



GUIA

INTERSETORIAL

PARA INTEGRAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE E
PROTEÇÃO SOCIAL ÀS
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE
RUA NO DISTRITO FEDERAL

Brasília - DF

2026

Colaboratório Nacional **Pop Rua**

GUIA INTERSETORIAL PARA
INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL ÀS
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO
DISTRITO FEDERAL

Brasília - DF

2026



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Guia intersetorial para integração dos serviços de saúde e proteção social às pessoas em situação de rua no Distrito Federal [livro eletrônico] / organização Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal...[et al.] ; coordenação Afonso Abreu Mendes Junior, Juliana Oliveira Soares, Marcelo Pedra Martins Machado. -- Brasília, DF : Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2026. PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal, NuPop Fiocruz Brasília, Colaboratório Nacional Pop Rua. Bibliografia. ISBN 978-65-88309-84-1

1. Desenvolvimento social 2. Distrito Federal (Brasil) - Condições sociais 3. Pessoas em situação de rua - Assistência 4. Pessoas em situação de rua - Brasil 5. Pessoas em situação de rua - Condições sociais 6. Políticas públicas - Brasil 7. Proteção social 8. Saúde mental 9. Saúde pública 10. Serviços de saúde I. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. II. Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal. III. NuPop Fiocruz Brasília. IV. Colaboratório Nacional Pop Rua. V. Mendes Junior, Afonso Abreu. VI. Soares, Juliana Oliveira. VII. Machado, Marcelo Pedra Martins.

26-335246.0

CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Pessoas em situação de rua :

Assistência : Saúde Pública 362.10981

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/938

DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Saúde. Documento Norteador Intersectorial para Integração dos serviços de saúde e proteção social às pessoas em situação de rua no Distrito Federal, 1ª edição. Junho, 2025.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade das áreas técnicas.

Equipe

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal
NuPop Fiocruz Brasília
Colaboratório Nacional Pop Rua

Coordenação técnica:

Afonso Abreu Mendes Junior
Juliana Oliveira Soares
Marcelo Pedra Martins Machado

Revisão técnica geral:

Ana Cristina Barreto Peixoto Sampaio (GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS/SES)
Geovanna Lyssa Duarte (FEPECS)
Juliana Oliveira Soares (GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS/SES)
Priscila Nolasco de Oliveira (GSS/DASIS/COASIS/SAIS/SES)

Diagramação:

Regiane Rocha Gomes

Projeto gráfico:

ASCOM Fiocruz Brasília

Normatização:

Regiane Rocha Gomes

Autoria

Agilran Araujo Barreto - Enfermeiro. Gerência de Qualidade na Atenção Primária - (SES/SAIS/COAPS/DESF/GEQUALI)

Aline De Melo Soares - psicóloga - eCR/GSAP 1 - NB/ DIRAPS/ SRSCS/SE

Alyne Pessôa Pisk - Psicóloga - GEACAF/ SEDES - GSAP 1 CRZ/UBS1CRZ/SES

Ana Cristina Barreto Peixoto Sampaio - Cirurgiã Dentista - Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação de Vulnerabilidade e Programas Especiais (GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS/SES)

André Santoro - GESEAS/SEDES

Bárbara de Moraes Souto - Psicóloga - GEADI/SEDES

Bruno Vitor Pimentel de Moraes - Psicólogo - DISEFI/SEDES

Carolina Sampaio Vaz - Assistente Social. eCR/GSAP 1 - ASA SUL/DIRAPS/SRSCE/SESDF

Clisciene Dutra de Magalhães - Assistente Social, gerente de serviços da Atenção Domiciliar - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESAD

Danielle de Souza P. Pimentel - GEACAF/SEDES Gabriela Da Silva Pires - Enfermeira, eCR/GSAP1 - Paranoá/DIRAPS/SRSLE;

Giulia Bomfim - Polo Descentralizado DF/Colaboratório Nacional Pop Rua/ NuPop Fiocruz Brasília

Juliana Oliveira Soares - Médica de Família e Comunidade. Gerente de Atenção à Saúde de Populações em Situação de Vulnerabilidade e Programas Especiais (GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS/SESDF)

Larissa Araújo Chaves Faria - Terapeuta Ocupacional, eCR/UBS7- Samambaia/GSAP7/DIRAPS/SRSSO/SESDF

Lígia Maria Carlos Aguiar - Enfermeira. Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB)/ Unidade de Prevenção e Assistência à Pessoa em Situação de Violência (UPAV)/ Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) (SES/HMIB/DAS/GACL/UPAV/PIGL)

Lívia Vasco Mota - Assistente Social - Gerência de Saúde do Sistema Prisional (SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GESEP)

Márcia Maria Home - Fiocruz - Brasília/DF Maria Aurení de Lavor Miranda- Enfermeira (GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS/SESDF)

Marcelo Pedra Machado - Psicólogo Sanitarista (NuPop Fiocruz Brasília)

Mayara Cristina Silva de Araújo - Fisioterapeuta (NuPop Fiocruz Brasília)

Nathália França Freire - Nutricionista (Apoio Técnico GASPVP/FIOCRUZ)

Priscila Nolasco de Oliveira - Assistente Social. (GSS/DASIS/COASIS/SAIS/SES)

Priscilla Dias de Albuquerque - Enfermeira de Família e Comunidade. GSAP 5 Ceilândia/ Consultório na Rua da Região Oeste Ceilândia e Brazlândia. (eCR/GSAP5-Ceilândia/DIRAPS/SRSOE/SES)

Rafael Moreira Soares - Cuidador Social - Gerente do Serviço de Acolhimento para Adultos e Famílias - GEACAF/SEDES

Regiane Rocha Gomes - psicóloga (NuPop Fiocruz Brasília)

Samanta Hosokawa Dias De Nóvoa Rocha - Médica de Família e Comunidade, eCR/GSAP 5 - TAGUATINGA/DIRAPS/SRSSU

Waleska Batista Fernandes. Assistente Social, CAPS AD III e Unidade de Acolhimento Adulto de Samambaia

Apresentação

O presente Guia Intersetorial para Integração dos Serviços de Saúde e Proteção Social às Pessoas em Situação de Rua no Distrito Federal foi elaborado para ser um recurso de apoio para profissionais da rede de saúde e assistência social em seus serviços. Foi pensado também como instrumento para fortalecer a articulação entre as políticas públicas, promovendo um atendimento integral, contínuo e humanizado para a população em situação de rua.

A iniciativa surgiu diante do reconhecimento das múltiplas vulnerabilidades enfrentadas por essa população no Brasil e no Distrito Federal, cujas necessidades exigem ações coordenadas, intersetoriais e territorializadas. O guia visa a orientar gestores, profissionais e técnicos das redes de atenção sobre práticas colaborativas, fluxos integrados e dispositivos comuns que favoreçam a equidade nas políticas públicas, em prol da garantia de acesso a direitos fundamentais pela PSR.

Elaborado de forma participativa, o documento contou com a contribuição de representantes das Secretarias de Saúde (SES/DF) e de Desenvolvimento Social (Sedes/DF), do Polo Descentralizado DF (Colaboratório Nacional Pop Rua) e do Núcleo de Populações em Situação de Vulnerabilidade e Saúde Mental na Atenção Básica, o NuPop Fiocruz Brasília, visando a realizar uma construção democrática e centrada na realidade local. Essa elaboração aconteceu entre o último trimestre de 2023 e o segundo semestre de 2024.

Nessa construção coletiva, foram realizadas cinco oficinas e cinco reuniões com a participação de profissionais das equipes gestoras e profissionais envolvidos no cuidado e assistência às pessoas em situação de rua, para o alinhamento e construção dos fluxogramas de integração entre os serviços. As oficinas foram conduzidas com metodologia ativa de aprendizagem, a fim de fomentar a participação de todos os participantes.

Na primeira oficina, foram definidos todos os temas principais deste documento, tanto no que tange à abordagem social quanto à saúde e suas interseções.

Na segunda oficina, com duração de oito horas, foram discutidas as problemáticas gerais sobre cuidado e proteção social da PSR, além de temas

específicos: cuidado e proteção em saúde mental, desospitalização, cuidado e proteção à pessoa com deficiência, acolhimento institucional e atenção primária, cuidado e proteção à mulher e gestante - violência de gênero, cuidados à saúde reprodutiva, etc.

Já na terceira oficina, foram abordados os seguintes assuntos - sempre com o enfoque nas pessoas em situação de rua: cuidado e proteção à pessoa idosa, crianças, adolescentes e pessoas autodeclaradas LGBTQIAPN+.

A quarta oficina foi iniciada com a apresentação dialogada da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção à Pessoa em Situação de Violência, o que embasou o grupo nas discussões dedicadas ao cuidado e proteção à pessoa em situação de rua com transtorno mental, em uso de álcool e outras drogas e em situação de violência.

A quinta oficina foi um arremate de toda a produção das oficinas anteriores, com revisão dos fluxos construídos e orientação dos passos seguintes, que foram conduzidos em reuniões virtuais para a organização deste rico material.

Entre os principais tópicos abordados nas oficinas, surgiu a necessidade de pontuar os fundamentos do cuidado em saúde e proteção social. Desse modo, é abordado no guia o contexto político da luta por direitos, dados sociodemográficos e marcos legais sobre a população em situação de rua no Brasil e no DF. A intersectorialidade e a redução de danos, nesse sentido, são apresentadas como dispositivos importantes para a produção técnica e científica sobre a PSR.

A partir desse contexto, foram mapeados os serviços existentes e suas respectivas competências na SES e na Sedes/DF. Assim, os serviços da rede de saúde e assistência social são aqui apresentados, detalhando os programas e suas funções, público atendido, formas de acesso aos serviços e outras especificidades, o que fundamentou a discussão e elaboração de fluxos de atendimento conjunto e encaminhamento de casos.

Os fluxos contêm orientações sobre como se dão os itinerários de atendimentos e encaminhamentos dentro das redes SES e Sedes/DF, bem como em outras vias de apoio intersectorial. São apresentadas as vulnerabilidades características da população em situação de rua e de que forma a rede se articula para atender cada caso:

Integração SUS e Suas: este fluxo visa a fortalecer a rede de proteção social, garantindo que a pessoa receba o suporte necessário, de maneira coordenada, dos diferentes serviços do SUS e Suas.

Acolhimento institucional: considera a necessidade de que as UBS possam referenciar as instituições de acolhimento, como abrigos e casas de passagem dos territórios onde estão localizadas, em prol da integralidade do cuidado.

Crianças e adolescentes: descreve o processo de entrada e atendimento de crianças e adolescentes em situação de rua, abordando diferentes formas de identificação e acompanhamento dos casos, no SUS e no Suas, incluindo o Conselho Tutelar. A entrada na rede pode ocorrer por meio de busca ativa, demanda espontânea ou protocolo já estabelecido, possivelmente via judicial.

Pessoas em contexto de violência: abrange a atenção especializada em casos de violência considerados os três tipos que mais afligem as pessoas em situação de rua: a física, a sexual e a institucional. A depender da demanda, são acionados os serviços emergenciais pré-hospitalares, como a UPA, o Corpo de Bombeiros e o Samu.

Mulheres e pessoas gestantes: os fluxos articulam os serviços SES (APS e Atenção Especializada Hospitalar e Ambulatorial), Sedes e Conselho Tutelar, que deve ser acionado nos casos em que não houver rede familiar protetiva para o cuidado da criança e não houver desejo da pessoa pela maternagem.

Idosos: busca promover o diálogo entre os serviços de saúde e assistência social com as casas de acolhimento, respeitando o desejo da pessoa e seu estado clínico de saúde, considerando os estigmas e preconceitos pelos quais passa a pessoa idosa nessas condições.

População LGBTQIAPN+: articula os serviços às demandas de apoio jurídico, documental e social, respeitando as especificidades no tratamento à diversidade sexual e de gênero da população em situação de rua, que podem englobar o nome social e o atendimento ambulatorial especializado, no caso das pessoas trans.

Pessoas com deficiência: fluxo que articula o suporte da SES, da Sedes e outros programas que envolvem desde o suporte ortopédico à mobilidade urbana, visando à autonomia do sujeito em seu cotidiano.

Pessoas usuárias de álcool e outras drogas: articula os serviços na rede de Atenção Primária e Secundária à Saúde (Caps AD), Serviços Especializados de Referência (Creas) e casas de acolhimento, bem como a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Pessoas que sofrem violências e necessitam de proteção especializada: compreende o registro para fins epidemiológicos que pode subsidiar políticas públicas favoráveis ao cuidado e proteção das vítimas e promover o encaminhamento adequado aos serviços. (Samu, CBMDF, UPA, Pronto-Socorro), bem como o Creas, considerando a articulação com os serviços de segurança pública.

Saúde mental: o fluxo indica a avaliação do estado mental da pessoa em situação de vulnerabilidade, analisando características de uma possível crise, que possa envolver risco para si ou terceiros. Propõe, assim, a articulação entre os serviços de referência e contrarreferência nos três níveis de atenção do sistema de saúde e as ferramentas disponíveis no cuidado, considerando a saúde mental em seu contexto amplo - território, vínculos. Considera, nesse contexto, a aceitação do sujeito ao tratamento, para que ele possa acontecer.

Pessoas em processo de desospitalização: abrange o fluxo de atendimento e encaminhamento para pessoas clinicamente estáveis, internadas em unidades hospitalares e Upas da SES/DF, com necessidade de continuidade de tratamento no domicílio e residentes no Distrito Federal, com garantia de alta programada responsável.

Para auxiliar o manejo dos fluxos, o guia traz ferramentas e instrumentos para as equipes em suas ações integradas, como a atenção centrada na pessoa, o apoio matricial, o conceito de clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e seu plano de acompanhamento, o Projeto Saúde no Território (PST) e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics).

Por meio da apresentação de casos e experiências de boas práticas em prol da equidade no DF, este material almeja inspirar novos diálogos para construções democráticas e complementares a esta em outros territórios e regiões administrativas.

Vale ressaltar que o Polo Descentralizado DF é um dos dispositivos do Colaboratório Nacional Pop Rua e este material foi construído a partir de uma das

propostas de apoio institucional realizadas pelo Polo, para o Governo do Distrito Federal.

Este material está longe de ser um produto acabado, devido à grande complexidade do cuidado da PSR, que demanda a inclusão de mais estratégias intersetoriais que considerem educação, segurança pública, habitação, transporte, etc. Além disso, para que as informações contidas neste documento tenham impacto positivo perante a população, é necessária a continuidade do trabalho integrado entre as Secretarias de Saúde e Desenvolvimento Social, por meio de oficinas regionais e da ampliação de serviços específicos que possam responder às lacunas identificadas ao longo da construção deste guia.

Colaboratório Nacional Pop Rua

O Colaboratório Nacional Pop Rua é um projeto de construção coletiva que surge a partir das discussões da **Frente Parlamentar Pop Rua**, da **Câmara Federal**, com participação de diversos movimentos sociais, com destaque para o **Movimento Nacional de População em Situação de Rua**, a **Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama (Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo)** e o **Núcleo de Direitos Humanos da PUC/PR**.

A partir das discussões da Frente Parlamentar Pop Rua, foi proposto um documento com um conjunto de propostas referentes ao acompanhamento e qualificação das políticas públicas para a População em Situação de Rua (PSR). Neste contexto, coube ao **Núcleo de Populações em Situações de Vulnerabilidade e Saúde Mental na Atenção Básica (NuPop Fiocruz Brasília)** construir a proposta final do Colaboratório, além de se responsabilizar pelos processos de implementação e condução do projeto, tendo em vista a experiência do núcleo em atividades de ensino, pesquisa e extensão em âmbito nacional - <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/nupop/>.

O Colaboratório Nacional Pop Rua tem como objetivos: **(1) construir e operar** estratégias de acompanhamento das Políticas Públicas específicas para a População em Situação de Rua (PSR) em âmbito nacional e regional; **(2) qualificar** pessoas com trajetória de rua para a participação social, fomentando e fortalecendo o controle social; e **(3) fomentar e apoiar** estratégias de qualificação dos serviços e equipes que atuam com a PSR.

O projeto conta com quatro instâncias para a execução dos seus objetivos:

(1) **Colegiado Gestor**: responsável pela gestão do projeto;

(2) **Grupo de Pesquisa**: sistematiza as informações levantadas pelo projeto;

(3) **Polos Descentralizados**: equipes volantes de três pessoas, que desempenham papel estratégico de capilaridade e articulação territorial, funcionando como instâncias locais que permitem ao Colaboratório se aproximar das realidades regionais. Promovem a qualificação de trabalhadores e gestores, o fortalecimento das práticas já existentes nos territórios e a troca de experiências

entre diferentes regiões do país, atualmente atuando em quatorze cidades: **Manaus/AM, Belém/PA, Salvador/BA, Fortaleza/CE, Natal/RN, Recife/PE, Maceió/AL, Brasília/DF, Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP, Belo Horizonte/MG, Curitiba/PR, Porto Alegre/RS, Florianópolis/SC**; e

(4) **Escola Nacional da População em Situação de Rua**: equipe de sete pessoas que atua de forma itinerante por todo o território nacional, dedicada à construção de conhecimento entre pares, ao fortalecimento da cidadania e à construção de direitos da PSR.

Em todas as instâncias do Colaboratório Nacional Pop Rua há a **participação de pessoas com trajetória de rua**, para que as questões e demandas trabalhadas pelo Colegiado Gestor, pelo Grupo de Pesquisa, pelos Polos Descentralizados e pela Escola Nacional Pop Rua possam receber a leitura e a perspectiva de pessoas que tiveram a experiência de passar pela situação de rua.

Desde 2023, o Colaboratório Nacional Pop Rua faz parte das ações do **Ministério de Direitos Humanos e Cidadania**, no **Plano Ruas Visíveis**, do Governo Federal, que organiza e direciona as ações de diferentes ministérios em relação às políticas públicas para a população em situação de rua.

Até **dezembro de 2025**, participaram de ações do Colaboratório Nacional Pop Rua mais de **30.000 pessoas - no período entre março de 2023 e dezembro de 2025** -, entre gestores, profissionais, movimentos sociais e pessoas em situação ou com trajetória de rua. As principais atividades do projeto são: **oficinas para qualificação dos processos de trabalho com trabalhadores e gestores locais** (Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social); **articulação com os Ministérios Públicos e com as Defensorias Públicas**; **articulação com as câmaras técnicas, Comitês Pop Rua, câmaras legislativas**; **atividades de formação política para os movimentos sociais e para a sociedade civil organizada**; além do **mapeamento de boas práticas** para fomentar a troca de experiências entre os serviços, em âmbito nacional.

Lista de figuras

Figura	Descrição	Página
1	Campos do sistema e-SUS APS	19
2	Módulo CDS	20
3	Ficha de cadastro individual – parte 1	20
4	Ficha de cadastro individual – parte 2	21
5	Ficha de Cadastro da Pessoa em Situação de Rua	22
6	Seção “Acompanhamento” e “Território”	22
7	Seletor de busca	23
8	Alteração da responsabilidade de acompanhamento	23
9	Bloco “Endereço”	24
10	Blocos “Imóvel”, “Tipos de Domicílio” e “Moradores”	24
11	Bloco “Contato”	25
12	Bloco “Condições de Moradia”	25
13	Especificidades das condições de moradia	26
14	Bloco “Famílias”	26
15	Menu “Cidadão”	26
16	Campo “Salvar”	27
17	Fluxo 1 - Orientação geral baseada na demanda da PSR	74
18	Fluxo 1 - Orientação geral baseada na demanda da PSR	78
19	Fluxo 2 - Integração e articulação dos serviços de saúde e assistência social	79
20	Fluxo 3 - Acolhimento Institucional e Atenção Primária	80
21	Fluxo 4.1 - Criança e adolescente em situação de rua	85
22	Fluxo 4.2 - Crianças e adolescentes em situação de rua – processos abrangentes de abordagem	86
23	Fluxo 10.1 - Fluxo integrado de atenção às pessoas em situação de rua em contexto de violência	95
24	Fluxo 10.2 - Fluxo integrado de atenção às pessoas em situação de rua em contexto de violência 2	96
25	Fluxo 5 - Cuidado e proteção à mulher e gestante em situação de rua	97
26	Fluxo 5.1 - Cuidado e proteção à mulher e gestante em situação de rua	98
27	Fluxo 5.2 - Cuidado e proteção à mulher e gestante em situação de rua 2	99
28	Fluxo 5.4 - Cuidado e proteção à mulher e gestante em situação de rua 3	99
29	Fluxo 7 - Cuidado e proteção à pessoa idosa em situação de rua	108
30	Fluxo 8.1 - Cuidado e proteção à população LGBTQIAPN+ em situação de rua	110
31	Fluxo 9 - Desospitalização da pessoa em situação de rua	113
32	Fluxo 6 - Saúde mental da população em situação de rua	117
33	Fluxo 11 - Fluxo de cuidado e proteção a pessoas em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas	118
34	Fluxo 12 - Cuidado e proteção à pessoa com deficiência em situação de rua	119

Lista de tabelas

Tabela	Descrição	Página
1	Serviços Creas	54
2	Serviços Seas	56
3	Serviços Centro Pop	58

Lista de siglas

AD1	Atenção Domiciliar de Baixa Complexidade
AD2	Atenção Domiciliar de Média Complexidade
AD3	Atenção Domiciliar de Alta Complexidade
Aidpi	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAD Único	Cadastro Único
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
Caps AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
Capsi	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CBMDF	Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CD	Crescimento e Desenvolvimento
Ceam	Centro Especializado de Atendimento à Mulher
Centro Pop	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
Centraf	Central de Acolhimento para Adultos e Famílias
Cepav	Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica
CMB	Casa da Mulher Brasileira
CnR	Consultório na Rua
Compp	Centro de Orientação Médico Psicopedagógica
Conanda	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CPSA	Comissão Permanente de Supervisão e Acompanhamento
Cras	Centros de Referência da Assistência Social
Creas	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
DF	Distrito Federal
Disa	Diretoria dos Serviços de Acolhimento
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EBBS	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
eCR	equipe de Consultório na Rua
eSB	equipe de Saúde Bucal

ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
GIR	Gerência Interna de Regulação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
laec-AD	Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LA	Liberdade Assistida
LC	Linha de Cuidado
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binários/es, “+” inclusão de outras definições.
MS	Ministério da Saúde
NRAD	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Paefi	Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PcD	Pessoa com Deficiência
PIA	Plano Individual de Atendimento
PIGL	Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Pnar	Pré-Natal de Alto Risco
Pnaes	Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde
Pnaisc	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNPI	Plano Nacional pela Primeira Infância
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PTS	Plano Terapêutico Singular
PS	Pronto-Socorro
PSB	Proteção Social Básica
PSC	Prestação de Serviço à Comunidade
PSE	Proteção Social Especial
PSE	Programa Saúde na Escola
PSR	População em Situação de Rua
RD	Redução de Danos
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência Social
Seas	Serviço de Especializado de Abordagem Social
Sedes	Secretaria de Desenvolvimento Social
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SHE	Serviços Hospitalares de Emergência
SPH	Serviço Pré-Hospitalar
SSP	Secretaria de Segurança Pública
Suas	Sistema Único de Assistência Social
Subsas	Subsecretaria de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1. Introdução	1
2. Justificativa	3
3. Objetivos	5
4. Fundamentos do cuidado em saúde e proteção especial	8
4.1 Intersetorialidade	10
4.2 Redução de Danos	12
5. Serviços e Rede de Atenção à Saúde SES/DF	14
5.1 Atenção Primária à Saúde	15
5.1.1 Do cadastramento das PSR na APS	17
5.2 Atenção Especializada à Saúde	27
5.3 Vigilância em Saúde	28
5.3.1 Vigilância ambiental e ações diante de infestações em serviços de acolhimento da Sedes	29
5.3.2 Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) do Distrito Federal	30
5.4 Rede de Urgência e Emergência (RUE)	30
5.5 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	35
5.5.1 Centros de atenção Psicossocial (Caps)	36
5.5.2 Hospital São Vicente de Paulo	37
5.5.3 Raps e atenção à saúde das Pessoas em Situação de Rua	37
5.6 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)	38
5.7 Rede de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (RDCNT)	39
5.8 Rede de Atenção às Pessoa em Situação de Violência (RAV)	40
5.9 Rede Materna e Infantil	41
5.10 Cuidado a pessoas com infecções transmissíveis agudas e crônicas	44
6. Serviços da Rede Sedes/DF	46
6.1 Proteção Social Básica (PSB)	48
6.1.1 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	48
6.1.2 Centro de Convivência (CECON)	51
6.2 Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE-MC)	52
6.2.1 Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas)	52

6.2.2 Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS)	55
6.2.3 Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop)	57
6.3 Proteção Social Especial de Alta Complexidade	59
6.3.1 Serviços de acolhimento institucional	59
6.3.2 Serviço de acolhimento para adultos e famílias	60
6.3.3 Serviço de acolhimento institucional para a pessoa idosa	62
6.3.4 Serviço de acolhimento institucional para a pessoa com deficiência e em situação de dependência	64
6.3.5 Restaurantes Comunitários	65
7. Ferramentas de trabalho para as equipes de Saúde e Assistência Social	67
7.1 Atenção centrada na pessoa	68
7.2 Apoio matricial	68
7.3 Clínica ampliada	69
7.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Plano de Acompanhamento	69
7.5 Projeto de Saúde no Território (PST)	70
7.6 Práticas Integrativas em Saúde (PIS)	71
8. Fluxos Integrados SES e Sedes	73
8.1 Fluxo geral integrado SUS e Suas para a população em situação de rua	74
8.1.1 Dificuldades no acesso aos serviços de Saúde Assistência social	75
8.1.2 Objetivos e especificidades do fluxo geral integrado Suas/SUS	76
8.1.3 Estratégias para a implementação do fluxo geral integrado Suas/SUS	77
8.1.4 Descrição do fluxo geral integrado Suas/SUS	78
8.2 Fluxo Integrado: criança e adolescente em situação de rua	83
8.3 Fluxo integrado de cuidado e proteção à mulher e pessoa gestante em situação de rua	96
8.4 Fluxo integrado de atenção às Pessoas em Situação de Rua em contexto de violência	100
8.4.1 Mulheres e situação de rua vítima de violência	101
8.4.2 Crianças em situação de rua vítimas de violência	106
8.5 Fluxo integrado de proteção à pessoa idosa em situação de rua	106
8.6 Fluxo integrado de cuidado para a população LGBTQIAPN+ em situação de rua	109
8.7 Fluxo de desospitalização de Pessoas em Situação de Rua	112
8.8 Fluxo integrado de cuidado e proteção a pessoa em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas	116

8.9 Fluxo integrado de cuidado à pessoa com deficiência	119
9. Intersetorialidade	121
9.1 Programa Cozinha Solidária	123
9.2 Saúde prisional	123
10. Conclusões	125
11. Referências Bibliográficas	127
12. Anexos	135

1

INTRODUÇÃO



1. Introdução

Pessoas em situação de rua constituem um grupo heterogêneo, que tem em comum a extrema vulnerabilidade social, o acesso limitado a serviços básicos – como alimentação saudável e água potável – e a serviços de saúde, além de apresentarem vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular (ROSA, 2021).

