



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ANA CAROLINA NUNES DOS ANJOS

A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:
reflexões a partir das políticas sociais de saúde, assistência social e internação
involuntária/compulsória

Florianópolis
2024

ANA CAROLINA NUNES DOS ANJOS

A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:
reflexões a partir das políticas sociais de saúde, assistência social e internação
involuntária/compulsória

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Departamento de Serviço Social, do Centro Socioeconômico, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá

Florianópolis

2024

Anjos, Ana Carolina Nunes dos

A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA reflexões a partir das políticas sociais de saúde, assistência social e internação involuntária/compulsória / Ana Carolina Nunes dos Anjos ; orientador, Keli Regina Dal Prá, 2024.

71 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. população em situação de rua. 3. saúde. 4. assistência social. 5. internação involuntária/compulsória. I. Dal Prá, Keli Regina. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

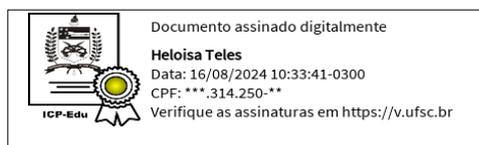
ANA CAROLINA NUNES DOS ANJOS

A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:

reflexões a partir das políticas sociais de saúde, assistência social e
internação involuntária/compulsória

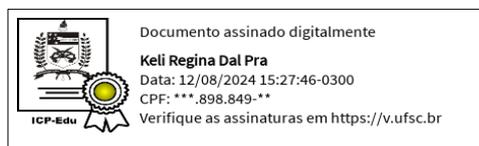
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do
título de bacharel e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 29 de julho de 2024.

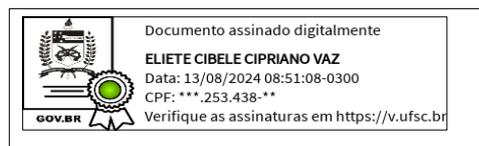


Prof^a. Dr^a.HeloísaTeles
Coordenação do Curso

Banca examinadora



Prof^a. Dr^a. Keli Regina Dal Prá
Departamento de Serviço Social - Orientadora



Prof^a. Dr^a Eliete Cibele Cipriano Vaz
Departamento de Serviço Social-Examinadora



Dr. Claudemir Osmar da Silva
Secretaria Municipal de Assistência Social de Palhoça-Examinador

Florianópolis, 2024

Às pessoas em situação de rua.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a quem esteve comigo em todos os momentos, me dando apoio e suporte no decorrer da graduação. Engravidei da minha filha Eloá no segundo semestre do curso, pensei em desistir muitas vezes ao longo dessa jornada, mas graças a Deus, e a todos vocês que dedico esse Trabalho de Conclusão de Curso fizeram ser possível esse fechamento de ciclo.

Quero agradecer em especial a minha filha Eloá que me deu força e me ensinou que tudo é possível, meu marido João que foi meu maior incentivador e fez com que eu não desistisse ao longo do caminho, minha mãe Fabrícia que sempre me incentivou e ficou com a minha filha para eu poder estudar, meu pai Marcelo que mesmo não tendo estudado sempre colocou meus estudos como prioridade, meu irmão Marcelo Henrique por me escolher como madrinha da sua filha Antônia, e fazer eu me sentir imensamente amada por um serzinho de luz que acabou de chegar ao mundo.

Agradeço aos meus amigos que me fizeram sorrir quando não estava bem, principalmente por me acolherem que eu já não entendia mais o porquê de continuar lutando. A Eduarda Espíndola por todo o suporte, Maria Eduarda, Luiz Eduardo, Igor, Isabela, Isadora, Maed, Sofia, Rafaela, Letícia de alguma forma vocês me ajudaram a chegar até aqui. Estou aqui hoje graças a Deus, a todas as entidades que me ajudaram ao longo dessa jornada, aos que fizeram com que minha vida tivesse um significado maior.

Minha filha Eloá, você só irá conseguir ler daqui uns anos esse trabalho, mas saiba que sem você eu não conseguiria, você me deu forças de onde eu não sabia que tinha, você foi o motivo de eu ter persistido. Você foi luz na minha vida, se tornou a razão do meu viver, obrigada por ter me escolhido como sua mãe. Ao meu marido João, não tenho palavras para descrever o que você foi e é pra mim, nem vivendo um milhão de vidas acharia um amor mais puro e sincero como esse, obrigada por ter me ensinado a lutar contra todos os males, você sempre será meu porto seguro.

Agradeço a todos os professores que passaram pela minha vida acadêmica, em especial Keli Regina e Helder Sarmiento. A minha supervisora de estágio Ana Cristina e todas as assistentes sociais do Hospital Regional de São José, em

especial Salete Laurici Marques. Vocês contribuíram para o meu conhecimento e me inspiraram enquanto profissionais.

RESUMO

Este trabalho tem como tema a desproteção social da População em Situação de Rua (PSR), refletindo a partir das políticas de saúde e assistência social e a promulgação das leis de internação involuntária/compulsória em Santa Catarina. O objetivo geral foi analisar os serviços sociais existentes para a PSR nas políticas de saúde e assistência social e o porquê da expansão de leis, decretos e diretrizes relacionadas a internação involuntária/compulsória da PSR em cidades de Santa Catarina, como Florianópolis e Chapecó. A metodologia utilizada para a pesquisa foi uma revisão de literatura e pesquisa documental a partir de decretos, leis, diretrizes, documentos e políticas da assistência social e saúde que permearam a vida e os direitos da PSR. Os principais resultados analisados foram a necessidade da intersetorialidade no atendimento a PSR, uma vez que as políticas públicas de saúde e assistência social são essenciais, porém não são suficientes para efetivar todos os direitos básicos a essa população. A análise das leis promulgadas de internação involuntária/compulsória demonstrou que as mesmas afetam a liberdade e autonomia da PSR e visam a implementação da higienização das cidades com a retirada da PSR dos espaços públicos.

Palavras-chave: Políticas Públicas; População em Situação de Rua; Internação Involuntária.

ABSTRACT

This work has as its theme the lack of social protection of the Homeless Population, reflecting from the health and social assistance policies and the enactment of involuntary/compulsory hospitalization laws in Santa Catarina. The general objective was to analyze the existing social services for homeless people in health and social assistance policies and why there has been an expansion of laws, decrees and guidelines related to involuntary/compulsory hospitalization of homeless people in cities of Santa Catarina, such as Florianópolis and Chapecó. The methodology used for the research was a literature review and documentary research based on decrees, laws, guidelines, documents and policies of social assistance and health that permeated the life and rights of the homeless person. The main results analyzed were the need for intersectoriality in the care of homeless people, since public health and social assistance policies are essential, but are not sufficient to achieve all the basic rights of this population. The analysis of the enacted laws of involuntary/compulsory internment showed that they affect the freedom and autonomy of the homeless population and aim to implement the hygiene of the cities with the removal of this population from public spaces.

Keywords: Public Policy; Homeless Population; Involuntary Hospitalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Alesc	Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça
CIAMP- Rua	Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especial da Assistência Social
Centro Pop	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRM-SC	Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DIBEA	Diretoria de Bem-estar Animal
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia da Saúde da Família
eCR	Equipe de Consultório na Rua
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPSC	Ministério Público de Santa Catarina
MNPR	Movimento Nacional da População em Situação de Rua
NOB	Norma Operacional Básica
OAB-SC	Ordem dos Advogados de Santa Catarina
ONG	Organização Não Governamental
PNAS	Política Nacional da Assistência Social
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSR	População em Situação de Rua
PBF	Programa Bolsa Família
PL	Projeto de Lei
PSB	Proteção Social Básica
PSEMC	Proteção Social Especial de Média Complexidade
PSEAC	Proteção Social Especial de Alta Complexidade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: COMO ESTÁ PREVISTO SEU ATENDIMENTO PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL?	15
2.1 SERVIÇOS DE ATENÇÃO À PSR NA POLÍTICA DE SAÚDE	24
2.2 SERVIÇOS DA ATENÇÃO À PSR NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ..	33
3 OS DIRECIONAMENTOS DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM SANTA CATARINA: O QUE SIGNIFICA A INTERNAÇÃO HUMANIZADA (COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA).....	41
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS.....	61

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Serviço Social aborda o tema da desproteção social da População em Situação de Rua (PSR) a partir das políticas sociais de saúde e assistência social e da promulgação das leis de internação involuntária e compulsória em Santa Catarina.

Durante o período de realização do Estágio Obrigatório em Serviço Social no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, na atuação no setor de emergência, observou-se a invisibilidade que assola a PSR, refletindo no seu acesso às políticas públicas. O tema da PSR tem sido muito abordado pelos veículos de imprensa, pela sociedade e pelo poder público gerando reflexões que iremos abordar no presente trabalho.

O objetivo geral foi analisar os serviços sociais existentes para a PSR nas políticas de saúde e assistência social e o porquê da expansão de leis, decretos e diretrizes relacionadas a internação involuntária/compulsória da PSR em cidades de Santa Catarina, como Florianópolis e Chapecó.

A metodologia utilizada no trabalho consistiu em uma revisão de literatura e pesquisa documental em leis, diretrizes, decretos e documentos que permearam a atenção à PSR e a conquista de seus direitos e a análise dos documentos e decretos de promulgação da internação involuntária em algumas cidades de Santa Catarina e suas consequências para a PSR.

No início da segunda seção do trabalho, há uma análise acerca das políticas públicas voltadas para a PSR, desde a sua origem até desafios enfrentados ao longo dos anos. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, ocorreu um avanço na conquista de direitos civis e sociais para a população brasileira, aborda-se sobre políticas públicas importantes para a PSR como a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que foi um marco para esse segmento populacional e evidenciou um grande avanço. Serão abordadas medidas, diretrizes e legislações que influenciaram na vida e cidadania dessa população.

São apresentados dados estatísticos, segundo o diagnóstico realizado pelo Governo Federal a partir do Cadastro Único, que revelam o perfil dessa população em diferentes regiões do Brasil. Ressalta-se a importância dos dados, eles são necessários para conhecer o perfil, quantificar, realizar pesquisas e implementar

políticas públicas eficazes. Além de serem instrumentos de conhecimento da realidade e desmistificar estereótipos relacionados à PSR.

Na segunda seção, a partir do primeiro e segundo tópico consecutivamente, o presente trabalho teve o objetivo de discutir sobre as políticas de saúde e assistência social para a PSR, por isso traz-se pontos a serem discutidos e debatidos que interferem na qualidade da política e na vida da PSR como sujeitos de direito. A partir da relação da PSR com o sistema capitalista, analisa-se a importância da luta por políticas públicas intersetoriais que promovam a inclusão social, que não se baseiem apenas no âmbito emergencial. As políticas públicas voltadas para a PSR foram de extrema importância ao longo dos anos, o atendimento a essa população no âmbito das políticas de saúde e assistência social foi analisado e encontrou-se pontos a serem discutidos, como não apenas o acesso, mas também a qualidade e as barreiras encontradas nesse atendimento. As pessoas em situação de rua além de carregar um estigma social e não terem condições mínimas de subsistência encontram os equipamentos aptos para receber demandas emergenciais, mas que por vezes não realizam um trabalho contínuo com esse usuário do serviço.

O direito à saúde pública é um direito dos cidadãos, no entanto, quando se fala da PSR, encontramos inúmeros desafios enfrentados para efetivar esse acesso. Foi analisado a legislação das políticas de saúde voltadas para esse segmento populacional, até a realidade de sua implementação nos serviços públicos em diferentes cidades brasileiras. A partir da análise, são identificados obstáculos para a efetivação desse direito primordial, que parte desde o acesso ao equipamento até a falta de profissionais da saúde aptos para compreender as especificidades dessa população.

Já no direito à assistência social realizou-se uma análise acerca dos serviços socioassistenciais ofertados à PSR em algumas localidades do país, evidenciando questões como acesso aos serviços básicos, integralidade entre SUAS e Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a necessidade de abordagens intersetoriais. A integralidade entre as políticas públicas é essencial para garantir um atendimento eficaz à PSR.

Há políticas públicas que beneficiam a população em situação de rua e visam estabelecer o acesso aos seus direitos, porém também há políticas públicas que

visam outros aspectos, como é o caso da internação involuntária/compulsória, que vem sendo discutida e implementada no âmbito legislativo no estado de Santa Catarina atualmente e gerado mudanças drásticas às pessoas que vivem nas ruas de algumas cidades do estado.

Para tanto, realizou-se uma análise e discussão na terceira seção, mesmo que provisórias, pois se trata de normativas recentemente aprovadas e ainda sem maiores regulamentações, acerca das leis promulgadas e suas consequências que afetaram diretamente a PSR. Alguns questionamentos foram trazidos para gerar reflexão do motivo pelo qual essas leis foram sancionadas. Traz-se alguns questionamentos sobre o higienismo, a pobreza e a loucura, temas importantes para debater sobre a exclusão e segregação que vem ocorrendo contra essa população.

2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: COMO ESTÁ PREVISTO SEU ATENDIMENTO PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL?

Nesta seção apresenta-se elementos sobre o surgimento de políticas públicas para a população em situação de rua, a fim de indicar a necessidade de atendimento a esta população que, sabe-se, carrega invisibilidade, preconceitos e estigmas sociais. A Constituição Federal de 1988, no que tange aos direitos sociais da população, registra no art. 6º que “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 1988). A Emenda Constitucional nº 90, de 15 de setembro de 2015, dá nova redação ao art. 6º da Constituição Federal para introduzir o transporte como direito social.

Em 7 de dezembro de 1993 foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742, que institui a Assistência Social, como direito do cidadão e dever do Estado brasileiro, conforme consta no art. 1º [...] política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (Brasil, 2005). A LOAS é alterada pela Lei nº 11.258 de 30 de dezembro de 2005 que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento às pessoas que vivem em situação de rua (Brasil, 2005).

De acordo com a Política Nacional da Assistência Social (PNAS) de 2004 e a Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) “a Política Nacional de Assistência Social ora aprovada expressa exatamente a materialidade do conteúdo da Assistência Social como um pilar do Sistema de Proteção Social Brasileiro no âmbito da Seguridade Social” (PNAS, 2005, p. 11). No que consta a respeito do público usuário da política este se constitui de

[...] cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias

psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (PNAS, 2004, p.33).

O I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua foi organizado pelo Governo Federal, a partir do então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) nos dias 01 e 02 de setembro de 2005, em Brasília. Segundo o relatório, este I Encontro Nacional teve como objetivo colher opiniões, estabelecendo desafios e estratégias coletivas para fomentar as construções de políticas públicas. “Contou com a participação de representantes de municípios - pertencentes aos governos municipais, entidades não-governamentais e representativas da população em situação de rua - especialistas no tema e representantes das Secretarias do MDS” (Brasil, 2006).

Dentre os objetivos do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, estão: -reunir os atores sociais visando debater sobre os desafios e estratégias para construção de políticas públicas voltadas à população; -informar os governos municipais, entidades representativas da população em situação de rua e organizações não-governamentais (ONG) sobre as iniciativas do MDS em relação as políticas à população em questão; -conhecer as experiências de atuação com a população desenvolvidas em capitais e municípios com mais de 300 mil habitantes; - conhecer as principais demandas pelas entidades representativas da população dirigidas ao Estado e; -discutir estratégias de participação popular e controle democrático das políticas públicas voltadas a população em situação de rua (Brasil, 2006).

