há um tratamento que leve em consideração as suas condições de vida (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

O desenvolvimento, no Brasil, de estratégias e serviços em saúde direcionados a PSR é recente. Os Consultórios de Rua (CR), que precederam as equipes de Consultório na Rua (eCR), surgem em Salvador no ano de 1999, com objetivo de atender a demanda de crianças e adolescentes em situação de rua e uso de drogas. Em 2004, o CR foi incorporado na saúde mental, no primeiro Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSAD), em Salvador (BRASIL, 2010).

Somente em 2009 é instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR). Nesse mesmo ano ocorre o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que o CR constitui uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS-PEAD (BRASIL 2009), sendo inserido no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, tendo como objetivo ampliar o acesso e qualificar o atendimento em saúde a PSR (BRASIL, 2010).

Em 2011, ocorre o realinhamento das diretrizes e normas da Atenção Básica, inserindo equipe específica para desenvolver ações de saúde junto a PSR. Assim, as eCR são normatizadas e passam a incorporar a Atenção Primária a Saúde (APS). Desta forma, as eCR se tornam a porta de entrada da PSR aos serviços do SUS, sendo que tais equipes devem atuar de forma integrada com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como as redes de outros setores (BRASIL, 2012).

Em 2017 existiam 159 eCR no Brasil, sendo 8 equipes na Região Norte (DATASUS, 2017), região a qual está inserido o Estado do Tocantins. Palmas é o primeiro município do estado do Tocantins a implantar uma eCR, com início de suas atividades em julho de 2016, seguindo as normas governamentais da Portaria nº 122 de 25 janeiro de 2011 (BRASIL, 2011). Visando ampliação do acesso da PSR aos serviços de saúde, oferecendo de maneira oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional com características próprias que, de acordo com a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de rua, se define por ser um

grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e

falta de habitação convencional regular, sendo compelidas a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por caráter temporário ou de forma permanente (BRASIL, 2008, p.08).

As eCR desenvolvem ações de Atenção Básica e seguem os fundamentos e diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). São constituídas por equipes multiprofissionais que atuam de forma itinerante e em espaços públicos, bem como nas instalações das Unidades Básicas de Saúde-UBS (BRASIL, 2012).

Em Palmas, a eCNR se enquadra na modalidade III (BRASIL, 2011), sendo constituída pelos seguintes profissionais: enfermeiro, assistente social, odontólogo, médico, psicólogo, técnico de enfermagem e dois agentes de saúde. Além destes profissionais, o município disponibilizou profissional para o desenvolvimento de supervisão da equipe, proporcionando apoio na construção dos processos de trabalho em saúde junto a PSR e a rede de serviços municipais.

Este relato de experiência tem como objetivo descrever a implementação e o desenvolvimento de alguns processos de trabalho da eCNR junto a PSR e a rede de serviços do município de Palmas/TO. Tal relato demonstra a necessidade de organizar o trabalho da equipe de modo a contemplar as necessidades da PSR. Para tanto, é fundamental promover a articulação dos serviços da rede, de modo a desenvolver ações intersetoriais e interdisciplinares, uma vez que as condições de vida desta população demandam intervenções de um conjunto de setores que extrapolam a saúde. Assim sendo, a eCNR se torna um dispositivo de articulação de serviços, de modo a garantir acesso a direitos.

## **Desenvolvimento**

Em julho de 2016 tem início a implementação da eCNR no município de Palmas/TO. No começo do trabalho da equipe a Secretaria de Saúde (SEMUS) optou por contratar um supervisor/apoiador para auxiliar na implementação e construção dos processos de trabalho. Tendo em vista que o município não tinha experiência de trabalho com a PSR no setor da saúde, nem profissionais com qualificação específica para este tipo de demanda.

Neste começo foram realizadas, no espaço da supervisão, oficinas temáticas a respeito das características da PSR e do trabalho em saúde voltado a esta população, em especial as publicações do Ministério da Saúde: Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), Saúde da População em Situação de Rua (BRASIL, 2014), Manual sobre o cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua (BRASIL, 2012) e Guia do Projeto Consultório de rua (BRASIL, 2012).