O conceito de vulnerabilidade está associado à ideia de que existem aspectos estruturais que tornam determinados grupos de pessoas mais expostos do que outros aos determinantes sociais de saúde e doença, considerados certos contextos e condições socio sanitários. Nesse sentido, esses grupos podem ser mais ou menos suscetíveis a doenças e agravos. Esse é um importante conceito para quem trabalha com PSR, pois considera tanto o enfrentamento de questões individuais e coletivas quanto os riscos a que essa população está exposta cotidianamente (VALE E VECCHIA, 2019).

Os principais agravos de saúde da PSR estão ligados às precárias condições em que vivem. Isso inclui questões relacionadas à saúde mental, como depressão, ansiedade e transtornos psicóticos – situações agravadas pela falta de apoio – e à não garantia de direitos básicos de sobrevivência. Outro problema bastante incidente é o uso abusivo de álcool e outras drogas, que pode resultar em complicações na saúde física e mental. A falta de acesso regular a cuidados de saúde pode aumentar o risco de doenças infecciosas, como infecções respiratórias, tuberculose e HIV/AIDS (BRASIL, 2012).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), estabelecida pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, veio como resposta às violações de direitos humanos enfrentadas por esta população. Baseia-se nos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988, bem como no princípio da dignidade humana, no combate à pobreza e na redução da desigualdade social (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar o peso histórico da Lei nº 8.080, que previu a PNPSR e dispôs "sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes", regulamentando assim o Sistema Único de Saúde e trazendo princípios e diretrizes norteadoras da

formulação da PNPSR e de outras políticas de promoção da equidade. Destacam-se os seguintes princípios (BRASIL, 1990):

1. Universalidade: determina que todas as pessoas têm direito, a ser provido pelo Estado, ao acesso às ações de saúde, sem discriminação.

2. Integralidade: possui diferentes sentidos, que podem ser compreendidos em três grandes eixos: integralidade das ações nos diferentes níveis de atenção da rede - primária, secundária e terciária -; integralidade das ações de prevenção, promoção e cura; e desenvolvimento de ações de saúde voltadas para a integralidade do sujeito, considerando suas diferentes necessidades. Apesar de não estar expressa na redação original da Lei nº 8.080, a equidade é amplamente reconhecida como princípio de justiça, uma vez que preconiza atender de forma diferente os desiguais. As iniquidades sociais e econômicas são alguns dos maiores problemas estruturais do país, cabendo ao Estado agir, por meio das políticas públicas, com o objetivo de diminuí-las. Nesse sentido, agir de forma a garantir a equidade do cuidado exige atenção às necessidades individuais e coletivas, investindo-se mais onde a iniquidade é maior.

Tratando-se da população em situação de rua, cujos direitos sociais fundamentais estão basicamente ausentes, o cuidado e proteção precisam ser considerados no planejamento e execução de suas ações.

2

JUSTIFICATIVA



2. Justificativa

O Documento Norteador Intersetorial para Integração dos Serviços de Saúde e Proteção Social à PSR vem para, ineditamente, responder à necessidade de maior integração entre os serviços que atendem pessoas em situações de vulnerabilidade profunda no âmbito do DF, além de proporcionar conhecimento acerca dessas vulnerabilidades e suas multidimensões, reconhecendo as particularidades e as necessidades das pessoas em situação de rua que buscam as redes de apoio.

Diante da necessidade de padronizar e viabilizar a comunicação entre as equipes multiprofissionais em todos os níveis de atenção, entre políticas públicas intersetoriais - saúde e assistência social -, entre essas e o próprio usuário, e, com isso, estabelecer ações, em cada serviço, para a organização do cuidado, justifica-se um documento norteador.

Ressalte-se a importância deste material para a sistematização dos processos de cuidado e proteção por meio de fluxos de compartilhamento do cuidado entre diferentes pontos da rede e a necessidade de os profissionais da SES e da Sedes no DF estarem familiarizados com os métodos e fluxos construídos participativamente.

3

OBJETIVOS



3. Objetivos

Considera-se como objetivo geral deste documento:

→ Promover a integração e intersetorialidade entre os serviços que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Assistência e Desenvolvimento Social, considerando-se as especificidades e o contexto no qual a coletividade da PSR está inserida, especialmente no que se refere às necessidades vinculadas às minúcias das vulnerabilidades sociais.

Têm-se como objetivos específicos:

- Promover a organização do itinerário da PSR nos diversos serviços responsáveis pelo cuidado em saúde e assistência social nos diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Assistência e Desenvolvimento Social;

- Sistematizar conceitos e instrumentos relacionados ao trabalho com a PSR;

- Definir os pontos de atenção às pessoas em situação de rua em cada nível de atenção à saúde e de assistência social;

- Apresentar as atribuições dos serviços das Redes SUS e Suas voltados para a atenção à PSR;

- Organizar as ações, competências e responsabilidades de cada ponto e nível de atenção da Rede de Atenção à Saúde e da Rede de Assistência e Desenvolvimento Social;

- Orientar profissionais e gestores da saúde e da assistência social no desenvolvimento de estratégias para o cuidado integral à pessoa em situação de rua, em articulação com as redes intra e intersetorial;

- Subsidiar iniciativas de educação permanente dos profissionais de saúde e de assistência social, desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até a assistência, reabilitação e seguimento das pessoas em situação de rua;

- Orientar o acolhimento humanizado e ético da pessoa em situação de rua, com vistas à integralidade, à abordagem biopsicossocial, incluindo terapias, medicamentos, atendimentos e redução de danos e agravos;

- Sugerir elementos relevantes ao planejamento de cada região de saúde no tocante à atenção às pessoas em situação de rua, com base nos princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização;

- Contribuir para o enfrentamento das violências de gênero, do racismo, da lgbtfobia e quaisquer outros tipos de preconceitos e discriminações relacionados às populações vulnerabilizadas, com ênfase no contexto da rua;
- Apontar os recursos intersetoriais necessários à atenção integral à pessoa em situação de rua;
- Apresentar ferramentas de trabalho com a PSR para as equipes e serviços da SES e da Sedes, integrando-os.

4

FUNDAMENTOS DO CUIDADO
EM SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL



A existência de pessoas em situação de rua é um fenômeno complexo e multideterminado. Nas bases de sua formação, encontram-se questões históricas - relacionadas à diáspora africana -, estruturais, econômicas, políticas, sociais e ambientais, de modo que sua elucidação não é possível por meio do isolamento de fatores individuais e/ou familiares (SANTOS, 2023).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) define a PSR como

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)

A política ainda destaca a centralidade da intersetorialidade para a promoção dos direitos das pessoas em situação de rua.

Em que pese a diversidade de vivências nas ruas, que remetem à particularidade na trajetória de cada indivíduo, pessoas em situação de rua compartilham vulnerabilidades, limitações estruturais, desafios e barreiras que impactam significativamente as possibilidades de construção da autonomia e qualidade de vida, bem como o acesso a direitos.

O reconhecimento da PSR como público historicamente negligenciado e com necessidades específicas no âmbito das políticas públicas remonta principalmente à publicação, em 2009, da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR). Desde então, a temática vem lentamente ganhando espaço no debate público, sobretudo no contexto das políticas de saúde e assistência social diretamente implicadas na satisfação de necessidades fundamentais (BRASIL, 2009).

Segundo relatório do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania publicado em 2023, foram cadastradas, em dezembro de 2022, no Cadastro Único, 236.400 pessoas em situação de rua no Brasil. Este mesmo relatório aponta o Distrito Federal como a quarta unidade federativa com maior número de PSR do país, alcançando 7.924 pessoas em situação de rua registradas no Cadastro Único, no final de 2022 (BRASIL, 2023).

Já a Pesquisa Perfil da População em Situação de Rua no DF, publicada em 2022, mostrou que 80,7% das pessoas sem situação de rua no DF são homens, 71,1% são pessoas negras - 50,4% pardos e 20,7% pretos -, 92,7% se identificam como heterossexuais e 47,2% estão entre 31 e 39 anos de idade. Outro dado importante

demonstrado nesta pesquisa foi que 41,3% das pessoas afirmaram ter ficado pelo menos 24 horas sem comer na semana de realização da pesquisa. A pesquisa também mostrou que a maioria das pessoas em situação de rua afirmou "pensar sempre em viver fora das ruas" (74%) e que "sairiam das ruas caso tivessem emprego e renda suficientes" (62,3%) (IPEDF, 2022).

Do ponto de vista epidemiológico, segundo relatório extraído do Sistema de Informação do SUS sobre o atendimento de pessoas em situação de rua no DF, as principais causas de atendimento em saúde além das doenças infectocontagiosas, como tuberculose, são os agravos de saúde mental - como transtornos mentais comuns - e uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Por se tratar de uma expressão complexa da questão social, as ações para seu enfrentamento exigem abordagens abrangentes, que combinem intervenções amplas e imediatas, para atender às necessidades básicas mais urgentes, com estratégias de médio e longo prazo que incidam na lógica de perpetuação da condição de vulnerabilidade social extrema.

4.1 Intersetorialidade

A intersetorialidade está fortemente presente na produção técnica e científica direcionada à temática de pessoas em situação de rua. A análise de leis, políticas e documentos técnicos da área demonstra a importância da intersetorialidade como estratégia para lidar com as intrincadas consequências da vivência de rua. A complexidade do fenômeno aponta, portanto, para a necessidade de respostas também complexas, sendo este o principal desafio colocado para as políticas públicas, em especial a seguridade social. As políticas sociais de saúde e assistência social e os componentes não contributivos da seguridade social brasileira ganham destaque nesse contexto.

A intersetorialidade, no âmbito dos setores públicos, abarca uma visão ampla, centrada na resolução do problema a ser enfrentado, de característica multicausal, de modo que a integração entre os setores se mostra como um caminho para uma abordagem integral. A procura da integralidade na abordagem de um determinado problema ou situação social coloca a questão da relação entre diferentes setores do governo como central (CUNILL-GRAU, 2014).

Pensar a intersetorialidade como eixo central das políticas públicas voltadas para a PSR se torna, assim, condição sem a qual é improvável o alcance dos objetivos de integralidade e proteção social expressos nos marcos regulatórios do SUS e Suas,

respectivamente. Também é inevitável, diante da complexidade de demandas associadas à vivência de rua, que as ofertas e serviços dos dois sistemas, SUS e Suas, ganhem destaque devido a sua característica não contributiva, alinhamento com as perspectivas de direitos humanos, direitos sociais básicos e capilaridade nos territórios. Não por acaso os serviços estatais exclusivos para a PSR estão concentrados nas áreas de saúde e assistência social.

A integração das políticas de saúde e assistência social no atendimento das necessidades da PSR pode e deve ocorrer em qualquer etapa do ciclo das políticas públicas, desde a formulação até a execução de estratégias no território. Experiências diversas, no Brasil e no Distrito Federal, demonstram os ganhos em alcance e eficiência quando adotadas medidas simples como:

- Compartilhamento de informações
- Compreensão das potencialidades e limites dos parceiros da rede
- Comunicação fluida, elaboração conjunta e planos individuais de atendimento
- Visitas conjuntas ao território, entre outras.

Historicamente e sistematicamente a PSR tem sido afastada das instituições, que reproduzem injustiças e discriminações estruturais da nossa sociedade. É dever das instituições públicas promover o acesso da PSR, e esse processo se inicia principalmente no território, ou seja, na rua. É fundamental que o território seja o ponto de encontro principal entre os atores. Esse dever não é somente dos serviços que atuam exclusivamente com a PSR, mas de todo e qualquer serviço de garantia de direitos dos cidadãos. Também se aplica a todos os serviços executores de políticas públicas, especialmente aqueles essenciais à necessidade de organização de ofertas em uma perspectiva de baixa exigência.

A baixa exigência no serviço público permite a criação ou adaptação de estratégias para incluir a PSR pela via da desburocratização, flexibilização de regras e processos de trabalho, diminuição dos níveis de exigências e barreiras de acesso e investimento em resolutividade.

4.2 Redução de danos

Diferentes autores mostram que a Redução de Danos (RD) é um conjunto de estratégias cujo objetivo é minimizar os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas, sem necessariamente ter de se abster do seu uso (SOUZA, 2018; SOARES, 2014).

Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos (2024),

a redução de danos refere-se a políticas, programas e práticas que visam minimizar os impactos negativos na saúde, sociais e jurídicos associados ao consumo de drogas, às políticas e às leis sobre drogas. A redução de danos baseia-se na justiça e nos direitos humanos. Centra-se na mudança positiva e no trabalho com as pessoas sem julgamento, coerção, discriminação ou exigência de que as pessoas deixem de consumir drogas como condição prévia de apoio (SOUZA, 2018).

As estratégias de redução de danos têm sido implementadas com mais frequência desde 1984, inicialmente voltadas para os usuários de drogas injetáveis na prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e do vírus HIV/AIDS pelo compartilhamento de agulhas e seringas. Desde então, vem-se discutindo com os usuários e profissionais envolvidos com o campo das drogas diversas formas de uso seguro de drogas como forma de aprimorar as ações de prevenção e assistência. Inicialmente a RD era vista como um conjunto de estratégias de prevenção, depois as ações foram sendo desenvolvidas e teorizadas, percebendo-se que a RD comporta ações de assistência. Não se trata de fazer apologia ao uso de drogas, mas de entender que o uso de substâncias psicoativas faz parte da história da humanidade. A RD garante o direito de acesso às informações relacionadas ao uso de drogas, podendo levar o usuário ao uso de forma mais segura, minimizando os riscos sociais e à saúde (DOMÂNICO, 2018).

As estratégias de redução de danos hoje são aplicadas a todas as substâncias psicoativas, buscando, sobretudo, a defesa da vida dos usuários, onde eles são protagonistas das ações. A RD promove o resgate da cidadania e a pessoa usuária de drogas passa a ser sujeito das práticas, tomando parte nas decisões a partir de um saber próprio e de sua história. Além disso, a RD surge como espaço de inserção no contexto social para os usuários de álcool e outras drogas acessados pelos serviços que atendem a PSR, que vivem em situação de vulnerabilidade social, um espaço decisivo na perspectiva de mudança de hábitos e na construção de um novo caminho. Busca-se o cuidado integral, assim como a prevenção e promoção

da saúde, e o acesso ao acompanhamento por meio de diferentes redes e linhas de cuidado existentes.

A RD como um conceito ampliado vai apontar para a necessidade não só de cuidados à saúde das pessoas, mas também de acesso a alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, cultura e lazer. Para que possa ser efetivada como estratégia de cuidado, são necessárias ações intersetoriais e mudança de paradigmas pelos profissionais que as compõem (ZIHLMANN; BARREIROS, 2018).

A RD abre a possibilidade de que os usuários de drogas falem em nome próprio. As estratégias e intervenções não são impostas, mas discutidas e implementadas de acordo com o desejo e possibilidade da pessoa, com sua história de vida e quadro atual, de modo a possibilitar uma mudança de direção e uma nova subjetividade. As pessoas são protagonistas e corresponsáveis pela construção/reconstrução de suas vidas e de seus valores - mudanças impostas correm o grande risco de fracasso. A RD não exclui a abstinência como meta terapêutica, mas não é a única, pequenas mudanças são aceitas e almejadas, e acontecem no local onde a pessoa está. Trata-se de uma estratégia de baixa exigência (SOUZA, 2018).

No SUS, a RD norteia a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas desde 2003 (BRASIL, 2003). A partir de 2006, a RD foi incorporada como uma das diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), criando formas de cuidado ampliado que vão além de cuidados físicos e interações (BRASIL, 2017). A RD é também uma das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (BRASIL, 2011).

As equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (Caps AD), os Consultórios na Rua e os Serviços Especializados de Abordagem Social exercem uma função estratégica na operacionalização de uma rede de redução de danos, uma vez que estão mais próximos aos territórios de vida das pessoas em situação de rua.

5

SERVIÇOS E REDE
DE ATENÇÃO À SAÚDE
SES/DF



5.1 Atenção Primária à Saúde

Em 2011, as equipes de Consultório na Rua foram normatizadas nacionalmente pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro, que definiu as diretrizes de organização e funcionamento dessas equipes. Em 21 de outubro do mesmo ano, a Portaria nº 2.488 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), explicitando as equipes de Consultórios na Rua (eCR) como uma das equipes de atenção básica para populações específicas. Essas equipes adotaram um modelo mais flexível, não atuando necessariamente por meio de uma área específica, mas sim com uma população vinculada, o que é importante para o cuidado das pessoas em situação de rua, considerando a migração comum desse grupo (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Essas equipes têm a “responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua”. Atuam de forma intersetorial, com as principais políticas de proteção social, objetivando ampliar o acesso à saúde da PSR, considerando os determinantes sociais de saúde e doença (BRASIL, 2012).

Segundo normativas nacionais, as equipes de Consultório na Rua são equipes multiprofissionais, que podem ser compostas e organizadas em três modalidades (BRASIL, 2011):

- Modalidade I: trata-se de equipe formada minimamente por quatro profissionais, de diferentes profissões na área de saúde, com carga horária individual mínima de trinta horas semanais, para fins de financiamento;
- Modalidade II: trata-se de equipe formada minimamente por seis profissionais, de diferentes profissões na área de saúde, com carga horária individual mínima de trinta horas semanais;
- Modalidade III: trata-se de equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico, com carga horária individual mínima de trinta horas semanais.

No âmbito do Distrito Federal, desde 2017, a Atenção Primária à Saúde (APS) está normatizada a partir do modelo da Estratégia Saúde da Família, sendo a porta de entrada preferencial no SUS. São consideradas equipes de APS: equipes de Saúde da Família (eSF), que podem atuar em territórios rurais e urbanos; as equipes de Saúde Bucal (eSB); as equipes Multidisciplinares (eMulti); as equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e as equipes de Consultório na Rua (eCR) (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Compondo a RAS, as ações das eCR são norteadas pelos mesmos princípios e diretrizes do SUS. Essas fazem parte da Atenção Primária Básica à Saúde e atuam de maneira articulada com as equipes de Saúde da Família (eSF) e com a rede intersetorial de cuidado em saúde e proteção da PSR. Embora seja comum que essa população acesse o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das emergências hospitalares, as eCR buscam ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde, adotando uma abordagem integral, que inclui ações de prevenção, promoção da saúde, tratamento, reabilitação e redução de danos (DISTRITO FEDERAL, 2023).

Compreendendo o caráter transitório dessa população, entende-se que a PSR deve ser atendida em toda e qualquer UBS, mesmo naquelas que não contam com as equipes específicas (eCR). Nas UBS que contam com essas equipes, o acolhimento e atendimento da PSR é responsabilidade de todas as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e equipes Multidisciplinares, obedecendo assim um dos princípios fundamentais do SUS: a universalidade (DISTRITO FEDERAL, 2023).

O Distrito Federal, até 2025, conta com oito eCR. Contudo, segundo Portaria MS nº 1.255, de 18 de junho de 2021, que dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, esta unidade federativa possui autorização para ampliação até doze eCR. Segundo a mesma portaria:

O número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal de que trata o art. 7º corresponderá ao resultado da divisão do número de Pessoas em Situação de Rua do ente federativo pelo número quinhentos (população de rua/500), devendo ser observadas, ainda, as seguintes regras:

II - o limite mínimo de população em situação de rua para que a eCR seja financiada pelo Ministério da Saúde é de 80 Pessoas em Situação de Rua no município ou Distrito Federal (BRASIL, 2021, art. 13).

Ressalte-se que, embora as eCR estejam associadas a uma UBS específica, seu território de atuação extrapola os limites dessa UBS. Deve-se levar em consideração, na construção do vínculo, a proximidade da PSR com determinada UBS. Dessa forma, essas equipes podem atender a PSR na UBS mais próxima, quando necessitarem realizar intervenções em espaço mais adequado, durante as abordagens na rua, como também a PSR pode e deve ser atendida por outras equipes de Saúde da Família, sempre com o objetivo de proporcionar o acesso e o cuidado em saúde de forma efetiva (DISTRITO FEDERAL, 2023).

No Distrito Federal, as oito eCR são distribuídas e responsáveis pelos seguintes territórios:

eCR Asa Norte (Modalidade I): Eixo Monumental: incluída a Rodoviária do Plano Piloto -, Plano Piloto Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte e Varjão;

eCR Asa Sul (Modalidade III): Plano Piloto Asa Sul, Vila Telebrasília: incluída a Rodoviária Interestadual -, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal e Lago Sul;

eCR Centro-Sul (Modalidade I): Candangolândia, Estrutural, Guará, Park Way, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA);

eCR Sul (Modalidade I): Gama, Santa Maria;

eCR Leste (Modalidade I): Paranoá, Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico;

eCR Oeste (Modalidade III): Brazlândia e Ceilândia;

eCR Sudoeste (Modalidade III): Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga e Vicente Pires; e

eCR Norte (Modalidade I): Planaltina, Arapoanga, Sobradinho I, Sobradinho II e Fercal.

As áreas sob responsabilidade das equipes podem sofrer alterações na medida em que novas equipes forem constituídas, conforme Plano Distrital de Saúde 2024-2027 (DISTRITO FEDERAL, 2024).

5.1.1 Do cadastramento da PSR na APS

O cadastro da PSR nos serviços da Atenção Primária à Saúde em âmbito nacional e, particularmente, no Distrito Federal, é feito mediante à utilização da estratégia e-SUS APS, a qual compreende o Sistema de Informação da Atenção Primária, solução tecnológica desenvolvida por iniciativa da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), do Ministério da Saúde, em parceria com o laboratório Bridge, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Essa estratégia busca informatizar e qualificar os dados e informações em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista o SUS eletrônico, com a implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) nos serviços da APS - este último para o registro de atendimentos clínicos -, resultando na concretização de um novo modelo de gestão da informação, apoiando os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da APS e na qualificação do cuidado de cidadãos.

Dessa forma, no sistema e-SUS APS está disponível a ficha de cadastro individual, que permite a captação das características sociodemográficas,

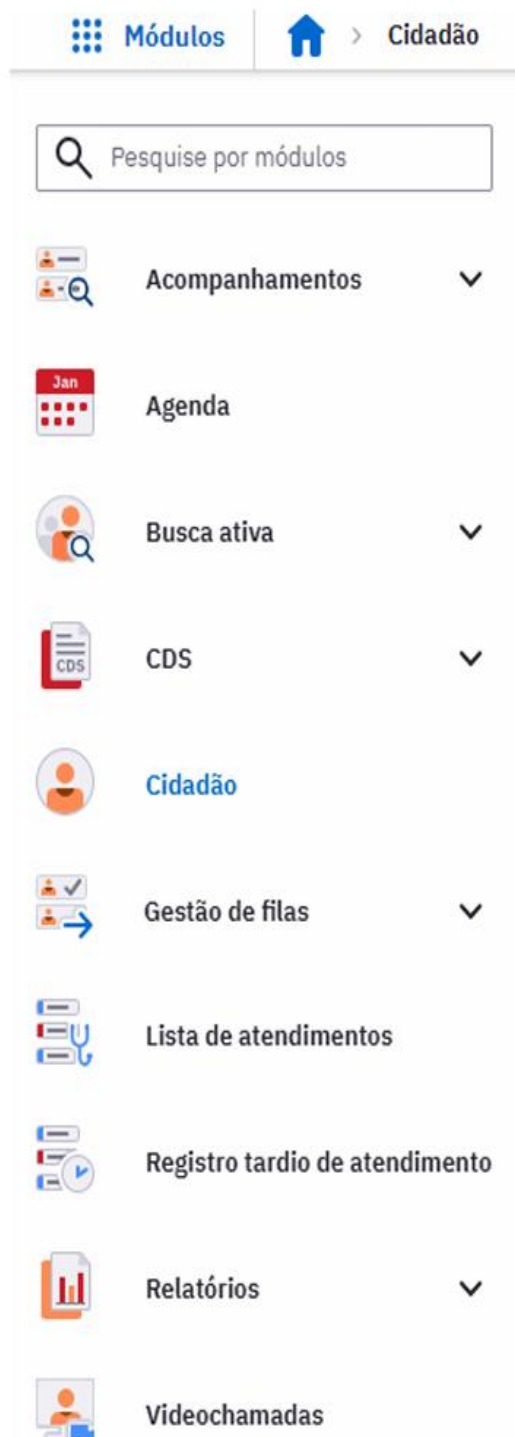
problemas e condições de saúde de cidadãos que se encontram adscritos no território das equipes da Atenção Primária. Para isso, o cadastramento e a atualização periódica dos dados cadastrais no e-SUS APS são atribuições que fazem parte do escopo de atuação do Agente Comunitário de Saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa situação, porém, não deverá ser um impeditivo para que os demais integrantes das equipes da eSF e da eCR realizem e atualizem o cadastro da PSR quando for necessário.

A atualização periódica de dados cadastrais de cidadão deverá ocorrer pelo menos uma vez no período de 12 meses ou sempre que houver a necessidade de alteração cadastral. Ao iniciar o cadastramento da PSR nos serviços de saúde da atenção primária é fundamental que o profissional da saúde utilize preferencialmente o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), no entanto, na ausência do CPF, deve-se registrar o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) da PSR na Ficha de cadastro individual do cidadão.

