



II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017

A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PEREIRA, José Levi de Jesus¹

RESUMO

O presente trabalho abordou as formas em que ocorre o acesso à saúde pela população em situação de rua no Município de São Paulo, destacando a atuação do Programa Consultório na Rua neste processo. Realizou uma breve reflexão sobre a população em situação de rua enquanto expressão da questão social, apresentando uma caracterização deste segmento, assim como suas lutas, reivindicações e conquistas, principalmente através da Política Nacional Para a População em Situação de Rua. Utilizou, como método de análise para mensurar quantitativamente o acesso a saúde da população em situação de rua, indicadores idênticos dos programas Consultório na Rua e Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: População em situação de rua; Programa Consultório na Rua; acesso à saúde

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda o processo de promoção do acesso da população em situação de rua (PSR) ao Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) no Município de São Paulo (MSP), principalmente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir da experiência do Programa Consultório na Rua (CnaR) no decorrer deste processo.

As desigualdades no acesso ao SUS apresentam-se como um dos principais desafios a serem superados, caso almejemos um SUS efetivo, com princípios e diretrizes concretizadas. Neste sentido, para enfrentarmos a cruel realidade em relação ao acesso ao SUS (ou a falta dele) pelos grupos socialmente excluídos, dentre eles a população em situação de rua, é necessária a construção de uma consciência coletiva cidadã, emancipatória, capaz de lutar pelo acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde que compõe o SUS, necessitando, para isto, do fortalecimento de movimentos sociais e outras formas de resistência à selvageria do capital, contrariando os atuais interesses capitalistas de mercantilização da saúde pública.

Neste sentido, o CnaR surgiu como proposta de inclusão da PSR no SUS, atuando como equipe de saúde da AB, de forma similar ao programa ESF, o qual atende a população geral no território adstrito (BRASIL, 2011), utilizando-se da criação e

¹ levi_133@yahoo.com.br – UNINOVE



fortalecimento de vínculos como principal ferramenta de trabalho, em ações que, via-de-regra, são extra-muros. O CnaR é um programa que possibilita a atenção à saúde deste grupo social, historicamente excluído e estigmatizado, no entanto, é importante salientar que não é função apenas do CnaR a assistência à saúde para a PSR, sendo esta função designada a todos os trabalhadores e serviços que compõem o SUS, conforme estabelece, claramente, a Portaria nº 2488, de 24 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, a qual define as diretrizes e atribuições na AB.

1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A temática PSR apresenta-se como um grande desafio, tanto para pesquisadores, que buscam compreendê-la, como para o poder público e a sociedade civil organizada (“terceiro setor”), os quais criam e operacionalizam as políticas públicas voltadas para este segmento. Entretanto, é necessário ter por base que a PSR não é a causa de si mesma, ou seja, ela é um efeito, um fenômeno, cuja essência está no Modo de Produção Capitalista (MPC), devendo ser considerada como uma das mais radicais expressões da desigualdade por ele gerada. Ao conjunto destas desigualdades, gestadas no interior do MPC, denominamos “questão social”.

Sua origem [PSR] remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais da Europa Ocidental, no contexto da chamada acumulação primitiva [...] em que camponeses/as e produtores/as rurais foram privados/as de suas terras e compelidos a vender sua força de trabalho no mercado em formação, tornando-se assalariados/as. Os/as que não foram absorvidos pela produção capitalista deram origem ao pauperismo, que se generalizou na Europa Ocidental, ao final do século 18, em cujo seio gerou-se a população em situação de rua (CFESS, 2014, 93-4).

Antes de começarmos a falar sobre a PSR, é necessário esclarecer que, ao contrário do imaginário popular, inspirado no senso comum, trata-se de uma população heterogênea, com histórias de vida muito diversificadas e, por isto mesmo, consideramos que cada pessoa em situação de rua tem uma história, uma trajetória singular que a fez ficar e, muitas vezes, permanecer na situação de rua.

Segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) (BRASIL, 2009), considera-se PSR:

[...] o 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.