Juntamente com o trabalho das oficinas, a eCNR começou a desenvolver as ações na rua, que neste início envolviam a cartografia do território e construção de vínculo com a PSR e comunidade em geral. Para tal, a equipe iniciou o mapeamento dos locais da cidade onde havia pessoas em situação de rua (descrevendo características físicas, formas de uso e horários de ocupação dos espaços públicos); bem como aproximação e construção de vínculo com a PSR e com os atores do entorno (comerciantes, taxistas, moto-taxistas, vendedores ambulantes e população em geral), por meio da apresentação da equipe, escuta das histórias de vida, das necessidades em geral e cadastramento.

Essas ações iniciais no espaço da rua foram realizadas em conjunto com a equipe do Projeto de Inserção "Palmas que te acolhe". Projeto que se caracteriza por ser uma iniciativa de garantia de direitos para as PSR com necessidades relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas (NASCIMENTO; ROSA, 2020). Tal projeto visa a garantia de direitos em quatro eixos (moradia, alimentação, trabalho e cultura/lazer), sendo financiada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e Ministério da Justiça (MJ), e executada pela Fundação da Juventude do Município, com apoio técnico e supervisão da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Na medida em que nos aproximávamos da PSR e dos espaços da cidade que esta população ocupava, fomos identificando necessidades de saúde (na verdade as necessidades eram diversificadas, sendo as de saúde uma delas). Percebemos, também, que precisávamos

estar articulados com outros setores (educação, justiça, desenvolvimento social, cultura, etc.), no intuito de ter uma retaguarda para o trabalho desenvolvido, pois do contrário a atuação da eCNR se tornaria paliativa.

Produzir um serviço de saúde que ultrapasse o esperado, o programado, o prescrito, dentro de uma equipe, tornava-se um grande desafio, sobretudo porque um CR não trabalha isoladamente, ele necessita da rede de saúde e intersetorial para abarcar o cuidado integral, universal e igualitário preconizado pelo SUS (BILIBIO; CECCIM; LONDERO, 2014, s/p).

Desta forma, ao objetivo das eCNR (instituído na PNAB), que consiste em “ampliar o acesso destes usuários a rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna cesso integral à saúde” (BRASIL, 2012, p. 62), se agrega, indissociavelmente, o desenvolvimento de ações articuladas dos serviços municipais, de modo a garantir o acesso a um conjunto de direitos constitucionais que possibilitem a transformação das condições de vida e, conseqüentemente, as condições de saúde dessa população.

A eCNR, a partir desta demanda, iniciou um conjunto de ações de apresentação da proposta de trabalho nos diversos serviços do município. Iniciamos nos serviços da saúde de atenção primária e saúde mental de Palmas. Depois, a equipe desenvolveu diálogo com outros setores da sociedade como Ministério Público Estadual, Segurança Pública, Desenvolvimento Social, Fundação Escola de Saúde Pública e Fundação da Juventude.

A divulgação do trabalho da eCNR nos serviços consistia basicamente em apresentar a proposta de trabalho (ou seja, o conjunto de ofertas de atendimento em saúde desenvolvidas pela equipe), e construção de vínculo com as equipes dos serviços, com intuito de construir ações intersetoriais e interdisciplinares que facilitassem o acesso da PSR aos serviços da rede intersetorial e contemplassem suas necessidades de forma qualificada.

Estes foram os primeiros passos da eCNR no desenvolvimento do trabalho de atenção à saúde junto a PSR e articulação com os serviços, em especial a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Palmas/TO.

Para facilitar o entendimento e replicação das atividades desenvolvidas vamos descrever cada uma delas. É importante ressaltar que estas atividades foram construídas de forma flexível, na medida em que se desenvolveram a partir dos contextos encontrados pela eCNR ao longo do processo, e ocorreram simultaneamente.