Em caso da inexistência dos números de CPF e/ou CNS da pessoa em situação de rua, é importante que o profissional da saúde se movimente internamente para apoiá-la na obtenção do número de identificação pessoal necessário para iniciar o preenchimento dos dados cadastrais no sistema e-SUS APS, para facilitar o acesso e o registro das consultas e procedimentos a serem realizados pelos profissionais da saúde.

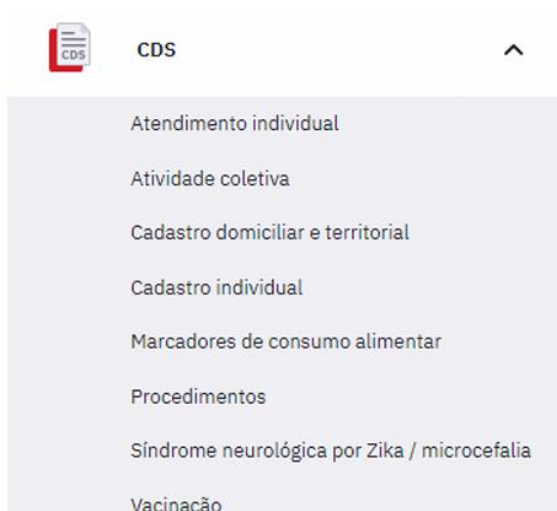
Vale destacar que não possuir o número de CPF ou CNS da pessoa em situação de rua não deverá ser utilizado pelo profissional da saúde como justificativa para não realizar o preenchimento da Ficha de cadastro individual no sistema e-SUS APS ou deixar de prestar os cuidados assistenciais de saúde. Nesse sentido, com o objetivo de realizar o cadastramento da pessoa em situação de rua e de seu provável domicílio no sistema e-SUS APS, o profissional da saúde deverá acessar o sistema por meio das credenciais do "GOV.BR". Dessa maneira, inicialmente, ao expandir o módulo "CDS", localizado na barra de navegação lateral à esquerda da tela, o profissional da saúde deverá realizar o preenchimento dos campos da Ficha de cadastro individual do cidadão no e-SUS APS conforme as ilustrações dispostas abaixo.

Figura 1 - Campos do Sistema e-SUS APS



Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Figura 2 - Módulo CDS



Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

O próximo passo será realizar o cadastro da pessoa em situação de rua na “Ficha de cadastro individual”, utilizando preferencialmente o número de CPF; como segunda opção, pode-se fazer uso do CNS - pode-se utilizar ambos os documentos de identificação para preencher a ficha. Nessa ocasião, o profissional da saúde deverá incluir, pesquisar e adicionar a pessoa em situação de rua no e-SUS APS, segundo a ilustração abaixo:

Figura 3 - Ficha de cadastro individual (parte 1)



Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Na ciência de que o “Cadastro Individual” da pessoa em situação de rua não tenha sido feito no e-SUS APS, compete ao profissional da saúde preencher os

campos vazios passíveis de preenchimento e o bloco destinado ao “Cidadão em Situação de Rua” (parte inferior) da “Ficha de cadastro individual” no e-SUS APS e salvá-los. Na hipótese de a pessoa em situação de rua já possuir cadastro individual salvo anteriormente no e-SUS APS, o profissional da saúde deverá atualizar os campos e clicar em “Salvar”.

Vale salientar que os campos do bloco destinado ao “Cidadão em Situação de Rua” na “Ficha de cadastro individual” do e-SUS APS poderão ser preenchidos pelos profissionais que compõem tanto as equipes de Consultório na Rua quanto as equipes de Saúde da Família dos serviços da APS. Abaixo, têm-se ilustrações das partes superior e inferior da “Ficha de cadastro individual” encontrada no e-SUS APS.

Figura 4 - Ficha de cadastro individual (parte 2)

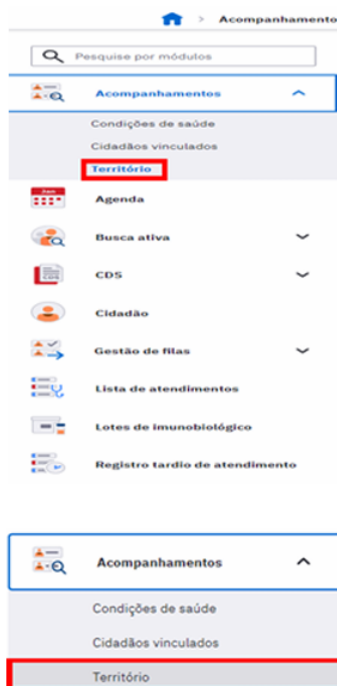
Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Figura 5 - Ficha de cadastro da pessoa em situação de rua

Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Nesse contexto, como segundo momento do cadastramento da pessoa em situação de rua no e-SUS APS, logo após a finalização da "Ficha de cadastro individual" e sincronização com o Cadsus, o profissional da saúde deverá selecionar e expandir o módulo "Acompanhamento" no e-SUS APS. Neste espaço será possível encontrar a seção "Território", para preenchimento de dados referentes ao suposto domicílio da pessoa em situação de rua, conforme as ilustrações dispostas abaixo:

Figura 6 - Sessão "Acompanhamento" e Território"



Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Na funcionalidade “Acompanhamento do território”, o profissional da saúde deverá realizar uma busca pelo local do determinado domicílio, podendo inserir as informações nos campos de “Bairro”, “CEP”, “Tipo de logradouro” e “Logradouro” e, em seguida, clicar no seletor de cor azul, conforme a ilustração abaixo.

Figura 7 - Seletor de busca

The image shows a web interface for 'Acompanhamento do território'. It includes several input fields: 'Unidade responsável' (blacked out), 'Equipe' (blacked out), 'Bairro' (empty), 'CEP' (00000-000), 'Tipo de logradouro' (dropdown menu), and 'Logradouro' (empty). A blue search button with a magnifying glass icon is highlighted with a red box. To its right is a 'Limpar busca' button. Below these fields is a large blue button with a plus sign and the text '+ Adicionar imóvel'.

Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Na condição do profissional da saúde não encontrar a área/local do suposto domicílio, após a utilização da ferramenta de “Buscar”, ele deverá incluir o novo domicílio, clicando na funcionalidade “+Adicionar imóvel”.

No bloco “Cadastro do Imóvel”, o profissional da saúde deverá alterar a “Responsabilidade de acompanhamento”, se houver a necessidade de mudança do profissional responsável, clicando em “Alterar responsável”, segundo ilustração disposta a seguir.

Figura 8 - Alteração da responsabilidade de acompanhamento

The image shows a web interface for 'Cadastro do Imóvel'. It includes three fields: 'CBO Agente comunitário de saúde' (blacked out), 'Equipe' (blacked out), and 'Unidade de saúde' (blacked out). To the right of these fields is a red button with a double-headed arrow icon and the text 'Alterar responsável', which is highlighted with a red box.

Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Quanto ao bloco “Endereço”, é indispensável que o profissional da saúde identifique e registre a localidade da área pública que a pessoa em situação de rua considera como local de sua moradia e/ou de sua maior permanência, podendo ser um viaduto, ponte, rodoviária, quadra, praça, entre outros, desse modo, configurando o domicílio da pessoa em situação de rua, segundo a ilustração apresentada abaixo.

Figura 9 - Bloco “Endereço”

Endereço

CEP *

UF Município Bairro

Tipo de logradouro Logradouro Número Sem número

Complemento Ponto de referência

Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

No bloco “Imóvel”, particularmente no campo obrigatório “Tipo de imóvel”, o profissional da saúde deverá indicar a opção “Domicílio”; no segundo campo, destinado ao “Tipo de domicílio”, deverá inserir a opção “Outro” e, no último campo, correspondente ao “Número de moradores”, o profissional da saúde deverá registrar o quantitativo de pessoas em situação de rua, conforme as ilustrações apresentadas a seguir.

Figura 10 - Blocos “Imóvel”, “Tipos de domicílio” e “Moradores”

Imóvel

Tipo do imóvel *

Domicílio
 Comércio
 Terreno baldio
 Ponto Estratégico (cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte, casa de farinha)
 Escola
 Creche
 Abrigo

Tipo do domicílio

Casa
 Apartamento
 Cômodo
 Maloca
 Improvisado
 Outro

Imóvel

Tipo do imóvel * Tipo do domicílio Número de moradores

Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Em caso de a pessoa em situação de rua possuir número de telefone para contato, o profissional da saúde deverá inserir o número no campo apropriado, conforme ilustração abaixo.


Figura 11 - Bloco “Contato”



Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

No bloco destinado às “Condições de moradia”, o profissional da saúde deverá registrar “Situação de rua” no campo obrigatório destinado à “Situação de moradia/Posse de terra”.

Figura 12 - Condições de moradia



Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Na sequência, o profissional da saúde deverá prosseguir complementando os demais campos do bloco “Condições de moradia” passíveis de preenchimento: “Localização”, “Número de cômodos”, “Material predominante”, “Tipo de acesso”, “Principal tipo de abastecimento de água”, “Água de consumo”, “Escoamento do banheiro”, “Destino do lixo”, “Possui energia elétrica?”, “Tipo de energia elétrica”, “Possui animais no domicílio?”, “Espécies de animais no domicílio” e “Quantos?”, segundo a ilustração disponibilizada abaixo.

Figura 13 - Especificidades das condições de moradia

Condições de moradia

Situação de moradia/Posses de terra *

Localização *
 Urbana Rural Periurbana

Número de cômodos Material predominante

Tipo de acesso
 Pavimento Chão batido Fluvial Outro

Principal tipo de abastecimento de água

Água para consumo

Esgoto do banheiro

Destino do lixo

Possui energia elétrica? Sim Não Tipo de energia elétrica

Possui animais no domicílio? Sim Não Tipos de animais no domicílio

Quantos?

Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

No último bloco, "Famílias", o profissional deverá adicionar a família ao suposto imóvel, clicando na função "Adicionar família ao imóvel", conforme ilustração disponível abaixo.

Figura 14 - Bloco "Famílias"



Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

A seguir, o profissional da saúde deverá prosseguir com o cadastro individual da pessoa em situação de rua no sistema e-SUS APS, atentando-se para os campos passíveis de preenchimento no menu "Cidadão".

Figura 15 - Menu "Cidadão"

Cidadão

Nome/CNS/CPF do cidadão

Data de nascimento Nome da mãe Município de nasci

Fonte: SISTEMA E-SUS APS, 2025.

Ao complementar as informações dos campos relativos aos blocos "Microárea", "Endereço", "Imóvel", "Contato", "Condições de moradia" e "Famílias", o

profissional deverá salvar os registros feitos, clicando no seletor de cor azul, representado pela ilustração abaixo.

Figura 16 - Campo "Salvar"



Fonte: Sistema e-SUS APS, 2025.

5.2 Atenção Especializada à Saúde

Com a publicação da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes) no âmbito do SUS, em 18 de outubro de 2023 (Portaria GM/MS nº 1.604), entende-se como Atenção Especializada "o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica". Segundo a mesma portaria, a Atenção Especializada compreende, entre outras, as seguintes ações e serviços constantes em políticas e programas do Sistema Único de Saúde:

- I - a rede de urgência e emergência;
- II - os serviços de reabilitação;
- III - os serviços de atenção domiciliar;
- IV - a rede hospitalar;
- V - os serviços de atenção materno-infantil;
- VI - os serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT);
- VII - os serviços de atenção psicossocial;
- VIII - os serviços de sangue e hemoderivados; e
- IX - a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos.

Todos esses serviços são ofertados no Distrito Federal e qualquer pessoa pode ter acesso a eles, conforme organização da rede regionalizada de saúde¹. Para fins didáticos e melhor direcionamento da temática de que trata este documento, os

¹ Para saber mais sobre os serviços ambulatoriais especializados em todo o DF, acesse: <https://www.saude.df.gov.br/carta-de-servicos-policlinicas/>, <https://www.saude.df.gov.br/centros-de-referencia> e <https://www.saude.df.gov.br/infos-hospitais>

serviços acima listados na Pnaes serão abordados oportunamente no tópico "Redes de Atenção à Saúde".

5.3 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde trabalha na prevenção, promoção, redução, eliminação dos riscos e agravos à saúde da população. Está subordinada à Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Atua na observação contínua da distribuição e tendência de incidência de doenças e agravos, mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitem conhecê-la.

Para que isso ocorra, todo profissional de saúde é responsável por registrar as situações de violência, doenças e demais agravos listados como de notificação compulsória², imediata e eventos adversos. Para melhor formulação de políticas públicas voltadas para a PSR, considera-se relevante a notificação dos diversos tipos de violência, incluindo os motivados por LGBTfobia e racismo, também considerados agravos de notificação compulsória.

São consideradas doenças de notificação imediata as listadas na Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016³. Já a lista de doenças e agravos de notificação compulsória pode ser acessada por meio do *link* Notificação Compulsória.

Na SES, a Vigilância⁴ é dividida em diversas áreas, mas, para enfatizar os serviços de diferencial relevância para a PSR, serão abordados dois principais: a Vigilância Ambiental e o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) do Distrito Federal.

² <https://www.saude.df.gov.br/notificacao-compulsoria/>

³ <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/84117/Doen%C3%A7as-de-Notifica%C3%A7%C3%A3o-Imediata.pdf/d70d813d-9a1f-39c8-de1e-2528cab1d585?t=1648560520836>

⁴ <https://www.saude.df.gov.br/vigilancia-a-saude>

5.3.1 Vigilância ambiental e ações diante de infestações em serviços de acolhimento da Sedes

No ambiente urbano, insetos vetores de doenças, animais hospedeiros/reservatórios de agentes etiológicos de doenças, animais peçonhentos e animais que não oferecem risco à saúde buscam recursos para a subsistência. Nas cidades existem condições ótimas para proliferação dessa comunidade biológica, pois há acesso às habitações humanas, grande disponibilidade de alimento, água e abrigo. Isso propicia o maior contato desses animais com a população, o que pode provocar incômodos e potencializa a propagação de doenças e intoxicações por meio de picadas. A adoção de medidas de prevenção e de controle é essencial para evitar doenças e agravos - intoxicações por picadas de animais peçonhentos, por exemplo - que podem acometer pessoas acolhidas nos equipamentos da Sedes, bem como seus servidores e colaboradores. O cuidado com as dependências desses equipamentos deve ser permanente e com periodicidade que respeite a biologia e a ecologia desses animais.

Em 2024, a Diretoria de Vigilância Ambiental em Saúde (Dival), órgão da Secretaria de Estado de Saúde, elaborou a *Cartilha de Prevenção e Controle de Animais Sinantrópicos, Animais Peçonhentos, Vetores e Reservatórios de Doenças nos Equipamentos de Acolhimento Institucional da Secretaria de Desenvolvimento Social*. Nesse documento, recomenda-se a adoção de ações de prevenção e de controle para a manutenção de infestações de animais no menor nível possível ou a sua erradicação nos imóveis urbanos. Na cartilha são abordados desde o manejo integrado de vetores e de outros animais que causam incômodo ou oferecem risco à saúde até os "4 A" - acesso, abrigo, água e alimento -, que limitam ou colaboram para a proliferação de animais indesejados em ambientes habitados e o que fazer para combatê-los. As ações de vigilância ambiental realizadas pela Diretoria de Vigilância Ambiental em Saúde (Dival), órgão da Secretaria de Estado de Saúde do DF, são direcionadas para identificar e detectar mudanças nos fatores condicionantes e determinantes do meio ambiente que interferem na saúde, para identificar as medidas de prevenção e de controle a serem adotadas e as recomendações para prevenção e controle.

5.3.2 Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) do Distrito Federal

O Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) do Distrito Federal desempenha papel essencial na prevenção e no tratamento de emergências toxicológicas desde 2004. O centro – integrado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) da Secretaria de Saúde (SES) – é formado por equipe multidisciplinar de médicos, farmacêuticos e enfermeiros especialistas em toxicologia. Os casos de intoxicação podem ocorrer por diversos tipos de contato, tais como álcool, plantas, agrotóxicos e drogas ilícitas, além de animais, peçonhentos ou não. Diante de qualquer caso de intoxicação, qualquer pessoa pode ligar para o CIATox, para orientações, por meio dos telefones CIATox: 0800 644 6774; 0800 722 6001; (61) 9.9288-9358.

5.4 Rede de urgência e emergência (RUE)

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo ordenar, de forma coordenada, a Atenção à Saúde, em situações de urgência e emergência, entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, de forma a melhor organizar a assistência, definindo os fluxos e as referências adequadas.

Atualmente, a RUE DF conta com os seguintes componentes - em conformidade com Ministério da Saúde: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Primária à Saúde (APS); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e sua Central de Regulação Médica de Urgência (Ceru); Força Nacional de Saúde do SUS (FN/SUS); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h; Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) e Atenção Domiciliar (AD).

O componente de promoção, prevenção e vigilância em saúde é fundamental dentro da Rede de Urgência e Emergência (RUE), pois busca não apenas a atuação imediata em situações de urgência, mas também a construção de um sistema de saúde que valorize a educação permanente e a conscientização da população. Isso envolve a implementação de estratégias voltadas para a vigilância

das causas externas, como acidentes e violências, e para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, que se têm tornado uma das principais preocupações de saúde pública. Essas ações são essenciais para reduzir a morbidade e a mortalidade associadas a esses agravos, criando um ambiente mais seguro e saudável para todos. Além disso, a promoção da saúde requer um trabalho colaborativo, que envolve múltiplos setores da sociedade.

A integração de ações intersetoriais e a participação ativa da comunidade são cruciais para garantir que as iniciativas sejam eficazes e atendam às necessidades reais da população. Por meio de campanhas educativas, oficinas e outras atividades, é possível mobilizar a sociedade em torno da importância da prevenção e do autocuidado, promovendo uma cultura de saúde que contribua para a vigilância contínua das condições de saúde da comunidade. Assim, o componente de promoção, prevenção e vigilância em saúde na RUE não apenas reage a emergências, mas também constrói um futuro mais saudável por meio da educação e da prevenção.

Nesse contexto, a APS desempenha um papel crucial no ordenamento do fluxo de atendimentos, integrando-os em linhas de cuidado bem definidas. Isso envolve a implementação e o gerenciamento dos fluxos de referenciamento e contrarreferenciamento estabelecidos na RAS, conectando diversos pontos de atenção com serviços de apoio logístico, técnico e de gestão. O objetivo é garantir a integralidade do cuidado, ampliando o acesso aos serviços e fortalecendo o vínculo com os usuários, além de assegurar a responsabilização de todos os envolvidos no processo, promovendo a transferência de cuidados responsável.

Ademais, a APS é a porta de entrada para as urgências e emergências, oferecendo o primeiro atendimento antes de realizar a transferência ou o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção, quando necessário. Dessa forma, a APS não apenas facilita o acesso aos cuidados de saúde em decorrência de sua capilaridade, mas também garante que os pacientes recebam a assistência adequada desde o início de seu percurso na rede, promovendo um cuidado qualificado em tempo oportuno. Por sua vez, o Samu 192 é um serviço de atendimento móvel que integra a RUE e tem como objetivo proporcionar uma resposta rápida e eficaz às vítimas de agravos à saúde.

A atuação do Samu é fundamental para garantir que os pacientes recebam o atendimento necessário o mais cedo possível, minimizando complicações e melhorando os desfechos clínicos. Complementando essa atuação, a Central de Regulação das Urgências desempenha um papel crucial na triagem e regulação das

chamadas recebidas. Profissionais especializados estão disponíveis para orientar aqueles que necessitam de assistência urgente, além de gerenciar o fluxo de referências e contrarreferências entre os diferentes níveis de atenção na rede de saúde. Essa estrutura é essencial para garantir que o atendimento seja coordenado, eficiente e centrado nas necessidades dos pacientes, promovendo uma resposta integrada e de qualidade em situações de emergência.

Em situações de maior gravidade, a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) atua como um programa de cooperação criado para implementar medidas de prevenção, assistência e resposta a crises epidemiológicas, desastres ou à falta de assistência à população. Instituída pela Portaria GM/MS Nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, a FN-SUS é acionada em casos de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) - situações que requerem a adoção urgente de medidas para prevenir, controlar e mitigar riscos à saúde pública. Essas situações incluem surtos e epidemias com potencial de disseminação nacional, a reintrodução de doenças erradicadas, eventos causados por agentes infecciosos inesperados e as que excedem a capacidade de resposta das direções estaduais do SUS. Além disso, a FN-SUS atua em contextos de desastres reconhecidos pelo Poder Executivo Federal que demandam resposta imediata na área de saúde pública.

Em casos de desassistência à população, a Força é mobilizada para atender situações em que a saúde dos cidadãos está em risco devido à incapacidade de atender à demanda, superando a capacidade de resposta da gestão distrital do SUS. O objetivo da FN-SUS é reunir esforços para garantir a integralidade da assistência em situações de risco, especialmente para populações vulneráveis ou em regiões de difícil acesso, sempre pautando-se pela equidade na atenção e considerando os riscos específicos enfrentados por esses grupos.

Por fim, as Unidades de Pronto Atendimento devem fornecer um atendimento resolutivo e de qualidade para pacientes que apresentam quadros agudos ou agudizados de natureza clínica. Além disso, elas são responsáveis pelo primeiro atendimento em casos cirúrgicos ou traumáticos, garantindo a estabilização dos pacientes e a realização de uma investigação diagnóstica inicial. É essencial que, em todas as situações, seja feita uma avaliação sobre a necessidade de encaminhamento para serviços hospitalares de maior complexidade. Assim, o Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) se torna uma estrutura essencial dentro do sistema de saúde, projetada para atender situações críticas e emergenciais de forma rápida e eficaz. Ele é constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, que

funcionam como primeiro ponto de contato hospitalar para pacientes em estado de emergência, além das enfermarias de retaguarda que oferecem suporte contínuo.

Os leitos de cuidados intensivos são fundamentais para o tratamento de pacientes que necessitam de monitoramento e intervenções constantes, garantindo que aqueles em estado mais grave recebam a assistência necessária. Além dessas unidades, o SHE também integra serviços de diagnóstico por imagem e laboratorial, essenciais para uma avaliação rápida e precisa das condições de saúde dos pacientes. Essas ferramentas diagnósticas são cruciais para orientar as decisões clínicas e garantir um atendimento adequado. As linhas de cuidado prioritárias visam a organizar e priorizar a assistência, promovendo uma abordagem integrada e contínua ao atendimento de emergências. Dessa forma, o SHE não apenas atua em momentos de crise, mas também desempenha um papel vital na continuidade do cuidado e na recuperação dos pacientes, contribuindo para a eficiência do sistema de saúde como um todo.

Por último, a Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de cuidado que integra a RAS. Essa abordagem é especialmente indicada para pessoas que, embora estejam em estabilidade clínica, enfrentam restrições que dificultam o acesso aos serviços de saúde tradicionais, por limitações temporárias ou definitivas. A AD se torna uma alternativa valiosa em contextos em que a vulnerabilidade do paciente é acentuada, permitindo que o tratamento, a palição, a reabilitação e a prevenção de agravos sejam realizadas no ambiente domiciliar. Ademais, a proposta da AD não se restringe apenas à assistência médica, mas também visa a promover a autonomia do usuário, de sua família e do cuidador.

Ao oferecer suporte no lar, a AD contribui para que os pacientes se sintam mais confortáveis e seguros, reduzindo a necessidade de internações e proporcionando uma recuperação mais efetiva. Além disso, essa modalidade de atenção permite um cuidado mais personalizado e contínuo, que considera as particularidades e necessidades de cada indivíduo, fortalecendo o vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes. Assim, a AD representa um avanço significativo na busca por um sistema de saúde mais humanizado e acessível, contribuindo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas atendidas e para o processo de desospitalização.

As linhas de cuidado representam a articulação de recursos e práticas voltadas à produção de saúde, orientadas por diretrizes assistenciais que delineiam o percurso do paciente entre as diferentes unidades de atenção à saúde. Esse modelo visa a conduzir as possibilidades diagnósticas e terapêuticas em resposta às

necessidades epidemiológicas mais relevantes. Os objetivos das linhas de cuidado incluem centrar o atendimento no paciente e em suas necessidades, demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros em todos os níveis de atenção e estabelecer o percurso pelo qual os indivíduos poderão ser acolhidos, considerando o nível de atenção de origem.

Atualmente, a RUE possui: a linha de cuidado do Acidente Vascular Encefálico (AVE), que abrange o cuidado integral ao portador de doenças cerebrovasculares, integrando a atenção básica, o sistema de atendimento móvel de urgências, unidades de urgência e emergência, hospitais de referência, unidades de reabilitação e programas de atenção domiciliar; a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que prioriza a continuidade do cuidado, a regulação, a coordenação e o transporte sanitário entre os diversos serviços ao paciente em risco cardiovascular inserido em algum ponto de atenção à saúde; e a Linha de Cuidado ao Trauma, que prioriza a articulação dos diferentes pontos de atenção com vistas à prevenção de agravos relacionados ao trauma. Essas linhas de cuidado são ferramentas essenciais para o funcionamento adequado da RUE, garantindo que as janelas terapêuticas sejam respeitadas e que os prognósticos dos pacientes sejam positivos.

Em conclusão, a complexidade da RUE se manifesta na necessidade de oferecer atendimento 24 horas a diversas condições de saúde, sejam elas agudas ou crônicas agudizadas, abrangendo situações de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica, entre outras. Essa diversidade de demandas exige um sistema integrado e eficiente, que articule ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde, garantindo a continuidade do cuidado e a resposta rápida em momentos críticos.