O I Censo e a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua foram realizados entre agosto de 2007 e março de 2008, pelo MDS. A partir desses estudos foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua distribuídas em 71 cidades do país. A pesquisa contribuiu para definição de estratégias e políticas específicas, além de mapear o perfil dessa população com potencial para reduzir o preconceito existente na sociedade que passa a se informar a respeito das violações de direitos e dificuldades vivenciadas por essa população (Brasil, 2009). [...] “Influência social da mídia que contribui para a construção de uma imagem

estigmatizante dessas pessoas como vagabundas, inúteis e criminosas. Contrariando esse discurso, as investigações ressaltaram que muitas pessoas em situação de rua desempenham atividades laborais” (Sicari; Zanella, 2018, p.673).

Sobre o acesso dessa população ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao SUAS a pesquisa aponta preocupação.

Evidenciando a necessidade de construção de uma rede intersetorial direcionada a essa população. Destacaram a importância de pensar a intersectorialidade de maneira ampliada, considerando habitação, educação e trabalho, além de ações que esclareçam seus direitos sociais (Sicari; Zanella, 2018, p.673).

Em dezembro de 2009 a partir do Decreto nº 7.053 foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, bem como o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua (CIAMP- Rua). O conceito da população em situação de rua se pauta em:

[...] 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 (Brasil, 2009).

Dentre os princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, estão o “respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência”. A Política garante o acesso amplo aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda. Enfatiza a necessidade de criar meios de articulação entre o SUAS e o SUS para qualificar a oferta de serviços a essa população (Brasil, 2009).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua foi implementada “de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos que a ela aderirem por meio de instrumento próprio” (BRASIL, 2009). No que consta a partir do Decreto nº 7.053, as entidades federais que aderiram à Política, tem a responsabilidade de instituir comitês gestores intersectoriais, integrados por representantes que estão inseridos nas áreas que atendem essa população, por

meio de participação de fóruns, movimentos e entidades que os representam (Brasil, 2009).

Segundo o Decreto nº 7.053/2009 o Poder Executivo Federal poderá firmar convênios para o desenvolvimento e execução de projetos que beneficiem a população em situação de rua, podendo ser estas entidades públicas e/ou privadas, sem fins lucrativos, que estejam de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos que orientam a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Brasil, 2009).

Em maio de 2008 ocorreu a implementação da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, fruto de reflexões e debates a partir do Grupo de Trabalho Interministerial, instituído pelo Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006. Ocorreram a soma de outras reivindicações mais representativas a essa população por cuidados de saúde, que coincidiram com a divulgação de projetos voltados ao cuidado de usuários de substâncias psicoativas, e projetos voltados à reclusão desse de pessoas usuárias de crack (Borysow; Oda; Furtado, 2023).

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua indica em suas diretrizes a implementação de políticas públicas nas três esferas: federal, estadual e municipal “estruturando as políticas de saúde, educação, assistência social, habitação, geração de renda e emprego, cultura e o sistema de garantia e promoção de direitos, entre outras, de forma intersetorial e transversal garantindo a estruturação de rede de proteção às pessoas em situação de rua” (Brasil, 2008, p. 15), além de outras iniciativas como elaboração e divulgação de indicadores sociais, econômicos e culturais da População em Situação de Rua (PSR), alocação de recursos nos Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais para implementação das políticas públicas para esse segmento populacional, Incentivo à formação e à capacitação de profissionais para atuação na rede de proteção, entre outras (Brasil, 2008).

Segundo o diagnóstico realizado a partir de dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal sobre a PSR, a partir do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, no ano de 2022, 1 a cada 1.000 pessoas estava vivendo em situação de rua no Brasil. Entre os municípios com

maior número de pessoas em situação de rua, São Paulo é o primeiro da lista e Florianópolis se encontra na décima posição (Brasil, 2023).

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a população em situação de rua no Brasil estimada no ano de 2022 corresponde a 281.472 pessoas. A partir da pesquisa estima-se que a população em situação de rua no Brasil tenha crescido 38% entre 2019 e 2022. Considerando o período de uma década (2012-2022), o crescimento foi de 211%. O crescimento da população brasileira na última década, entretanto, foi de apenas 11% (Brasil, 2023, p.13).

Em relação ao diagnóstico realizado pelo Governo Federal em 2023 com os dados do Cadastro Único de 2022, podemos observar o perfil dessa população, já que até o presente momento não foi realizado um Censo atualizado da PSR no Brasil.

A Região Sudeste teria 145.689 pessoas em situação de rua. Em relação ao perfil, há 12,88% de mulheres e 87,12% de homens em situação de rua. Em relação a idade a maior parte da população em situação de rua corresponde a pessoas entre 40 a 49 anos (42.384). O número de pessoas que não indicaram domicílio de referência foi 125.296, enquanto 20.393 indicaram domicílio de referência. Os motivos apontados pelo qual passou a morar na rua foi por problemas familiares (64.755), seguido de desemprego (52.208), por alcoolismo/ drogas (40.361), por perda de moradia corresponde a (32.320) dos casos, por outro motivo (16.678), por ameaça (5.380), por trabalho (5.216), por tratamento de saúde (4.192), por preferência (3.561), não sabe/não lembra (676) (Brasil, 2023).

Na Região Nordeste há 34.947 pessoas vivendo em situação de rua. Em relação ao perfil dessa população há 16,54% de mulheres e 83,46% de homens em situação de rua. A maior parte da população corresponde a pessoas entre 30 e 39 anos. Em relação a referência de domicílio, 28.506 pessoas não referenciaram domicílio, enquanto 6.441 indicou domicílio de referência. Os motivos apontados pelo qual passou a morar na rua foi por problemas familiares (15.196), seguido de desemprego (12.197), perda de moradia (10.026), por alcoolismo/ drogas (8.864) pessoas, por ameaça (2.562), por outro motivo (2.394), não respondeu (2.169), por trabalho (1.275), por preferência (1.108), por tratamento de saúde (845), não sabe/não lembra (185) (Brasil, 2023).

A Região Sul possui 33.326 pessoas vivendo em situação de rua. Em relação ao perfil, há 11,44% de mulheres e 88,56% de homens em situação de rua. A maior parte da população corresponde a pessoas entre 40 e 49 anos. Em relação a referência de domicílio, 26.377 pessoas não referenciaram domicílio, enquanto 6.949 indicou domicílio de referência. Os motivos apontados pelo qual passou a morar na rua foi por problemas familiares (15.075), seguido de desemprego (13.154), por alcoolismo/ drogas (11.946), por perda de moradia (8.305), por outro motivo (2.503), por trabalho (1.515), por ameaça (1.498), por tratamento de saúde (1.288), não respondeu (1.215), por preferência (1.213), não sabe/ não lembra (153). A partir de dados do Cadastro Único e do Censo Demográfico 2022 (IBGE), Florianópolis possui 2.020 habitantes em situação de rua (Brasil, 2023).

Na Região Centro Oeste há 16.393 pessoas em situação de rua. Em relação ao perfil, há 12,99% de mulheres e 87,01% de homens em situação de rua. A maior parte da população corresponde a pessoas entre 40 e 49 anos. Em relação a referência de domicílio, 13.115 pessoas não referenciaram domicílio, enquanto 3.278 indicou domicílio de referência. Os motivos apontados pelo qual passou a morar na rua foi por desemprego (7.497), seguido de problemas familiares (6.376), por alcoolismo/drogas (5.143), por perda de moradia (3.813), por outro motivo (1.635), por trabalho (1.272), não respondeu (1.184), por tratamento de saúde (853), por preferência (697), por ameaça (693), não sabe/ não lembra (117) (Brasil, 2023).

Na Região Norte há 6.045 pessoas em situação de rua. Em relação a referência de domicílio, 4.809 pessoas não referenciaram domicílio, enquanto 1.236 indicou domicílio de referência. Em relação ao perfil, há 21,37% de mulheres e 78,63% de homens em situação de rua, número maior de mulheres nessa situação do que em outras regiões do país. A maioria da população tem entre 40 e 49 anos. Os principais motivos apontados pelo qual passou a morar na rua foram por desemprego (2.060), seguido de problemas familiares (1.771), por outro motivo (1.655), por alcoolismo/drogas (1.315), por perda de moradia (959), por trabalho (340), não respondeu (326), por ameaça (317), por tratamento de saúde (269), por preferência (254), não sabe/não lembra (60) (Brasil, 2023).

O perfil das pessoas em situação de rua segundo dados cadastrados, é composto por trabalhadores desempregados (68% já teve emprego com carteira assinada), do sexo masculino (87%), adultos (55%) entre 30 e 49 anos e negros

(68%). Pessoas com deficiência correspondem a 15% do total dessa população. A maioria (90%) da população em situação de rua sabe ler e escrever. A principal fonte de renda mencionada foi a partir do trabalho como catador que corresponde a 17% do total (Brasil, 2023).

Dentre os principais motivos para a situação de rua, são “os problemas familiares (44%), seguido do desemprego (39%) e do alcoolismo e/ou uso de drogas (29%), e da perda de moradia (23%)” (BRASIL, 2023, p.20). Em relação aos vínculos familiares fragilizados, 61% dessa população nunca ou quase nunca tem contato com parentes fora das condições de rua, dentre o número total de pessoas em situação de rua 92% não vivem com suas famílias na rua (Brasil, 2023).

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com relação a violência contra pessoas em situação de rua, entre os anos de 2015 a 2022, ocorreram 48.608 notificações. Em relação aos dados, 60% das vítimas eram homens e 40% eram mulheres. Os homens negros e jovens correspondem as principais vítimas. Apesar do número de mulheres em situação de rua representar 13% do total da população, 40% das vítimas nos casos de violência notificados em 2022 foram mulheres. “As mulheres transexuais representam a identidade de gênero mais frequente entre as vítimas que tiveram esse campo preenchido” (Brasil, 2023 p. 21). O local de ocorrência da violência na maioria dos casos foi em via pública, correspondendo a 3.639 dos casos. Em 88% dos casos ocorreu violência física, violência sexual corresponde a 4% e tortura 3% (Brasil, 2023). Evidenciando a violência contra a mulher e principalmente contra mulheres transexuais no Brasil.

Os dados mostram que na realidade brasileira, há a evidencia do racismo, do machismo e da transfobia, sendo as mulheres cisgêneras e transexuais e homens negros os mais afetados quando falamos nos números de violência. Grande parte das pessoas em situação de rua são homens, mas quando abordamos sobre a violência sofrida, 40% das vítimas são mulheres. Os homens negros e jovens são as principais vítimas, evidenciando o racismo e o genocídio contra a população negra no Brasil.

As mulheres transexuais e travestis representam a identidade de gênero mais frequente das vítimas que tiveram esse campo preenchido, isso mostra que não é coincidência que o Brasil pelo 15º ano é o país que mais mata pessoas

transexuais e travestis no mundo. Segundo o portal de notícia G1, o perfil das pessoas transexuais e travestis assassinadas no país, 94% eram mulheres transexuais/travestis, 72% eram negras, 54% foram mortas com requintes de crueldade, 60% foram encontradas mortas em locais públicos, 57% eram profissionais do sexo, 34% tinham entre 18 e 29 anos (Oliveira, 2024). É necessário enfrentar, por meio de políticas públicas, a conscientização que visem o rompimento de comportamentos e ações racistas, machistas e homofóbicas/transfóbicas da população, que geram a morte de inúmeros brasileiros.

A partir do diagnóstico realizado pelo Governo Federal com os dados do Cadastro Único, no Estado de Santa Catarina, 8.824 pessoas estão em situação de rua. Destas, 83,36% afirmou que já trabalhou com carteira assinada, e 51% do total afirmou que o desemprego foi o principal motivo pelo qual passou a morar na rua. (Brasil, 2023).

Os dados do diagnóstico rompem com o estigma das pessoas em situação de rua como “malandros”. Evidencia que essa população é formada por trabalhadores, e metade da PSR em Santa Catarina afirmou que passaram a morar na rua por conta do desemprego, dado importante para repensar no local em que essa população é colocada pela sociedade e pelo poder público. Também rompe com o imaginário de que a pessoa está usufruindo da “boa vida”, na qual se encontra em uma realidade repleta de direitos violados sem condições mínimas de subsistência.

A partir dos dados analisados, evidencia-se a importância dos diagnósticos censitários específicos à população em situação de rua. Com o objetivo de conhecer qual é o perfil dessa população em cada território que ocupa. A fim de criar e expandir políticas públicas que supram suas necessidades de forma que não permeie apenas no âmbito emergencial.

A partir da perspectiva de Pinto e Gondim (2017) acerca da análise da Questão Social a partir da temática abordada, o capital tem contribuído para o acirramento das desigualdades e conseqüentemente o agravamento das expressões da questão social, como é o exemplo da população em situação de rua. “O capitalismo necessita permanentemente do exército industrial de reserva, ou seja, um contingente de proletários sobrantes, não absorvidos pelas indústrias, como uma estratégia fundamental no circuito da acumulação do capital” (Pinto; Gondim, 2017

p. 5). A precarização do trabalho é evidenciada no modo de produção capitalista, e se tratando dessa população, as condições de trabalho e subsistência são ainda mais precárias (Pinto; Gondim, 2017).

A PSR como membro integrante do “exército industrial de reserva” possui pelo menos três funções na ordem capitalista: a primeira diz respeito a força de trabalho abundante ao capital; a segunda quanto mais os trabalhadores desempregados precisarem da oferta de trabalho, mais facilmente o capitalista poderá manipular os salários e contribuir com a acumulação de capital e a terceira o “exército industrial de reserva” precisa despertar medo e insegurança aos empregados, mesmo com os baixos salários e as péssimas condições de trabalho, o capital tem disposição a mão de obra excedente e precisa que não haja resistência as condições precárias (Fraga; Sarmiento, 2022).

A preconização do acesso pleno aos direitos garantidos também às pessoas em situação de rua permite identificar que a referida política propõe a integralidade no atendimento a essa população. As próprias características múltiplas e complexas dos problemas sociais, especificamente, da população em situação de rua, necessitam da “sinergia intersetorial” para constituir objetivos comuns. “A intersetorialidade tem sido pensada como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença” (Monnerat, 2011 p. 44).

Para entender como vive a População em Situação de Rua é necessário compreender os aspectos que atingem sua realidade concreta. A cerca do conceito de pobreza:

[...] as Nações Unidas trabalham com o indicador que considera em pobreza extrema aquelas pessoas que recebem menos de um dólar por dia. [...] no Brasil centram-se, fundamentalmente, nas definições unidimensionais, que consideram pobre extremo aquele indivíduo que se encontra abaixo das chamadas linhas de indigência (Bagolin, Ávila, Comim, 2012, p. 169).

A partir da perspectiva dos autores o conceito de pobreza extrema “tem sido utilizado de forma a retratar uma condição de privação extrema em termos dos recursos que as pessoas têm ou não acesso” (Bagolin, Ávila, Comim, 2012, p. 169).

No sistema capitalista há a culpabilização do indivíduo e de suas ações, colocando o sujeito como responsável pelas violações de direitos que configuram as

expressões da Questão Social. O acesso aos serviços para a PSR é a primeira barreira a ser encontrada, evidenciando a necessidade de buscar melhores práticas de saúde e socioassistenciais adaptadas e flexibilizadas, que consideram os diferentes contextos culturais e de violações que os usuários estão inseridos.

É necessária a defesa e a luta por políticas públicas voltadas a atender demandas específicas de cada população. É por meio destas que o trabalho profissional, apesar de contraditório, não se baseie apenas em sanar demandas gerais de caráter emergencial e se pautem na construção de um projeto político societário contra a ideologia dominante, que visa o fortalecimento da classe trabalhadora e a ruptura com o sistema capitalista.

2.1 SERVIÇOS DE ATENÇÃO À PSR NA POLÍTICA DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 prevê no Art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e garante ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). A 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 de saúde. O SUS tem como principais princípios a integralidade, a universalidade, a equidade, a regionalização e a hierarquização (Brasil, 1990). A 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 (Brasil, 1990).