Há uma infinita diversidade de fatos na trajetória da pessoa em situação de rua, que, por ventura, convergem negativamente para sua inserção no mundo da rua. Dentre estes, destacam-se os estigmas sociais, que fazem com que sejam percebidos pela sociedade como marginais, sujeitos perigosos, ou, ainda, incapazes, ampliando as dificuldades para o



seu relacionamento com a família e com o trabalho, tornando a rua, por ali estarem seus “iguais”, cada vez mais atrativa como ambiente privilegiado para todas as convivências e relações sociais.

Dentro da heterogeneidade das ruas, pode-se encontrar: indivíduos com passagem pelo sistema penitenciário; desempregados; pessoas com sérios problemas de saúde (física e mental); imigrantes; dentre muitos outros. Existem ainda os "trecheiros", pessoas em situação de rua que tem como principal característica o fato de não permanecerem em um mesmo território por muito tempo, tornando difícil até mesmo sua identificação, impossibilitando sua contagem nos censos e, muitas vezes, o seu acesso às políticas públicas (BRASIL, 2008).

O primeiro censo da PSR no MSP foi realizado no ano 2000 e contou 8.706 pessoas em situação de rua. Ao comparar com o censo de 2011 observa-se o crescimento de 66% desta população no período, e comparando com o censo de 2015 verifica-se um aumento de 82% nesta população, conforme indica o quadro de variação e variação anual abaixo.

QUADRO 1

Variação e variação anual, 2000 a 2015. - População da cidade de São Paulo, Acolhidos, Na Rua e PSR geral			
População	2000	2015	Variação anual no período
Cidade de São Paulo	10.426.384	11.582.000	0,7%
Acolhidos	3.693	8.570	5,7%
Na rua	5.013	7.335	2,5%
PSR	8.706	15.905	4,1%

Fonte: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, 2015, p. 44./IBGE.

Importante salientar que, diferentemente do que acredita o censo comum, onde todas as pessoas na rua são originárias da região Norte e Nordeste, o censo de 2015 aponta que cerca de 30% desta população é natural da capital paulista, e estima-se que 50% sejam do Estado de São Paulo. Existe ainda a recente presença da PSR imigrante, vinda principalmente do continente africano, buscando refúgio no MSP, utilizando-se da rede sócio-assistencial da cidade, e, apesar de ser um grupo relativamente pequeno, representando cerca de 1% do total, refletem uma tendência real de crescimento em seu número devido aos intensos fluxos migratórios, advindos principalmente de países que vivenciam conflitos políticos, étnicos ou religiosos e/ou dificuldades econômicas (FIPE, 2015).



A vida na rua contraria os padrões impostos por uma sociedade capitalista, ou seja, a forma como vivem e buscam a satisfação de suas necessidades primordiais são opostas ao considerado ideal por esta sociedade, à qual tem seus valores e princípios pautados no consumismo e no mercado, tanto de trabalho como de bens, desta forma, cabe à categoria profissional dos/as assistentes sociais, a compreensão desta dinâmica, no intuito de concretizar o projeto ético-político profissional, tão necessário para este grupo social.

2 A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Tradicionalmente, as ações voltadas para a PSR, tanto pelo Estado quanto pela sociedade civil, sempre tiveram vieses assistencialistas, autoritários, fundados na filantropia, na caridade e benemerência e/ou na repressão, ou seja, pode-se dizer que, com estas ações, este segmento da população nunca foi reconhecido como sujeitos de direitos, e, é claro, tais ações nunca conseguiram, efetivamente, (re)inserir esta população no espectro mais amplo das relações sociais tradicionais.

Neste sentido, foi instituída, no governo do ex-presidente Lula, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), através do Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009). Considerada um enorme avanço na luta pelos direitos da PSR, ela estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas voltadas a esta população, conferindo, de forma muito clara, o *status* de direito às ações do poder público. Neste sentido, ela adquire o papel de ferramenta materializadora de direitos conquistados por seus próprios usuários, com o intuito de combater as violências sociais e garantir pelo menos um mínimo de recursos para uma subsistência digna, diferente das políticas que historicamente desfavorecem este segmento, produzindo e reproduzindo continuamente a desigualdade e a miséria.