A colaboração entre diferentes níveis de atenção, a capacitação de profissionais e a participação da comunidade são essenciais para criar um ambiente de saúde mais seguro e acessível. Assim, a RUE não apenas responde às emergências de forma imediata, mas também trabalha proativamente para construir uma saúde pública mais robusta, promovendo a qualidade de vida e a autonomia dos indivíduos em suas comunidades.⁵

⁵ Para saber sobre os locais de atendimento em Upas e hospitais regionais, acesse o site: <https://www.saude.df.gov.br/carta-urgencia-emergencia>

5.5 Rede de Atenção Psicossocial (Raps)

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é composta por diferentes serviços, que atuam de forma articulada no cuidado das pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de drogas, assim como de seus familiares, considerando as diferentes necessidades de saúde deles. Essa rede atua de forma a garantir a integralidade do cuidado a partir das diversas necessidades de saúde da população. Compõem essa rede no Distrito Federal:

1. Atenção Primária à Saúde;
2. Atenção Especializada;
3. Atenção às Urgências e Emergências;
4. Atenção Hospitalar;
5. Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação;
6. Serviço Transitório de Cuidado em Saúde Mental.⁶

A porta de entrada para o cuidado em saúde mental pode-se dar por meio das diversas equipes da APS e pelos Caps e os serviços que compõem a RUE, dependendo da condição de saúde mental da pessoa. Todos esses serviços podem ser acessados de forma referenciada ou por demanda espontânea, ou seja, o próprio usuário e/ou familiares podem buscar o atendimento e o tratamento. Vale lembrar que o manejo das diversas situações de saúde mental pode ficar concentrado na APS, quando diante de casos classificados como leves/moderados. Contudo, quando se tratar de casos mais graves, eles podem ser compartilhados com os serviços especializados - Caps, ambulatorios e hospitais. Cabe destacar as eCRs, que têm papel importante de articulação e promoção de ações no que diz respeito ao cuidado da PSR com transtorno mental e uso abusivo de álcool e outras drogas, podendo ser acionadas pela própria pessoa em situação de rua, por sua rede de apoio ou por outros serviços, de forma interinstitucional. Uma vez que os demais serviços da Raps já foram devidamente descritos anteriormente, serão detalhados a seguir os Caps e hospitais especializados.

⁶Para saber sobre o Serviço Transitório em Saúde Mental, acesse: <https://www.saude.df.gov.br/servico-saude-mental>

5.5.1 Centros de Atenção Psicossocial (Caps)

Os Caps são serviços especializados de saúde mental inseridos na comunidade e que funcionam de porta aberta, ou seja, não é necessário encaminhamento para ser acolhido. Atualmente a Secretaria de Saúde conta com dezoito Caps, de todas as modalidades, distribuídos por todas as regiões de saúde do Distrito Federal. Caso uma pessoa apresente sofrimento psíquico - depressão, ansiedade, pânico, delírios, uso de drogas, pensamentos de suicídio -, ela pode procurar um Caps de acordo com o tipo de serviço oferecido:

- Caps I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os decorrentes do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas.
- Caps II: atende pessoas maiores de 18 anos, em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes.
- Caps III: atende pessoas maiores de 18 anos, em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, e acolhimento noturno.
- Caps i: atende crianças e adolescentes até 18 anos, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas até 16 anos, que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes.
- Caps AD: atende pessoas maiores de 16 anos que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas.
- Caps AD III Álcool e Drogas: atende pessoas maiores de 16 anos que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, e acolhimento noturno.

5.5.2 Hospital São Vicente de Paulo (HSVP)

O Hospital São Vicente de Paulo é uma unidade de referência especializada em atendimento de saúde mental, que funciona 24 horas por dia, nos 7 dias da semana. Atende usuários apresentando as seguintes situações de urgência e emergência em saúde mental listadas abaixo:

- Agitação psicomotora e agressividade;
- Comportamento violento com riscos para si, para outras pessoas e para o patrimônio;
- Necessidade de contenção física;
- Crises psicóticas.

5.5.3 Raps e a atenção à saúde das pessoas em situação de rua

Muitas vezes, tratando-se da PSR, que tende a acessar o SUS já com a condição de saúde agravada ou com o uso crônico e intenso de álcool e outras drogas, o cuidado articulado com os diferentes pontos da rede é frequente. Essa demora em acessar os serviços de saúde tem diversas explicações, que permeiam fatores pessoais, coletivos e organizacionais da rede. No que cabe aos fatores organizacionais, cabe aos serviços adequá-los à condição da PSR, considerando suas diversas vulnerabilidades. Dizer que a pessoa em situação de rua não adere ao tratamento pode direcionar a responsabilidade unilateralmente, isto é, apenas às características do sujeito. Contudo, é fundamental que a oferta de cuidado esteja alinhada com as necessidades e possibilidades de cuidado dentro da realidade de cada pessoa. Rever os fluxos, as pactuações, as exigências para o cuidado é obrigação das equipes de saúde. Flexibilizar, fazer novas pactuações, rever prioridades, deve ser atuação de rotina no campo da saúde. Desta forma, independente da porta de entrada acessada pela População em Situação de Rua (PSR), a articulação com os demais pontos dessa rede é fundamental para o cuidado integral e longitudinal - por exemplo, em situação de chegada pelos serviços emergenciais e posterior situação de alta hospitalar, faz-se necessária a

comunicação com a UBS de referência onde a pessoa em situação de rua costuma estar e/ou da unidade de acolhimento para a qual for encaminhada.

Outra forma da PSR acessar a Raps é por meio das equipes e serviços da assistência social que atuam com essa população - instituições de acolhimento, Cras, Creas, Pop Rua, Ceas. Este fluxo será mais bem abordado no tópico de integração entre os serviços de saúde e assistência social.

Entretanto, cabe destacar aqui a necessidade de considerar, no processo de gestão do cuidado em saúde da PSR, a oportunização de acesso à rede de proteção social. Assim como os serviços de saúde devem estar atentos aos direitos sociais da pessoa com transtorno mental em situação de rua, a assistência social deve participar do plano de cuidado ofertado.

5.6 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)⁷ tem como objetivo ampliar o acesso e qualificar o atendimento, no Sistema Único de Saúde (SUS), às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua. O beneficiário da rede também participa de ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré (antes), peri (durante) e pós-natal (depois), infância, adolescência e vida adulta. Além das equipes da APS, dos serviços hospitalares e dos serviços de urgência e emergência, compõem a RCPCD da SES/DF:

- Centros Especializados em Reabilitação (CER), presentes em Taguatinga, no Hospital de Apoio de Brasília (HAB) e no Centro Educacional da Audição e Linguagem Ludovico Pavoni (Ceal),
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs);
- Oficinas ortopédicas;
- Ambulatórios de saúde funcional e de estomia.
- Centro de Referência Interdisciplinar em Síndrome de Down (CrisDown)

⁷ Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia>

5.7 Rede de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (RDCNT)

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) ⁸representam a maior causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. As Dant compreendem doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus. Têm como característica em comum serem multifatoriais, de longa duração e relacionadas a diversos determinantes sociais e fatores de risco modificáveis, entre os quais se destacam o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a alimentação não saudável e a inatividade física. Além destes, consideram-se como Dant causas externas que incidam sobre a saúde da população, como os acidentes e as violências.

Como já elucidado anteriormente, as pessoas em situação de rua estão intensamente expostas a todos esses fatores de risco, assim como às situações de violência, logo é de suma importância ao cuidado adequado dessa população que os serviços estejam organizados e acessíveis, para que não haja retardo no início, interrupção do cuidado ou embaraço no acesso. Para além dos serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde, por meio de ações de promoção e prevenção de agravos causados pelas Dants, a SES/DF conta com serviços especializados, em nível secundário, incluindo:

- Centro de Atenção ao Diabetes e Hipertensão Adulto (CADH) e Infantil (CADHIN): referência especializada em diabetes e hipertensão arterial grave para usuários residentes e domiciliados na região leste de saúde do DF - Paranoá, São Sebastião, Itapoã e Jardim Botânico. Atende pacientes, incluindo crianças e adolescentes, com doenças crônicas de alto/muito alto risco;
- Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão Arterial (CEDOH);
- Centro Especializado em Diabetes, Hipertensão e Insuficiência Cardíaca (CEDHIC).

A coordenação do cuidado é feita prioritariamente pela APS. Para direcionamento para esses serviços, temos como referência a Nota Técnica n°

⁸ Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/doen%C3%A7as-e-agravos-n%C3%A3o-transmiss%C3%ADveis-dant>

5/2021 - SES/Sais/Coasis Brasília-DF, 18 de agosto de 2021⁹, que trata dos critérios para encaminhamento para a atenção secundária, da linha de cuidados em hipertensão e diabetes, sendo ambulatoriais do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

5.8 Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência (RAV)

A construção da RAV iniciou pela Portaria nº 900, de 21 de agosto de 2018, que instituiu o Colegiado Gestor Técnico de Atenção Integral à Violência, para estruturação da Linha de Cuidado Integral às Pessoas em Situação de Violência, envolvendo todos os níveis de atenção nas regiões de saúde do DF, por representação da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (Sais) e suas coordenações; da Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS), representada pelo Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências (Nepav); das regiões de saúde, representadas pelos Núcleos de Prevenção e Assistência às Situações de Violência (Nupav) e pelos Centros de Especialidades de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (Cepav), além do Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL).

A intervenção no contexto da violência no âmbito da saúde demanda articulação e coordenação entre os serviços, em todos os níveis de atenção e complexidade, com foco na continuidade da assistência. Para isso, é necessário o desenvolvimento de ações transversais que tenham como eixos norteadores a promoção da saúde e de uma cultura de paz, a prevenção de todas as formas de violências, a notificação - compulsória, sigilosa e anônima -, o atendimento e o seguimento na rede intra e intersetorial de cuidados, bem como a proteção e a responsabilização adequadas a todos os ciclos de vida. O aprimoramento dessa intervenção exige a compreensão dos principais conceitos relacionados à violência, ao diagnóstico situacional e ao contexto sociodemográfico e epidemiológico do território, possibilitando uma abordagem interseccional das vulnerabilidades das

⁹ Disponível em:

[https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/716749/Nota_Tecnica_68202290.pdf/18f82e32-a5ef-bb7f-8b22-46ed6ecbeeee?t=1653333931773#:~:text=Nota%20T%C3%A9cnica%20N.%C2%BA%205,18%20de%20agosto%20de%202021.&text=Esta%20Nota%20T%C3%A9cnica%20\(N.T\)%20aborda,cuidados%20em%20hipertens%C3%A3o%20e%20diabetes.](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/716749/Nota_Tecnica_68202290.pdf/18f82e32-a5ef-bb7f-8b22-46ed6ecbeeee?t=1653333931773#:~:text=Nota%20T%C3%A9cnica%20N.%C2%BA%205,18%20de%20agosto%20de%202021.&text=Esta%20Nota%20T%C3%A9cnica%20(N.T)%20aborda,cuidados%20em%20hipertens%C3%A3o%20e%20diabetes.)

peças em situação de violência. Isso requer a organização do setor saúde em modelos de atenção multiprofissionais, que contemplem, com integralidade, a determinação social da saúde e suas consequências no processo saúde-doença.

Para a execução deste trabalho, compõem a RAV:

- Atenção Primária à Saúde: eSF, eSB, eMulti, equipes de Atenção Primária Prisional e equipes de Consultório na Rua;
- Atenção Especializada à Saúde: Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Centro de Orientação Médica e Psicopedagógica (Compp), Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção ao Adolescente em Família (Adolescentro), Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (Cepav), Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL), Centro Especializado em Saúde da Mulher (Cesmu), Policlínicas, Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros Especializados em Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Casas de Parto, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Ambulatório Trans;
- Atenção Terciária à Saúde: Atendimento pré-hospitalar móvel – Samu e CBMDF- e fixo – UPA, serviços hospitalares de emergência, serviços de internação.

A RAV assume as dimensões indispensáveis do cuidado, que devem ser executadas, de acordo com as prerrogativas de atuação, por todos os níveis de atenção: o acolhimento, o atendimento, a notificação e o seguimento em rede e compartilhamento do cuidado.

5.9 Rede Materna e Infantil

A Rede Materna e Infantil visa a promover o cuidado humanizado e integral à saúde da gestante, parturiente, puérpera e da criança com até dois anos de idade, observando-se iniquidades étnico-raciais e regionais. O modelo da Rede Materna e Infantil é uma iniciativa do Governo Federal de atualização da Rede Cegonha¹⁰, e tem como objetivo:

- Realização de pré-natal - de risco habitual e de alto-risco - com captação precoce da pessoa gestante - até o terceiro mês de gestação -, com garantia de, no mínimo, sete consultas de pré-natal, realização

¹⁰ <https://www.saude.df.gov.br/rede-cegonha>

dos exames preconizados e acesso aos resultados destes em tempo oportuno;

- Acolhimento às intercorrências na gestação;
- Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e hepatites;
- Suficiência de leitos obstétricos e neonatais - UTI, UCI e Canguru;
- Práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas;
- Acompanhamento no período puerperal e da criança na APS, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, bem como a busca ativa de crianças em situação de vulnerabilidade;
- Orientação e oferta de métodos contraceptivos;
- Promoção do acesso ao transporte seguro nas situações de urgência para as pessoas gestantes, no puerpério e os recém-nascidos de alto risco;
- Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial - consultas e exames -, entre outras.

O acompanhamento de pré-natal é importante para que a pessoa gestante em situação de rua receba as orientações necessárias, tire suas dúvidas e atenuar seus medos. É também um momento importante para prevenir, rastrear, diagnosticar e tratar possíveis doenças da gestação e aumentar a chance de uma gravidez saudável. O profissional assistente deve lembrar que, devido às interseccionalidades que afligem as pessoas em situação de rua, possivelmente serão necessárias articulações intersetoriais de acordo com suas demandas - por exemplo, o acompanhamento por serviços socioassistenciais, o recebimento de benefícios ou transferência de renda, conforme o caso, e a inserção em programas habitacionais, entre outros. É importante lembrar que as pessoas em situação de rua devem ter atendimento garantido em qualquer unidade de saúde e que contam ainda com o trabalho das equipes de Consultório na Rua, atuando de forma itinerante. Em 2016, o Ministério da Saúde e o Ministério de Desenvolvimento Social publicaram a Nota Técnica Conjunta MDS/Saúde nº 001/2016, que trata das diretrizes, fluxo e fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Este documento aponta o direito das mulheres e adolescentes em situação de rua de terem garantidos seus direitos sexuais e reprodutivos, entre os quais se destacam:

- Direito da mulher em decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida;

- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física;

A eventual condição de gestante ou nutriz não enseja a relativização ou flexibilização dos direitos, inclusive de autonomia e liberdade. Ademais, a vulnerabilidade social em que se encontram essas populações não pode ser utilizada como condicionante para a manutenção ou eliminação de direitos fundamentais. Assim, a não submissão de mulheres que exercem o direito de escolher fazer uso de álcool e/ou crack/outras drogas aos cuidados em saúde, ainda que gestantes ou nutrizes, não pode interferir no seu acesso com qualidade aos serviços de saúde e assistência social, quando assim desejarem.

Deve ser proporcionado às mulheres serviços de atendimento primário à saúde mais acessíveis, econômicos e de qualidade, inclusive o atendimento à saúde sexual e reprodutiva, que compreende serviços de planejamento familiar e informações a esse respeito, concedendo particular atenção aos serviços de maternidade e obstetria de emergência (MDH/MS, 2016).

No Distrito Federal, as equipes de Consultório na Rua acompanham essas mulheres, grávidas ou não, mas todas as Unidades Básicas de Saúde próximas aos locais onde permanecem devem fazer esse acompanhamento, assim como os serviços de urgência/emergência e maternidades.

- Direito de acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação. Nesse sentido, é necessário que se promovam ações de planejamento sexual e reprodutivo, por meio da disponibilização de orientações, informações e métodos contraceptivos, respeitando sua autonomia e direito de exercer a sexualidade e a reprodução livres de discriminação, imposição e violência. Essas ações devem envolver o direito ao sexo seguro para prevenção de gravidez e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids, assim como acesso a exames, testes rápidos, Profilaxia Pós Exposição (PEP), diagnóstico e tratamento de IST/HIV/Aids em tempo oportuno;

É preciso garantir os direitos das mulheres de decidirem manter ou não a guarda da criança, não cabendo aos profissionais qualquer julgamento, mas propiciar o apoio necessário para uma escolha consciente, desde que seja garantida a segurança e bem-estar da criança, entendendo-se que este é um momento crítico

de suas vidas e uma situação que exige um processo de amadurecimento da decisão (MDH/MS, 2016).

Em 2022 e 2023, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), com o apoio da SES/DF, lançou os documentos:

- Recomendações Técnicas sobre Entrega Legal e Humanizada de Bebê para Adoção;¹¹
- Cartilha de Entrega Voluntária em Adoção - orientações para gestantes¹²
- Cartilha de Entrega Voluntária em Adoção - orientações para profissionais.¹³

Os três documentos, voltados tanto para profissionais quanto para a população, trazem luz ao assunto "entrega voluntária legal e humanizada de bebês para adoção" e são leituras obrigatórias para todos os profissionais de saúde que realizam pré-natal ou atuam em centros obstétricos e maternidades, pois é um direito de qualquer gestante que deseja seguir com a gestação, mas não deseja ficar, cuidar e manter qualquer tipo de relação com o bebê. Cabe ressaltar que, além de um direito da pessoa gestante, a entrega em adoção é sigilosa, não cabendo julgamentos ou repasse de informações sobre a entrega a terceiros. Recomenda-se a leitura completa da Nota Técnica sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a Atenção Integral às Mulheres e Adolescentes em Situação de Rua e/ou Usuárias de Álcool e/ou Crack/outras Drogas e seus Filhos Recém-Nascidos.¹⁴

5.10 Cuidado a pessoas com infecções transmissíveis agudas e crônicas

Tendo em vista as condições de vida das pessoas em situação de rua relacionadas a insegurança alimentar, falta de moradia, dificuldade em manter a higiene pessoal, uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas, algumas doenças/agravos são de maior frequência de ocorrência nessas pessoas e merecem atenção por parte das equipes de saúde. Dessa forma, nos cuidados com

¹¹ Disponível em:

[recomendacoes-tecnicas-sobre-entrega-legal-e-humanizada-de-bebe-para-adocao_2022.pdf](#)

¹² Disponível em: [cartilha_entrega_voluntaria_adocao_gestantes.pdf](#)

¹³ Disponível em [cartilha_entrega_voluntaria_adocao_profissionais.pdf](#)

¹⁴ Disponível em [nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf](#)

essa população, as equipes devem desenvolver um olhar diferenciado para as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento para doenças e agravos de importância nesse grupo populacional - entre as doenças crônicas transmissíveis, destacamos a tuberculose, hanseníase, hepatites virais B e C, infecções sexualmente transmissíveis (entre elas, a sífilis e HIV/AIDS). A pessoa em situação de rua em tratamento para tuberculose deve ser acolhida em equipamentos socioassistenciais, tendo em vista que as condições de moradia e alimentação são fatores importantes para sua recuperação.

É importante destacar o caráter estigmatizante e discriminatório desses agravos, o que dificulta a adesão ao tratamento, principalmente quando são diários e de longa duração - caso da tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS -, além da dificuldade das pessoas em situação de rua de armazenar as medicações e dar continuidade ao acompanhamento ambulatorial, que exige várias consultas e exames frequentes.

A atenção à saúde voltada para essas doenças e agravos deve estender-se às pessoas em situação de rua também quando em permanência nos equipamentos socioassistenciais, uma vez que podem ocorrer surtos de doenças infectocontagiosas nos serviços/equipamentos de acolhimento, como surtos de diarreia, pediculose, escabiose, doenças respiratórias, febre tifoide, hepatite A e doenças transmitidas por vetores - dengue, Zika, Chikungunya, entre outros (SÃO PAULO, 2023; DISTRITO FEDERAL, 2024).

Devido à exposição às intempéries das condições urbanas e exposição ao lixo, as pessoas em situação de rua estão frequentemente expostas a acidentes com animais peçonhentos - serpentes, escorpiões, aranhas, lagartas e abelhas - e acidentes com animais potencialmente transmissores do vírus da raiva, através de mordeduras, arranhaduras, lambeduras ou contato com animais silvestres, principalmente morcegos. Elas devem ser encaminhadas para as unidades de primeiro atendimento, para avaliação e indicação de conduta, em tempo oportuno, pós exposição da raiva humana. Neste documento ainda serão abordadas as estratégias para controle de pragas urbanas em unidades de acolhimento (SÃO PAULO, 2023; DISTRITO FEDERAL, 2024).

6

SERVIÇOS DA REDE

Sedes/DF



7. Serviços da Rede Sedes DF

A Assistência Social no Brasil é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) de 1993. Ela integra o Sistema de Seguridade Social, junto com a Previdência Social e a Saúde, e tem como missão proteger os cidadãos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco social, independentemente de contribuição prévia. A Assistência Social visa a assegurar a dignidade, promover a inclusão social e fortalecer os vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 1993). A política de Assistência Social é orientada pelos seguintes princípios e diretrizes:

- Universalização dos Direitos Sociais: assegurar que todos os cidadãos tenham acesso a direitos sociais, promovendo equidade e inclusão;
- Proteção Integral: proteger famílias e indivíduos em todas as fases da vida, garantindo suporte em situações de vulnerabilidade;
- Promoção da igualdade: reduzir desigualdades sociais, econômicas, regionais e de gênero;
- Descentralização e participação: gestão descentralizada e democrática, com participação ativa da sociedade civil na formulação, controle e avaliação das políticas públicas.

A assistência social é organizada em dois níveis de proteção: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE).

Proteção Social Básica (PSB):

Objetivo: prevenir situações de risco, fortalecer vínculos familiares e comunitários e promover a inclusão social.

Serviços e Programas: inclui os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) e programas de transferência de renda.

Proteção Social Especial (PSE):

Objetivo: proteger famílias e indivíduos em situações de risco pessoal e social, decorrentes de violações de direitos.

Serviços e Programas: inclui os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros Pop), Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a

Famílias e Indivíduos (Paefi), Serviço Especializado para Pessoa em Situação de Rua, Serviço Especializado em Abordagem Social (Seas) e acolhimento institucional.

No Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (Sedes) é a responsável pela execução das políticas de assistência social, transferência de renda e de segurança alimentar e nutricional, bem como pela gestão do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no DF, além da avaliação e gestão da informação, fomento de parcerias e articulações de rede (DISTRITO FEDERAL, 2023).

7.1 Proteção Social Básica (PSB)

Nos territórios em que não haja equipamentos Creas ou Centro Pop, a Proteção Social Básica (PSB) oferece uma rede de apoio para assegurar direitos básicos à população em situação de rua, buscando atuar de maneira a evitar que as situações de vulnerabilidade se agravem, proporcionando apoio imediato e contínuo para minimizar os riscos sociais. Os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), nesse processo, oferecem atendimento e realizam intervenções para que o público em situação de rua possa acessar os serviços a que têm direito.

7.1.1 Centro de Referência em Assistência Social (Cras)

O Centro de Referência de Assistência Social (Cras) é uma unidade pública de base territorial que serve como principal porta de entrada para o Sistema Único de Assistência Social (Suas). O Cras está localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade social e atua como ponto de referência para a população em situação de risco e vulnerabilidade social, oferecendo serviços de proteção social básica.

Quem pode ser atendido no Cras?

O Cras atende indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, incluindo:

1. Famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza;
2. Pessoas em situação de desemprego ou subemprego;
3. Indivíduos em situação de insegurança alimentar e nutricional;
4. Famílias com crianças, adolescentes, pessoas idosas ou com deficiência;

5. Comunidades tradicionais e quilombolas;

6. Indivíduos e famílias em situação de rua em localidades que não possuam

Creas ou Centro Pop.

Como acessar?

As vagas para atendimento socioassistencial no Cras são liberadas diariamente, na Central 156 e no *site* da Sedes, às 8 horas, de segunda a sexta-feira.

Para realizar o agendamento, o cidadão deve entrar em contato com a Central de Atendimento ou acessar o *site*.¹⁵

Os agendamentos são realizados conforme a capacidade de atendimento do Cras, que pode variar de acordo com as alterações de efetivo. Caso o usuário não consiga agendamento na ocasião do contato com a Central 156 ou *web*, deve realizar nova tentativa no dia seguinte. As exceções para o atendimento sem agendamento - atendimento como demanda espontânea - são para segunda via de RG, espelho do NIS, auxílio por morte, carteira da pessoa idosa, auxílio-natalidade e orientações e informações do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) - ver adiante.

Serviços oferecidos no Cras:

Os Cras são organizados de modo a oferecer:

- Atendimento e acolhida: realização de escuta qualificada, identificação de necessidades e encaminhamentos para outros serviços.
- Acompanhamento familiar: trabalho contínuo com famílias para fortalecer vínculos e promover autonomia.
- Benefícios eventuais: concessão de auxílios emergenciais em situações de nascimento, morte, vulnerabilidade temporária e calamidade, além de apoio para situações de desabrigo temporário.

A seguir, serão apresentados alguns programas e serviços oferecidos pelos Cras.

A) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif):

Programa desenvolvido nos Cras que oferece atendimento integral às famílias em situação de vulnerabilidade social. Serviços Oferecidos:

- Atividades socioeducativas: ações que promovem a convivência familiar e comunitária.
- Orientações e encaminhamentos: informações sobre direitos e acesso a serviços públicos.

¹⁵ <https://sistemas2.df.gov.br/Agendamento/>.

B) Programas de Transferência de Renda:

Bolsa Família: programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, condicionado à frequência escolar e à vacinação das crianças.

Quem tem direito?

- Famílias inscritas no Cadastro Único, com os dados corretos e atualizados. Esse cadastramento é feito nos Cras. Para realizar o cadastro é necessário apresentar o CPF ou o título de eleitor, lembrando que, mesmo inscrita no Cadastro Único, a família não entra imediatamente para o Bolsa Família. Todos os meses, o programa identifica, de forma automatizada, as famílias que serão incluídas e que começarão a receber o benefício.
- Famílias que possuem renda mensal de até R\$218 (duzentos e dezoito reais) por pessoa. Isso significa que toda a renda gerada pelas pessoas da família, por mês, dividida pelo número de pessoas da família, é de, no máximo, R\$218. Se a renda mensal por pessoa da família estiver neste critério, a família é elegível ao programa.