A Portaria nº4.279 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, sendo eles a atenção primária, atenção secundária e terciária (Brasil, 2010). A Atenção Primária à Saúde (APS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizam ações e atendimentos voltados a prevenção e promoção da saúde, trabalham para garantir atenção integral no território de abrangência. As equipes profissionais estão divididas em: Saúde da Família, Saúde da Família Ribeirinha, Prisionais, Consultório na Rua, Atenção Primária, Saúde Bucal, dentre outras estratégias (Brasil, 2022).

A Atenção Especializada é composta pela atenção secundária e terciária, que corresponde à média e alta complexidade. A média complexidade é pautada em serviços especializados ofertados em hospitais e ambulatórios como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e a alta complexidade no âmbito hospitalar (Brasil, 2022).

Na Estratégia da Saúde da Família (ESF) que se transformou em política pública para o SUS, a população em situação de rua permeia por inúmeros obstáculos até conseguir alcançar e efetivar a garantia do direito à saúde. No acesso na APS questões referentes à organização do serviço exercem papel fundamental: “exigência de documentação, restrição no atendimento da demanda espontânea, limites na atuação intersetorial, preconceitos, entre outras, criam vínculos precários” (Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010, p. 713).

O projeto “A Gente na Rua” foi implantado em novembro de 2004, em sete UBS, no estado de São Paulo nas regiões das subprefeituras Sé, Mooca e Pinheiros, contando com 11 Agentes Comunitários de Saúde de Rua e uma enfermeira. Foi necessário elaborar novos termos e conceitos para incluir a PSR no cadastro com suas especificidades, como a existência de animais de estimação, locais em que realizam a higiene e suas refeições, entre outros aspectos que tangem a vida dessa população (Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010). A atuação da equipe consistia em prestar assistência quando necessário, atuar de forma integrada, na perspectiva de estabelecer vínculos e compromissos compartilhados na tarefa de promover a saúde da comunidade. Para a capacitação específica sobre o tema foi necessário refletir sobre a situação de rua, peculiaridades do processo saúde-doença e o cuidado dessa população. Houve desafios e resistências na organização e no desenvolvimento do projeto, foi estabelecido um processo de supervisão técnica intensiva e particularizada, alguns agentes de saúde apresentaram necessárias intervenções assistenciais, em especial no campo da saúde mental (Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010).

Já um estudo realizado no Rio Grande do Norte sobre a realidade do acesso aos serviços de saúde da PSR, evidenciou que não ter uma residência fixa dificulta o atendimento, pois não se consegue saber referenciar qual seria a UBS mais próxima. Uma questão relatada foram os documentos para marcar consultas, pois muitas vezes eles não sabem seus dados como a data de nascimento. Evidenciou-se um número reduzido de profissionais da área da saúde nas instituições

investigadas (Lira *et al.*, 2019). Segundo a pesquisa “A maior dificuldade é a quantidade de profissionais para suprir a demanda da unidade, são muitas famílias para poucos profissionais de saúde. Como vamos ter tempo de procurar essas pessoas de rua?” (Lira *et al.*, p.5). Outra dificuldade apontada é sobre a desvalorização social da PSR, também pelos profissionais da área da saúde “[...] as vezes também é como os profissionais não dessem muito valor a essa pessoa da rua” (Lira *et al.*, 2019, p.5).

A partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, ocorreu a implementação do Consultório na Rua, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde a população em situação de rua. Os Consultórios na Rua integram o componente de atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e desenvolvem ações de atenção básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB (Brasil, 2023).

Segundo o documento Consultório de Rua do SUS, publicado em dezembro de 2010 pelo Ministério da Saúde e pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, os princípios que norteiam os Consultórios na Rua, são: a universalidade de acesso a saúde, a integralidade, a equidade, o respeito ao modo de vida a população atendida, e a redução de danos como estratégia. O objetivo do Consultório na Rua é “atuar como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitar sua inserção na rede” (Brasil, 2010, p. 13).

Ao acolher um segmento populacional em situação de exclusão social, que se autoexclui ou que é excluída da rede de serviços, o objetivo é intervir inserindo esses usuários na rede SUS e conceder-lhes o direito à saúde pública, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde (Brasil, 2010, p.12).

Segundo o documento de orientação sobre os Consultórios na Rua no Estado de Santa Catarina, estes procuram “ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica” (Santa Catarina, 2017, p. 1). O documento destaca que em municípios em que não há o Consultório na Rua, a atenção a saúde deverá ser prestada pelas demais equipes da Atenção Básica (Santa Catarina, 2017).

As equipes de Consultório na Rua podem ser organizadas em três modalidades, de acordo com os profissionais atuantes e contam com composição multiprofissional, podendo fazer parte: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social,

Terapeuta Ocupacional, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, profissional de Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação e Médico, que desenvolvem ações integras de saúde (Brasil, 2023).

A depender da necessidade do usuário, essas equipes podem atuar junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção da rede de saúde pública e intersetorial (Brasil, 2023). Em relação a implementação e avaliação do Consultório na Rua o serviço busca ampliar o acesso a população aos serviços de saúde, não limitando o acesso da PSR somente aos centros de Urgência e Emergência.

Segundo uma pesquisa realizada no município de São Paulo nos Consultórios na Rua, “o trabalho da eCR (equipe de Consultório na Rua) seguia definição de área e população adscrita, semelhante ao das duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência. A equipe raramente extrapolava o perímetro do território formalmente definido, a não ser no caso de desencontros com usuários” (Borysow; Oda; Furtado, 2023, p.7). Para a PSR a delimitação da área de abrangência era um obstáculo para a permanência do cuidado em saúde (Borysow; Oda; Furtado, 2023).

Durante a implantação do Consultório na Rua na cidade de São Paulo, houve alguns apontamentos do que não foi implantado, como não possuir número mínimo de profissionais como proposto pela portaria, não oferecer nenhuma ação de atenção básica, não possuir veículo disponível para a equipe (precisando dividir carro com outras equipes), equipe que não oferece atividades *in loco*, equipe que não desenvolve ações compartilhadas com as equipes da UBS da área de abrangência, não oferece cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, não realiza ações de redução de danos, não realiza ações compartilhadas, não possui agentes sociais ou há agentes sociais que exercem funções diferentes das previstas pela portaria, horário de funcionamento menor que o da UBS, não atende as demandas da PSR e não há acesso da equipe a ações de educação permanente (Borysow; Oda; Furtado, 2023). “A eCR necessitou pressionar para que as PSR fossem cadastradas como usuárias da UBS onde está sediada, mesmo sem comprovante de residência, como determina a Portaria MS 940/2011” (Borysow; Oda; Furtado, 2023 p. 18).

Durante a pesquisa ficou evidente que as propostas feitas nos níveis centrais do SUS inevitavelmente sofrem adaptações, resistências e novas elaborações a partir do histórico local e suas condições. Os problemas identificados juntamente com a equipe parecem ser provenientes muito mais de um paradoxo da própria política e dos demais serviços da rede de saúde e menos de seu grau de implantação (Borysow; Oda; Furtado, 2023).

A avaliação do grau de implantação permitiu identificar a pertinência da equipe no oferecimento de cuidado em atenção básica, na vinculação com os usuários, na interlocução e no trabalho interserviços e intersetores, e no apoio a demandas que extrapolam o que é, tradicionalmente, reconhecido como do setor saúde, mas que se afiguram fundamentais nesse segmento populacional. No entanto, há aspectos a serem desenvolvidos de modo a garantir a equidade para essa população, sobretudo na garantia de mobilidade da equipe pelo território, do trabalho interprofissional in loco, e melhoria do fluxo entre eCR e equipes das UBS, além de garantia dos insumos necessários à redução de danos (Borysow; Oda; Furtado, 2023).

O Consultório na Rua é um grande avanço na política de saúde, porém sua existência não é realidade em grande parte dos municípios do Brasil. Na Atenção Básica a referência são as UBS, que possuem dificuldade no atendimento com essa população, por vezes não compreendem as especificidades e seu contexto social.

Outro equipamento fundamental que presta serviços de saúde à PSR é o CAPS, que segundo o Ministério da Saúde, são unidades de saúde que prestam serviços de caráter aberto e comunitário, realizando atendimento prioritariamente às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e composto por uma equipe multiprofissional atuando de forma interdisciplinar. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas e situações que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. O CAPS AD é indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes (Brasil, 2024).

Uma pesquisa realizada no Distrito Federal, no CAPS AD, o público alvo da pesquisa foram PSR e profissionais do quadro efetivo do CAPS AD. A pesquisa considerou assiduidade e continuidade da pessoa em situação de rua, o acompanhamento ofertado pelo serviço, a inserção do usuário em situação de rua

em outros serviços voltados a garantia de direitos, a redução ou interrupção do uso de substâncias psicoativas e o fortalecimento da rede de apoio (Carvalho Linhares; Figueiredo, 2022).

A partir da coleta e análise dos dados, a realidade do serviço de saúde mental a PSR, foi marcada por “[...] condutas dialéticas que ora fortalecem o processo de cuidado, ora legitimam a exclusão e a desassistência por parte dessa população” (Carvalho Linhares; Figueiredo, 2022, p.7). As ações oferecidas melhoram as condições de saúde e reduzem os riscos e agravos da população, porém se mostram insuficientes aos usuários em situação de rua a atenção a saúde mental de forma ampla e de fato efetiva (Carvalho Linhares; Figueiredo, 2022).

Durante a pesquisa foram encontradas potencialidades como a não obrigatoriedade de documentos para o acesso ao CAPS AD à PSR, estratégia de redução de danos aplicada por uma parte significativa dos profissionais do serviço, busca pela inserção do usuário em outros serviços que visam a garantia de direitos e o esforço da equipe em tornar o acesso da PSR mais flexível (Carvalho Linhares; Figueiredo, 2022).

Os principais desafios encontrados no acesso da PSR no CAPS AD foram a sobrecarga dos profissionais, a falta de recursos que poderiam contribuir na assistência ofertada, o estigma da PSR por parte da equipe, a baixa continuidade e adesão da PSR ao acompanhamento do CAPS AD e a pouca aproximação do serviço com a rede de apoio do usuário que se encontra em situação de rua (Carvalho Linhares; Figueiredo, 2022).

Em relação a problemática envolvida sobre a PSR e as políticas públicas, “um dos maiores desafios das políticas sociais, entre elas a de saúde, é garantir que a grande parcela de pessoas excluídas do mundo do trabalho seja incluída e passe a participar ativamente da vida social” (Lira *et al.*, 2019, p.02). Nesse contexto a PSR que é um grupo historicamente excluído, que se encontra com inúmeros direitos violados.

O Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do princípio da universalidade, garante legalmente acesso igualitário, integral e equânime a toda a população brasileira. Contudo, em termos práticos, não se vê a extensão desse direito à população em situação de rua. Observa-se que esta tem acesso aos serviços (é atendida) apenas nas situações de urgência e emergência, por profissionais sem o devido preparo para identificar e

compreender suas reais necessidades de saúde (Lira *et al.*, 2019, p.02).

Segundo a pesquisa sobre a realidade do acesso aos serviços de saúde da PSR realizada no Rio Grande do Norte, este ocorre preferencialmente pelos serviços de urgência e emergência (Lira *et al.*, 2019). “[...] a população de rua procura sim esse serviço, por ela não ter uma referência de unidade básica, quando elas necessitam elas veem, ou por vontade própria ou veem através do SAMU” (Lira *et al.*, 2019, p.4).

Na atuação da autora deste trabalho, como estagiária de Serviço Social em uma instituição hospitalar na Grande Florianópolis em Santa Catarina, foi observada a dificuldade de encaminhamento da PSR após o atendimento hospitalar. O hospital não tinha capacidade de permanecer com o paciente por conta da superlotação, e por vezes era utilizada a internação social por um curto período de tempo, enquanto, geralmente o setor de Serviço Social, recorria aos serviços de alta complexidade da Assistência Social. A Política de Assistência Social, por vezes não aceitava o usuário por estar com condições que permeavam o processo saúde-doença, o que impossibilitava o encaminhamento desses usuários.

Sendo assim, fica claro que “o papel da urgência e emergência na rede de atenção à saúde precisa ser revisto para que essa população tenha o direito ao acesso assegurado” (Lira *et al.*, 2019, p.6). É necessário que o serviço seja revisto respeitando as condições e características de vida dessa população, possibilitando o acesso universal que compreenda suas especificidades como a falta de documentos, residência fixa e compreenda a vontade do usuário de não restabelecer vínculos familiares fragilizados ou rompidos durante o processo saúde-doença.

Outro serviço de saúde importante na atenção à PSR é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No atendimento à PSR, o relato a seguir exemplifica o que ocorre durante o atendimento.

Essa sensação de desamparo ampliava-se com a frequente dificuldade das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em priorizar as solicitações de apoio realizadas pela equipe socioassistencial. Foi relatada situação na qual profissionais do SAMU e da Guarda Municipal, presentes em uma emergência, recusaram-se a realizar intervenção sobre uma PSR que apresentava estado confuso e agressivo, até a chegada da equipe socioassistencial,

considerada por eles responsável por aquele caso (Borysow; Furtado, 2014, p.1072).

Durante visitas institucionais nas Casas de Passagens, instituições de alta complexidade da assistência social voltadas à PSR no município de São José, onde realizou-se a experiência de estágio obrigatório em Serviço Social, em conversa com a equipe técnica a respeito das maiores dificuldades enfrentadas no serviço, a saúde foi a mais citada. A principal questão foi de que o SAMU, quando acionado, por muitas vezes não comparecia ao local quando era de seu conhecimento que o atendimento seria para uma pessoa em situação de rua.

Estruturar serviços públicos, em especial na área da saúde, requer práticas que supram as necessidades e especificidades de todos os grupos sociais, refletindo sobre a condição destes. Sendo assim, o processo de inclusão e exclusão devem ser pensados, para organizar práticas nos serviços públicos. Criando melhor mecanismos de articulação de rede, transformando as organizações técnico-administrativas afim de incorporar todas os segmentos populacionais e sanar suas demandas e necessidades. O questionamento de qual o lugar da rua nos serviços de saúde enquanto a PSR não pertencer a um território fixo e definido, facilmente acaba não pertencendo a lugar algum (Lira *et al.*, 2019). “O acesso da PSR vai exigir da rede de atenção à saúde a construção de novos fluxos, a ampliação do sentido de cidadania e a compreensão da relação entre as formas de viver/trabalhar e o processo saúde-doença” (Lira *et al.*, 2019, p.6).

O serviço de saúde precisa considerar as condições de vida e trabalho da PSR, compreender suas demandas e o não o contrário. Possibilitando a criação de um vínculo entre profissional da saúde e usuário, estimulando a autonomia e cidadania, promovendo sua participação. A entrada nos serviços de saúde é garantida, porém não é assegurado o prosseguimento do atendimento da atenção à saúde (Lira *et al.*, 2019). Necessário pontuar que a PSR “[...] é produto do estado neoliberal, mas ao mesmo tempo é ameaça para esse próprio estado, uma vez que vive à margem das políticas sociais e põe em cheque determinado padrão de sociabilidade e de produção social” (Lira *et al.*, 2019, p. 7).

Fraga (2015) aborda sobre a tendência de culpabilização do sujeito por seu estado de adoecimento e a responsabilização do indivíduo pelos cuidados a saúde. Na qual essa responsabilização deve ser dividida com o poder público e a

sociedade, que devem buscar por melhores condições de acesso e condições de vida a PSR. Conduz uma reflexão sobre o desinteresse do poder público a PSR, bem como isso influencia nas condições de vida e saúde dessa população e na qualidade dos serviços ofertados.