De acordo com o decreto, a PNPSR expõe a necessidade da articulação das ações federais, estaduais e municipais, visando otimizar os recursos e, conseqüentemente, melhorar o atendimento às necessidades desta população, além da imprescindibilidade da atuação interdisciplinar e intersetorial nos serviços públicos, agindo conjuntamente e em complementaridade com os movimentos sociais e com as instituições de cunho privado. Desta forma, a PNPSR necessita ser, essencialmente, descentralizada.

Em relação à saúde da PSR este documento traz: a necessidade de garantir o atendimento integral; a universalidade e a equidade no acesso ao SUS; o fortalecimento e a ampliação das ações de promoção à saúde, com ênfase na AB, com atuação intensiva na prevenção e tratamento de doenças crônicas e doenças sexualmente transmissíveis (DST's); o fortalecimento das ações voltadas para a saúde mental, com ampliação e facilitação do acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a inclusão nos processos decisórios e de educação permanente para os trabalhadores do SUS,



incentivando pesquisas e capacitações que envolvam a temática “PSR”; o apoio às iniciativas de ações intersetoriais, objetivando viabilizar a instituição e/ou manutenção de casas de apoio à PSR durante período de convalescença; dentre outras (BRASIL, 2008, p. 11-12).

Apesar da PNPSR explicitar a necessidade da garantia do acesso e cuidado à saúde deste grupo social, ainda não existe, de forma satisfatória, a articulação e alinhamento suficiente da saúde com as outras políticas e serviços, principalmente em relação aos serviços socioassistenciais, que são, naturalmente, os parceiros mais necessários para o processo de cuidado à saúde desta população, sobretudo no âmbito da AB (HALLAIS; BARROS, 2015, p.1498).

Ainda de acordo com o documento, todos os trabalhadores sociais que, de alguma forma, atendem a população em situação de rua, devem entender a PNPSR como uma política ligada aos vários planos, legislações e políticas que também são pertinentes a este segmento, como, por exemplo, o Estatuto do Idoso, em relação aos idosos em situação de rua, o Estatuto da Criança e do Adolescente, no caso das crianças e adolescentes na rua, e assim por diante (BRASIL, 2008, p. 06-7).

Além da PNPSR, podemos citar, dentre outros, dois marcos importantes na legislação pertinente à PSR, quais sejam: o recente Plano Municipal de Políticas para a População em Situação de Rua do MSP, instituído através da Portaria Intersecretarial nº 005 de 26 de Dezembro de 2.016 (SÃO PAULO, 2016) e a pioneira Lei nº 12.316, de 16 de Abril de 1.997, cujo Projeto de Lei nº 207/94 foi da assistente social e então Vereadora Aldaíza Sposati, e dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal em prestar atendimento à PSR no MSP (SÃO PAULO, 1997).

Por final, é necessário nos atentarmos para o fato de que a PSR tem, cotidianamente, praticamente todos os direitos humanos violados, e para sua sobrevivência buscam diversas alternativas e estratégias (geralmente com um grande teor de improviso), e, por isto mesmo, para se pensar em políticas públicas para este segmento é necessário entender e considerar o cotidiano e a dinâmica de vida destes indivíduos, e é por esta lógica que a PNPSR orienta-se.

3 O PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA

Dentre todos os segmentos da população, aqueles que estão em situação de rua, devido à precariedade de suas condições de vida, são, provavelmente, os que apresentam maior vulnerabilidade em relação à sua saúde, ou seja, juntamente com as demandas biológicas e psíquicas, agravantes à saúde e produtoras de sofrimento, existe ainda a extrema vulnerabilidade social, representando um enorme desafio na efetivação da ESF, demandando outras possibilidades de atenção e cuidado para esta população.



Após muita luta, com participação efetiva do Movimento Nacional da População em Situação de Rua e previsto na PNPSR, foi instituído, através da Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), o Programa Consultório na Rua (CnaR). Considerada uma potente política pública para a promoção de acesso à saúde para a PSR, o CnaR atua similarmente ao Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), entretanto, atende especificamente a PSR, e, evidentemente, no MSP este programa não surgiu do nada.