O pagamento dos benefícios financeiros será destinado ao responsável familiar, de acordo com os dados constantes da inscrição da família no CadÚnico, preferencialmente, à mulher.

Para que a família mantenha a condição de beneficiária, os dados cadastrais deverão estar sempre atualizados, podendo ficar no máximo 24 meses sem atualização. Sempre que houver mudança de endereço, do telefone de contato e de composição da família, como nascimento de uma criança, falecimento, casamento e adoção, essas informações precisam ser informadas ao Cras.

Benefício de Prestação Continuada (BPC):¹⁶ apoio para acesso ao BPC, que é a garantia de um salário mínimo mensal para pessoa idosa acima de 65 anos ou pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo - aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de dois anos -, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

C) Ações comunitárias e mobilização social:

Engajamento comunitário: eventos e atividades que promovam e colaborem com ações comunitárias que visem à integração social e à solidariedade.

¹⁶ <https://www.sedes.df.gov.br/beneficio-de-prestacao-continuada/>

D) Acesso à documentação pessoal:

Emissão de documentos: facilitação do acesso a documentos

E) Rede de proteção e apoio:

Parcerias intersetoriais: colaboração entre diferentes setores, como saúde e educação, para oferecer uma abordagem integrada.

7.1.2 Centro de Convivência (Cecon)

O Centro de Convivência (Cecon) é uma unidade pública de assistência social que se destina ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social, por meio do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e Serviço da Política de Assistência Social do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

O SCFV é realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social.

Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária.

O SCFV no Distrito Federal é ofertado no Cecon e no Cras, que executam o serviço, ou pela Rede Complementar por meio de parceria com a Sedes.

Quem pode ser atendido no SCFV?

O serviço ofertado no Cecon¹⁷, o SCFV, é organizado em grupos, por faixa etária, com o objetivo de garantir o desenvolvimento das atividades de acordo com as necessidades de cada fase de vida, podendo abranger grupos formados por pessoas de diferentes idades, permitindo a troca de experiências e conhecimentos.

- SCFV para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos;
- SCFV para adolescentes e jovens de 15 a 17 anos
- SCFV para jovens de 18 a 29 anos;
- SCFV para adultos de 30 a 59 anos;
- SCFV para pessoas idosas com idade acima de 60 anos.

¹⁷ Disponível em <https://sedes.df.gov.br/cecon-2/>

Como participar das atividades do SCFV?

A inclusão no SCFV pode se dar por meio de encaminhamento da rede socioassistencial, de outras políticas públicas, bem como pela procura direta da população pelo serviço, sempre por meio do Cras de referência do território.

7.2 Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE-MC)

A Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE-MC) é um nível de proteção social no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas), desenhada para atender famílias e indivíduos com direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram completamente rompidos. Conforme estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e normatizado pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, essa proteção visa a oferecer suporte a situações de risco pessoal e social decorrentes de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, entre outros. A execução desses serviços ocorre por meio de unidades como os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros Pop) e equipes do Serviço de Especializado de Abordagem Social (Seas) – referenciados aos Creas e Centros Pop – que proporcionam atendimentos especializados e continuados.

7.2.1 Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas)

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) é uma unidade pública de assistência social que atende as pessoas e famílias - crianças, adolescentes, jovens, adultos, pessoas idosas, mulheres - que estão vivendo situações de violência ou violação de direitos. É considerada violação de direito qualquer ação e/ou omissão por violência ou discriminação que impeça a criança, adolescente, pessoa idosa, mulher ou outros grupos discriminados de usufruir de seus direitos fundamentais - direito à vida, à saúde, à liberdade, à educação, à

cultura, ao esporte, ao lazer, à dignidade, ao respeito, à profissionalização, à proteção no trabalho, à convivência familiar e comunitária.

Esses serviços recebem, acolhem as pessoas, fortalecem vínculos familiares e comunitários, disponibilizam informações sobre direitos e viabilizam acesso a outros serviços, benefícios e programas. O objetivo do Creas é auxiliar as pessoas a superar as violências sofridas ou a diminuir os danos causados por elas.

Os serviços ofertados nos Creas são desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, dos órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas.

Quem pode ser atendido no Creas?

Famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, com violação de direitos, como as exemplificadas abaixo:

- Violência física/psicológica: uso de força física, tapas, socos, empurrões, puxões de cabelo, xingamentos ou falas que afetam a autoestima, ameaças, chantagens, tentativa de isolar as pessoas de amigos e familiares;
- Negligência: não atendimento a necessidades básicas de pessoas idosas, pessoas com deficiência ou crianças que necessitam de cuidados. Pode ser não provimento de alimentação ou moradia, não levar ao médico ou não prover medicação necessária ou descuido com a higiene básica. Importante ressaltar que a falta de cuidados ocasionada por dificuldades financeiras não constitui situação de negligência, mas também merece atenção das unidades da Política de Assistência Social;
- Abandono: ausência ou recusa de pessoas responsáveis em prestar auxílio ou socorro a crianças e adolescentes ou pessoas idosas ou com deficiência;
- Violência sexual: qualquer atitude sexualizada, desde carícias, manipulação, exibição de conteúdos inapropriados até atos sexuais envolvendo crianças e adolescentes ou pessoas adultas quando não há consentimento;
- Trabalho infantil: realização de atividades de trabalho por crianças e adolescentes que podem prejudicar seu desenvolvimento, sua saúde ou seu desempenho escolar;
- Afastamento do convívio familiar: crianças ou adolescentes, pessoas idosas ou com deficiência que estão acolhidos devido à aplicação de

medidas de proteção, vivência de situações de violência ou dificuldade dos familiares de prestarem os cuidados necessários naquela ocasião. Também podem ser atendidas neste espaço pessoas em situação de rua, famílias e indivíduos que sofrem discriminações em razão de sua orientação sexual, identidade de gênero, raça/etnia, intolerância religiosa, entre outras.

O Distrito Federal conta com quatorze Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas). Destes, doze estão distribuídos nos territórios de Brasília, Brazlândia, Ceilândia, Estrutural, Gama, Núcleo Bandeirante, Planaltina, Samambaia, São Sebastião, Sobradinho, Taguatinga e Recanto das Emas. Além destes, há outras duas unidades: o Creas Migrante, que oferece atendimento multilíngue a imigrantes, refugiados e apátridas vítimas de violações de direitos, e o Creas Diversidade, voltado especificamente para o atendimento de situações de discriminação por orientação sexual, identidade de gênero, raça, etnia ou religiosidade.

O Creas se configura como um equipamento de referência também para pessoas em situação de rua, especialmente na ausência de um Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop) no território em questão. Tipificado no âmbito da PSE-MC, o Creas se destina ao atendimento especializado de pessoas e famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco social, em decorrência de violações de direitos e/ou exposição a formas diversas de violência, incluindo, mas não se limitando, violência física, psicológica, sexual, negligência e exploração.

Tabela 1 - Serviços oferecidos pelo Creas

<p>Serviços oferecidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadastro para inclusão em benefícios de transferência de renda, quando necessário; ● Cadastro para outros benefícios socioassistenciais, quando necessário; Brasília-DF, 2025, 64; ● Encaminhamento para outros órgãos da assistência social, saúde, educação ou sistema de garantia de direitos; ● Solicitação de vagas em serviços de acolhimento. Realização de atendimentos socioassistenciais individuais ou coletivos com assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, educadores sociais e agentes sociais.
-----------------------------------	--

Importante saber	O que são atendimentos socioassistenciais? São encontros com diferentes profissionais para elaborar um plano individual e/ou familiar mapeando as demandas, os interesses e necessidades de cada um.
Como acessar?	O acesso pode se dar por meio de encaminhamentos de outros órgãos do sistema de garantia de direitos ou por demanda espontânea no próprio serviço. A partir disso, a equipe pode realizar escuta inicial de acolhida ou outra estratégia adequada a cada situação.

Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

A atuação das equipes do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi) à PSR é um componente estratégico da intervenção. Essas equipes, operando fundamentalmente por meio dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), empregam uma abordagem multidisciplinar e integrada, visando ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e à promoção da reintegração social dos indivíduos. A metodologia de trabalho adotada pelo Paefi é caracterizada por intervenções socioassistenciais personalizadas e continuadas, que abordam as complexidades inerentes às experiências de vida nas ruas.

O trabalho realizado se estende para além do atendimento direto, englobando a articulação com a rede de serviços socioassistenciais e com outras políticas públicas, como saúde, educação, trabalho e habitação, para garantir uma resposta integrada e efetiva às necessidades da PSR.

6.2.2 Serviço Especializado em Abordagem Social (Seas)

O Serviço Especializado em Abordagem Social (Seas) é um serviço que atende pessoas em situação de rua nos espaços públicos do Distrito Federal e realiza ações para identificar situações de risco social e pessoal, como trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, entre outros.

Não se trata de um serviço para retirada compulsória de pessoas das ruas, mas de atendimento nos espaços públicos da rua para inserção na política de assistência social e demais políticas públicas, como saúde, justiça, educação, entre outras.

As atividades deste serviço são planejadas e continuadas e ocorrem todos os dias da semana, inclusive domingos e feriados, conforme organização territorial das equipes.

Atualmente, são 26 equipes de abordagem social, que atuam em todo o território do Distrito Federal, sendo referenciadas aos quatorze Creas e aos dois Centros Pop. Destas, dezoito equipes atuam de segunda a sábado, das 8h às 20h - horários alternados das 8 às 14h e das 14h às 20h, conforme característica de cada território - e oito equipes atuam em regime de plantão com horários intercalados, tendo funcionamento das 8h às 20h ou das 9h às 21h, conforme especificidade do território.

Quem pode ser atendido pelo Serviço Especializado em Abordagem Social? Crianças, adolescentes, jovens, adultos, pessoas idosas e famílias em situação de risco pessoal e social que utilizam os espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência.

Tabela 2 - Serviços oferecidos pelo Seas

<p>Serviços oferecidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Encaminha as pessoas em situação de rua para Centro Pop e para o Creas para terem seu acompanhamento realizado pelo serviço especializado/Paefi. ● Oferece informações sobre benefícios e serviços de acolhimento, além de solicitar as vagas para a Central de Vagas de Acolhimento. ● Auxilia no agendamento para inserção/atualização do CadÚnico nas unidades que o realizam. ● Faz o cadastro da pessoa em situação de rua para acessar alimentação gratuita nos restaurantes comunitários. ● Encaminha as pessoas em situação de rua para atividades de consulta médica, assistência, trabalho, emissão de documentos, entre outras, conforme os planos de atendimento estabelecidos em cada atendimento.
<p>Como acessar?</p>	<p>O Seas realiza a busca ativa de pessoas em situação de rua, ou seja, é um serviço que vai ao encontro das pessoas nos territórios. Quando as equipes estão atuando nas ruas, podem ser abordadas pelas próprias pessoas em situação de rua. As equipes do Seas são vinculadas aos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas) e aos Centros Pop.</p>

Horários de atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • 8h a 12h e 14h a 20h, de segunda a sábado. • 8h a 21h, em regime de plantão, dias alternados. <p>Cada território possui escala prevista, não sendo o mesmo horário para cada região. O planejamento ocorre a partir das características de cada território.</p>
Telefone	(61) 3322-1441

Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

Como acessar esse serviço?

É um serviço que busca identificar, no território, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, entre outras, ou seja, o acesso se dá por identificação da equipe do serviço nos territórios.

Vale destacar que o Seas conta com equipes específicas para o atendimento especializado para crianças e adolescentes em situação de rua e para o público LGBTQIAPN+.

Canais de comunicação e solicitações de atendimento para a população em situação de rua:

- Central de Atendimento, pelo telefone 3322-1441, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, de 8h a 20h.
- Ouvidoria do GDF, internet ou pelo telefone 162.

6.2.3 Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop)

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) é uma unidade pública da assistência social para atendimento a pessoas em situação de rua. Neste local são oferecidos atendimentos individuais e coletivos, oficinas, atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social. É um espaço de referência para

o convívio social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Importante frisar que os Centros Pop não são um abrigo, funcionam como ponto de apoio para quem vive ou sobrevive nas ruas. Nesse centro é possível acessar espaços para guarda de pertences, higiene pessoal, alimentação - café da manhã, almoço, lanche e jantar - e provisão de documentação, além de prestar informações, orientações sobre os direitos e viabilizar o acesso a outros serviços, benefícios socioassistenciais e programas.

A pessoa em situação de rua atendida nessa unidade pode usar o endereço do Centro Pop como referência quando precisar de um comprovante de residência. Quem pode ser atendido no Centro Pop? As pessoas atendidas nesses Centros são jovens, adultos, pessoas idosas e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Crianças e adolescentes em situação de rua poderão ser atendidos no Centro Pop somente acompanhados de familiares ou responsáveis. O Distrito Federal conta com dois Centros Pop, localizados em Brasília e Taguatinga, duas regiões com alta incidência de pessoas em situação de rua.

Tabela 3 - Serviços oferecidos pelo Centro Pop

<p>Serviços oferecidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Oferta de serviços e benefícios socioassistenciais; ● Alimentação (café, almoço, lanche e jantar); ● Banho (oferece itens como toalha e sabonete); ● Lavanderia (oferece máquina, sabão e varal); ● Armários para guardar pertences; ● Inserção e atualização do Cadastro Único; ● Encaminhamento para a emissão de documentos (certidão, RG, CPF, título de eleitor, certificado de reservista e outros); ● Fornecimento de endereço, telefone e <i>e-mail</i> do equipamento para usar como referência; ● Apoio em serviços <i>on-line</i>; ● Apoio na emissão de passagens de transporte para zonas rurais, entorno ou fora do Distrito Federal; ● Apoio na emissão de bilhete único para pessoas idosas, estudantes e pessoas com deficiência (requer comprovante); ● Recebimento de correspondências; ● Encaminhamento para vagas do Renova DF, quando disponível; ● Solicitação de vagas nos serviços de acolhimento; ● Encaminhamento para serviços de saúde, educação e justiça; ● Realização de oficinas com palestras, filmes, debates e cursos;
-----------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento para concorrer às vagas de trabalho reservadas nos termos do Decreto nº 45.846, de 27 de maio de 2024, que regulamenta a Lei nº 6.128, de 1º de março de 2018, legislação que estabelece a reserva de um percentual de vagas de trabalho em serviços e obras públicas para pessoas em situação de rua; • Informações e orientações sobre outras políticas.
Como acessar?	<ul style="list-style-type: none"> • Para acessar basta ir ao Centro Pop. Uma outra forma de acessar é sendo encaminhado pelo Seas (ver p. 54).
Importante saber	<ul style="list-style-type: none"> • O Centro Pop atende exclusivamente pessoas em situação de rua. • Crianças e adolescentes podem fazer uso dos serviços e espaço do Centro Pop apenas acompanhados por seus responsáveis e o acompanhamento técnico da família fica sob responsabilidade do Creas do mesmo território.

Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

6.3 Proteção Social Especial de Alta Complexidade

São serviços que visam a garantir proteção a pessoas que se encontram sem referência ou em situação de extrema vulnerabilidade. Abrange as seguintes categorias de proteção social:¹⁸

- Serviço de Acolhimento para Adultos e Famílias;
- Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes;
- Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- Serviço de Proteção em Calamidades Públicas e Emergências.

6.3.1 Serviços de acolhimento institucional

Os serviços de acolhimento oferecem estadia e convívio para pessoas e famílias em situação de desabrigo ou abandono, migrantes, em trânsito, sem

¹⁸ Disponível em <https://www.sedes.df.gov.br/servicos-de-acolhimento-institucional-2>.

condições de autossustento ou com vínculos familiares e comunitários totalmente rompidos.

O serviço de acolhimento é constituído por abrigo institucional e casa de passagem e as estadias no serviço são divididas por gênero ou grupo familiar.

6.3.2 Serviços de acolhimento para adultos e famílias

Conforme prevê a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o acolhimento institucional pode organizar-se em diferentes modalidades, destinadas a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A organização do serviço deverá garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual. O atendimento prestado deve ser personalizado e em pequenos grupos e favorecer o convívio familiar e comunitário, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local. As regras de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva, a fim de assegurar a autonomia dos usuários, conforme perfis. Deve funcionar em unidade inserida na comunidade, com características residenciais, ambiente acolhedor e estrutura física adequada, visando ao desenvolvimento de relações mais próximas do ambiente familiar. As edificações devem ser organizadas de forma a atender aos requisitos previstos nos regulamentos existentes e às necessidades dos usuários, oferecendo condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade.

Para adultos e famílias, a Tipificação prevê o acolhimento provisório com estrutura para acolher com privacidade pessoas do mesmo sexo ou grupo familiar. 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. Deve estar distribuído no espaço urbano de forma democrática, respeitando o direito de permanência e usufruto da cidade com segurança, igualdade de condições e acesso aos serviços públicos. O atendimento a indivíduos refugiados ou em situação de tráfico de pessoas - sem ameaça de morte - poderá ser desenvolvido em local específico, a depender da incidência da demanda. O impacto social esperado se refere à contribuição para:

- redução das violações dos direitos socioassistenciais, seus agravamentos ou reincidência;
- redução da presença de pessoas em situação de rua e de abandono;
- indivíduos e famílias protegidas;
- construção da autonomia;
- indivíduos e famílias incluídas em serviços e com acesso a oportunidades;
- rompimento do ciclo da violência doméstica e familiar.

No Distrito Federal, para pessoas em situação de rua de até 60 anos são disponibilizadas vagas em casas de passagem, abrigos institucionais e acolhimento em pernoite. As casas de passagem são destinadas ao acolhimento de até 90 dias, podendo ser prorrogado após avaliação técnica. Já os abrigos institucionais funcionam como residências comuns e sem tempo mínimo e máximo de acolhimento.

O pernoite, por outro lado, é um serviço de proteção social que oferece abrigo temporário durante a noite para pessoas em situação de vulnerabilidade extrema com grande vínculo com a rua, garantindo um local seguro para dormir, higiene pessoal e alimentação básica. Nessa modalidade, pessoas com mais de 60 anos podem ser acolhidas desde que componham famílias. As unidades de acolhimento para adultos e famílias estão distribuídas por diferentes territórios no DF. As unidades estão localizadas em espaços de dois andares muitas vezes, sendo necessário avaliar a mobilidade dos serviços oferecidos:

- estadia - dormitórios, guarda de pertences, higiene pessoal, lavanderia e cozinha;
- convivência;
- endereços do equipamento como referência para fins civis - exceto equipamentos pernoite;
- alimentação;
- acompanhamento especializado individual - exceto equipamentos pernoite.

Como acessar?

O encaminhamento para os serviços de acolhimento pode ser feito mediante solicitação nos seguintes equipamentos:

- Centro Pop - funcionamento em todos os dias da semana;
- Creas - funcionamento de segunda a sexta;

- Cras - funcionamento de segunda a sexta; e
- Serviços Especializado em Abordagem Social (Seas) - funcionamento em todos os dias da semana
- Serviços externos à Sedes: solicitação via SEI, por meio do preenchimento do formulário "Formulário Solicitação de Vaga de Acolhimento", direcionado à Central de Acolhimento para Adultos e Famílias (Sedes/Subsas/CPSA/Disa/Centraf).

Para os casos de desospitalização, além do Formulário, é necessário informar as condições em que se encontra o usuário de modo que a avaliação seja a mais adequada possível.

Todas as solicitações de vagas passam pela Central de Acolhimento para Adultos e Famílias, unidade responsável pela regulação da ocupação das vagas nos serviços de acolhimento, conforme o quantitativo de vagas disponíveis no dia. A regulação ocorre conforme o perfil do usuário, a adequação à vaga, ordem cronológica do pedido e considerando os possíveis agravos e fatores de risco. Contato telefônico da Central 24 horas: (61) 3773-7566 e (61) 3773-7567.

6.3.3 Serviços de acolhimento institucional para a pessoa idosa

A Sedes/DF oferta também o Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoa Idosa (Saipi) na modalidade "Abrigo Institucional" por intermédio de parcerias com entidades privadas sem fins lucrativos e unidades governamentais. Apesar de haver unidades estatais que acolhem pessoas idosas, a capacidade de atendimento é para pessoas independentes e que não requerem cuidados sistematizados e intensivos para o exercício de atividades básicas e instrumentais de vida diária (ABVDs e AIVDs). No caso de pessoas idosas desenvolverem dependência para ABVDs e AIVDs, as unidades estatais procedem seu encaminhamento, via Central de Acolhimento para Adultos e Famílias (Centraf), às unidades da rede complementar, haja vista estas possuírem recursos humanos, instrumentais e arquitetônicos especializados para o atendimento de cuidados sistematizados. Além disso, é importante ressaltar que as vagas dos equipamentos públicos são passíveis de serem utilizadas para acolhimento de homens, mulheres e famílias, de acordo com

deliberação da Sedes e observada a demanda registrada na Central de Acolhimento e/ou situações de contingências sociais.

O Saipi é destinado para pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, com diferentes graus de dependência para atividades da vida diária - grau I, grau II ou III - e que não dispõem de condições para permanecer com a família, em situação de rua, com vivência de situações de violência e/ou negligência, de abandono e/ou com vínculos familiares e comunitários fragilizados ou rompidos.

Requisitos para Ingresso:

1. Possuir idade igual ou superior a 60 anos;
2. Ser avaliado por equipe Suas em relação ao grau de dependência de acordo com Instrumento de Avaliação Socioassistencial da Pessoa Idosa disponibilizado no SEI (119162609);
3. Assegurar a anuência e voluntariedade da pessoa à medida de acolhimento;
4. Identificar e descrever em relatório substanciado a situação de risco social: vivência de situações de violência e/ou negligência, em situação de rua, de abandono e/ou com vínculos familiares e comunitários fragilizados ou rompidos;
5. Garantir o esgotamento das possibilidades de permanecer em cuidado fora do âmbito institucional, sendo mantida a excepcionalidade da medida de acolhimento institucional.

As pessoas idosas podem acessar o serviço por iniciativa própria, por requisição de serviços de políticas públicas setoriais, Centros de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), demais serviços socioassistenciais, Ministério Público ou Poder Judiciário.

Caso haja demanda por acolhimento aos finais de semana e feriados, a Unidade de Proteção Social 24h (UPS 24h) pode ser acionada para que proceda os encaminhamentos iniciais.

Os requerimentos para acesso ao acolhimento devem ser encaminhados à unidade administrativa responsável pelo gerenciamento das vagas do serviço, a Central de Vagas de Acolhimento. Cabe à equipe técnica da Centraf analisar o requerimento e verificar se o perfil da pessoa e suas necessidades preenchem os requisitos para o ingresso em Saipis. O preenchimento das vagas obedece ao perfil do usuário/unidade e a quantidade de vagas por grau de dependência, observando a classificação em lista de espera.

Após análise, a Central de Vagas encaminha a pessoa para avaliação e posterior acolhimento em serviço que atenda seu perfil conforme necessidades de cuidados e suporte para atividades básicas e instrumentais de vida diária (ABVDs e AIVDs).

6.3.4 Serviços de acolhimento institucional para a pessoa com deficiência e em situação de dependência

A Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do Distrito Federal oferta o Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência (SAIPcD), na modalidade de Residência Inclusiva, por meio da assinatura de termos de colaboração com organizações da sociedade civil.

O Serviço é destinado exclusivamente para pessoas adultas com deficiência física, intelectual, mental, sensorial e/ou autismo, em situação de dependência, grau II ou III, para o exercício de atividades da vida diária e que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e/ou negligência, em situação de rua, de abandono e/ou com vínculos familiares e comunitários fragilizados ou rompidos.

Requisito para ingresso:

1. Possuir idade entre 18 e 59 anos;
2. Ter a deficiência comprovada por meio de laudo médico ou pelo Cadastro da Pessoa com Deficiência (CadPCD);
3. Possuir grau de dependência II ou III, avaliado de acordo com instrumento específico, cujo modelo está disponibilizado no SEI (119163669);
4. Assegurar a anuência e voluntariedade da pessoa à medida de acolhimento;
5. Identificar e descrever em relatório substanciado a situação de risco social: vivência de situações de violência e/ou negligência, em situação de rua, de abandono e/ou com vínculos familiares e comunitários fragilizados ou rompidos;

6. Garantir a excepcionalidade da medida de acolhimento institucional: esgotamento das possibilidades de permanecer em cuidado fora do âmbito institucional.

Caso a pessoa esteja em risco social, possua deficiência, mas não possua dependência para AVDS, ela poderá ser inserida em outra modalidade de serviço de acolhimento, conforme avaliação de equipe Suas/DF, avaliação da dependência. Para melhor encaminhamento do usuário, seja ele pessoa idosa ou pessoa com deficiência, ao serviço que atenda suas necessidades de cuidado de maneira adequada, há a distinção por grau de dependência, baseada na definição usada na RDC Anvisa nº 502, de 27 de maio de 2021. Essa distinção é importante pois influencia diretamente na capacidade de atendimento de cada Serviço de acordo com o quadro funcional e estrutural que possui. Dessa forma, adota-se a seguinte definição de grau de dependência para atividades da vida diária:

1. Grau de dependência I: pessoas independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;

2. Grau de dependência II: pessoas com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, como alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; e

3. Grau de dependência III: pessoas com dependência que requeiram assistência em quatro ou mais atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

O instrumental a ser utilizado para avaliar o grau de dependência está disponível no SEI, (119162609) e (119163669), para pessoa idosa e pessoa com deficiência, respectivamente.

6.3.5 Restaurantes comunitários

Os Restaurantes Comunitários são equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional que têm por finalidade o preparo e comercialização de refeições saudáveis a preço acessível, com o objetivo de contribuir para o acesso à alimentação adequada e saudável, respeitando as características culturais e hábitos alimentares da região, priorizando o acesso das famílias vulnerabilizadas. Os restaurantes comunitários oferecem refeições diárias, a preço acessível, para a população do Distrito Federal, em regiões de maior vulnerabilidade social. **Para as pessoas em situação de rua, as refeições de almoço e jantar são gratuitas,**

limitadas a duas refeições por serviço, conforme Decreto n° 40.854, de 5 de junho de 2020. São disponibilizadas as seguintes refeições:

- Café da manhã: de 7h a 9h;
- Almoço: de 11h a 14h;
- Jantar: de 17h a 19h - Restaurante Comunitário de Arniqueira, Sol Nascente/Pôr do Sol, Planaltina e Recanto das Emas.