O acesso da PSR à saúde se pauta em dois eixos, o primeiro diz respeito as dificuldades de adesão a tratamentos e serviços de saúde a PSR, o segundo aborda sobre a ausência de serviços capazes de suprir suas demandas específicas durante o atendimento, que está relacionada a um conjunto de determinantes. Destaca a falta de estrutura física de acolhimento, disponibilizando local de permanência para o tratamento de saúde e local para realizarem a higiene pessoal. O despreparo dos profissionais da área da saúde durante o atendimento, que não levam em conta as condições de vida e saúde dessa população. O preconceito e estigma social sobre a PSR, que traz um histórico de descaso, que refletem nas ações profissionais. A burocratização e a ausência de ações interprofissionais e intersetoriais capaz de proporcionar um atendimento integral a PSR (Fraga, 2015).

Em relação a pessoa em situação de rua, romper com a imagem estigmatizante é necessário para resgatar a cidadania dessa população. Em relação ao seu atendimento no processo saúde-doença “no campo do desafio, está a necessidade de se aproximar ao máximo do cotidiano vivido por essas pessoas, para entender a complexidade de seu processo saúde-doença, identificando suas reais necessidades” (Paiva *et al.*, 2016, p. 2601).

O processo de saúde-doença da população em situação de rua tem significados diferentes para cada indivíduo. “Alguns fazem associação de saúde com ausência de doença. Outros remetem a saúde ao bem-estar, à felicidade, à prevenção da dependência química ou a um lugar de abrigo” (Paiva *et al.*, 2016, p. 2601). Para a PSR o corpo é o instrumento responsável para a manutenção da sobrevivência. “Problemas de saúde que não afetem a capacidade de trabalhar ou de se locomover para buscar alimentos são relativizados diante da necessidade de garantir a sobrevivência” (Paiva *et al.*, 2016, p. 2601).

No campo das políticas de saúde os problemas são visíveis e se pautam principalmente nos “[...] problemas de acesso, estigma, preconceito, despreparo profissional, desarticulação entre os setores, cuidado uniprofissional, uma atenção à saúde, ainda, voltada para ações assistencialistas e medicalizantes” (Paiva *et al.*,

2016, p. 2603). Para melhores práticas em saúde é importante adaptar e flexibilizar considerando os diferentes contextos sociais que os usuários estejam inseridos.

No que se refere aos serviços de saúde, os equipamentos sociais públicos não promovem uma política de atendimento que supra as demandas da população em situação de rua. Alguns autores consideram que os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, constantemente, não estão capacitados para atender a população em situação de rua, já que desconhecem suas particularidades, os rotulando e estigmatizando. Considera que a pesquisa é uma importante ferramenta, enquanto mecanismo de conhecimento e denúncia social que possibilita a visibilidade dessa população. A fim de promover ações para estabelecer políticas públicas mais universais que buscam a equidade (Paiva *et al.*, 2016).

A baixa articulação dos serviços de atenção à saúde entre si e a sobreposição de suas ações, somadas a sua reduzida resolutividade, foram algumas das limitações que repercutiram diretamente no processo de trabalho concebido pelas equipes de saúde. Por vezes, elas atuaram no limite do processo de saúde e doença, sem correlacioná-los aos fatores determinantes da saúde, ou sem que obtivessem o suporte necessário de ações estruturadas de maneira intersetorial e interinstitucional (Oliveira; Guizardi, 2020, p.6).

A saúde é um direito de todos, porém quando abordamos sobre um segmento populacional que é invisibilizado, reprimido e estigmatizado é evidente que o acesso a saúde pública não é igualitário, e há inúmeras barreiras a serem encontradas, desde entrada, ao atendimento, seguindo pelo encaminhamento. Encontramos lacunas nesse acesso que dificultam ou impossibilitam que haja um atendimento integral que sane suas demandas que permeiam o processo saúde-doença. Não há como fazer uma boa atuação na política de saúde, sem articular com as outras políticas públicas, é necessário integrar estas para que haja um atendimento integral à PSR.

2.2 SERVIÇOS DA ATENÇÃO À PSR NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Na política de assistência social, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais organiza o SUAS por níveis de complexidade, sendo: Proteção Social Básica (PSB), Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSEMC) e Alta Complexidade (PSEAC) (Brasil, 2014).

Na PSB o serviço é o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que possui abrangência municipal e contribui para a redução de vulnerabilidade social em seu território de abrangência, prevenção na ocorrência de riscos sociais, amplitude no acesso a serviços socioassistenciais e setoriais, buscando uma melhor qualidade de vida as famílias do seu território (Brasil, 2014).

Araújo e Pupo (2023) afirmam que no município de Franco da Rocha, em São Paulo, os dois serviços do território não fazem monitoramento da PSR, mesmo sendo uma de suas atribuições identificar situações de vulnerabilidade. As demandas espontâneas são referenciadas apenas ao Centro Pop. As autoras pontuam que a PSR se concentra no centro da cidade, enquanto os equipamentos ficam nos bairros, o que dificulta rastrear e mapear os usuários.

Já na PSEMC o serviço é o Centro de Referência Especial da Assistência Social (CREAS) que tem como objetivo contribuir para a redução das violações dos direitos socioassistenciais, orientação e proteção social à famílias e indivíduos, acesso a serviços socioassistenciais e das políticas públicas setoriais, identificar situações de violação de direitos, buscando uma melhoria da qualidade de vida das famílias e usuários (Brasil, 2014).

Araújo e Pupo (2023) apresentam estratégias de rede e de articulação intersetorial utilizadas pelos serviços da RAPS e do SUAS do município de Franco da Rocha para o cuidado psicossocial da PSR nos anos de 2020 e 2021, durante a pandemia da covid-19. O CREAS, não integra a linha de cuidado da PSR, fazendo acompanhamento apenas de casos que já saíram da rua. Demonstra certa lacuna no acesso e no cuidado relacionado a violência vivenciada pela PSR, evidenciando uma falha na integralidade da atenção e no trabalho em rede no SUAS, pois ocorre a terceirização de atribuições do CREAS para o Centro Pop.

O Serviço Especializado em Abordagem Social atende indivíduos e famílias que utilizam o espaço público como forma de moradia e sobrevivência. Busca a resolução de necessidades imediatas e deve promover a inserção dos usuários na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas visando garantia dos direitos. Possui o objetivo de desenvolver o processo de saída das ruas, possibilitando o acesso a rede de serviços e benefícios socioassistenciais, identifica indivíduos e famílias com direitos violados e busca analisar suas condições de subsistência, promove ações para a reinserção familiar e comunitária (Brasil, 2014).

Loch (2014) a partir da pesquisa realizada com os usuários do serviço em situação de rua da cidade de Florianópolis levantou alguns pontos sobre o Serviço Especializado em Abordagem Social. A prática fundamentada na perspectiva de ajuda se mantém presente, muitas vezes a abordagem reforça uma postura repressiva e higienista. “Sobre o Serviço Especializado de Abordagem Social pode-se dizer que há desconfiança e insegurança, dado o caráter das abordagens que foram mencionadas” (Loch, 2014, p. 94).

O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop) tem o objetivo de acolhimento por meio da rede socioassistencial, contribui para preservar a integridade e autonomia da PSR, promovendo ações de reinserção familiar e comunitária, contribui para a construção de novos projetos de vida, respeitando a autonomia do usuário e suas especificidades no atendimento. O ambiente físico deve conter um espaço para a realização de higiene pessoal, alimentação e espaço para guardar os pertences dos usuários, espaço para realizar atividades coletivas e comunitárias com acessibilidade. O acesso ao serviço ocorre através da demanda espontânea e a partir do encaminhamento dos serviços da rede socioassistenciais, órgãos do sistema de garantia de direitos e demais políticas públicas setoriais (Brasil, 2014).

Para o trabalho socioassistencial no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua é necessário desempenhar ações como:

Acolhida; escuta; estudo social; diagnóstico socioeconômico; Informação, comunicação e defesa de direitos; referência e contrarreferência; orientação e suporte para acesso à documentação pessoal; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com outros serviços de políticas públicas setoriais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; mobilização de família extensa ou ampliada; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; mobilização para o exercício da cidadania; articulação com órgãos de capacitação e preparação para o trabalho; estímulo ao convívio familiar, grupal e social; elaboração de relatórios e/ou prontuários (Brasil, 2014, p.40).

Loch (2014) aborda sobre a percepção dos usuários do Centro Pop no município de Florianópolis. Dentre os apontamentos realizados pelos usuários a recepção não foi considerada acolhedora, sem espaço físico amplo e sem recursos materiais suficientes. Há problemas com a lavanderia e secagem de roupas que

geraram conflitos. O banheiro foi encontrado em péssimas condições com falta de higiene e racionamento de água, nem todos os chuveiros funcionavam e não havia divisórias, violando o direito à privacidade, outro ponto levantado em especial pelas mulheres, era a entrada de educadores sociais no banheiro feminino enquanto as usuárias tomavam banho para chamar para o serviço de alimentação ou para o atendimento profissional.

Os usuários do Centro Pop relatam que não há armários suficientes para todos guardarem seus pertences, e dentre as regras do serviço, há a previsão de que os objetos e pertences que se encontrarem no pátio da unidade até o final da semana não forem recolhidos pelos usuários, serão jogados no lixo. Loch (2014 p. 82) salienta que “[...] o reconhecimento dos pertences de outrem constitui uma postura valorizadora da alteridade, pois a partir desse reconhecimento, os sujeitos também se sentem reconhecidos”. Por não terem espaço específico para guardarem seus pertences como malas, foi possível perceber pela pesquisadora, que a falta dessa estrutura impedia o acesso a outros direitos.

De maneira geral os usuários demonstraram contentamento em relação aos serviços acessados. Em relação aos atendimentos profissionais a avaliação foi positiva, porém houve críticas em relação a alguns profissionais que ofertavam dinheiro para alguns usuários, o que gerou conflitos, pois consideravam que estavam sendo comprados pelos profissionais (Loch, 2014). O que traz um aspecto interessante a ser discutido, pois mesmo o profissional da rede socioassistencial desempenha uma postura assistencialista, que acaba sanando a demanda emergencial, porém prejudica o funcionamento do serviço e gera desconfiança pelos usuários.

No Serviço de Acolhimento Institucional para adultos e famílias, o acolhimento provisório possui estrutura para acolher famílias e pessoas do mesmo sexo com privacidade. “É previsto para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autossustento” (Brasil, 2014, p. 45). Deve ser no espaço urbano organizado de forma democrática, respeitando a igualdade de condições e acesso aos serviços, compreendendo o direito de permanência na referida cidade com segurança (Brasil, 2014).

O acolhimento institucional pode ocorrer em duas modalidades, em uma instituição em que ocorrem atendimentos semelhantes a uma residência com o limite máximo de 50 pessoas por unidade e de quatro pessoas por quarto, ou instituição de passagem ofertando acolhimento emergencial e imediato, profissionais capacitados para atender durante o dia ou durante a noite. Antes de realizar os encaminhamentos necessários, é realizado um estudo diagnóstico minucioso de cada situação. O acesso a instituição de acolhimento ocorre por meio de encaminhamentos dos profissionais do Serviço Especializado em Abordagem Social, do CREAS e demais serviços socioassistenciais, por demanda espontânea e de outras políticas públicas setoriais e de defesa de direitos (Brasil, 2014).

Silveira (2014) analisa a abordagem realizada sobre a rede de serviços ofertados pelo município de São José em Santa Catarina no que tange a PSR. Quanto à infraestrutura física, identificou-se que a casa de acolhimento oferecia espaço suficiente para a demanda de 35 usuários, porém era necessário realizar alguns reparos, principalmente no que se refere aos quartos, que não condizem com as orientações normativas do SUAS. Em relação à equipe de referência do serviço de acolhimento, constatou-se que era bastante reduzida, posteriormente houve a contratação de novos técnicos. O processo de desligamento do usuário da casa de acolhimento aponta sobre a necessidade de ser realizado de forma gradual e necessita de um acompanhamento após o seu desligamento da casa. O que não vem acontecendo no serviço analisado, fato este que acredita contribuir para o grande número de reincidência no serviço.

Silveira (2014) analisou acerca das impossibilidades e dificuldades da PSR voltar a estudar. Os usuários do serviço de acolhimento, em sua maioria pensam em voltar a estudar para conseguir um trabalho melhor, mas veem isso como uma possibilidade distante. Outros usuários chegam a solicitar o histórico escolar para realizar sua matrícula no curso Educação de Jovens e Adultos (EJA), mas quando chega o histórico eles não estão mais no serviço de acolhimento.

No que tange ao mercado de trabalho, Silveira (2014) constatou que o serviço de acolhimento tem se esforçado para conseguir vagas de emprego aos usuários. Porém geralmente essas empresas se aproveitam da condição de serem pessoas em situação de rua, para o pagamento de baixos salários, evidenciando a precarização do trabalho. Outra dificuldade encontrada é em relação à

documentação, o comprovante de residência. Muitas empresas não aceitam o endereço da casa de acolhimento, e para a abertura da conta salário há dificuldade em relação a documentação, contribuindo para a dificuldade no processo de saída das ruas.

É importante salientar que a PSR é composta por trabalhadores informais que lutam pela sua subsistência, e por vezes são marginalizados e julgados pela condição social o que dificulta o acesso ao emprego formal e aos direitos garantidos pelas políticas do SUS e SUAS. Durante o estágio da autora em uma instituição hospitalar foi evidenciado inúmeras vezes o preconceito pelos próprios profissionais que deveriam acolher e sanar as demandas compreendendo as especificidades dessa população.

Partindo da observação do município de São José, em Santa Catarina, todas as casas de acolhimento para PSR nomeada “Casas de Passagem” são administradas por Organizações Não-Governamentais (ONGs), muitas destas com vínculo religioso. Durante a visita institucional a essas casas em São José, durante o período de estágio, era notável a diferença de recursos, algumas com mais recursos outras com menos, que eram convertidos no tipo de serviço ofertado aos usuários.

Gomes, Rodrigues e Sousa (2018) analisam sobre a forte presença de ONGs, conveniadas com o governo para a prestação de serviços do SUAS. Argumentam que essa configuração possibilita fragilidades, não se sabe como ocorre a avaliação e fiscalização da prestação de serviços dessas entidades. Algumas entidades estão ligadas a instituições religiosas, o que pode comprometer a importante atuação estatal no SUAS.

Um avanço para a PSR foi a inclusão deste grupo no Cadastro Único, reconhecendo este a especificidade de ausência de um endereço de moradia padrão, permite acessar os benefícios assistenciais, como o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Gomes; Elias, 2016).

Após a instituição da Política Nacional de Assistência Social houve ampliação e fortalecimento da rede assistencial para a população em situação de rua, evidenciando o esforço do governo para a implantação de ações assistenciais. Contudo, a complexidade assistencial dessa população ainda requer a integração de ações intersetoriais para promover melhores condições de saúde, emprego, habitação e integração desse grupo na sociedade (Gomes; Elias, 2016, p. 156).

Em relação aos antagonismos entre os setores públicos envolvidos no contato entre as equipes da Assistência Social e da Segurança Pública, divergem as estratégias no trabalho com a PSR. A Assistência Social busca efetivar o acolhimento e garantir direitos a essa população, a Segurança Pública atua na chamada garantia da ordem pública, retirando a PSR de locais públicos de maneira deliberada e desarticulada dos setores de Saúde e Assistência Social, evidenciando que os três setores não constituem o mesmo objeto de intervenção (Borysow; Furtado, 2014). Responder as demandas da PSR implica em desenvolver ações concretas relacionadas à garantia de seus direitos. Sendo necessário superar a fragmentação de organização da gestão dos serviços, nessas estruturas as demandas são desmanteladas (Serafino; Luz, 2015).