### **Realização de ações em pontos estratégicos a fim mapear os espaços da cidade, criar vínculo com PSR e comunidade em geral e ofertar serviços de saúde e assistência social**

Foram realizadas ações de aproximação junto à PSR em horários flexíveis (noturno e madrugada), além do horário comercial, garantindo a confiabilidade do mapeamento, em relação a quantidade de pessoas e localização dos pontos da cidade onde se encontravam. Paralelo a isso, a equipe orientou comerciantes e população em geral, tanto em relação ao objetivo do serviço e atendimentos ofertados como em relação à possível necessidade de solicitar/acionar a equipe por telefone ou pessoalmente. Após alguns meses de atuação, identificamos alguns locais específicos em que havia maior concentração da PSR. Nesses pontos foram realizadas ações individuais e coletivas em saúde, visando promoção e prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde, sempre na perspectiva de redução de danos (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, S/A). Além disso, a PSR era encaminhada e, não raras vezes, acompanhada por algum membro da equipe a outros serviços do município.

## **Apresentação da eCNR na Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como em outros serviços do município**

A equipe se apresentou na Atenção Primária (nos Centros de Saúde da Comunidade - CSC); em serviços da Atenção Secundária (nos Centro de Atenção Psicossocial II – CAPSII - e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III - CAPSADIII); na atenção terciária (no Hospital Geral de Palmas – HGP); além de órgãos de outros setores do município. Foram visitados entre 2016 e 2017 mais de cinquenta serviços no município. Em tais visitas a equipe firmou parcerias, desenvolveu apoio institucional, promoveu discussões de casos, construiu planos de cuidado e ações conjuntas; sempre com o objetivo de garantir o acesso da PSR aos serviços dos diversos setores da rede municipal. Além disso, foi possível construir fluxos de atendimento, mobilizando os profissionais na construção de uma rede que atendesse às necessidades da PSR.

## **Levantamento do perfil da PSR de Palmas, objetivando construção de ações específicas**

Através da análise dos dados da ficha de cadastro individual, será possível a identificação do perfil da PSR, por meio de informações como: idade, sexo, cor da pele, tempo de situação de rua, motivo da situação de rua, uso de álcool ou outras drogas, local de nascimento, contato com a família, necessidades de saúde, escolaridade, acesso a benefício e forma de alimentação. Todos esses dados são inseridos no sistema de informação E-SUS (Sistema de Informação do SUS). Desta forma, será possível construir indicadores sociodemográficos e de condições de saúde, além de dados sobre a situação de rua, tornando possível o planejamento de ações que atendam as demandas específicas desse público.

## **Atendimentos específicos em saúde**

No espaço da rua a eCNR ofertou atendimento médico, de enfermagem, de serviço social, de psicologia e odontológico. Nesses atendimentos, a equipe avaliava a necessidade individual/coletiva e direcionava a pessoa ao profissional de acordo com a necessidade identificada.

A cirurgiã dentista realizava anamnese, instrução de higiene oral, escovação supervisionada, entrega de escova e pasta de dente. Além de avaliação intra e extra oral, sendo feito exame epidemiológico e o registro dos dados é feito em odontograma semelhante ao utilizado no E-SUS. Havendo necessidade de atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), era realizado o encaminhamento, a pessoa era avisada e, no dia agendado, era acompanhada por um membro da equipe. Em procedimentos que não requeriam atendimento especializado, a pessoa era atendida no CSC mais próximo, sendo atendida por dentista do próprio CSC ou pela dentista da eCNR. Nos casos de urgência, eram atendidas tanto nos CSC quanto nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

A equipe de enfermagem e o profissional médico trabalham, na maioria das vezes, com atendimentos compartilhados. Existindo necessidade de atendimento médico e/ou de enfermagem, os profissionais realizavam a coleta de dados e exame físico, bem como orientações a curto, médio e a longo prazo. Durante as consultas, que ocorriam na maioria das vezes na rua, avaliava-se a carteira de vacinação. Quando havia necessidade de realizar algum atendimento privado, o mesmo era realizado no CSC mais próximo. Além disso, eram ofertados a testagem rápida para Infecção Sexualmente Transmissível (IST), coleta de escarro, vacinação, coleta de preventivo do colo do útero (papanicolau), dentre outros, de acordo com a necessidade verificada. Para aqueles que necessitavam de exames de qualquer natureza e consultas com especialista, a equipe organizava todo o processo, desde o agendamento até o acompanhamento ao serviço. Para os casos de urgência/emergência, a eCNR acompanhava a pessoa a UPA e, quando necessário, ao hospital, acompanhando semanalmente àqueles que estiverem em internação.