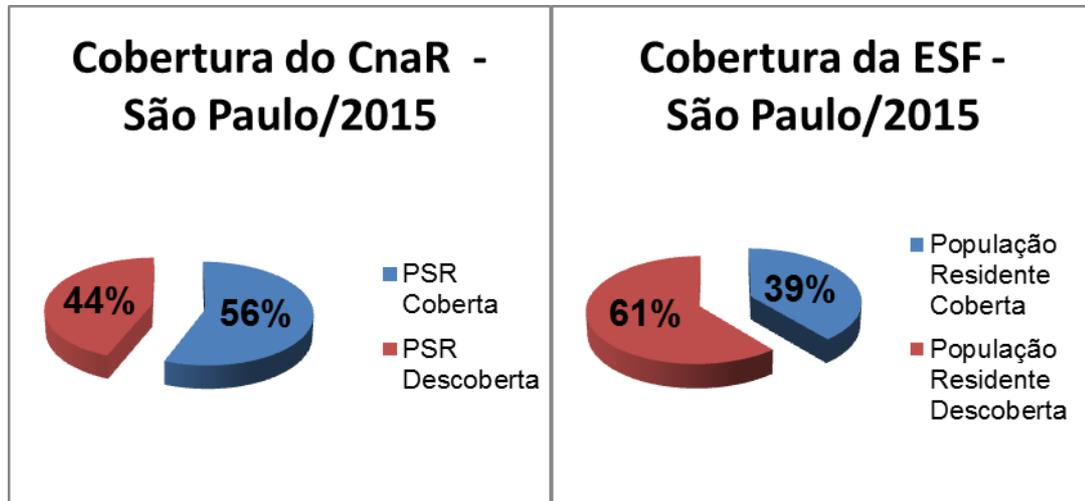
Considerando a necessidade de profissionais para atender as demandas de saúde da população em situação de rua, com todas as suas especificidades, em 2003 inicia-se na cidade de São Paulo, de forma experimental, a contratação de 01 enfermeiro e 01 ACS, para atenderem especificamente a PSR, atuando aos moldes da ESF. No ano de 2004 a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SP) iniciou o projeto “A Gente na Rua”, realizando parceria com uma Organização Social que já possuía experiência de mais de 20 anos de trabalho junto a este grupo social no município. Neste projeto os ACS’s deveriam ser recrutados dentre a própria PSR, com o objetivo de facilitar a abordagem e a construção de vínculos com os pacientes em situação de rua, além de também promover a cidadania e inclusão social dos próprios ACS’s. Neste primeiro momento foram contratados 01 enfermeiro e 11 Agentes Comunitários de Saúde de Rua (ACSR), atuando como Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cobrindo 07 UBS’s da região central da cidade (SÃO PAULO, 2016, p. 24).

Já em 2005, devido ao sucesso do projeto e a necessidade evidenciada de ampliação do quadro de funcionários para atender as demandas e os territórios ainda descobertos na região central do município, subiram para 03 o número de equipes, somando então 35 ACSR e 03 enfermeiros para atender a PSR nos territórios onde estivessem locados. Em 2008, estas equipes, que até então atuavam na modalidade PACS, foram convertidas em equipes de Estratégia Saúde da Família de Rua (ESFR), e já contando com nove equipes, com 57 ACSR, 03 médicos e 06 auxiliares de enfermagem. Ainda em 2008 o número de equipes foi ampliado para 14, distribuídas pelas regiões Centro, Oeste e Sudeste da cidade (SÃO PAULO, 2016, p. 24).

Na cobertura populacional, ou seja, o numero de pessoas atendidas pela ESF e pelo CnaR no MSP em 2015 em relação ao número total da população, esta pesquisa apontou que, em 2015 a estimativa do total da população residente no município foi de 11.581.798 (IBGE, 2016), e a média mensal de cadastrados na ESF foi de apenas 4.511.095 (SÃO PAULO, 2017), já o CnaR teve uma média mensal de 8.960 (SÃO PAULO, 2016) cadastrados, de um total de 15.905 (FIPE, 2015) pessoas em situação de rua contados pelo censo naquele ano. O gráfico à seguir demonstra o comparativo da cobertura populacional dos dois programas.



GRÁFICO 1



Fontes: Elaborado pelo autor com dados extraídos de: Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Sistema Informatizado da Atenção Básica (SIAB)/Coordenação da Atenção Básica/FIPE/IBGE. Período: 2015.