Segundo Serafino e Luz (2015) a partir dos serviços ofertados a PSR no Rio de Janeiro, identificou-se que os profissionais da Secretaria de Assistência Social buscam por melhores condições de vida à população, criando relações e grupos com os usuários e abrigando-os por determinado período. Porém prevalecem as ações pautadas no âmbito emergencial, que não visam a reinserção da PSR no contexto social.

Devido as ações serem pautadas no âmbito emergencial, não há a integralidade de atendimento a PSR, fazendo com que as demandas não sejam sanadas, não integrando de fato o SUS e o SUAS. Um exemplo é como ocorre o encaminhamento após o atendimento em saúde, os serviços de assistência social não têm estrutura para atender uma população adoecida, mas é o único recurso quando pensamos em um adoecimento que não é sanado por meio do recurso da internação social. É necessário pensar uma forma de corrigir essa lacuna que assolam as políticas, para prover um acesso universal de maneira igualitária.

Martinelli, Nunes e Machado (2020) analisam sobre as dificuldades em se criarem meios de articulação entre o SUAS e o SUS e as demais políticas públicas para qualificar a oferta de serviços. Apontam que espaços e ações de segurança alimentar e nutricional são inexistentes ou insuficientes para proporcionar o acesso permanente e de qualidade pela PSR. “Esse segmento populacional deverá ter assegurado o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as demais políticas públicas” (Martinelli; Nunes; Machado, 2020, p.7).

Todas essas dificuldades e barreiras observadas nos serviços das políticas de saúde e assistência social para o atendimento à PSR ainda são acirradas por práticas conservadoras de gestores municipais que reforçam o lugar de não cidadãos/cidadãs das pessoas em situação de rua. Há uma prática deliberada nas cidades para afastar a PSR do convívio social, enquanto os indivíduos da sociedade são favoráveis a ideia de higienização. O preconceito e o descaso são frequentes com a PSR que segue sendo marginalizado e estigmatizado, sendo por vezes impossibilitado de acessar direitos ou serviços.

O Estado de Santa Catarina é um exemplo claro do conservadorismo e da perspectiva higienista no trato da PSR. Vários municípios do estado têm realizado mudanças legais a fim de sancionar leis municipais que visam a internação involuntária da PSR. Na próxima seção deste trabalho, analisa-se a Lei nº 11.134 de 1 de março de 2024 que foi aprovada e implementada no município de Florianópolis, demonstrando uma ação coercitiva com o aval do Estado, que visa em especial a retirada da população dos espaços públicos, de forma arbitrária por meio da internação involuntária, contribuindo para a higienização da cidade. A Lei de internação “humanizada” involuntária não respeita as diretrizes das políticas do SUS e do SUAS, mas sim afronta os direitos sociais.

3 OS DIRECIONAMENTOS DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM SANTA CATARINA: O QUE SIGNIFICA A INTERNAÇÃO HUMANIZADA (COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA)

Alguns municípios do Estado de Santa Catarina tomaram a iniciativa de aprovar leis municipais que preveem internações “humanizadas” de forma compulsória e involuntária, desconsiderando os direitos sociais garantidos pelo SUS e pelo SUAS. As leis têm como essência o atendimento de forma coercitiva, indicando a volta dos períodos manicomiais, por meio da internação involuntária das pessoas em situação de rua. A ação é justificada com o aval do Estado que utiliza da ação opressiva contra a PSR, que mais uma vez sofre com a violação de seus direitos e sua falta de autonomia.

O foco da promulgação dessas leis são as pessoas em situação de rua, apesar de aparentemente poderem ser aplicadas a qualquer sujeito que possa necessitar de internação humanizada, a questão é sobre como essa população é vista na sociedade e tratada pelo poder público. A internação da PSR evidencia a estigmatização e o preconceito sofrido por essa população. A questão que deve ser levantada é: Como seria se todas as pessoas fossem internadas e não apenas a PSR? A sociedade aceitaria a volta da internação involuntária como no período manicomial, como aceita a internação involuntária de forma opressora para pessoas em situação de rua? Que política de saúde mental é essa onde a Segurança Pública passa a ter amplo espaço, ao lado das políticas de Saúde e Assistência Social, na implementação de novas leis que dizem respeito à PSR, que contribuem para a higienização das cidades?

Neste trabalho analisa-se a legislação que o município de Florianópolis aprovou no mês de fevereiro de 2024. Inicia-se contextualizando o Projeto de Lei (PL) nº 19.044/2024, que dispõe sobre a internação humanizada no município de Florianópolis e dá outras providências. O referido PL teve sua aprovação na primeira votação na Câmara de Vereadores de Florianópolis, em 14 de fevereiro de 2024, com dezessete votos favoráveis, quatro votos contrários e uma abstenção. Na segunda votação, em 19 de fevereiro de 2024 o PL foi novamente aprovado, com dezessete votos favoráveis e cinco votos contrários. Em 21 de fevereiro de 2024, ocorreu o parecer favorável da Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), com cinco

votos favoráveis e dois ausentes. E, em 1 de março de 2024, é sancionada a Lei nº 11.134 de 2024 (Florianópolis, 2024).

Com incessantes atos higienistas que reprimem a PSR no município de Florianópolis, a Lei nº 11.134/2024 possibilita a internação involuntária e compulsória da PSR. A lei utiliza da palavra “humanizada” a fim de suavizar a prática de tirar o direito e a autonomia desse segmento populacional sobre a sua própria vida e saúde, representando o retrocesso contra a luta antimanicomial e a volta da estigmatização da pessoa com doenças mentais.

A Lei nº 11.134/2024 regulamenta no âmbito municipal as seguintes leis federais: a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e a Lei Federal nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, alterada pela Lei Federal n. 13.840 de 5 de junho de 2019, e institui o tratamento por meio da internação humanizada de pessoas com dependência química e/ou transtornos mentais.

A Lei nº 10.216/2001 define no Art. 2º inciso V que as pessoas devem “ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária” (Brasil, 2001). Evidencia-se a palavra involuntária, no qual revela a prática de desrespeito ao indivíduo e sua autonomia e liberdade por conta da sua condição de saúde mental. Também no Art. 4º consta que a internação, em qualquer que seja a modalidade, só será indicada quando todos os recursos extra-hospitalares apresentarem ser insuficientes. E no Art. 6º são definidos os tipos de internação “I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça” (Brasil, 2001).

A Lei nº 11.134/2024 também se baseia na Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) (Brasil, 2006). Na Lei nº 13.840 consta que o Sisnad é um conjunto de “princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas, incluindo-se nele, por adesão, os Sistemas de Políticas

Públicas sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios” (Brasil, 2019), que atua em articulação com o SUS e o SUAS (Brasil, 2019).

Na Lei nº 11.134/2024 consta no Art. 1º parágrafo §1º que “É direito das pessoas em situação de vulnerabilidade ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Florianópolis, 2024, p. 1). Se a lei municipal de fato visa o tratamento com humanidade e respeito à PSR, porque atua de forma arbitrária sem seu consentimento, não respeitando sua autonomia ao propor as modalidades de internação involuntária e compulsória. Isso parece evidenciar uma política higienista, pois se houvesse preocupação real com a saúde dessa população haveria um melhor investimento nos Consultórios na Rua e nos CAPS respeitando sua autonomia e o direito de ir e vir.

No § 2º a Lei municipal indica que “a internação humanizada possui a finalidade de realizar o atendimento integral e especializado multidisciplinar, e que oportunize ao paciente o restabelecimento de sua saúde física e mental, a autoestima e o bem-estar, o reinserido ao meio social, familiar e econômico” (Florianópolis, 2024, p. 1). É interessante o uso da expressão “humanizada” para uma internação compulsória, que aparenta ser utilizada para suavizar uma medida tão drástica. O atendimento integral e multidisciplinar já ocorre e está previsto nos Consultórios na Rua e nos CAPS, não sendo necessária uma medida invasiva e repressora para estruturar um novo atendimento.

No § 3º da Lei 11.134/2024, é evidenciado para quem se aplica a internação humanizada, sendo a todos os cidadãos que **estejam em situação de rua em Florianópolis**, que se enquadrem como:

I - pessoas com dependência química crônica, com prejuízos a capacidades mental, ainda que parcial, limitando as tomadas de decisões; II - pessoas em vulnerabilidade, que venha a causar riscos à sua integridade física ou a de terceiros, devido a transtornos mentais pré-existentes ou causados pelo uso de álcool e/ou drogas; e III - pessoas incapazes de emitir opiniões ou tomar decisões, por consequência de transtornos mentais pré-existentes ou adquiridos (Florianópolis, 2024, p. 1).

No Art. 2º há o esclarecimento sobre o que seria a internação humanizada, “toda aquela realizada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no

trabalho e na comunidade” (Florianópolis, 2024, p.1). Em seguida há dois parágrafos que exemplificam como pode se dar a referida internação humanizada. No primeiro parágrafo aborda que a internação pode se dar com ou sem o consentimento da pessoa e no segundo parágrafo aborda sobre a internação não consentida, onde o pedido pode se dar através da família ou responsável legal, e na absoluta falta deste, “de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida” (Florianópolis, 2024, p. 1-2).

Na Constituição Federal de 1988 consta no Art. 5º que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (Brasil, 1988). Por que a PSR não tem direito a liberdade e igualdade como os demais cidadãos brasileiros? A Lei nº 11.134/2024 retira o senso de liberdade e igualdade dessa população, delegando aos servidores públicos municipais o poder decisório da liberdade ou da internação dessa população que sofre preconceito e invisibilidade diariamente.

O Art. 3º da Lei nº 11.134/2024 prevê como requisitos para a internação: o “I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Internação Psiquiátrica; ou II – Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária ao Ministério Público de Santa Catarina” (Florianópolis, 2024, p.2). Nos parágrafos seguintes há o esclarecimento sobre a internação só ser autorizada por um médico inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado do estabelecimento, e a comunicação ao Ministério Público, Defensoria Pública e outros órgãos de fiscalização no período de 72 horas, nos casos de internação involuntária (Florianópolis, 2024).

No Art. 4º consta que os pacientes da internação serão identificados e acolhidos por uma equipe multiprofissional. Nos parágrafos seguintes há a menção sobre a abordagem humanizada, integral e especializada das pessoas em situação de vulnerabilidade, como consta na referida lei a PSR. Deverá ser observado as particularidades deliberadas pelo manual de ocupações vigentes no município, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações, e as normas éticas emitidas por cada conselho de classe (Florianópolis, 2024). O segundo parágrafo aborda que o atendimento, “deve observar particularidades e necessidades individuais,

considerando vulnerabilidade social, psíquica, sanitária ou física, dentre outras questões perceptíveis que limitem a integração social e familiar” (Florianópolis, 2024, p. 2).

Uma interessante percepção acerca da escrita do texto do PL e da lei, é que em poucos momentos citam a população em situação de rua, colocando outros nomes para se referir a ela como “pessoas em situação de vulnerabilidade”. A impressão que fica, é que a todo o momento o texto tenta amenizar por meio de palavras que a Lei nº 11.134/2024 é para o bem e a saúde das pessoas que estão em vulnerabilidade social, mesmo que esta seja um retrocesso no alcance da autonomia da própria PSR.

O Art. 5º da Lei 11.134/2024 indica que “no caso de tratamento de usuário ou dependente de drogas, a equipe multidisciplinar oportunizará ao paciente o encaminhamento para instituições especializadas para internação humanizada a ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável” (Florianópolis, 2024, p. 2). No primeiro parágrafo consta que a internação terá tempo necessário de desintoxicação, prazo máximo de noventa dias, e o seu término será determinada pelo médico responsável. No segundo parágrafo, consta que a família, representante legal ou o município poderá requerer ao médico a interrupção do tratamento (Florianópolis, 2024). “No Art. 6º O tratamento deverá desenvolver os aspectos psicossocial, físico, nutricional, integrativo e intelectual” (Florianópolis, 2024, p. 2).

As pessoas em situação de rua precisam ser ouvidas, principalmente quando há uma lei promulgada que afetará suas vidas. É necessário pensar o que ocorrerá após noventa dias de internação involuntária. Como essas pessoas estarão? As pessoas internadas involuntariamente são obrigadas a permanecerem em uma clínica, mas não se menciona que tipo de estabelecimento de saúde é esse, que natureza tem, se são públicas, privadas ou ONGs. Mas uma coisa é clara, mesmo que a terminologia usada tenha a intenção de amenizar as medidas arbitrárias impostas pela lei, seu conteúdo não contempla as diretrizes do SUS e do SUAS.

No Art. 7º consta que durante o período de internação que “a Prefeitura Municipal de Florianópolis deverá manter atendimento intersetorial mediado pelas Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação, visando preparar o paciente após o tratamento para inserção na sociedade, no mercado de trabalho

e/ou convívio familiar” (Florianópolis, 2024, p. 2). Indica ainda que caso os familiares da pessoa internada residam fora do município de Florianópolis, o município irá viabilizar o benefício transporte, que visa o reestabelecimento do vínculo familiar (Florianópolis, 2024).

Para os que foram restabelecidos após alta clínica ao convívio social, consta no Art. 8º que o município poderá oportunizar o pagamento do benefício de desacolhimento, conforme critérios de exigências e por tempo determinado, vinculado exclusivamente ao paciente, nos termos da lei promulgada. No Art. 9º para pensar na reabilitação do indivíduo visando a colocação no mercado de trabalho, fica responsável o município de Florianópolis por desenvolver programas técnicos profissionalizantes (Florianópolis, 2024).

No que diz respeito as despesas decorrentes da lei sancionada, consta no Art. 10 que “correrão à conta de dotação própria do orçamento do Município, ficando o Poder Executivo municipal autorizado a remanejar ou suplementar seu orçamento” (Florianópolis, 2024, p. 3). Seria de uma diferença significativa que os serviços das políticas de Assistência Social e de Saúde voltadas à PSR tivessem mais recursos que possibilitassem ampliação e melhorias no atendimento, mas para uma lei que visa a higienização é possível destinar mais recursos para implementar um projeto contra a autonomia da PSR.

A Lei nº 11.134/2024 foi regulamentada pelo Decreto nº 26.108, de 04 de março de 2024. No Decreto, além do que já está citado na Lei nº 11.134/2024, consta no “Art. 3º A abordagem inicial ao indivíduo se dará por equipe composta por integrantes da Secretaria Municipal da Assistência Social, com atuação conjunta, quando necessária, da Guarda Municipal de Florianópolis e da Secretaria Municipal de Saúde” (Florianópolis, 2024, p. 2). Evidenciando assim uma ação coercitiva contra essas pessoas, utilizando servidores da Segurança Pública na ação de implementação da Lei. O Decreto também define que a abordagem poderá ser realizado de três formas “I - de forma programada por meio de busca ativa de indivíduos; II - no decorrer de contatos de sensibilização e orientação; ou III - a partir do atendimento de incidentes” (Florianópolis, 2024, p. 2).

O Decreto nº 26.108/2024 aborda que a atuação da Guarda Municipal de Florianópolis será preferencialmente de apoio às equipes da Secretaria Municipal da Assistência Social. Importante destacar o parágrafo terceiro que afirma sobre a

atuação da Guarda Municipal: “poderá atuar de forma isolada na abordagem inicial, condução e transporte do paciente quando se deparar com situações que exijam intervenção imediata por estar oferecendo risco para si, para outros ou para o patrimônio, público ou privado” (Florianópolis, 2024, p. 2). O parágrafo terceiro evidencia o processo de higienização da cidade que utiliza os servidores da Segurança Pública contra as pessoas em situação de rua por meio da internação involuntária.