As refeições podem ser consumidas no local e/ou transportadas no formato de marmitas.

Como acessar a gratuidade?

As refeições podem ser consumidas no local e/ou transportadas no formato de marmitas.

- A equipe poderá direcionar o usuário a qualquer Restaurante Comunitário do Distrito Federal;
- O usuário deverá estar cadastrado no sistema da Sedes ou CadÚnico ou preencher requerimento auto declaratório (dados pessoais) juntamente com a equipe da Gersan presente no Restaurante Comunitário;
- Preferencialmente, o usuário deverá apresentar documentos de identificação pessoal (identidade e/ou CPF).

Na página da Sedes ¹⁹é possível acessar os endereços dos Restaurantes Comunitários no DF.

¹⁹ Disponível em: <https://sedes.df.gov.br/restaurantes-comunitarios>

7

FERRAMENTAS DE TRABALHO
PARA AS EQUIPES DE SAÚDE
E ASSISTÊNCIA SOCIAL



7.1 Atenção centrada na pessoa

Um aspecto que cabe destacar para o sucesso na atenção à PSR é que as características de rotina e de condição de vida dessa população devem ser consideradas durante a atuação das equipes profissionais. Por viverem de forma itinerante para atender suas diversas necessidades básicas de vida, usarem substâncias psicoativas, terem vínculos familiares muitas vezes rompidos ou fragilizados, a PSR muitas vezes terá dificuldade para atender as exigências e normativas do sistema de saúde impostas à população de modo geral. Retorno com data e horário agendado, realização de exames em horários rígidos, tempo de espera para acolhimento e/ou atendimento, encaminhamentos para outros pontos da rede são alguns exemplos de como o sistema de saúde pode tornar-se uma barreira de acesso para a PSR.

7.2 Apoio matricial

O apoio matricial é uma ferramenta bastante utilizada na saúde e tem como premissa o trabalho conjunto entre diferentes equipes profissionais. Compartilha-se o conhecimento de forma horizontal, não hierarquizada, de modo a favorecer a produção do cuidado alinhado com a perspectiva de uma clínica ampliada. Significa ampliar o olhar para as diversas necessidades da pessoa e condicionantes do processo saúde/doença, não reduzindo as condutas profissionais à perspectiva biomédica. A comunicação entre os serviços e profissionais, por meio da discussão de casos, atendimentos conjuntos, construção conjunta de plano terapêutico de cuidado e assistência são exemplos de algumas formas de exercício do apoio matricial.

Por se tratar de uma população com dificuldade de acesso aos serviços especializados, por motivos diversos - entre os quais o deslocamento aos serviços - , o apoio matricial das eCR, eSF e eMulti aos especialistas focais da atenção ambulatorial especializada é uma ferramenta que pode ser muito útil para prover acesso e melhorar a resolutividade na atenção às pessoas em situação de rua. Além disso, as próprias eCR têm um papel importante na realização do apoio matricial às eSF, eSB e eMulti.

7.3 Clínica ampliada

Mais do que uma ferramenta para a produção do cuidado em saúde, o conceito de Clínica Ampliada propõe uma mudança de postura do profissional de saúde perante o usuário. Esse conceito ganhou espaço dentro do SUS por meio da Política Nacional de Humanização, publicada em 2003. Como o próprio nome sinaliza, trata-se de ampliar a escuta e o campo de visão perante o usuário e suas necessidades em saúde, considerando-o como sujeito ativo nessa relação, contrapondo-se à visão do usuário como objeto das intervenções dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Segundo Campos, a clínica tradicional apresenta limites ao centralizar o olhar apenas para a doença, fragmentando o sujeito ao deixar de lado outras dimensões da vida humana, como os aspectos socioculturais e existenciais do indivíduo ou da coletividade. O olhar reduzido e limitado à perspectiva biomédica perde de vista a potencialidade para compreensão da situação de saúde das pessoas, pois restringe a escuta apenas a sinais, sintomas e padronização das ações em saúde. Faz-se necessária a ampliação do objeto de intervenção e de saber da clínica, de modo a incluir o sujeito e o contexto como parte desse objeto de estudo e ações de saúde, por meio da interdisciplinaridade e corresponsabilidade entre as equipes na construção do cuidado (CAMPOS, 2013).

Trazemos esse conceito neste documento por compreender sua importante contribuição ao exercício cotidiano de produzir cuidado para a PSR. População essa historicamente marginalizada, destituída de seus direitos fundamentais e, não estranhamente, destituída de sua própria condição de pessoa, que carrega sua história, conhecimento sobre si e capacidade de tomar decisões diante do que lhe é ofertado. Nesse sentido, sua objetificação, sua invisibilidade enquanto sujeitos autônomos e coparticipantes no processo de produção de saúde é ainda mais presente.

7.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Plano de Acompanhamento

Tratam-se de ferramentas importantes para organização das estratégias de cuidado e acompanhamento e precisam estar conectadas com as necessidades das pessoas. Sua principal função é auxiliar essas equipes na organização de ações,

estabelecimento de responsabilidades, prazos e reavaliação constante delas, com o intuito de alcançar seus objetivos.

O Plano Terapêutico Singular (PTS) e o Plano de Acompanhamento são estratégias fundamentais na atenção à População em Situação de Rua (PSR), especialmente quando essas pessoas enfrentam desafios complexos de saúde mental e uso de substâncias. A construção de um PTS/PA envolve uma abordagem personalizada e multidisciplinar que visa a abordar as necessidades específicas de cada indivíduo, considerando aspectos sociais, psicológicos e orgânicos.

Considerando a vulnerabilidade multifacetada e o ser integral, a pessoa em situação de rua deve ser atendida de forma concomitante, complementar e integrada nos diferentes serviços entre Suas e SUS. Nessa perspectiva, orienta-se que a construção do Plano de Acompanhamento e o PTS sejam integrados entre os serviços SES e Sedes - Centro Pop, Creas, Caps, CNR, ESF, Seas -, utilizando para isso atendimentos compartilhados, discussões de caso, busca ativa em conjunto com as equipes de ambas as políticas e outros recursos e instrumentos de acordo com cada situação. Para desenvolver um PTS eficaz, os seguintes passos são recomendados:

- Diagnóstico: identificar a situação problema, incluindo as vulnerabilidades e a rede de apoio existente. Ferramentas como genogramas e ecomapas são úteis para registrar graficamente a situação.
- Definição de metas: estabelecer metas a curto, médio e longo prazo, negociadas com o indivíduo e a equipe envolvida.
- Divisão de responsabilidades: clarificar as tarefas de cada membro da equipe e do próprio indivíduo, garantindo um ponto de contato principal para facilitar a continuidade do cuidado.
- Reavaliação: realizar discussões periódicas do caso para ajustar e melhorar as estratégias de intervenção conforme necessário. (MATO GROSSO DO SUL, 2021, *on-line*)

7.5 Projeto de Saúde no Território (PST)

O Projeto de Saúde no Território (PST) é outra importante ferramenta que as equipes da Atenção Primária à Saúde devem lançar mão no cuidado da PSR de um determinado território. Cada grupo que se forma em local específico apresenta singularidades, que devem ser levadas em conta no desenvolvimento de ações na produção da saúde. Por meio do PST, deve-se identificar a área ou a população em risco prioritário, compartilhar o conhecimento sobre aquela comunidade e/ou local

e compreender o processo histórico e singular do território para assim definir os objetivos (LACERDA, 2016).

A partir de um diagnóstico das condições de saúde e de vida de uma comunidade, ou seja, a partir do levantamento das principais necessidades de saúde e dinâmicas de vida, deve-se estabelecer prioridades, metas e ações estratégicas para alcançar as metas estabelecidas.

Para isso, o PST deve abarcar os diferentes atores nas ações locais, que visam à diminuição das vulnerabilidades, favorecendo o fortalecimento da integralidade do cuidado. Dessa forma, a articulação com outros serviços de saúde e outros serviços e políticas públicas se faz necessária, bem como a inclusão da própria comunidade assistida. O reconhecimento de atores-chaves, lideranças comunitárias, busca a corresponsabilização e o desenvolvimento da autonomia de determinada comunidade, favorecendo a escuta qualificada e o cuidado a partir das necessidades levantadas.

O PST bem como o PTS são ferramentas alinhadas à perspectiva da Clínica Ampliada, pois ambas percebem a pessoa em situação de rua ou a comunidade assistida de modo integral, considerando os diferentes determinantes de saúde e doença que impactam nas condições de vida dessas pessoas e na coletividade, além de os incluir como agentes apropriados de saberes e capazes de se responsabilizar no processo de produção de saúde.

Para que um projeto de saúde do território seja eficaz, é importante incluir de forma sistemática a avaliação das ações definidas e resultados alcançados.

7.6 Práticas Integrativas em Saúde (PIS)

A Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) estabelece os valores e as diretrizes de utilização de práticas fundadas em racionalidades médicas que podem ser integradas à atenção biomédica. As PIS estão disponíveis nas unidades de saúde nos três níveis de atenção e podem ser recrutadas como recursos terapêuticos mais acessíveis, como grupos abertos de práticas corporais e mentais, plantas medicinais substitutivas de medicação não fornecida e cuidados coletivos em rede proporcionados pelas atividades comunitárias das diferentes PIS.

Para a utilização desta ferramenta de trabalho, é possível acessar a página das PIS, no site da SES/DF²⁰, onde há a informação de locais onde as PIS estão sendo ofertadas ou na própria unidade de saúde em que a equipe acompanhar o usuário em situação de rua, pode-se levantar que práticas estão sendo oferecidas ali, e averiguar as possibilidades de participação/utilização nos/dos serviços.

²⁰ Disponível em <https://www.saude.df.gov.br/praticas-integrativas-em-saude>

8

FLUXOS INTEGRADOS

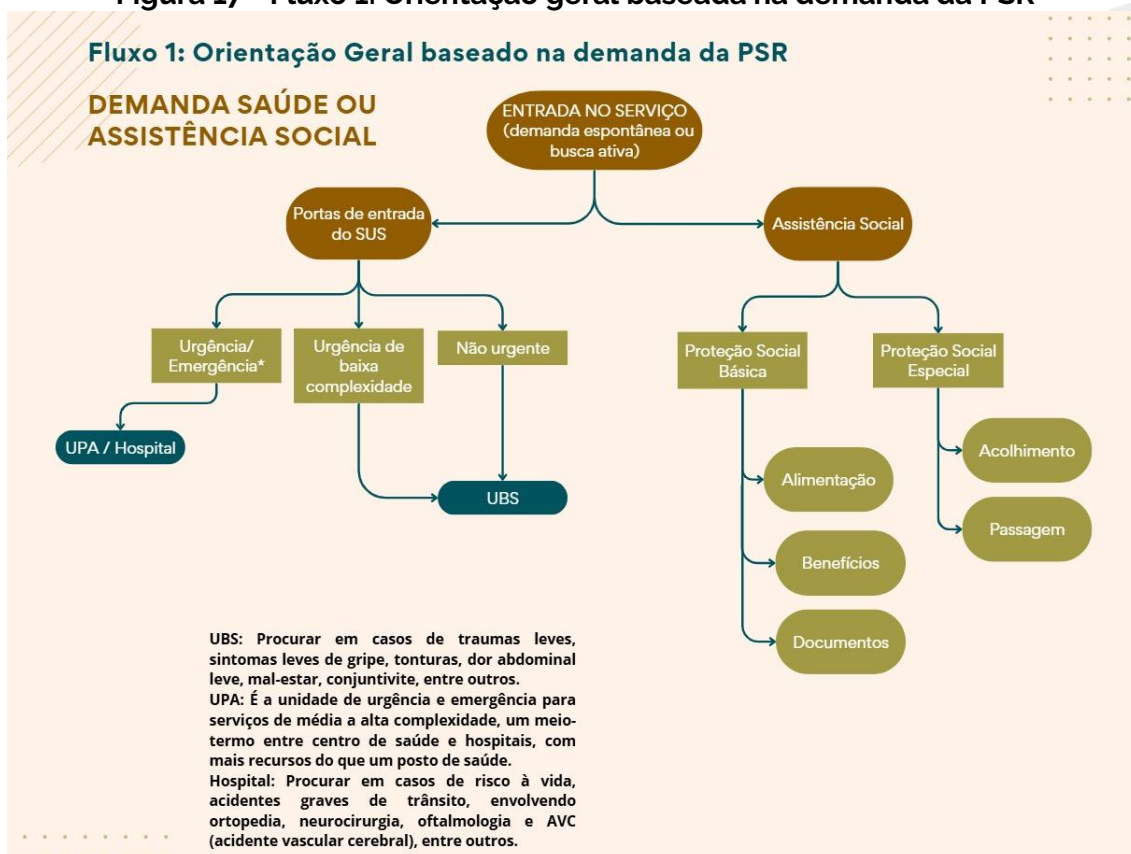
SES E Sedes



8.1 Fluxo geral integrado SUS e Suas para a População em Situação de Rua

Historicamente, as pessoas em situação de rua enfrentam inúmeras barreiras de acesso aos diferentes serviços públicos, além dos estigmas impostos pela sociedade. Buscar romper com estas barreiras ou minimizá-las precisa ser trabalho contínuo e constante em todos os espaços do SUS e Suas no Distrito Federal. Independente de por onde se inicia o acesso aos serviços, as equipes precisam estar atentas às características e peculiaridades desse público. As pessoas que se encontram em situação de rua apresentam múltiplas vulnerabilidades, que podem levar a uma dificuldade de adesão imediata aos serviços, devendo as equipes buscarem estratégias alternativas considerando as especificidades apresentadas a cada momento.

Figura 17 - Fluxo 1: Orientação geral baseada na demanda da PSR



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

8.1.1 Dificuldades no acesso aos serviços de saúde e assistência social

As pessoas em situação de rua enfrentam diversas barreiras ao tentar acessar serviços de saúde e assistência social, cabendo às equipes envolvidas promoverem ações e estratégias que rompam essas barreiras ou as minimizem. Citamos aqui alguns exemplos.

- **Falta de documentação:** muitas pessoas em situação de rua frequentemente não estão de posse de sua documentação, seja por furto, perda ou mesmo nunca ter emitido uma documentação específica.
Estratégias: orientar e facilitar o processo de emissão de documentos em parceria com outros órgãos e organizações; respeitar as normativas vigentes para a PSR que permitem o acesso e cadastro nos serviços, inclusive os de saúde, mesmo sem documentação civil. A ausência de documentação não constitui impedimento para acesso aos serviços (PORTARIA GM/MS nº 940, 2011).
- **Estigma e discriminação:** a PSR frequentemente enfrenta preconceito e discriminação ao tentar acessar serviços públicos.
Estratégias: apoio matricial intersetorial perante os profissionais para atendimento com respeito e dignidade a esse público, promovendo um ambiente acolhedor e inclusivo.
- **Mobilidade e transporte:** a dificuldade de deslocamento pode impedir que essas pessoas cheguem aos locais de atendimento.
Estratégias: flexibilização das rotinas, de modo a potencializar a oferta de serviços, consultas e atendimentos, uma vez que a pessoa se encontre no serviço; viabilizar os serviços móveis de saúde e assistência nos territórios; viabilizar auxílios governamentais que garantam a mobilidade intraurbana.
- **Complexidade das necessidades:** as necessidades de saúde e sociais são frequentemente complexas, exigindo um atendimento multidisciplinar e coordenado.
Estratégias: rotina intersetorial de encontros, reuniões, apoio matricial, discussões de caso por território, de modo a integrar os serviços, favorecendo uma atenção integral e integrada.

- **Barreiras na comunicação:** a falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis, como acessá-los e falta de estratégias para comunicação com as pessoas em situação de rua constituem barreiras significativas.
Estratégias: realizar campanhas de informação e orientação dentro das comunidades de rua; organização de cartilhas, vídeos educativos, para orientar quanto às ofertas dos serviços da rede SES/Sedes. Adicionalmente, é reconhecido que o diálogo com a PSR pode ser mais desafiador, portanto, há necessidade urgente de desenvolver estratégias de comunicação alternativas para estabelecer um vínculo e um diálogo mais eficaz com o público atendido. Essas estratégias devem ser sensíveis às suas realidades e facilitar a compreensão e a cooperação.
- **Barreiras na organização dos serviços:** sabe-se que algumas UBS ainda trabalham na lógica de agendas programáticas do tipo “dia de saúde da mulher”, pré-natal, saúde da pessoa idosa, coleta de citopatológico, etc. Isso pode conferir um embaraço importante para as pessoas em situação de rua devido às dificuldades que enfrentam no dia a dia.
Estratégias: ampliação no atendimento à demanda espontânea: É fundamental que a PSR seja atendida prontamente sempre que possível, independentemente da demanda. Devido à instabilidade de sua condição, há um risco significativo de que essas pessoas se desloquem e não consigam acessar o atendimento necessário. O atendimento à demanda espontânea das pessoas em situação de rua garante que as necessidades sejam atendidas de forma oportuna.

8.1.2 Objetivos e especificidades do fluxo geral integrado Suas/SUS

- **Garantir acesso facilitado e contínuo aos serviços:** assegurar que as pessoas em situação de rua tenham acesso fácil e constante aos serviços de saúde e assistência social.
- **Oferecer uma abordagem respeitosa:** proporcionar um atendimento centrado no respeito à dignidade e aos direitos das pessoas em situação de rua.

- **Promover autonomia e reintegração social:** facilitar o desenvolvimento de habilidades e competências que permitam às pessoas em situação de rua alcançar e fortalecer o acesso a direitos de forma autônoma e se reintegrar plenamente à sociedade.
- **Fortalecer vínculos familiares e comunitários:** incentivar o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

8.1.3 Estratégias para implementação do fluxo geral integrado Suas/SUS

- **Coordenação intersetorial:** estabelecimento de comitês ou grupos intersetoriais de gestão e assistência regional ou local para coordenar e monitorar a integração dos serviços conforme descrito neste documento. Idealmente, os profissionais envolvidos devem ter carga horária reservada para a coordenação e monitoramento dessa integração;
- **Educação permanente:** implementação de processos bem estabelecidos de educação permanente aos profissionais das áreas de saúde e assistência social sobre atenção à PSR, para garantir uma abordagem integrada e resolutiva.
- **Comunicação efetiva:** desenvolvimento de sistemas de comunicação que facilitem o compartilhamento de dados e a coordenação das ações entre os diferentes serviços. A interoperabilidade dos sistemas do SUS e Suas será um desafio, contudo, com o avanço de novas tecnologias e inteligência artificial, a factibilidade dessa estratégia pode ser uma breve realidade. Além dos sistemas de informação, a comunicação efetiva ocorre por meio do compartilhamento de casos, reuniões, mobilização conjunta e outras estratégias do território.
- **Participação social:** envolvimento ativo da comunidade e das próprias pessoas em situação de rua na avaliação dos serviços e do funcionamento dos fluxos em reuniões de rede, colegiados, participação em conselhos de saúde locais, por seus representantes e/ou atores relacionados à causa.

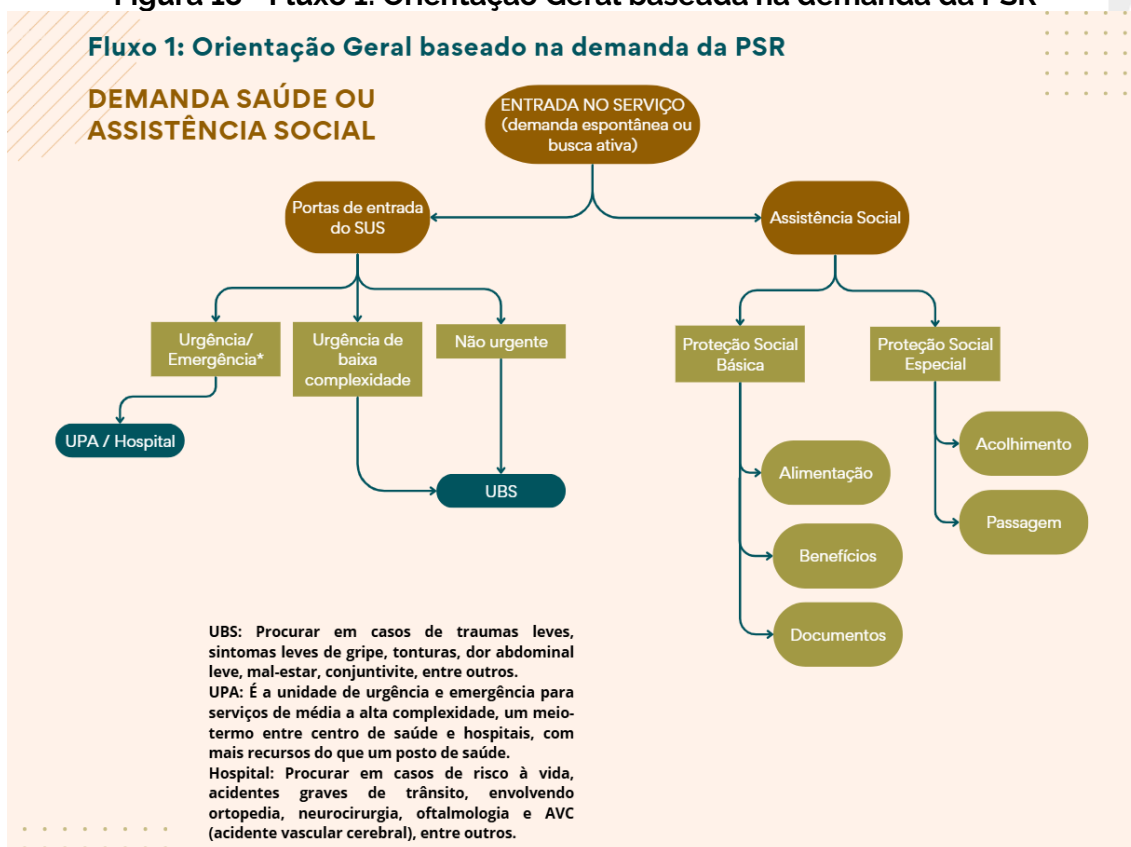
- **Formulário intersetorial de encaminhamento:** necessidade de criar um formulário intersetorial de encaminhamento de referência e contrarreferência, pontuando os direitos das pessoas em situação de rua, quando da necessidade de atendimentos diversos.
- **Registro de atendimentos:** necessidade de obter um adequado registro do atendimento realizado nos sistemas de prontuário eletrônico para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento.

Todas essas estratégias serão consideradas tanto pela SES quanto pela Sedes para a implementação de todos os fluxos descritos neste documento.

8.1.4 Descrição do fluxo geral integrado Suas/SUS

Este fluxo (fig. 18) apresenta um panorama, sem conferir detalhamento, das portas de entrada do SUS e Suas.

Figura 18 - Fluxo 1: Orientação Geral baseada na demanda da PSR



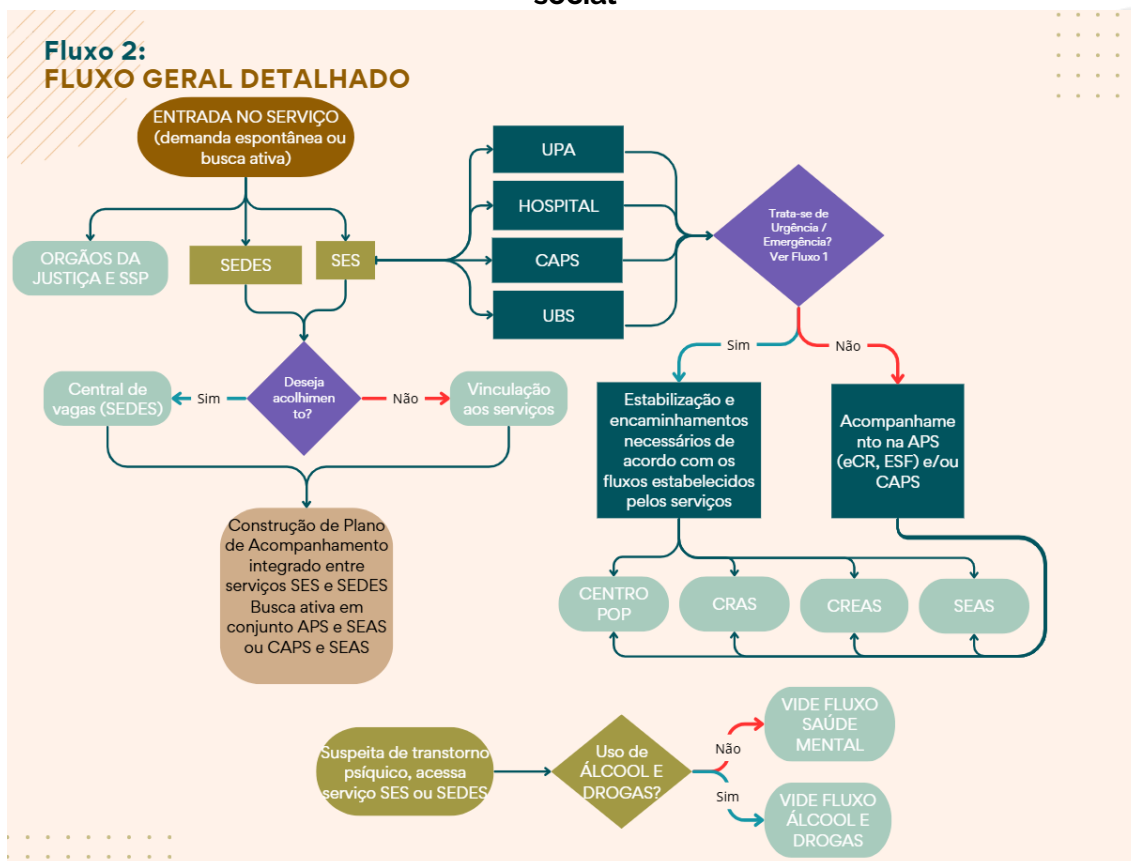
Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

No caso de situações de urgência e emergência com risco de vida, as pessoas em situação de rua deverão ser atendidas preferencialmente em uma UPA ou hospital. São exemplos de problemas de saúde em que a pessoa deverá ser encaminhada ou procurar esses serviços: acidentes, sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), parada cardiorrespiratória, dor no peito/dor cardíaca, falta de ar/dificuldade para respirar, convulsões, vômitos ou diarreias que não param, vômitos com sangue, dor abdominal que incapacite a pessoa, dor de cabeça intensa, rigidez na nuca, alergia severa - coceira e vermelhidão intensa pelo corpo -, envenenamento e intoxicações, tentativa de suicídio, situações de violência aguda - física e sexual -, dor e inflamação nos dentes.