A psicologia oferta o atendimento voltado para escuta individual e coletiva, relacionada às histórias de vida e dinâmica das relações, bem como transtorno mental e uso de álcool e outras drogas, avaliando assim as necessidades e desenvolvendo ações de saúde (promoção,

prevenção e atenção) de acordo com as mesmas e acompanhando aos serviços da rede municipal, quando necessário.

O assistente social avalia as necessidades sociais, tanto individuais como coletivas, realizando atendimento, acompanhamento e encaminhamento para os serviços municipais e as devidas orientações. Desta forma, este profissional buscava promover a garantia dos direitos sociais.

### **Atuação na perspectiva de redução de danos**

A redução de danos é uma estratégia que constitui um conjunto de medidas em saúde com o objetivo aumentar a qualidade de vida e minimizar as consequências adversas provenientes do uso e abuso de substâncias psicoativas, tendo como princípio fundamental o respeito à liberdade de escolha do indivíduo e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2015). Sabendo disso, a equipe consultório na rua, atuou para que o direito de escolha das pessoas seja respeitado, sem que isso crie barreiras para o acesso a saúde, bem como qualquer outro direito.

### **Supervisões**

A equipe tinha atividades quinzenais com um supervisor, a fim de construir e alinhar os processos de trabalho. Durante as supervisões a eCR era apoiada nas dimensões clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas do trabalho em saúde junto a PSR (CHIAVERINI, 2011). Auxiliando na construção dos diagnósticos territoriais, bem como nas articulações com a rede de serviços municipais (saúde, justiça, educação, assistência social, etc.), além de apoio na construção do cuidado em casos complexos e desenvolvimento de estratégias de atenção em territórios de maior vulnerabilidade.

### **Campo de atuação do Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS)**

Considerando que um dos objetivos do Programa Integrado de Residências em Saúde consiste em sensibilizar e preparar profissionais de saúde, para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira e, ainda, fortalecer as redes de atenção à saúde, garantindo a integralidade dos serviços de saúde (FESP, 2015), no mês de abril de 2017, as residentes do segundo ano (R2) do Programa de Saúde Mental da Residência Multiprofissional do município (duas psicólogas, duas assistentes sociais e duas enfermeiras), passaram a atuar na eCNR. Tal iniciativa objetiva ampliar os cenários de prática dos residentes, para que possam vivenciar a realidade do cuidado em saúde à PSR, contribuindo assim na formação desse profissional. A inclusão das residentes, contribuiu significativamente com o trabalho desenvolvido pela eCR, tanto durante as abordagens quanto na construção do cuidado à PSR com uso de álcool e outras drogas e transtornos mentais. Além disso, as residentes têm promovido o fortalecimento das articulações com os diferentes serviços da rede, além dos serviços de saúde mental.

### **Ações intersetoriais e interdisciplinares**

São as ações desenvolvidas com trabalhadores de diferentes áreas do conhecimento (enfermagem, psicologia, medicina, serviço social, etc.) dos diversos serviços do município (saúde, desenvolvimento social, justiça, educação, fundação da juventude, fundação escola de saúde pública de Palmas, etc.), com objetivo de criar linhas de cuidado concretas que encarnem as necessidades da PSR. Estas ações podem ser concretizadas de diversas formas, mas aqui vamos citar as que desenvolvemos neste primeiro ano.