Consta no parágrafo quarto do Decreto nº 26.108/2024, que no momento da abordagem inicial, a partir do protocolo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde para avaliar a complexidade do atendimento, com o objetivo de determinar a necessidade de condução do indivíduo à unidade de saúde. Consta no parágrafo quinto, se tratar de uma situação que se enquadra § 3º do art. 1º da Lei nº 11.134/2024, a pessoa será conduzida para atendimento na rede municipal de saúde do município de Florianópolis (Florianópolis, 2024).

No parágrafo sexto do Decreto nº 26.108/2024 consta que o indivíduo será conduzido preferencialmente pela equipe da abordagem inicial, respeitando sua dignidade e privacidade, cabe destacar o seguinte trecho “sendo adotadas as medidas de contenção e segurança necessárias para a preservação do próprio indivíduo, das equipes envolvidas, da população e do patrimônio durante o transporte” (Florianópolis, 2024, p. 2), não ficou claro quais são as medidas de contenção da pessoa que está sendo levada contra a sua vontade para uma internação involuntária. No parágrafo sétimo trata sobre a ocorrência do “indivíduo” se encontrar violento ou agitado, necessitando de medidas especiais de abordagem, contenção e transporte por equipe de saúde, onde deverá ser acionado o SAMU. O parágrafo oitavo afirma que se a pessoa abordada estiver com animal doméstico, este será encaminhado para o Diretoria de Bem-estar Animal (DIBEA), para acolhimento e guarda, podendo firmar parceria para o recolhimento do animal em lar temporário (Florianópolis, 2024).

Segundo o Decreto nº 26.108/2024, no parágrafo primeiro e segundo, respectivamente, consta que a pessoa será avaliada por um médico inscrito no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM-SC), e sendo verificada a necessidade de internação hospitalar, será encaminhado para a unidade hospitalar que ofereça suporte clínico adequado as necessidades do paciente (Florianópolis,

2024). No parágrafo terceiro consta que “a internação humanizada será precedida de: I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Internação Psiquiátrica; ou II - Indicação do profissional a que se refere o §1º deste artigo” (Florianópolis, 2024, p. 3). No parágrafo quarto consta que “o médico plantonista da unidade hospitalar referenciada, ao confirmar a necessidade da internação e a disponibilidade de leito, deverá proceder conforme os procedimentos regulamentados pela Portaria nº 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002” (Florianópolis, 2024, p. 3).

O Decreto informa sobre a obrigatoriedade de notificar o Ministério Público e a Defensoria Pública no prazo de 72 horas em caso de internação involuntária pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Ressalta que haverá o treinamento das equipes da Guarda Municipal de Florianópolis, da Secretária Municipal da Assistência Social e da Secretaria Municipal de Saúde para realização da abordagem inicial e condução do paciente ministrado conjuntamente pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social e Secretaria Municipal de Segurança e Ordem Pública (Florianópolis, 2024).

No Art. 6º do Decreto nº 26.108/2024 consta que as internações serão acompanhadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, até o momento da alta médica com o objetivo de dar continuidade no atendimento até a “plena recuperação do paciente” (Florianópolis, 2024, p. 3) e a Secretaria Municipal de Assistência Social deverá acompanhar durante a internação e avaliar a concessão do eventual benefício previstos na Lei nº 11.015/2023. No artigo sétimo evidencia que irá ocorrer a avaliação pela equipe multidisciplinar para a possibilidade de um encaminhamento para a Residência Inclusiva (Florianópolis, 2024). O questionamento que fica é de qual seria o motivo de encaminhar para Residência Inclusiva, apenas aqueles que passaram pela internação involuntária. Há uma grande dificuldade em relação aos serviços de assistência social para a PSR não ser pautado apenas no âmbito emergencial, por que há somente a inclusão daqueles que passaram pela violação de sua liberdade e autonomia por noventa dias?

O Decreto nº 26.108/2024 indica que as despesas para a execução dos atendimentos sairão por conta dos orçamentos de cada uma das Secretarias nos limites das suas áreas de atuação e finaliza que as Secretarias “por meio de Instrução Normativa, sobre procedimentos e fluxos necessários à atuação de suas

respectivas áreas em consonância com as normas e a política de saúde mental municipal vigente” (Florianópolis, 2024, p. 3).

A urgência para a aprovação dessas medidas contra a PSR visando a higienização da cidade, é demonstrada pela falta de um fluxo de atendimento dos profissionais com essa população no caso de internação involuntária/compulsória e orçamento adequado para isso, ficando sob os orçamentos das Secretarias envolvidas a implementação das internações. Se as Secretarias já carecem de verba para realizar as atividades já tipificadas, em qual setor irá faltar orçamento para priorizar a realização de internações involuntárias e compulsórias?

É evidente que o Decreto nº 26.108/2024, introduz a Secretaria de Segurança Pública na implementação da Lei nº 11.134/2024. A lei possuía um viés de saúde, apesar da problemática envolvendo a sua implementação, porém fica claro a partir do Decreto que é uma questão de ordem e higienização da cidade de Florianópolis. O problema nunca foi a falta de acesso das pessoas que estão em situação de rua aos serviços de saúde pública, o problema está nas pessoas ocuparem os espaços nos logradouros públicos.

Na mesma direção de Florianópolis a prefeitura municipal de Chapecó promulgou em 13 de março de 2024, a Lei nº 8.019, que institui o “Programa Mão Amiga: Resgate da Dignidade”, “visando garantir condições humanas, promover a saúde pública, a segurança, a ordem urbana e a inclusão social” (Chapecó, 2024, p. 1). O programa é destinado às pessoas em situação de dependência química e alcoólica, grupo que utiliza logradouros públicos, áreas degradadas ou abandonadas para uso de substâncias entorpecentes:

- I- pessoas com dependência química crônica, com prejuízos à capacidades mental, ainda que parcial, limitando as tomadas de decisões;
- II- pessoas em vulnerabilidade, que venham a causar riscos à sua integridade física ou a de terceiros, devido a transtornos mentais pré-existentes ou causados pelo uso de álcool e/ou drogas (Chapecó, 2024, p.1).

A Lei nº 8.019/2024, do município de Chapecó, prevê a internação involuntária, que muito coincide com a Lei nº 11.134/2024 promulgada no município em Florianópolis. O Programa Mão Amiga de Chapecó, visa dentre os aspectos, a utilização dos termos segurança e ordem urbana, o que reforça esse conceito citado anteriormente sobre a higienização da cidade, para a não permanência da PSR nos

logradouros públicos. O texto da Lei reforça a colocação da pessoa no mercado de trabalho após a internação, que o município criará mecanismos para isso. Mas o que o texto não aborda é sobre as inúmeras violações de direitos que a PSR passa todos os dias, na qual o trabalho não seria a solução para tantas violações, ou para estabelecer os vínculos familiares e comunitários que se encontram fragilizados e/ou interrompidos. O trabalho tem importância e deve ser incentivado, mas quando há condições para tal, até porque a PSR também é formada por trabalhadores que lutam pela sua subsistência.

Já no âmbito estadual, a Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina (Alesc), realizou no dia 2 de abril de 2024, em Florianópolis, uma audiência pública, para discutir o Projeto de Lei (PL) 85/2022, que dispõe sobre o Programa Estadual Saúde Sem Drogas, que aborda sobre a internação involuntária de pessoas com dependência química. O encontro foi promovido pela Comissão e Prevenção de Combate às Drogas, pelo autor do PL, o deputado Ivan Naaz (Redação SC em Pauta, 2024).

O Projeto de Lei 85/2022, evidencia que a sua proposta é para as pessoas com dependência química, porém na fala do deputado autor do PL Ivan Naaz, fica evidente que é voltado exclusivamente para pessoas em situação de rua. Durante a audiência pública, o Secretário de Estado de Segurança Pública, deputado estadual licenciado Sargento Lima, verbalizou que o Executivo está preparando um decreto que regulamenta o trânsito da PSR entre os municípios do Estado. A representante da Ordem dos Advogados de Santa Catarina (OAB-SC), Janaína Palma, destacou que o PL 85/2022 pode representar um marco no enfrentamento do problema, porém pontou que a internação involuntária deve ser o último recurso (Redação SC em Pauta, 2024).

Durante a audiência pública, houve falas que evidenciaram qual era o sentido da discussão, o foco principal era a PSR, que não estava presente no debate. Foi notória a quantidade de pessoas da área da Segurança Pública, enquanto profissionais das políticas de saúde e assistência social eram raros. Ivan Naaz,

iniciou a sessão com um discurso de combate a drogadição e recuperação da saúde mental dos “moradores de rua”¹.

O deputado manifestou falas sobre pessoas em situação de rua que reforçam a estigmatização e o preconceito, como “um chama o outro”, “optando por morar na rua”, “combate aos moradores de rua”. Combate a uma população que é esquecida pela sociedade e pelo poder público e só é lembrada quando estão visíveis demais aos olhos da população. O deputado seguiu seu discurso, apresentando dados e criticando a falta destes, apontando sobre o crescimento dos “moradores de rua”, que se encontram também em cidades pequenas de Santa Catarina. Defende os convênios do Estado com as Comunidades Terapêuticas, mas afirma que estas só aceitam internações voluntárias. Finaliza seu discurso dizendo que os “moradores de rua” optaram por morar na rua em razão da drogadição ou saúde mental. O Secretário que representava o Prefeito de Florianópolis pontuou que se deve “misturar” estratégias de assistência social com a política de Segurança Pública.

Foi um discurso que não aponta a real situação em que as pessoas em situação de rua se encontram. Em nenhum momento o deputado ou outros representantes da mesa da área da segurança pública se preocuparam com o acesso dessa população aos serviços de saúde e assistência social. Conforme fala do deputado Ivan Naax, eles buscam o combate aos “moradores de rua”.

A Promotora de Justiça Ana Luisa Bender Schlichting, que fazia parte da mesa, apontou aspectos importantes, como o fortalecimento das políticas públicas, o Centro Pop como base assistencial, questionou o motivo de muitos municípios não terem Consultórios na Rua e CAPS, pois muitas pessoas poderiam ser atendidas nesses espaços. Reforçou que a internação involuntária viola os direitos humanos e é um gasto público.

Dentre as falas de outros participantes da mesa, ficou evidente a falta de dados sobre essa população no Estado de Santa Catarina. Durante a abertura para as falas, representantes da Assistência Social abordaram sobre a importância do fortalecimento das políticas públicas já existentes para essa população. No final da audiência pública o deputado Ivan Naax faz um questionamento sobre qual a fonte

¹ Audiência Pública na Assembleia Legislativa de Santa Catarina, em 2 de abril de 2024 em Florianópolis.

do recurso para internação involuntária das cidades de Santa Catarina, para onde irão levar essas pessoas após a internação.

No primeiro mês da promulgação da Lei nº11.134/2024 e do Decreto nº 26.108/2024 em Florianópolis, ocorreu em média um encaminhamento por dia para os serviços de saúde mental e assistência social visando a internação involuntária. Para o secretário de Assistência Social do município, Leandro Lima, o projeto de internação involuntária está passando por ajustes, mas está dando certo. O secretário de Segurança e Ordem Pública, o coronel Araújo Gomes, explica que os agentes da prefeitura atuam em grupos bem definidos, como pessoas com sinais de problemas de saúde mental e dependentes químicos de drogas ilegais e legais, egressos do sistema prisional, pessoas que sofreram problemas econômicos e experiências traumáticas (Horácio, 2024).

Segundo Araújo Gomes, Florianópolis atua em duas frentes, uma com os serviços de Assistência Social e outra visando evitar incômodos na cidade. A primeira é abordada pelos servidores e educadores da Assistência Social e a segunda é abordada pela Guarda Municipal e pelos auxiliares de ordem pública. O secretário que quer a garantia do cumprimento de convívio em espaço público aborda sobre o código de posturas, onde não é permitido obstruir calçadas, instalar barracas, fazer fogueira sem permissão, dentre outras (Horácio, 2024).

O Ministério Público de Santa Catarina (MPSC), cobra transparência do município de Florianópolis, em torno da internação involuntária. O promotor de justiça Daniel Paladino cobra detalhes do fluxo como, locais conveniados, forma de abordagem, como as pessoas serão levadas para as clínicas, quantas pessoas estão envolvidas na área da Saúde e Assistência Social e de que área vem o recurso para a internação involuntária. O promotor também investiga o envio de pessoas em situação de rua de outros municípios para Florianópolis (Horácio, 2024).

Evidencia que essa nova proposta, foi realizada sem pensar no fluxo de atendimento, no orçamento ou na autonomia das pessoas em situação de rua. Havia um objetivo, que é a retirada dessa população dos espaços coletivos que não agradam o poder público. Os secretários evidenciam sobre a ação coercitiva da Guarda Municipal contra essa população e a política de higienização da cidade de Florianópolis.

O senhor Jorge, conhecido como o Homem das Malas, há mais de quatro anos vivia em uma barraca, em frente do Ministério Público Federal (MPF), em Florianópolis. Jorge foi atestado com “deficiência mental grave” e internado de maneira involuntária. Segundo matéria do portal de notícia nd+, o abrigo de ônibus foi retirado por conta do “mau uso” do equipamento e o ponto foi retirado do local. Por conta disso houve denúncias e abaixo-assinado de trabalhadores da região. Após a prefeitura retirar o abrigo, Jorge armou uma barraca e passou a viver no local. Para o prefeito de Florianópolis Topázio Neto se tratou de um caso de sucesso da nova lei de internação involuntária, pois Jorge está bem e se recuperando (Souza, 2024).

O prefeito de Florianópolis confirma o que já estava nítido sobre a lei de internação involuntária, ela vai ser utilizada para retirar dos espaços públicos as pessoas em situação de rua, colocando em prática uma política de higienização agora com respaldo na legislação e afeta aqueles que não têm direito a defesa. O caso de Jorge é um, dos muitos que estão por vir, este foi noticiado com o prefeito da cidade feliz com o desfecho da narrativa, enquanto Jorge tem sua liberdade negada e a obrigatoriedade de realizar um tratamento contra sua vontade.

O Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro, realizou um Termo de Orientação, em 2019, a respeito da atuação de assistentes sociais na abordagem às pessoas em situação de rua. Porém “as assistentes sociais vêm sendo requisitadas para abordagens acompanhadas por agentes públicos das políticas de segurança e de ordem pública, sendo urgente orientação à categoria” (Conselho Regional de Serviço Social / RJ, 2019, p.3). O CRESS orienta que a atuação profissional seja pautada pela Lei nº 8662 de 1993, que regulamenta a profissão e pelo Código de Ética de Assistentes Sociais. É necessária a defesa dos direitos humanos e a recusa do autoritarismo (Conselho Regional de Serviço Social / RJ, 2019).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou em junho de 2019, sobre a Lei nº 13.840/2019 que amplia a internação involuntária e deverá prejudicar pessoas em situação de vulnerabilidade social. O CFP alertou sobre os efeitos nefastos da lei e critica a necessidade de manifestação por escrito para interrupção da internação, já que 7% da população brasileira é analfabeta, índices maiores entre a população negra e idosa e não inclui as necessidades de pessoas com distúrbios ou

deficiências. Segundo o presidente do CFP Rogério Giannini, as mudanças foram feitas sem passar pelos conselhos de saúde e conferências. Em nota pública conjunta assinada pelo CFP e outras entidades por meio da Plataforma Brasileira de Política de Drogas, demonstram preocupação para que esse dispositivo não seja utilizado para o recolhimento da PSR como forma de higienização das grandes cidades (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Ocorreu a disseminação desse tipo de legislação no Estado de Santa Catarina, porém não há uma análise ou pesquisa realizada sobre o assunto para aprofundar de fato o tema, há apenas o aval do Estado para agir na limpeza das cidades. É importante discutir sobre os estigmas de loucura, drogadição e pobreza, pois são esses conceitos utilizados para a ação coercitiva do poder público contra essa população.