Já no caso de situações de urgência de baixa complexidade e situações de acompanhamento de saúde, a porta preferencial é a APS, responsável pela resolutividade de 80% dos problemas de saúde.

No âmbito da assistência social, a pessoa é direcionada para serviços de diferentes níveis de proteção social, conforme as demandas identificadas: documentação, benefícios, alimentação, abrigo ou passagem.

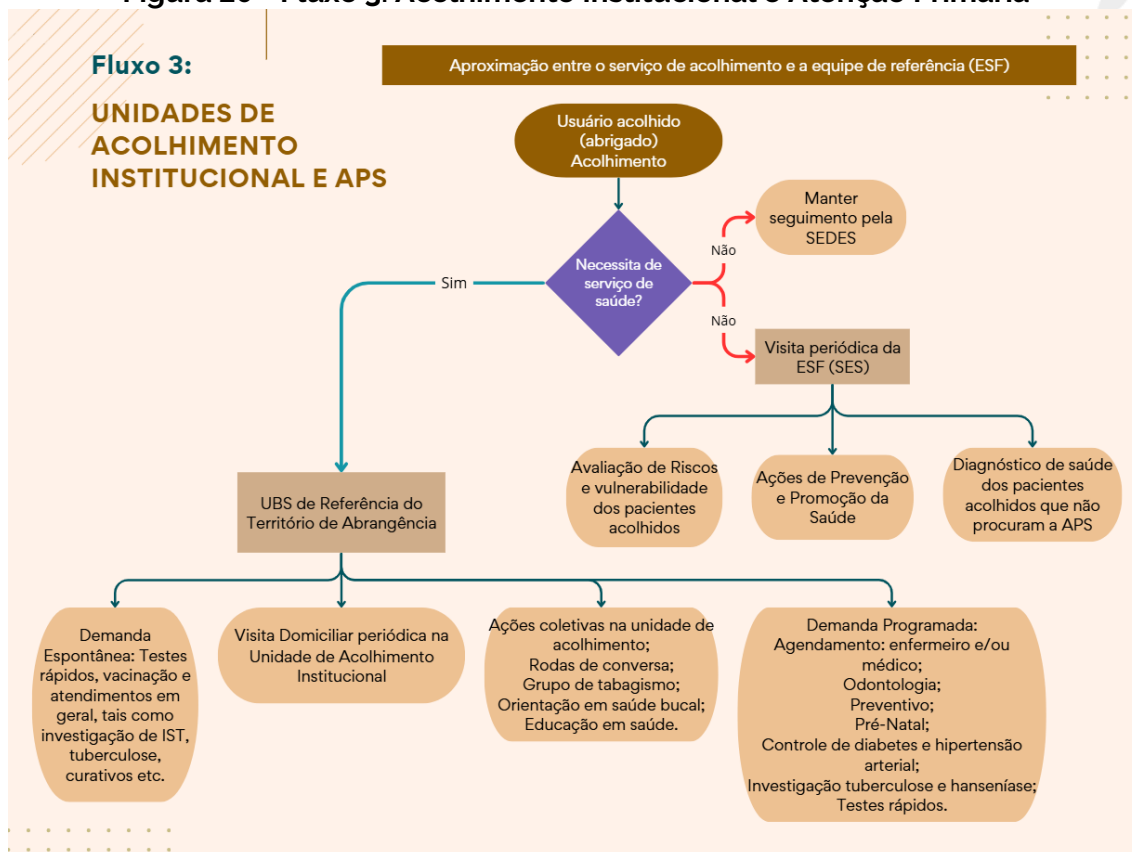
Figura 19 - Fluxo 2: Integração e articulação dos serviços de saúde e assistência social



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

Este fluxo apresenta um detalhamento dos serviços Suas e SUS e a integração entre eles. Visa a fortalecer a rede de proteção social, garantindo que a pessoa receba o suporte necessário, de maneira coordenada entre os diferentes serviços do SUS e Suas. Entende-se que, por meio da articulação de serviços e da coordenação intersetorial, é possível oferecer um suporte completo e contínuo, assegurando que a pessoa em situação de rua tenha acesso aos serviços de maneira digna.

Figura 20 - Fluxo 3: Acolhimento Institucional e Atenção Primária



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

A integração dos serviços de Acolhimento Institucional e Atenção Primária à Saúde é essencial para garantir um atendimento abrangente e contínuo à PSR que se encontra nas casas de passagem e abrigos institucionais. A territorialização das instituições de acolhimento e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência, incluindo as equipes de Saúde da Família (eFS), é um componente crucial desse fluxo.

Nesse contexto, as instituições de acolhimento, como abrigos e casas de passagem, devem ser referenciadas e atendidas pelas UBS dos territórios onde estão localizadas. Essa territorialização garante que as pessoas acolhidas tenham acesso direto aos serviços de saúde disponíveis no território, promovendo a

continuidade e a integralidade do cuidado. Cabe ressaltar que as casas de passagem ou abrigos instituições são endereços de referência das pessoas ali acolhidas, sendo consideradas como residência na assistência territorial da atenção primária.

Dessa forma, as UBS devem ser mapeadas e designadas como referências para as instituições de acolhimento em suas áreas de atuação. Cada UBS deve estar preparada para atender as necessidades específicas da PSR, incluindo serviços de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e encaminhamento para serviços ambulatoriais especializados, exames e Serviço de Atenção Domiciliar - este último, de acordo com a classificação clínica da pessoa, conforme será abordado no tópico 8.7.

Dada a alta vulnerabilidade do público acolhido no território, é muito importante estabelecer um fluxo de atendimento contínuo e coordenado entre as unidades de acolhimento e as UBS. Esse fluxo é essencial para garantir que as pessoas acolhidas recebam cuidados integrais e consistentes, contribuindo para a melhora de sua saúde e bem-estar.

Descrição do Fluxo 3: Acolhimento Institucional e APS: este fluxo trata da aproximação entre o serviço de acolhimento e a equipe de referência (eSF), ressaltando que o usuário abrigado em unidade de acolhimento institucional pode acessar a APS por meio da UBS de referência do território de abrangência, conforme a necessidade. O acesso à equipe de Saúde da Família responsável pela Unidade de Acolhimento Institucional poderá se dar por meio de:

- Demandas espontâneas: testes rápidos, curativos, aplicação de medicamentos, vacinação e atendimentos em geral, como investigação de IST, tuberculose, etc.;
- Visita domiciliar periódica na Unidade de Acolhimento Institucional, para realização de ações coletivas, como rodas de conversa, grupos de tabagismo, orientação em saúde bucal e outras atividades de educação em saúde, além de avaliação de riscos e vulnerabilidade e realização de ações com foco na prevenção e promoção de saúde.
- Demandas programadas: agendamentos de equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal para acesso a toda a carteira de serviços ofertada pela APS.

Principais barreiras de acesso e como superá-las:

- Falta de informação sobre acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde: muitas pessoas em situação de rua não têm informações suficientes sobre os serviços disponíveis e como acessá-los.

Estratégias: realizar campanhas de informação e orientação dentro das unidades de acolhimento, com a participação das equipes de saúde e assistência social, para garantir que todos conheçam os serviços disponíveis e como acessá-los, além de disponibilizar, nessas unidades, *folders* e cartazes informativos de fácil comunicação.

- Deslocamento e transporte: a mobilidade pode ser uma barreira significativa para as pessoas em situação de rua, dificultando o acesso às UBS.

Estratégias: organizar transporte comunitário ou parcerias com serviços locais para facilitar o deslocamento das pessoas acolhidas até as UBS ou acesso a auxílios governamentais que garantam a mobilidade intraurbana.

- Complexidade das necessidades de saúde: as necessidades de saúde da PSR são frequentemente complexas e multifacetadas.

Estratégias: adotar uma abordagem multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais de saúde e assistência social para oferecer um atendimento integrado e abrangente, utilizando-se dos diferentes recursos, como PTS construído de forma integrada, visitas domiciliares pela eSF nas unidades de acolhimento, flexibilização nas rotinas de modo a alcançar as necessidades e características específicas, utilizando-se do princípio da equidade.

- Dificuldades de adesão ao tratamento: devido à instabilidade de suas condições de vida, as pessoas em situação de rua podem ter dificuldades em aderir a tratamentos de longo prazo.

Estratégias: desenvolver planos de cuidados individualizados (ver tópico: PTS e Plano de Acompanhamento) flexíveis e adaptáveis às condições de vida das pessoas acolhidas, oferecendo suporte contínuo e acompanhamento regular.

Estratégias de implementação:

As estratégias de implementação perpassam uma coordenação articulada e planejada por meio de uma abordagem territorializada e colaborativa. Ao superar as barreiras de acesso e estabelecer um fluxo coordenado de atendimento, é

possível oferecer um suporte robusto, garantindo que esses cidadãos tenham acesso aos seus direitos e possam viver com dignidade. No quadro 1, em anexo, são identificadas as Unidades de Acolhimento e suas respectivas UBS de referência.²¹

8.2 Fluxo integrado: criança e adolescente em situação de rua

Para o entendimento deste fluxo, faz-se necessário primeiramente elucidar as bases legais do cuidado e assistência à criança e adolescente no Brasil. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), publicada em 2015 e considerada um dos principais marcos para a estruturação do cuidado à criança e adolescente, opera por meio da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, com diretrizes e protocolos para orientar a atuação dos profissionais, buscando equidade no acesso aos serviços de saúde para todas as crianças (BRASIL, 2015).

A PNAISC abrange os cuidados desde a gestação até os 9 anos de idade, com foco na primeira infância e em populações vulneráveis. A política se estrutura em sete eixos estratégicos, para orientar e qualificar as ações e serviços de saúde dessa faixa etária. Leva em consideração os determinantes sociais para garantir o direito à vida e à saúde e visa à redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento. Esses eixos organizam o processo de trabalho e as linhas de cuidado que atendem as crianças nos serviços, com destaque para a Atenção Primária à Saúde como coordenadora, proporcionando transversalidade e integralidade. Segue abaixo a relação dos eixos estratégicos:

- I Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- II Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- III Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
- IV Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- V Atenção integral a crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
- VI Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
- VII Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. (BRASIL, 2015, *on-line*).

²¹ Para saber informações sobre as UBS do DF - horário de funcionamento, equipes vinculadas, serviços oferecidos, etc. -, acesse o site <https://info.saude.df.gov.br/>

Já o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), publicado em 2010 e revisado em 2020, motiva preocupação quanto ao panorama atual da situação de saúde da primeira infância, principalmente quando se tratam de desigualdades regionais, que expressam implacáveis iniquidades, em especial as relacionadas às populações vulnerabilizadas pela pobreza e pela exclusão social, como é o caso das pessoas que vivem em situação de rua (RNPI/ANDI, 2020).

De acordo com a Lei Complementar à Puericultura do Ministério da Saúde (2021), a puericultura e a hebicultura²² devem ser baseadas em uma conexão dentro dos serviços de saúde, com uma abordagem multidisciplinar. Isso envolve a integração com programas comunitários, centros de educação infantil, escolas, associações de bairro, igrejas e serviços de saúde pública, além de interagir com outras políticas públicas, como assistência social, educação, justiça e trabalho (BRASIL, 2021).

Por sua vez, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece a proteção integral à criança e ao adolescente em diversos setores:

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (ECA, 1990)

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança a pessoa com até 12 anos incompletos e adolescente aquele com idade entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990).

Já o Ministério da Saúde considera criança a pessoa de 0 a 9 anos, e adolescente, de 10 a 19 anos. A divisão em ciclos de vida adotada pelo Ministério da Saúde busca atender às necessidades específicas de crescimento, desenvolvimento da criança e início da puberdade (BRASIL, 2021).

Cuidar de crianças e adolescentes em situação de rua é garantir o bem-estar e desenvolvimento saudável dessa população. A saúde desempenha um papel fundamental no cuidado das crianças em situação de rua. Muitas dessas crianças enfrentam desafios de saúde significativos devido à falta de acesso aos serviços de saúde, nutrição adequada e condições de vida precárias.

O fluxo intersetorial para atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de rua demanda habilidades e conhecimentos específicos dos

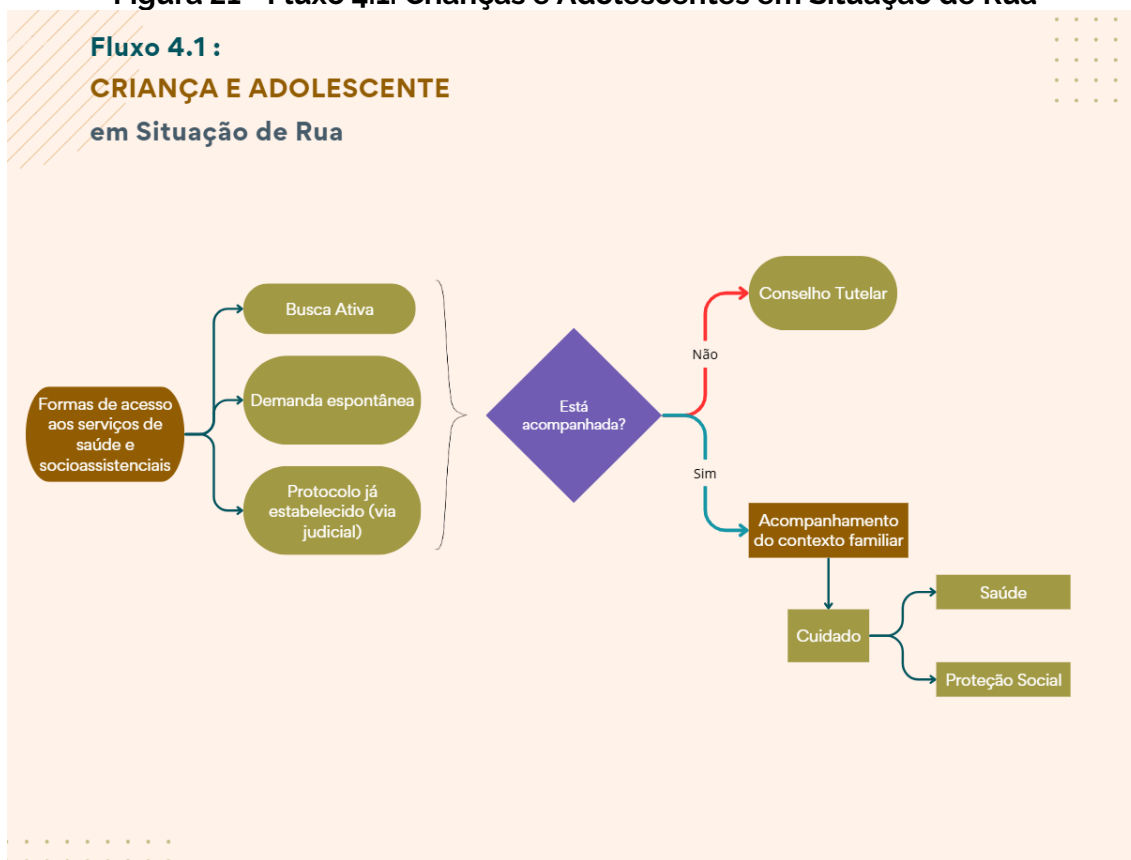
²² A puericultura e hebicultura compõem um conjunto de ações de saúde exercidas de forma contínua e global, da infância à adolescência.

Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/definicao-puericultura>

profissionais da saúde e assistência social, levando em consideração o contexto de atuação e os recursos disponíveis na rede.

O Fluxo 4.1 (fig. 21, p. 85) norteia para que ocorra a articulação de rede intrassetorial do setor saúde e a assistência social, tendo a atenção primária, Unidades Básicas/Equipes da Saúde da Família, como coordenadora do cuidado no território. Ele descreve o processo de entrada e atendimento de crianças e adolescentes em situação de rua, abordando diferentes formas de identificação e acompanhamento desses casos. Inicia-se com a identificação da entrada, que pode ocorrer por meio de busca ativa, demanda espontânea ou protocolo já estabelecido, possivelmente via judicial. Após a identificação, é realizado o acompanhamento do contexto familiar, visando a compreender a situação da criança ou adolescente de forma mais abrangente, considerando tanto a saúde quanto a proteção social desses indivíduos.

Figura 21 - Fluxo 4.1: Crianças e Adolescentes em Situação de Rua



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

O cuidado abrange tanto a saúde quanto a proteção social e indica a necessidade de atenção integral a esses aspectos por meio de protocolos já existentes. Além disso, o fluxo aborda a questão do acompanhamento da criança ou

adolescente. Em casos específicos, possivelmente poderá ocorrer a necessidade de acionamento do Conselho Tutelar. Destaca-se a importância de assegurar o cuidado e proteção desses jovens em situação de rua, considerando suas necessidades especiais e vulnerabilidades.

Já o Fluxo 4.2. (fig. 22, p. 86) descreve um processo abrangente de abordagem e atendimento de crianças e adolescentes em situação de rua, focando em aspectos como vínculo, cuidado, identificação de vulnerabilidades, compreensão do contexto e escuta qualificada. Este último destaca a importância do protagonismo nos encaminhamentos, ou seja, a participação ativa dos próprios jovens no direcionamento de suas demandas e necessidades. Além disso, ressalta a importância da identificação das demandas específicas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, educação, serviços de saúde, violências crônicas e proteção das crianças e adolescentes na rua.

Figura 22 - Fluxo 4.2: Crianças e Adolescentes em Situação de Rua: processos abrangentes de abordagem



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

O **acompanhamento em saúde mental** envolve o encaminhamento para:

- **COMPP:** crianças de 0 a 11 anos e 11 meses e 29 dias.
- **Adolescentro:** 12 a 17 anos, 11 meses e 29 dias.
- **Capsi:** até 17 anos e 11 meses e 29 dias.

O **Conselho tutelar** deverá ser acionado quando houver casos de:

- Violências e outras violações de direitos;
- Criança ou adolescente desacompanhado (a).

Considerações importantes:

- É necessário que haja um olhar sensível para a família e não somente para a criança, buscando a garantia de sua proteção integral e direito à convivência.
- Faz-se necessária também a garantia de articulação entre diferentes serviços, havendo troca de informações, inclusive com a escola. No caso de escassez de vagas em escolas e creches, promover uma articulação para garantir esses direitos.
- A atenção para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes precisa ser considerada, articulando serviços de educação e saúde (APS, PSE e PIGL).
- Para garantir a proteção das crianças e adolescentes na rua é necessário dar prioridade e intensificação de busca ativa; que a rede e todos os serviços possam ir para a rua.
- No caso em que ocorrer situações de violência crônica, é necessária a articulação de todos os serviços, havendo proteção e atenção dos serviços específicos.
- Para a garantia de direitos à proteção familiar, é necessário observar as necessidades da família, respeitando o seu protagonismo, investigar demandas, encaminhar, acompanhar acessos intersetoriais, referenciar para serviços, verificar a possibilidade de reintegração familiar.
- Na continuidade do acompanhamento dentro dos abrigos e da rotatividade, é importante criar estratégias junto com a saúde, Unidades de Acolhimento consideradas no planejamento das eSF e Caps, atividades coletivas nas unidades e Consultório na Rua.
- Para a medicalização de adolescentes egressos do socioeducativo, faz-se necessário haver articulação entre UBS e Caps.
- Observar barreiras de acesso aos serviços de saúde que possam ser diminuídas com o apoio na obtenção de documentos.
- Buscar a identificação e o acionamento de proteção e segurança pública.
- Dar prioridade de atendimento e acompanhamento.
- Compartilhar informações e espaços de discussão via SEI.
- Considerar a atuação itinerante do trabalho das equipes de Consultório na Rua.

A garantia de articulação entre diferentes serviços é mencionada como um aspecto fundamental para assegurar a proteção e atenção adequadas a esses jovens. Também se destaca a importância de considerar as necessidades da família, respeitando seu protagonismo e investigando suas demandas, com possibilidade de reintegração familiar quando pertinente. O fluxo aborda ainda a interação com o Conselho Tutelar em casos específicos, especialmente quando há situações de violência ou quando a criança ou adolescente está desacompanhado. Também enfatiza a continuidade do acompanhamento dentro dos abrigos e a necessidade de criar estratégias com os serviços de saúde para atender adequadamente esse público.

Além disso, são levantadas questões relacionadas à escassez de vagas em escolas e creches, à importância do olhar sensível para a família, à necessidade de acesso aos serviços de saúde mental e à garantia do direito à convivência familiar. O Fluxo 4.2 (fig. 22, p. 86) apresenta uma abordagem ampla e integrada para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de rua, considerando suas diversas necessidades e vulnerabilidades, bem como a importância da articulação entre diferentes serviços para garantir sua proteção e atenção adequadas.

Quando se trata do cuidado e proteção de crianças e adolescentes em situação de rua, é fundamental reconhecer as especificidades no cuidado e desafios que enfrentam, problemas decorrentes da extrema vulnerabilidade em que se encontram. Alguns dos principais problemas que essa população pode vivenciar incluem (Fluxo 4.2, fig. 22, p. 86):

1. Vulnerabilidade extrema: crianças e adolescentes em situação de rua estão expostos a uma série de riscos, como violência, abuso, exploração, falta de acesso a serviços básicos, entre outros. Por isso, é essencial oferecer um cuidado especializado e sensível a essas necessidades.

2. Violência crônica e exploração: um dos maiores desafios enfrentados por crianças e adolescentes em situação de rua é a exposição à violência física, sexual e psicológica, a violência crônica, exploração infantil por terceiros e a dificuldade de proteção das crianças e adolescentes.

3. Carência no acesso aos serviços básicos: dificuldade em acessar serviços essenciais, como saúde, educação, alimentação adequada, local para realização da higiene pessoal e abrigo. A falta de acesso a esses serviços compromete o bem-estar físico, psíquico e social. É fundamental garantir que essas necessidades sejam atendidas de forma adequada e inclusiva, respeitando a dignidade e os direitos. Essa

população apresenta ainda dificuldade no acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Caps, o que se reflete na descontinuidade dos cuidados.

4. Saúde precária: devido às condições precárias em que vivem, estão mais suscetíveis a problemas de saúde física e mental, como desnutrição, doenças infecciosas, transtornos mentais e uso problemático de substâncias químicas.

5. Desigualdade e discriminação: frequentemente sofrem discriminação e estigmatização por parte da sociedade, o que dificulta sua inclusão social e o acesso a oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

6. Abandono familiar e perda de vínculos afetivos: favorece que adolescentes e crianças fiquem desacompanhados nas ruas. Muitas crianças em situação de rua vivenciaram o abandono familiar ou a perda de vínculos afetivos significativos, o que pode gerar sentimentos de solidão, rejeição e baixa autoestima. Essa realidade contradiz com o que é preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

7. Dificuldade de acesso à educação: a falta de estabilidade e apoio familiar e a escassez de vagas de escolas e creches dificultam o acesso desses jovens à educação formal, o que impacta negativamente em suas perspectivas futuras de emprego e autonomia financeira.

8. Fragilidade no atendimento e cuidado destinados à PSR: inclui a dificuldade de articulação dos serviços a nível intersetorial para a realização de ações que envolvam educação, saúde e assistência social. O atendimento intersetorial, integral e equânime promove oportunidades justas para o desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial.

As equipes de Consultório na Rua desempenham papel fundamental ao oferecer serviços essenciais para crianças e adolescentes em situação de rua. Por meio de uma abordagem humanizada e especializada, fornecem cuidados em saúde e estabelecem vínculos de confiança. Os serviços incluem atendimento de enfermagem, médico, acompanhamento psicológico, orientação social e encaminhamento para outras redes de apoio. A abordagem multidisciplinar visa a tratar questões de saúde física e mental, promover inclusão social e garantir direitos. Além do alívio imediato para problemas de saúde, contribuem para reconstrução da autoestima, resgate da dignidade e fortalecimento dos laços familiares. Ao oferecer suporte integral, ajudam a quebrar o ciclo de vulnerabilidade e exclusão, promovendo melhor qualidade de vida para toda a família. A presença de uma equipe de saúde é fundamental para garantir acesso universal à saúde e aos direitos básicos dessas crianças e adolescentes em situação de rua.

No que diz respeito ao atendimento em saúde, a integração do fluxo permite uma melhor gestão dos cuidados necessários para garantir o bem-estar integral dessas crianças e adolescentes. Além disso, a articulação com a Secretaria de Assistência Social possibilita o acesso a programas de acolhimento, moradia temporária, alimentação adequada e apoio psicossocial. Dessa forma, ao unir esforços e recursos entre os setores, é possível criar uma rede de proteção mais eficiente e acolhedora para crianças e adolescentes em situação de rua. A integração do fluxo de atendimento contribui significativamente para promover a inclusão social, a dignidade humana e o respeito aos direitos. Reforça assim a importância da colaboração entre diferentes áreas governamentais e organizações da sociedade civil na construção de um sistema de proteção eficiente e sensível às necessidades do indivíduo.

As principais portas de entrada aos serviços básicos para crianças e adolescentes em situação de rua geralmente incluem os centros de assistência social, os Centros de Referência da Assistência Social (Cras), os centros de acolhida, os serviços de saúde e unidades básicas de saúde, as escolas e os conselhos tutelares. Pode ocorrer por meio de uma busca ativa, uma demanda espontânea ou algum protocolo estabelecido pelo Ministério Público e Poder Judiciário. Esses locais podem oferecer apoio, orientação, cuidados básicos, encaminhamentos e proteção para crianças e adolescentes em situação de rua.