A discussão de caso clínico, que se caracteriza por ser uma prática em que profissionais de diferentes serviços se reúnem para socializar as informações e perspectivas a respeito da pessoa e/ou família em situação de rua e construir linhas de cuidado de forma conjunta (CHIAVERINI, 2011); construção de Projeto Terapêutico Singular, prática em que os profissionais e pessoa atendida constroem um diagnóstico situacional, por meio da identificação de fatores de risco e de proteção, desenvolvendo ações de curto médio e longo prazos para cada um dos

fatores de risco e, posteriormente, realizando avaliação e reorientação destas ações (CHIAVERINI, 2011); intervenções conjuntas na rua, com objetivo de realizar ações de promoção, prevenção e atenção em saúde, bem como encaminhamentos e acompanhamentos para os serviços de acordo com as necessidades identificadas. Estas ações, até o momento, envolveram os seguintes serviços: Centro de Saúde da Comunidade (CSC), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPSII), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPSADIII), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Ministério Público (MP), Defensoria Pública (DP), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Projeto Palmas que te Acolhe (PQTA), Instituto de Identificação (II) e Casa 8 de Março.

### Considerações Finais

Durante o primeiro ano de atuação da eCNR no Município de Palmas, diversos foram os avanços. Neste período, as pessoas que até então estavam à margem da sociedade, tendo seus direitos constitucionais negados, como é o caso da PSR, passaram a, gradativamente, ser atendidas, orientadas, encaminhadas e acompanhadas pela eCNR e serviços da rede municipal.

O trabalho desenvolvido, além de garantir o direito a saúde da PSR, por meio das ações de cuidado em saúde ofertadas pela eCNR no contexto da Atenção Primária, promoveu acesso à direitos que ultrapassam o campo da saúde. Uma vez que essa população passa a ser inserida em Políticas Públicas vinculadas a outros setores, fica evidente que a eCNR se constitui como um dispositivo da saúde que funciona como porta de entrada não somente para os serviços de saúde, mas para o acesso a um conjunto de direitos sociais mais amplos.

As ações intersetoriais e interdisciplinares desenvolvidas em parceria com os serviços da saúde, desenvolvimento social, justiça, segurança pública, fundação da juventude e ONG's, foram fundamentais para promover a construção de práticas de cuidado em saúde que potencializam a concretização dos princípios doutrinários do SUS. Possibilitando a transformação das condições de vida, bem como a produção de práticas integrais de acordo com as necessidades da população atendida.

### Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate a fome (MDS). **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, 2008. Disponibilidade em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf). Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS no 1.190, de 4 de junho de 2009. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS**. PEAD 2009-2010. Diário Oficial da União 2009; 5 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Brasília: MS/Convênio Escola Politécnica Joaquim Venâncio

(EPSJV), Fiocruz; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2011.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Álcool e outras Drogas. **Guia do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: MS; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Reduzindo danos e Ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e os confrontos com a internação compulsória**. Cadernos HumanizaSUS - Saúde Mental. Volume 5. Brasília, 2015.

CHIAVERINI, D.H. organizadora. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DATASUS; Portal da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil–CNES**, 2017. Disponibilidade em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11676&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipe>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ENGSTROM, E.M.; TEIXEIRA, M.B. **Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável**. Cien Saude Colet 2016; 21(6):1839–1848.

FESP (Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas). **Caderno do Programa Integrado de Residências em Saúde**. Palmas: 2015.

Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. **Consultório de/na Rua: desafio para um cuidado em verso na saúde**. Interface: comunicação, saúde e educação (Botucatu); 18 (49), Abr-Jun, 2014.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Núcleo Multiprojetos de Tecnologia Educacional (NUTE). Universidade Federal de Santa Catarina. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Redução de Danos - outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas**. (S/A). Disponibilidade em: <http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20%E2%80%93%20outras%20palavras%20sobre%20o%20cuidado%20de%20pessoas%20que%20usam%20%C3%A1lcool%20e%20outras%20drogas.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

NASCIMENTO, A C. P.; ROSA, C. M. **O paradigma ético-estético-político da clínica na produção de subjetividades: o fazer clínico do Palmas Que Te Acolhe**. Polêmica, v. , n. , 2020, p. (no prelo).



PAIM, JS; SILVA LMV. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** *Bol. Inst. Saúde* 2010; 12(2):109-114.

Recebido em 10 de maio de 2020.

Aceito em 14 de julho de 2021.