Durante muitos anos, a psiquiatria desempenhou o papel de controle dos sujeitos sociais desviantes. Os pacientes psiquiátricos eram marginalizados e, junto com deficientes mentais e miseráveis, eram excluídos da sociedade e desprovidos de sua autonomia e independência. Grandes e cruéis manicômios foram construídos na periferia das cidades para abrigá-los e para mantê-los distante do meio que, segundo a crença da época, os deixavam insanos (Andrade; Pedrão, 2005, 738).

A loucura durante muito tempo esteve entre as paredes institucionais destinadas a ser excluída da sociedade. A história foi marcada por práticas higienistas e de exclusão, mas não foi completamente superada. Mesmo com os movimentos da luta antimanicomial, como forma de controle social a forma de tratamento ainda se pauta na segregação, exclusão e preceitos higienistas (Krein, 2022).

Amarante e Nunes (2018) abordam sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica no Brasil surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência. Durante a Reforma Psiquiátrica “se adota a perspectiva de refletir sobre saúde mental, atenção psicossocial e reforma psiquiátrica nestes 30 anos do SUS, procurando identificar estratégias, dispositivos e processos que transbordaram o SUS e que alcançaram outros setores de forma marcante” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068).

A Reforma Psiquiátrica foi um importante passo na luta antimanicomial no Brasil, porém ainda há o controle social utilizado de forma higienista, no qual o Estado utiliza de promulgação de leis como as citadas anteriormente, que estigmatizam as pessoas em situação de rua com transtornos mentais como “loucas” e incapazes de ter autonomia, exercendo assim a coerção, utilizando o aparato da lei, para forçar uma internação não consentida.

Permeado pelo critério psiquiátrico de patologia como sinônimo de anormalidade, em contraposição aos indivíduos considerados normais, muitas vezes as pessoas em situação de rua são vistas como loucas ou casos de internação. A caracterização das pessoas em situação de rua como anormais, carrega em si a comparação com uma normalidade vista como forma legítima de vida na sociedade. Assim, o diferente passa a ser objeto de estranhamento e repulsa. A dicotomia normal versus anormal homogeneiza as diferenças com o intuito de manter todos na linha, reproduzir uma dada ordem social. Ora, se morar em uma residência fixa, trabalhar formalmente e constituir família são padrões sociais que caracterizam os indivíduos normais, logo, sem residência fixa, sem família e trabalho formal, as pessoas em situação de rua são alvos de investidas ideológicas que acentuam suas anormalidades (Mattos; Ferreira, 2004, p. 50).

Mattos e Ferreira (2004), abordam sobre o medo das pessoas em conhecer e conversar com pessoas em situação de rua, por conta dos rótulos atribuídos as pessoas em situação de rua como “criminosas” ou “perigosas”. Trata-se da vinculação mais geral da pobreza com a violência e a delinquência, o que vem a favorecer que os indivíduos enxerguem as pessoas em situação de rua como “socialmente ameaçadoras” e um “criminoso em potencial”.

Mendes, Ronzani e Paiva (2021), apontam sobre os aspectos da criminalização das drogas, que segundo a legislação a diferenciação entre usuário e traficante, se coloca a partir de critérios como a quantidade apreendida e os antecedentes criminais. Abordam sobre o processo que é chamado de “criminalização da pobreza”. A PSR está em conformidade com essas características “criminalizantes”. A limpeza urbana essencialmente repressiva constitui um aspecto da criminalização da pobreza e do não direito a cidade.

É possível concluir que a PSR, enquanto fenômeno social oriundo da ordem social vigente, está exposta às formas mais precarizadas de trabalho, pouco produz e pouco consome - sendo a droga, muitas vezes, a única maneira de inserção no consumo que, por sua vez, aparece como única possibilidade de satisfação pessoal - e fica à mercê das novas formas de extermínio, que encontram nas forças

policiais o aparato repressivo. Aliado à especulação imobiliária, que contribui na criação de territórios próprios para determinadas populações, surgem ainda territórios específicos para o tráfico e uso de drogas, cujo aumento indica também a deterioração da relação capital x trabalho. Tais ações são legitimadas a partir dos discursos punitivistas, de “Guerra às Drogas” e de criminalização da pobreza. O estigma entra nessa perversa equação enquanto instrumento ideológico de dominação e perpetuação do status quo (Mendes; Ronzani; Paiva, 2021, p. 320).

Enquanto o Estado utiliza ações coercitivas de “guerra às drogas”, por vezes essas ações recaem sobre o usuário e não sobre o traficante, usuário este que também é vítima do tráfico de drogas. Assim, é importante não utilizar a criminalização da pobreza como justificativa para medidas incabíveis como a internação involuntária/compulsória. Os autores trazem a perspectiva da estigmatização das pessoas em situação de rua, sendo visível o quanto isso afeta na promoção de políticas públicas e no acesso aos serviços, para essa população, além de medidas de cunho repressor pelo poder público.

Fraga e Sarmiento (2022, p. 74-75) afirmam que “o fenômeno população em situação de rua encontra-se diretamente correlacionado às condições de pauperização da classe trabalhadora e desemprego em massa que são as condições essenciais ao desenvolvimento capitalista”. Salientam que os avanços da proteção social para PSR não significam a superação deste fenômeno social, só sendo possível superá-la através da superação do sistema capitalista (Fraga; Sarmiento, 2022, p.84).

Essa oscilação entre emprego e desemprego, inserção informal e instável em ocupações laborais irregulares e a migração para os centros urbanos em busca de trabalho e melhores condições, de vida, características da “superpopulação relativa”, acaba por levar muitos indivíduos à situação de rua. Com o passar do tempo e a rápida expansão do sistema capitalista por todo o mundo o aumento do pauperismo, miséria e a criação de grandes lacunas econômicas entre classes, a PSR se tornou um fenômeno social urbano de grandes proporções. Esse aumento considerável no número de pessoas em situação de rua despertou na sociedade uma série de sentimentos negativos, tais como, nojo, asco, pena, indiferença que resultaram em medidas punitivas e persecutórias radicais. E, no lugar de medidas voltadas a proteção social e de redistribuição das riquezas socialmente produzidas com consequente (re) inclusão dos indivíduos na sociedade e acesso aos direitos sociais, pelo contrário, foram instauradas medidas higienistas e punitivas (Fraga; Sarmiento, 2022, p. 78).

Ao longo deste trabalho, refletimos sobre a proteção social prevista para a PSR, para a inclusão desses indivíduos na sociedade com pleno acesso aos seus direitos. Porém, constatamos que são instauradas ações higienistas e punitivas para esse segmento populacional, dessa forma, o indivíduo que está passando por violações de direitos, sem acesso a condições mínimas de vida, é visto com preconceito aos olhos da sociedade e do poder público, mas há uma explicação para tal.

A noção de situação de rua como sinônimo de “vadiagem”, “preguiça”, “promiscuidade”, “classe perigosa” e “imoralidade” foram construções ideológicas capitalistas voltadas ao controle da classe trabalhadora. Versam, portanto, a incitação de um processo de passividade social, fazendo-se crer que o desemprego e o pauperismo, que podem levar o indivíduo à situação de rua, são falhas morais de caráter. Assim, a correção à disfunção de caráter se daria apenas através do trabalho, castigo e disciplinarização. Essa incitação ideológica à lógica laboral muito interessa ao capital que tem na exploração do trabalho sua fonte inesgotável de lucro (Fraga; Sarmiento, 2022 p.80).

Fraga, Souza e Bastos (2023), destacam que o preconceito possui função estratégica no âmbito do sistema capitalista. Todas as vezes que a ideologia não é suficiente para ser um elemento conectivo, o preconceito assume essa função. “Todo preconceito se caracteriza pela tomada de um posicionamento moral, que por sua vez, implica na tomada de um juízo de valores, neste caso em juízos de valores falsos que impedem a autonomia dos sujeitos” (Fraga; Souza; Bastos, 2023, p. 137). É evidente que o preconceito afeta a autonomia dos sujeitos, exemplo notório foi dentre uma das causas, o preconceito, que faz com que a sociedade concorde e apoie as leis para internação involuntária de pessoas em situação de rua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo o diagnóstico realizado pelo Governo Federal em 2023, a PSR é um grupo heterogêneo composta majoritariamente por homens negros adultos e trabalhadores desempregados que sabem ler e escrever. Os principais motivos apontados para a situação de rua foram problemas familiares, desemprego, alcoolismo e uso de drogas e perda de moradia (Brasil, 2023). O diagnóstico evidencia aspectos importantes para serem abordados, como o estigma social que a PSR carrega. Os dados demonstram que essa população é composta por maioria de homens negros, a história do Brasil é escravocrata e fica evidente suas consequências nos dias atuais. É uma população composta por trabalhadores, que por muitas vezes são vistos como “vagabundos”, realizam atividades laborais e não são reconhecidos como pertencentes à classe trabalhadora. O uso de substâncias psicoativas assola essa população, o poder público cria medidas que reforçam o estereótipo da loucura, com a “retomada” da internação involuntária, que retira a autonomia e liberdade dessa população.

Os dados rompem com o imaginário de que a pessoa está na rua porque quer, em uma condição de vida repleta de direitos violados, sem condições mínimas de subsistência, a sociedade e o poder público culpam e estigmatizam o indivíduo. O sistema capitalista constitui um exército industrial de reserva, deixando inúmeras pessoas desempregadas, sem moradia, com inúmeros direitos violados. A PSR segue resistindo a exploração capitalista e resiste para que não perca mais direitos básicos sendo estes difíceis de serem acessados.

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a partir dos dados, a realidade brasileira evidencia o racismo, o machismo e a transfobia quando se aborda a violência e PSR. A violência nas ruas é mais grave e destinada aos indivíduos que não são homens brancos, como mulheres, principalmente mulheres transsexuais e homens negros.

Ao longo do Trabalho de Conclusão de Curso apresentou-se elementos sobre o surgimento de políticas públicas para a PSR, a fim de indicar a necessidade de atendimento a esta população que carrega invisibilidade, preconceitos e estigmas sociais. As políticas públicas foram fundamentais para garantir direitos básicos para PSR.

Quando se pensa na política de saúde, se pensa apenas no processo saúde-doença, mas não em como se dá o acesso e quais são as barreiras encontradas para efetivar o direito à saúde pública, gratuita e de qualidade. É necessário observar que a PSR possui especificidades como a falta de moradia, ou moradia fixa, geralmente não possui documentos, e não se recorda do seu histórico de saúde, o que por vezes gera dificuldade de acesso nas UBS. Uma forma encontrada para driblar essa falta de acesso às UBS, foi a implantação do Consultório na Rua, que se mostra eficaz, mas não é a realidade da maioria das cidades do Brasil que não possuem esse equipamento, fazendo com que essa população procure as urgências e emergências, geralmente nas instituições hospitalares como forma de acesso à saúde. O que dificulta um trabalho contínuo com essa população, que acaba sendo tratado apenas no âmbito emergencial, gerando um processo de negligência a integralidade à saúde dessa população, que só procura as unidades de pronto atendimento quando o corpo dá sinais visíveis de adoecimento. Tratamentos para algumas são realizadas por acompanhamento pela UBS, se a PSR não acessa esse equipamento, sua saúde é prejudicada e de certa forma negligenciada.

É necessário defender um modelo de saúde que entenda as especificidades de cada população, deve-se pensar no acesso dessa população à saúde pública, mas também nos preocupar com a qualidade desse atendimento. Não é porque os indivíduos acessam os serviços de pronto atendimento que se efetiva o acesso à saúde de qualidade, já que o atendimento lida como características emergenciais e não contínuas. A saúde é dever do Estado e direito de todos os brasileiros, não se deve deixar de lado a saúde da PSR, que possui um histórico de ser invisibilizada e estigmatizada. Para, além disso, é necessário garantir cursos de aperfeiçoamento, e de como combater o preconceito e a discriminação, ofertados para os profissionais de saúde, pois ficou evidente ao longo da pesquisa, que o preconceito e a discriminação afetam o acesso e a permanência da PSR nos equipamentos de saúde. É preciso romper com o estigma e garantir um atendimento pautado no respeito seguindo as diretrizes do SUS e compreendendo as especificidades da população.

A política de assistência social para PSR é crucial para fazer com que esta população acesse direitos básicos, porém é importante compreender a estrutura e a qualidades destes equipamentos e serviços. Por vezes as pessoas em situação de rua acessam os serviços assistenciais, mas não realizam um acompanhamento, e o atendimento geralmente é pautado no âmbito emergencial. Como pensar em um atendimento intersetorial de uma população que carece de direitos básicos de uma forma que não seja apenas no âmbito emergencial? Observou-se que as políticas de saúde e assistência social possuem esse fator em comum, sanar as demandas emergenciais, o que devem sim ser sanadas, porém o atendimento deve ir para, além disso. A estrutura utilizada a partir da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais faz com que inúmeras pessoas tenham acesso a alimentação, atendimento multiprofissional, lavagem de roupas, abrigo, atendimento móvel, o que se mostrou uma mudança significativa para as pessoas em situação de rua.

Como a PSR é um grupo socialmente vulnerável e carece de condições mínimas de subsistência, é necessário refletir sobre a importância do trabalho intersetorial e multiprofissional. Observou-se também que a política de saúde e assistência social possui dificuldade em se articular, isso se deve principalmente quando a pessoa em situação de rua não está doente o suficiente para ficar na unidade hospitalar e não está saudável o suficiente para ficar em uma Casa de Passagem.

Durante o estágio em Serviço Social em um hospital, observou-se o conflito entre os profissionais por conta dessa lacuna de atendimento. Para onde vai as pessoas que precisam de cuidados, mas não estão aptas a ocupar um leito de hospital? A responsabilidade é da Casa de Passagem que trouxe esse usuário ou da unidade hospitalar que o atendeu? A pessoa em situação de rua que não possui rede de apoio, nem moradia precisa de um suporte intersetorial na qual as instituições devem articular a melhor forma para que esse sujeito não fique desamparado.

A partir das leis e decretos implementados em algumas cidades de Santa Catarina que possibilitaram a promulgação da lei de internação involuntária/compulsória, traz alguns questionamentos a partir do objetivo dessas legislações e como elas estariam sendo executadas.

O Ministério Público de Santa Catarina notificou a Prefeitura de Florianópolis por irregularidades na internação involuntária. A lei aprovada em março de 2024 exige a comunicação ao órgão, a Defensoria Pública e outros órgãos de fiscalização no prazo de 72 horas em caso de internação involuntária, medida que o município não está cumprindo, já que nenhum caso foi comunicado. Outras irregularidades foram constatadas como a inexistência de fluxo consolidado para atendimento e tratamento das pessoas atendidas. A Secretaria Municipal de Saúde foi oficiada para responder como funciona a internação involuntária e como está montada a equipe de profissionais, porém a resposta não atendeu aos questionamentos (Barcellos, 2024).

Esta situação evidencia um descaso com a saúde pública e com a autonomia de uma população, sem uma política de transparência. Os municípios além de agir com viés higienista e coercitivo, como mencionado ao longo do texto, acreditam que por serem pessoas em situação de rua, não são dignas de respeito, autonomia e liberdade. Utilizam da lei de internação involuntária para retirar as pessoas dos espaços urbanos por meio da força, pois não é uma iniciativa apenas das políticas de saúde e assistência social, a segurança pública atua conjuntamente. Devemos repensar sobre esse lugar que a PSR ocupa na sociedade e o que estão fazendo com essa população que já carece de direitos básicos, os retirando cada vez mais. Até onde essas medidas vão levar? Qual será o próximo passo de um Estado que retira direitos?