No gráfico observa-se que bem menos da metade (39%) da população geral do município estava cadastrada no programa ESF do MSP em 2015, e, desta forma, dificilmente receberam alguma assistência à saúde por este programa. No caso da PSR, pouco mais da metade (56%) estavam cadastradas no programa CnaR, e, neste sentido, este programa obteve um alcance bem maior em relação à ESF.

No entanto, para além do cadastro, é indispensável um acolhimento qualificado, sensível e humano à PSR, uma vez que os desdobramentos desta técnica proporcionam às eCR o fortalecimento de um vínculo positivo com estes cidadãos, possibilitando assim, desenvolver um cuidado integral e longitudinal à sua saúde. Segundo o Documento Norteador dos Consultórios na Rua do Município de São Paulo (SÃO PAULO, 2016, p.31-2):

Ser “Porta de Entrada” para o SUS independe de encaminhar a pessoa em situação de rua para outro serviço de saúde, pois é o encontro entre os profissionais e as pessoas na rua que caracteriza essa inclusão no SUS. Para que o CnaR seja porta de entrada é necessário disponibilidade da equipe para ir ao encontro do outro, abordar, escutar e acolher as pessoas de modo integral, ou seja, é preciso sair dos questionários e protocolos de busca ativa de doenças para permitir que as pessoas ganhem visibilidade, é preciso que o vínculo seja estabelecido com as pessoas e não com as doenças que elas têm ou possam ter.

Nesta perspectiva, o vínculo é, sem dúvida, a base para qualquer intervenção em saúde pelas eCR. Construído geralmente de forma processual, ele produz uma relação de confiança, possibilitando a inclusão na subjetividade, no mundo do outro, facilitando a percepção da história, das dificuldades, riscos e desejos do indivíduo em situação de rua.



No exercício profissional do presente pesquisador como Agente Social em uma eCR do MSP, é observado que, atualmente, o poder público municipal vem reduzindo, gradativamente, os investimentos em políticas públicas que atuam sob a perspectiva da estratégia de redução de danos na assistência à saúde de dependentes químicos, principalmente em relação ao álcool e ao crack, negando seus avanços nos últimos anos, optando pelo privilegiamento de formas tradicionais, como a internação em comunidades terapêuticas, as quais, geralmente, são de cunho religioso.

Sem desconsiderar a validade deste modelo, afinal cada pessoa é única e pode responder de formas diferentes a cada tipo de tratamento, é necessário esclarecer que, entre a PSR, por não terem acompanhamento efetivo, tanto da saúde como de outras políticas capazes de proteger e fomentar o desenvolvimento social destes indivíduos, as internações são muito pouco eficazes, sendo que, na maioria das vezes, quando saem destas internações, retornam à situação de rua e voltam a fazer o uso problemático das mesmas substâncias.

Diante do exposto, fica evidente que, da mesma forma que a internação clínica não é capaz de resolver o problema da dependência química sozinha, no que tange as outras patologias, apenas realizar o cadastro também não resolve. Para a promoção de um cuidado longitudinal e efetivo em saúde, seja PSR ou não, faz-se necessário também acompanhar e apresentar respostas às suas necessidades e demandas de saúde, principalmente quando há algum agravo e/ou condição de saúde que exija acompanhamento constante.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe salientar que a responsabilidade pela saúde da população não está apenas na política setorial da saúde, devendo ser considerados vários outros aspectos e necessidades, os quais dependem de um conjunto de ações e políticas intersetoriais. Para que isto ocorra, faz-se necessária a articulação com as outras dimensões da vida dos cidadãos, como o convívio social, condições materiais (moradia, renda), e outras condições de vida. Para tanto, é imprescindível que as ações governamentais levem em consideração as necessidades postas a todas as políticas setoriais, não sendo apenas a saúde a única responsável pela promoção e qualidade de vida da população.

Pensando na vulnerabilidade e na necessária busca pela equidade, um debate extremamente relevante tem ocorrido entre trabalhadores, gestores e cidadãos do MSP nos últimos anos sobre a necessidade de serviços de acolhimento que atendam a PSR convalescentes e/ou com transtornos mentais severos, os quais tornam a vida nas ruas ainda mais desumana. As propostas giram em torno da implantação de serviços híbridos



entre a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social e a Secretaria Municipal da Saúde.

Em relação ao Programa CnaR do MSP, a concentração de todas as eCR na região central da cidade, tem deixado descoberta uma camada considerável da PSR, a qual (sobre)vive nas regiões periféricas do município, não tendo, muitas vezes, acesso aos serviços voltados a proteção e desenvolvimento social, assim como não conseguem acessar a assistência à saúde. Torna-se, desta forma, imprescindível a ampliação das eCR para contemplar a toda a PSR com o acesso ao SUS.

Outra consideração importante a fazer é que, os resultados do censo realizado pela FIPE (2015) têm sido duramente criticados por vários profissionais e instituições, principalmente pelo MNPSR e pela Pastoral do Povo da Rua, personificada na figura do Padre Júlio Lancelloti, os quais atuam cotidianamente na luta pela garantia de direitos à PSR, por não concordarem com a metodologia utilizada, que, segundo estes, não contou o número total de pessoas vivendo nas ruas da capital.

Por final, possíveis questionamentos sobre o processo e os resultados da pesquisa são totalmente compreensíveis, pois não é o objetivo e nem a pretensão desta pesquisa esgotar a temática da PSR e seu acesso ao SUS, pelo contrário, foi possível, apenas, arranhar a superfície desta grave, e ainda pouco estudada, expressão da questão social.

Cabe ressaltar ainda que, não somente a PSR, mas toda a população do MSP, conforme apontado pela pesquisa, encontra dificuldades para acessar o SUS, principalmente devido ao escasso financiamento na ESF por parte do poder público municipal, e, apesar deste estudo indicar que a PSR obteve maior acesso ao SUS (de acordo com a metodologia utilizada), ainda há grande escassez de estudos sobre os mais vulneráveis entre a própria PSR, como, por exemplo, no caso das gestantes, dos idosos e das pessoas com deficiência, o que demanda, necessariamente, de um aprofundamento muito maior no estudo desta temática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 7053 de 23 de Dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso: 25 Abr. 2017. 19:00:00

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília DF, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso: 25 Abr. 2017. 18:25:00



II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017

_____. _____. **Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da População Residente nos Municípios Brasileiros com data de referência em 1º de Julho de 2015. São Paulo – SP** [online]. Brasília, DF, 2016. Disponível

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua para consulta pública.** Brasília: ago. 2008 (texto digitado). Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf>. Acesso: 06 nov. 2016. 13:20:00.

_____. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE. **Pesquisa Censitária da População em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo.** Sumário Executivo, 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%2015%20-%20OUT%2015.pdf>. Acesso: 25 de Abr. 2017. 18:00:01

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **1º Congresso Nacional do Movimento da População de Rua.** CFESS Manifesta: Gestão Tempo de Luta e Resistência (2011-2014); (2) p. 61-8; Brasília: CFESS, 2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Livro_CFESSManifesta_GestaoTempodeLuta-Site.pdf>. Acesso: 29 de Jan. 2017. 11:35:00

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. **Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade.** Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 31, nº 07, p.1497-1504, Jul. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>>. Acesso: 22 out. 2016. 15:55:00

SÃO PAULO. **Lei nº 12.316, de 16 de Abril de 1.997.** (Projeto de Lei nº 207/94, da Vereadora Aldaíza Sposati). Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal em prestar atendimento à população de rua na cidade de São Paulo.

_____. **Portaria Intersecretarial SMDHC/SMADS/SMS/SEHAB/SDTE, nº 005, de 26 de Dezembro de 2016.** Institui o Plano Municipal de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Documento Norteador dos Consultórios na Rua. ed. 1. Dezembro/2016. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/norteadorconsultoriona%20ruabaixa23122016.pdf>>. Acesso: 14 Mai. 2017. 12:40:00

_____. **Gerência de Processamento da Produção do SUS/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.** Saúde da Família: Produção das Equipes e Marcadores para Avaliação. Período: 2015. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/SIAB/siab_prod.def>. Acesso: 30 de Jan. 2017. 21:27:00