É necessário lutar por uma sociedade que preza pela equidade, essa medida de internação involuntária seria facilmente aprovada se abrangesse toda a população brasileira? É necessário pensar em iniciativas que visam a intersectorialidade das políticas públicas, mas que não retirem o poder de decisão de apenas uma camada da população por conta do higienismo urbano, ou porque a sociedade acredita que pessoas em situação de rua não merecem ter direitos básicos. Devemos rever enquanto sociedade, e repensar quem estamos colocando no poder para tomar decisões legislativas tão importantes. É necessário também dar voz para essa população, durante a Audiência Pública em Santa Catarina para discutir a internação involuntária foram chamadas inúmeras pessoas, nenhuma estava em situação de rua, não havia nenhum representante da PSR, demonstrando

que a opinião das pessoas que serão afetadas com essas medidas não serão escutadas.

Por conta disso, e ao longo de todas as pesquisas que embasaram esse trabalho foi possível identificar que a PSR não possui valor para a sociedade ou para o Estado. São utilizadas de medidas higienistas e coercitivas contra essa população que fere sua liberdade e autonomia enquanto ser humano. São seres humanos que o poder público quer esconder, e que por meio do preconceito como papel fundamental no capitalismo, emerge ações contra essa população de um Estado que deveria fortalecer e efetivar direitos, como nas políticas de saúde e assistência social, mas utiliza destas contra os próprios indivíduos que carecem de direitos básicos.

Ao longo do TCC foi discutido duas políticas públicas centrais para o atendimento a PSR, saúde e assistência social, porém apenas essas duas políticas não conseguem absorver a alta demanda e a vulnerabilidade social que se apresenta em falta de condições básicas de subsistência, para que essa população consiga efetivar os seus direitos. Além das políticas já citadas, é necessário articular com todas as políticas públicas para que de fato efetive seus direitos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Isabela Dias Mendonça de; PUPO, Ligia Rivero. **Articulação intersetorial entre a Atenção Psicossocial e o Sistema Único de Assistência Social: o cuidado ofertado à população em situação de rua em Franco da Rocha/SP.** São Paulo: Boletim do Instituto de Saúde, v. 24, n. 1, p. 149-156, 2023. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/40063>. Acesso em: 23 fev. 2024.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de oliveira. **A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2067-2074, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2024.

ANDRADE, Rubia Laine de Paula; PEDRÃO, Luiz Jorge. **Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica.** [S.l.]. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, p. 737-742, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mq6D7Vv7JbsXSXD7ChXRPPH/>. Acesso em: 24 abr. 2024.

BAGOLIN, Izete Pengo; ÁVILA, Rodrigo Peres; COMIM, Flavio Vasconcellos. **Pobreza extrema e seus tríplexes fundamentos.** Revista de Economia, v. 38, n. 1, p. 167-188. [Curitiba]. 2012. Editora UFPR. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/economia/article/view/28753/18854>. Acesso em: 1 de nov. de 2023

BARCELLOS, Mariana. **MPSC notifica prefeitura de Florianópolis por irregularidades na internação involuntária.** NSC Total. 14 maio 2024. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/mpsc-notifica-prefeitura-de-florianopolis-por-irregularidades-na-internacao-involuntaria>. Acesso em: 6 jun. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** 5 de outubro de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2009. Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Marco Natalino. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (org.). **Nota Técnica nº 103: estimativa da população em situação de rua (2012-2022).** [Brasília], 2023. 20 p. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo:** apesar de interligadas, categorias têm funções e públicos distintos no sistema único de saúde. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 23 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8142.htm. Acesso em 21 de mar. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Brasília: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm. Acesso em: 8 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.8080, 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. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/88080.htm. Acesso em 21 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 26 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Brasília: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/11258.htm. Acesso em: 08 nov. de 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/11343.htm. Acesso em: 26 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 26 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório na Rua.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/consultorio-na-rua>. Acesso em: 4 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial.** 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 6 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 23 mar. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006. 96 p. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/017-1.pdf>. Acesso em: 09 de nov. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004:** Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, 2005. 69 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 8 nov. 2023.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar.** Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais:** reimpressão 2014. Brasília, 2014. 64 p. Disponível em:

<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/livro%20Tipificaca%20Nacional%20-%202020.05.14%20%28ultimas%20atualizacoes%29.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2014.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Pessoas em Situação de Rua**. 2023. Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiY2lyZTI5NTQtNWRhZC00ODhhLWlyZTEtZjEzZDk2N2E0YzQ2liwidCI6ImZiYTViMTc4LTNhZjEtNDQyMC05NjZiLWJmNTE2M2U2YjFkYSJ9>. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Mírian Gracie Plena. Ministério da Saúde. **Consultório de Rua do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2010. 70 p. Disponível em: https://www5.pucsp.br/ecopolitica/downloads/pesquisas/1_B_2010_Consultorio_ rua_SUS_conselho_saude_mental.pdf. Acesso em: 23 mar. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Inclusão Social para População em Situação de Rua**. Brasília/DF, maio 2008. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf. Acesso em: 21 mar. 2024.

BRASIL. **População em Situação de Rua. Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal**. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Brasília, agosto de 2023. 39p. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 29 set. 2023.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. **Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, p. 1069-1076, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dXFy4Mtv7dqzywTDvyQsYcm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2024.

BORYSOW, Igor da Costa, ODA, Wagner Yoshizaki e FURTADO, Juarez Pereira. **Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso**. Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 33, e33042, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333042>. Acesso em: 7 dez. 2023.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo *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, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 30-39, set./dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rwQGTTqGSzdwV3YJvj4SxdD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2024.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. **A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à**

população em situação de rua em grandes centros urbanos. São Paulo: Saúde e Sociedade, v. 19, p. 709-716, 2010. Disponível em: scielo.br/j/sausoc/a/rGJJp8SyB7SvhG8JnJStH4c/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 31 jan. 2024.

CARVALHO LINHARES, Marília; FIGUEIREDO, Karina. **Atendimento à população em situação de rua: realidade do acesso à saúde mental em um CAPS AD do DF.** Health Residencies Journal - HRJ, [S. l.], v. 3, n. 15, p. 472–489, 2022. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/291>. Acesso em: 5 fev. 2024.

CHAPECÓ, **Lei nº 8.019, de 13 de março de 2024.** Institui, no âmbito do Município de Chapecó, o programa de atenção à pessoa em situação de dependência química e alcoólica, doravante denominado de “PROGRAMA MÃO AMIGA: RESGATE DA DIGNIDADE” e dá outras providências. Chapecó: Prefeitura Municipal de Chapecó, 2024. Disponível em: <http://leismunicipa.is/16ur4>. Acesso em: 13 abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nova lei sobre drogas amplia internação involuntária e deverá prejudicar pessoas em situação de vulnerabilidade social.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/nova-lei-sobre-drogas-amplia-internacao-involuntaria-e-devera-prejudicar-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-social/>. Acesso em: 2 maio 2024.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL / RJ. **Atuação de Assistentes Sociais na Abordagem às Pessoas em Situação de Rua.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2019. Termo de Orientação. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/termo-de-orientacao-atuacao-de-assistentes-sociais-na-abordagem-as-pessoas-em-situacao-de-rua.pdf>. Acesso em: 2 maio 2024.

FLORIANÓPOLIS. Câmara Municipal de Florianópolis. **Projeto de Lei n.º 19044/2024.** Processo de tramitação. Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://www.cmf.sc.gov.br/assinatura/assinado/2024/01/2401251922421E2109.pdf?vh=c55e187>. Acesso em: 25 mar. 2024.

FLORIANÓPOLIS. Decreto nº 26.108, de 04 de março de 2024. **Diário Oficial Eletrônico do Município de Florianópolis:** Florianópolis/SC, quarta-feira, 28 de junho de 2023. 3471. ed. Florianópolis. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/28_06_2023_23.31.53.0c9b18f72de43b6a8c454cacf2c08f76.pdf. Acesso em: 10 abr. 2024.

FLORIANÓPOLIS. **Lei nº 19044, de 25 de janeiro de 2024.** Dispõe sobre a internação humanizada no município de Florianópolis e dá outras providências. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis. p. 1-3. 2024. Disponível em: <https://www.cmf.sc.gov.br/assinatura/assinado/2024/01/2401251922421E2109.pdf?vh=c55e187>. Acesso em: 25 mar. 2024.

FRAGA, Patrícia. **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ACESSO À SAÚDE.** 2015. 192 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/136309/335627.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 fev. 2024.

FRAGA, Patrícia; SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. **Capitalismo, população em situação de rua e (des) proteção social**. Montes Claros: Revista Serviço Social em Perspectiva, v. 6, n. 01, p. 72–88, 2022. Disponível em:

<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/4609/4969>. Acesso em: 1 maio 2024.

FRAGA, Patricia; SOUZA, Larissa de; BASTOS, Cyntia de Oliveira Nogueira. **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SERVIÇO SOCIAL: PRESSUPOSTOS ÉTICOS NO ENFRENTAMENTO AO PRECONCEITO**. Montes Claros: Revista Serviço Social em Perspectiva, v. 7, n. 2, p. 128–147, 2023. Disponível em:

<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/6627>. Acesso em: 1 maio 2024.

GOMES, Dalila Fernandes; ELIAS, Flávia Tavares Silva. **Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental**.

Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, v. 27, n. 2, p. 151-158, 2016.

Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40368>. Acesso em: 19 fev 2024.

GOMES, Guilherme Augusto Pires; RODRIGUES, Larissa Alencar; SOUSA, Tâmara Rios de. **Por onde andam os direitos à saúde, educação e assistência social para população em situação de rua no Distrito Federal em 2017?** 2018. 68 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) - Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2018. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52324>. Acesso em: 19 fev. 2024.

HORÁCIO, Nicolas. Nd +. **Internação involuntária: primeiro mês fecha com um encaminhamento por dia em Florianópolis**: para o secretário de assistência social de florianópolis, leandro lima, o projeto de internação involuntária passa por ajustes, mas está dando certo. Para o secretário de Assistência Social de Florianópolis, Leandro Lima, o projeto de Internação Involuntária passa por ajustes, mas está dando certo. 2024. Disponível em: <https://ndmais.com.br/saude/internacao-involuntaria-primeiro-mes-fecha-com-um-encaminhamento-por-dia-em-florianopolis/>.

Acesso em: 24 abr. 2024.

KREIN, Carline Engel. **Manicômios com nova roupagem: o deslocamento do aparato manicomial para comunidades terapêuticas**. Curitiba: Cadernos de Psicologias, v. 3, 2022. Disponível em:

<https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/manicomios-com-nova-roupagem-o-deslocamento-do-aparato-manicomial-para-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 24 abr. 2024.

LIRA, Cindy Damaris Gomes *et al.* **O acesso da população em situação de rua é um direito negado?** REME-Revista Mineira de Enfermagem, v. 23, n. 1, 2019.

Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remo/article/view/49810>. Acesso em: 31 jan. 2024.

LOCH, Thaís Virgínia Rigo. **Política Nacional para População em Situação de Rua e Serviços Socioassistenciais em Florianópolis: uma avaliação a partir da percepção dos usuários**. 2014. 134 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/133025/TCC%20THA%c3%8dS%20VR%20LOCH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 fev. 2024.

MARTINELLI, Tiago; NUNES, Rodrigo dos Santos; MACHADO, Veridiana Farias. **O asseguramento dos direitos sociais a partir da política de Assistência Social para populações em situação de rua**. Textos & Contextos. Porto Alegre. Vol. 19, n. 1, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/37189/26282>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. **Quem vocês pensam que (elas) são?** Representações sobre as pessoas em situação de rua. [Paulínia]: Psicologia & sociedade, v. 16, p. 47-58, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/r6rMZrKqN9VR8jxhKGVSDDq>. Acesso em: 24 abr. 2024.

MENDES, Kíssila Teixeira; RONZANI, Telmo Mota; PAIVA, Fernando Santana de. **“Tudo por causa do crack”**: um estudo sobre as percepções e sentidos das drogas na população em situação de rua. Estudos de Psicologia (Natal), [S. l.], v. 26, n. 3, p. 311–322, 2021. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/epsic/article/view/21870>. Acesso em: 23 abr. 2024.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de Souza. **Da Seguridade Social à intersectorialidade**: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Florianópolis: Katálysis, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/CfXpmXYLxHNyTnbKfw5HfDH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2023.

MOURA, Rodrigo Coelho Bacellar. **Política Nacional para População em Situação de Rua: uma análise da participação social no processo de implementação da política**. 2016. 30 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/16261>. Acesso em: 7 nov. 2023.

OLIVEIRA, Alison; GUIZARDI, Francini. **A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua**: avanços e desafios da intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência social. São Paulo: Saúde e Sociedade, v. 29, n.3, 12p. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Cx5ZKxsqCXYHzrJz68QXc3G/#>. Acesso em: 23 fev. 2024.

OLIVEIRA, Luciana de. G1 Política. **145 pessoas trans foram assassinadas em 2023, segundo associação.** Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2024/01/29/145-pessoas-trans-foram-assassinadas-em-2023-segundo-associacao.ghtml>. Acesso em: 24 abr. 2024.

PAIVA, Irismar Karla Sarmento de et al. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática.** Mossoró: Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 2595-2606, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/knWgXfP7fKXpsW84f6gxM8r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2023.

PINTO, Régia; GONDIM, Antônio. **Trabalho e população em situação de rua: uma análise à luz da Questão Social.** São Luís. VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. p. 1 a 15, agosto 2017. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/trabalhoepopulacaoemsituacaoderuaumaanalisealuzdaquestaosocial.pdf>. Acesso em: 2 out. 2023.

REDAÇÃO SC EM PAUTA. SC em Pauta. **Alesc reúne sociedade em debate sobre internação involuntária de moradores de rua.** 2024. Disponível em: <https://scempauta.com.br/2024/04/03/ale-sc-reune-sociedade-em-debate-sobre-internacao-involuntaria-de-moradores-de-rua/>. Acesso em: 15 abr. 2024.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Consultório na Rua.** 2017. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/consultorio-na-rua>. Acesso em: 23 mar. 2024.

SERAFINO, Irene; LUZ, Lila Cristina Xavier. **Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate.** Katálysis, Florianópolis, v. 18, p. 74-85, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/QnBZpPSkC6Zwv6YD6nnTdcq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2024.

SICARI, Aline Amaral; ZANELLA, Andrea Vieira. **Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 38, n. 4, p. 662-679, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SILVEIRA, Luiza Helena da. **Uma análise acerca dos serviços oferecidos pela Secretaria de Assistência Social do município de São José, destinados aos moradores em situação de rua.** 2014. 55 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Frepositorio.ufsc.br%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F125121%2FTCC%2520LUIZA%2520vers%25c3%25a3o%2520final%25203.docx%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&wdOrigin=BROWSELINK>. Acesso em: 29 fev. 2024.

SOUZA, Diogo de. **Prefeitura de Florianópolis usa lei e interna homem que morava em barraca na frente do MPF**. Florianópolis, 24 de abril de 2024.

Disponível em: <https://ndmais.com.br/cidadania/prefeitura-de-florianopolis-usa-lei-e-interna-homem-que-morava-em-barraca-na-frente-do-mpf/#:~:text=O%20senhor%20Jorge%2C%20conhecido%20como,humanizada%E2%80%9D%20da%20Prefeitura%20de%20Florian%C3%B3polis>. Acesso em: 24 abr. 2024.