No que se refere ao atendimento e à proteção da criança e do adolescente em situação de rua, vale destacar que, quando as ações são colocadas em prática de forma humanizada e com equidade, contribuem significativamente para um atendimento intersetorial bem-sucedido conforme apresentado no Fluxo 4.2 - Criança e adolescente em situação de rua. O primeiro ponto a considerar e implementar diariamente são as soluções descritas abaixo:

- 1 **Abordagem sensível e personalizada:** cada criança e adolescente em situação de rua possui uma história única, com necessidades e desafios específicos. Portanto, o cuidado e a proteção devem ser personalizados e sensíveis à individualidade de cada jovem, levando em conta suas experiências passadas, traumas e aspirações. A escuta de crianças e adolescentes requer atenção, sensibilidade e qualificação por parte dos profissionais. A postura acolhedora e confiante é essencial para estabelecer vínculos, sendo crucial que os profissionais evitem julgamentos e preconceitos. Durante a escuta, é importante captar

sentimentos, aspectos simbólicos, gestuais e lúdicos das crianças e adolescentes.

- 2 **Abordagem multidisciplinar:** o cuidado requer uma abordagem integrada, que envolva profissionais de diversas áreas, como saúde, assistência social, psicologia, educação e direitos humanos. A colaboração entre essas disciplinas é fundamental para garantir um suporte abrangente e eficaz.
- 3 **Rede de apoio integrada:** para oferecer um cuidado abrangente e eficaz, é essencial integrar diferentes setores e profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, educadores, conselheiros tutelares e profissionais de saúde. Essa rede de apoio deve trabalhar de forma colaborativa para garantir uma abordagem integral no cuidado dessas crianças e adolescentes.
- 4 **Respeito à autonomia e dignidade:** ao cuidar de crianças e adolescentes em situação de rua, é essencial respeitar sua autonomia e dignidade. É importante envolvê-los no processo de tomada de decisões sobre seu próprio cuidado e garantir que sejam tratados com respeito e empatia em todos os momentos.
- 5 **Escuta ativa, qualificada e protagonismo do indivíduo nos encaminhamentos:** o cuidado e a proteção devem envolver uma escuta ativa do ponto de vista da criança ou do adolescente, permitindo que eles expressem suas necessidades, desejos e preocupações. Além disso, é importante incentivá-los a participarem das decisões que afetam suas vidas com a promoção da autonomia.
- 6 **Acolhimento seguro e acolhedor:** oferecer um ambiente seguro, acolhedor e livre de discriminação é essencial para promover o bem-estar dessas crianças e adolescentes. O acolhimento deve ser pautado no respeito à diversidade, na escuta atenta às suas demandas e na promoção da sua autonomia.
- 7 **Prevenção ao ciclo de vulnerabilidade:** além de atender às necessidades imediatas desses jovens, é fundamental adotar estratégias de prevenção para romper o ciclo de vulnerabilidade que muitas vezes os levou à situação de rua. Isso envolve ações educativas, programas de capacitação profissional, apoio psicossocial contínuo e, quando possível, propor medidas para fortalecer os vínculos familiares.

- 8 **Capacitação profissional:** profissionais de diferentes setores precisam capacitar-se para lidar com as complexas necessidades da PSR.
- 9 **Políticas integradas:** é fundamental que as políticas governamentais promovam a integração de serviços e a proteção dos direitos das crianças em situação de rua.
- 10 **Participação da comunidade:** é essencial o envolvimento da comunidade local e de organizações da sociedade civil para criar um ambiente de apoio e inclusão.

A assistência social desempenha papel fundamental no cuidado das crianças em situação de rua e oferece suporte emocional, orientação e acesso a recursos essenciais. Os assistentes sociais trabalham para identificar as necessidades específicas de cada criança e adolescente por meio do acolhimento temporário ou permanente e do encaminhamento para serviços de saúde, garantindo o acesso à educação e buscando a reintegração familiar ou adoção quando apropriado. Além disso, criam planos de longo prazo para integração na sociedade, atuam como defensores dos direitos das crianças em situação de rua e buscam garantir o respeito aos seus direitos e o apoio necessário para superar desafios. É importante que as políticas de saúde pública incluam estratégias específicas para atender às necessidades dessas crianças, garantindo o suporte necessário para superar desafios diários.

O Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), revisado em 2020, estabelece que a Proteção Social Básica (PSB) compreende serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais para prevenir situações de vulnerabilidade, risco pessoal, social e violação de direitos. Já a Proteção Social Especial (PSE) inclui serviços, programas e projetos para enfrentar situações de risco social, violência e outras violações de direitos em níveis de média e alta complexidade. Isso abrange questões como violência intrafamiliar, violência sexual, situação de rua, trabalho infantil e afastamento do convívio familiar. O objetivo é resguardar as competências e atribuições dos profissionais envolvidos em cada esfera.

A Proteção Social Especial de média complexidade inclui o Serviço Especializado em Abordagem Social (Seas), realizado por equipes do Creas e Centro Pop, que buscam pessoas em situação de rua para facilitar seu acesso aos serviços socioassistenciais; também inclui o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que visa a desenvolver sociabilidades, prestar orientação e encaminhar para outros serviços. Além disso, abrange o acompanhamento de adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e o Serviço de

Prestação de Serviços à Comunidade (PSC). Já a Proteção Social Especial de Alta Complexidade é composta por serviços de acolhimento que asseguram moradia, alimentação, higiene e trabalho para indivíduos ou famílias temporariamente afastados do núcleo familiar, organizados por públicos e modalidades específicas, como, por exemplo, crianças e adolescentes, ofertado em casas lares, abrigo institucional ou família acolhedora, adultos e famílias, ofertado em abrigo institucional e casa de passagem.

De acordo com o PNPI, crianças e adolescentes são o principal público dos serviços de acolhimento em termos de quantitativo de unidades: 2.844 unidades de acolhimento municipais - 49,8% do total -, perfazendo um total de 49.820 vagas (CENSO SUAS, 2018). Em 2018, essas unidades contavam com 30.933 crianças e adolescentes acolhidos, dos quais 4.273 se encontravam na faixa etária de 0 a 5 anos. Em relação ao acolhimento em família acolhedora, em 2018, existiam 322 unidades municipais executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora, totalizando 1.625 famílias acolhedoras e 1.377 crianças e adolescentes acolhidos, entre os quais, 527 estavam na faixa etária de 0 a 5 anos. A alta complexidade coloca para o Sistema Único de Assistência Social (Suas) o desafio de avançar em ofertas que promovam a redução do acolhimento institucional de crianças pequenas, investindo em iniciativas como famílias acolhedoras e outras modalidades não institucionais, incluindo o apoio e o acompanhamento das famílias de origem, nucleares ou extensas, quando houver possibilidade de reintegração familiar segura.

De acordo com o PNPI atualizado em 2020, as ações relativas à adoção devem promover campanhas para a adoção legal, ampliar as condições para a adoção de crianças com deficiência e grupos de irmãos, assim como para a aceitação de crianças mais velhas. É importante articular os serviços de saúde e sociais para o acompanhamento e apoio às gestantes que optam pela entrega voluntária protegida, erradicar destituições compulsórias do poder familiar nos casos de crianças de pessoas em situação de rua, fortalecer o trabalho em rede e construir fluxos ágeis para procedimentos de reintegração familiar, destituição do poder familiar ou adoção legal. Também é fundamental promover o trabalho de preparação dos candidatos a adotantes, assim como cuidar da preparação das crianças e adolescentes para a adoção, capacitando os profissionais dos serviços de acolhimento e da justiça da infância.

As ações para o registro de nascimento precisam ser realizadas em localidades onde se verifica o maior índice de sub-registro, como as comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas, os acampados, os assentados, as comunidades

tradicionais e a população em situação de rua, com o objetivo de extinguir os índices de sub-registros.

Os serviços disponíveis no Sistema Único de Assistência Social (Suas) visam a promover os direitos das crianças desde a primeira infância, fortalecendo vínculos familiares e defendendo o direito à convivência familiar e comunitária. Buscam assegurar renda, autonomia, convívio e acolhida para proporcionar condições materiais e subjetivas para que as famílias protejam seus membros, especialmente os mais vulneráveis. As ofertas da rede socioassistencial visam a garantir segurança de renda e autonomia, segurança de acolhida para quem está em situação de abandono ou rua e segurança de convívio para fortalecer vínculos familiares e comunitários, apoiando as famílias em seu papel de cuidado e proteção de membros em situação de dependência.

O registro de nascimento é um direito da criança e um dever do Estado, que incumbe a seus pais ou responsáveis promover até 15 dias após o nascimento, de preferência logo que a criança nasce, na própria maternidade. É pelo registro civil que se assegura à pessoa a garantia de identidade, mediante o estabelecimento do seu vínculo familiar, assim como o seu vínculo em relação ao Estado, possibilitando que possa exercer sua cidadania (PNPI, 2020).

De acordo com a *Cartilha de Perguntas e Respostas Referente ao Serviço Especializado em Abordagem Social (Suas) e População em Situação de Rua de 2013*, a abordagem social de crianças e adolescentes envolve a criação de laços de confiança com a equipe, visando a encaminhamentos e vinculações aos serviços no território. Essas estratégias começam com o esclarecimento sobre o papel de proteção e apoio do serviço e podem incluir a realização de atividades nos espaços onde elas convivem, demandando trabalho persistente e criativo. Deve-se priorizar a garantia de seus direitos, especialmente o direito à convivência familiar e comunitária. Quando viável e apropriado para a criança ou adolescente, deve-se buscar o retorno ao convívio familiar, oferecendo suporte e apoio para auxiliar a família no cuidado e proteção necessários.

Quando não for possível o retorno imediato ao convívio familiar e em situações de violência, é essencial acionar o Conselho Tutelar e a autoridade judiciária para a aplicação de medidas protetivas adequadas. Nesses casos, os profissionais devem intervir para gradualmente vincular a criança ou adolescente a um serviço de acolhimento, onde sua segurança, direitos e proteção possam ser garantidos - ver Figuras 21 e 22 (Fluxos 4.1; 4.2, pp. 85 e 86) e Figuras 23 e 24 (Fluxos 10.1; 10.2, pp. 95 e 96).

A integração do fluxo de atendimento é essencial para garantir uma abordagem abrangente e eficaz para crianças e adolescentes em situação de rua. Tanto a área da saúde quanto a assistência social desempenham papéis fundamentais nesse processo. Com a integração desses setores é possível garantir uma abordagem holística e contínua para as pessoas em situação de vulnerabilidade. A troca de informações e a coordenação entre as equipes intersetoriais permite identificar as necessidades específicas de cada caso e oferecer um suporte personalizado e eficiente.

A atenção sobre famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade, risco social e/ou com direitos violados deve estar pautada por uma abordagem intersetorial abrangente, considerando-se as demandas objetivas e subjetivas, em um trabalho social articulado e reconhecedor da incompletude das políticas públicas, efetivas somente quando atuam de forma integrada no território de abrangência.

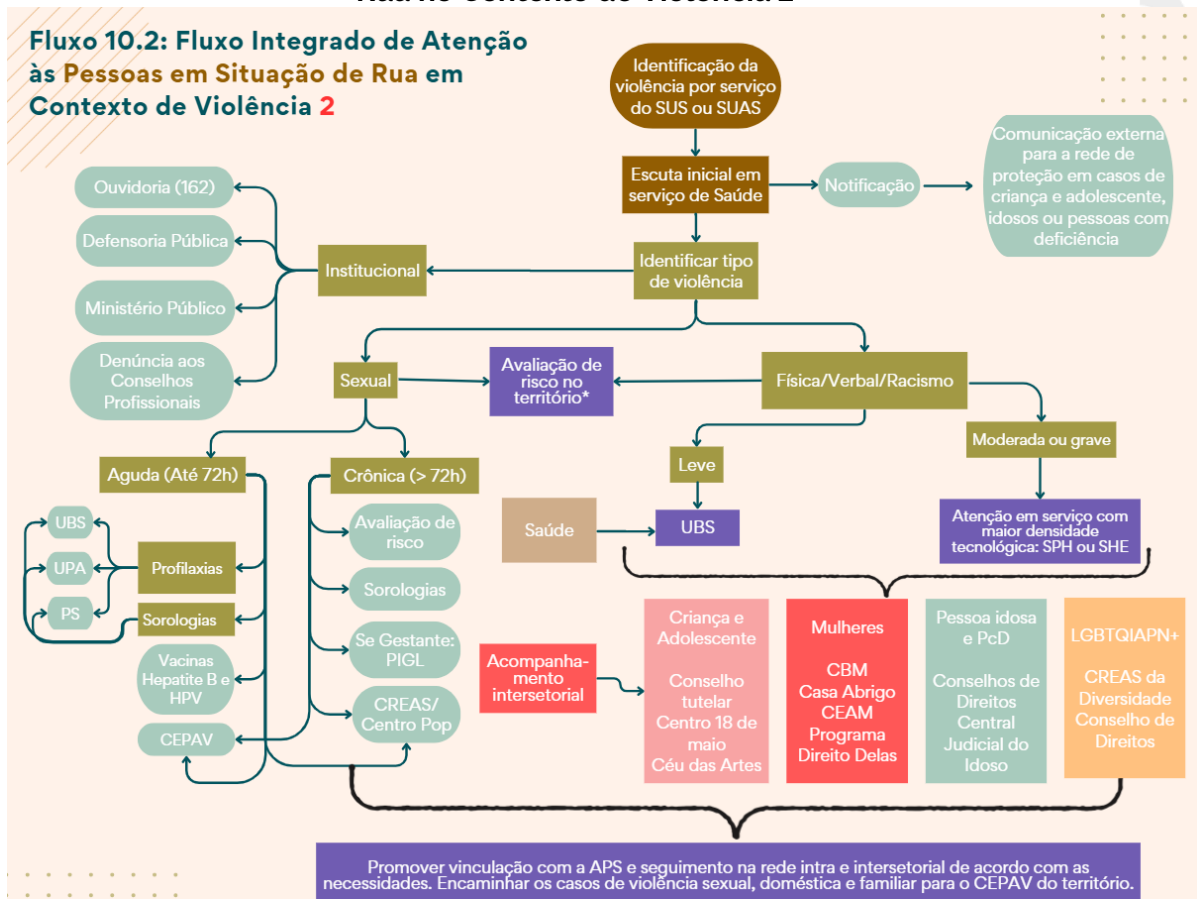
As políticas públicas devem ser colocadas em prática de maneira intersetorial a fim de garantir os direitos da criança e do adolescente em situação de rua, bem como proporcionar atendimento multiprofissional, imunização, cuidados preventivos e tratamento para agravos comuns, além de realizar de maneira responsável encaminhamentos para serviços sociais que ajudem a melhorar as condições de vida desses indivíduos.

Figura 23 – Fluxo 10.1: Fluxo Integrado de Atenção às Pessoas em Situação de Rua em Contexto de Violência



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

Figura 24 - Fluxo nº 10.2: Fluxo Integrado de Atenção às Pessoas em Situação de Rua no Contexto de Violência 2



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

8.3 Fluxo integrado de cuidado e proteção à mulher e à pessoa gestante em situação de rua

De acordo com o 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, 82% dos entrevistados eram homens e 18% mulheres, número bastante inferior à quantidade de homens. Esse cenário se torna ainda mais hostil e desafiador para as mulheres, uma vez que são identificadas como “seres mais frágeis”, menos adaptadas a situações extremas, portanto passam a ser percebidas como vítimas fáceis (QUIROGA, 2009).

Já em 2022, o relatório *População em Situação de Rua - Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal*, do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, publicado em 2023, aponta que “apesar de representarem apenas 13% do total de pessoas vivendo

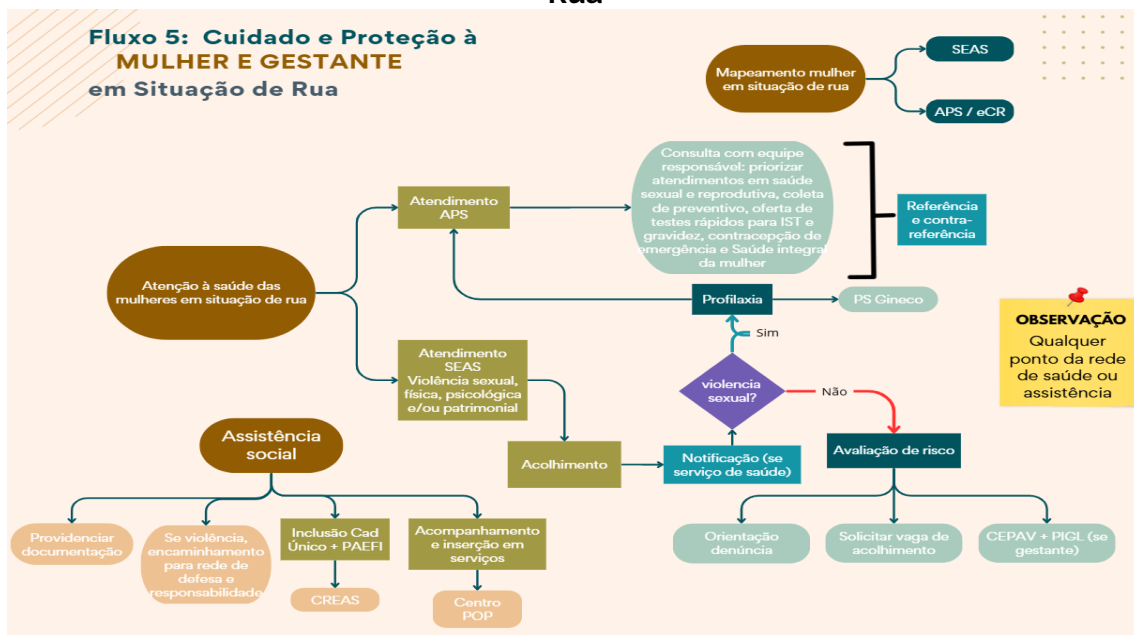
nas ruas, as mulheres são vítimas de 40% dos casos de violência notificados. As mulheres transexuais representam a identidade de gênero mais frequente entre as vítimas que tiveram esse campo preenchido" (BRASIL, 2023).

A saúde da mulher e de todas as pessoas aptas a gestar em situação de rua é uma questão complexa e multifacetada, que envolve diversos desafios e vulnerabilidades. Pessoas nessa situação enfrentam desafios específicos e condições de alta vulnerabilidade por estarem expostas a violência e abusos sexuais, acesso limitado a serviços de saúde para realização de exames periódicos de prevenção de cânceres femininos, planejamento de saúde reprodutiva cerceada e maior vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis.

Os serviços de saúde devem ofertar, de forma facilitada, a todas as mulheres em situação de rua exames de coleta de citopatológico, orientações sobre planejamento reprodutivo, oferta de métodos contraceptivos, inclusive de emergência; orientações preventivas de ISTs, tratamento adequado e sem julgamentos de ISTs, vacinação contra hepatite B e outras doenças do calendário vacinal e outros cuidados em saúde,

Os Fluxos 5, 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4, referentes à saúde da mulher e da pessoa gestante, apresentam a integração entre os serviços SES - APS e Atenção Especializada Hospitalar e Ambulatorial -, Sedes e Conselho Tutelar, este último sendo acionado nos casos em que não houver rede familiar protetiva para o cuidado da criança e não houver desejo da pessoa pela maternagem.

Figura 25 - Fluxo nº 5: Cuidado e Proteção à Mulher e Gestante em Situação de Rua

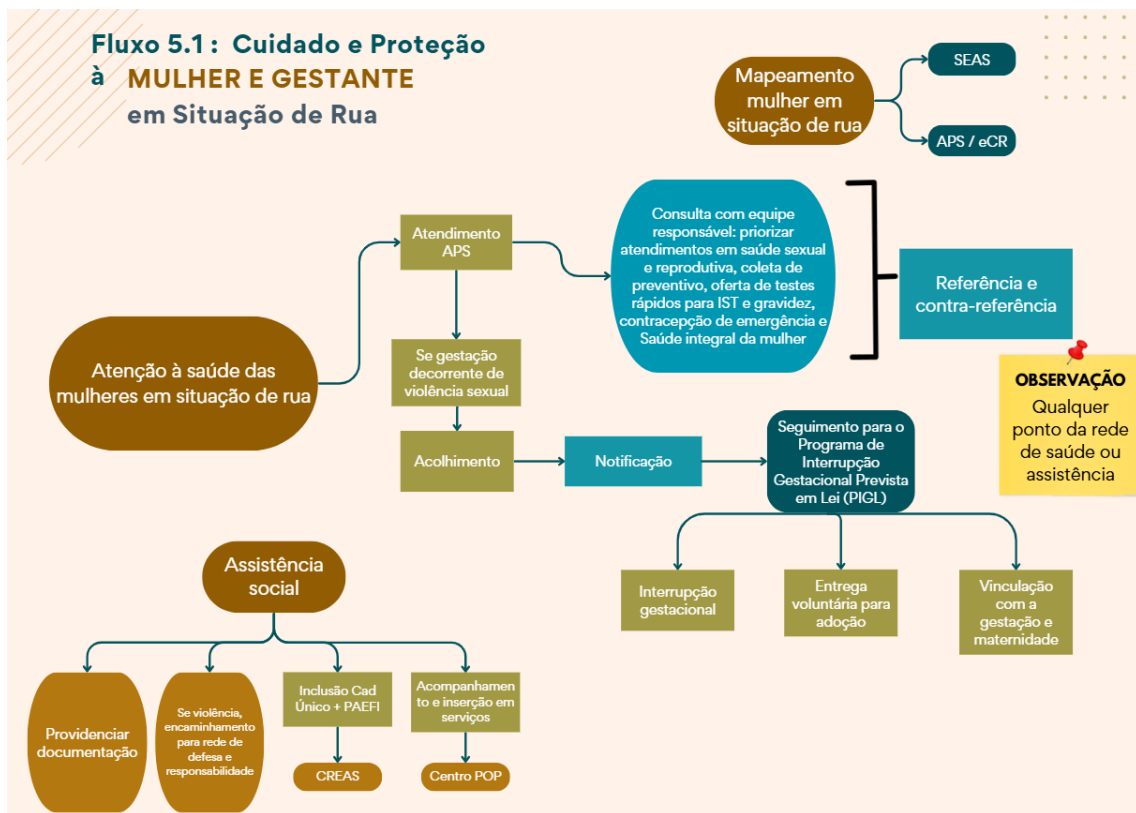


Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

É importante também lembrar que, entre alternativas possíveis que visem à segurança da gestante e do recém-nascido, podem ser articuladas e oferecidas possibilidades de abrigamento para gestantes em situação de rua, durante a gestação e no pós-parto, em unidades de acolhimento institucional ou o retorno para inserção familiar. As parcerias com a defensoria/promotoria pública e Conselho Tutelar são fundamentais em alguns casos (SÃO PAULO, 2023).

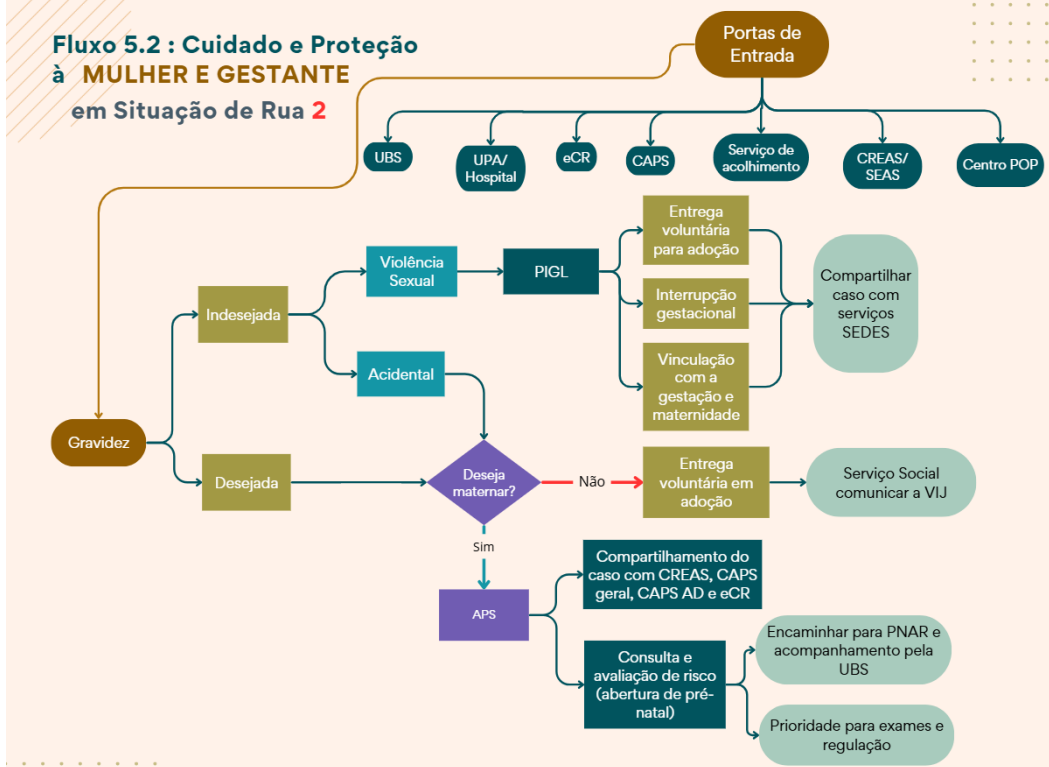
Cabe reforçar que, diante do diagnóstico da gestação no contexto de rua, o profissional precisa considerar sempre a possibilidade de gestação decorrente de violência, compreendendo a situação de violência crônica à qual estão submetidas as pessoas aptas a gestar que vivem na rua, sendo a violência sexual um dos principais tipos perpetrados. Devido a sua importância, apesar de ser citada a temática "violência sexual" neste conjunto de fluxogramas, o assunto será mais bem abordado no tópico seguinte.

Figura 26 - Fluxo nº 5.1 - Cuidado e proteção à mulher e gestante em situação de rua



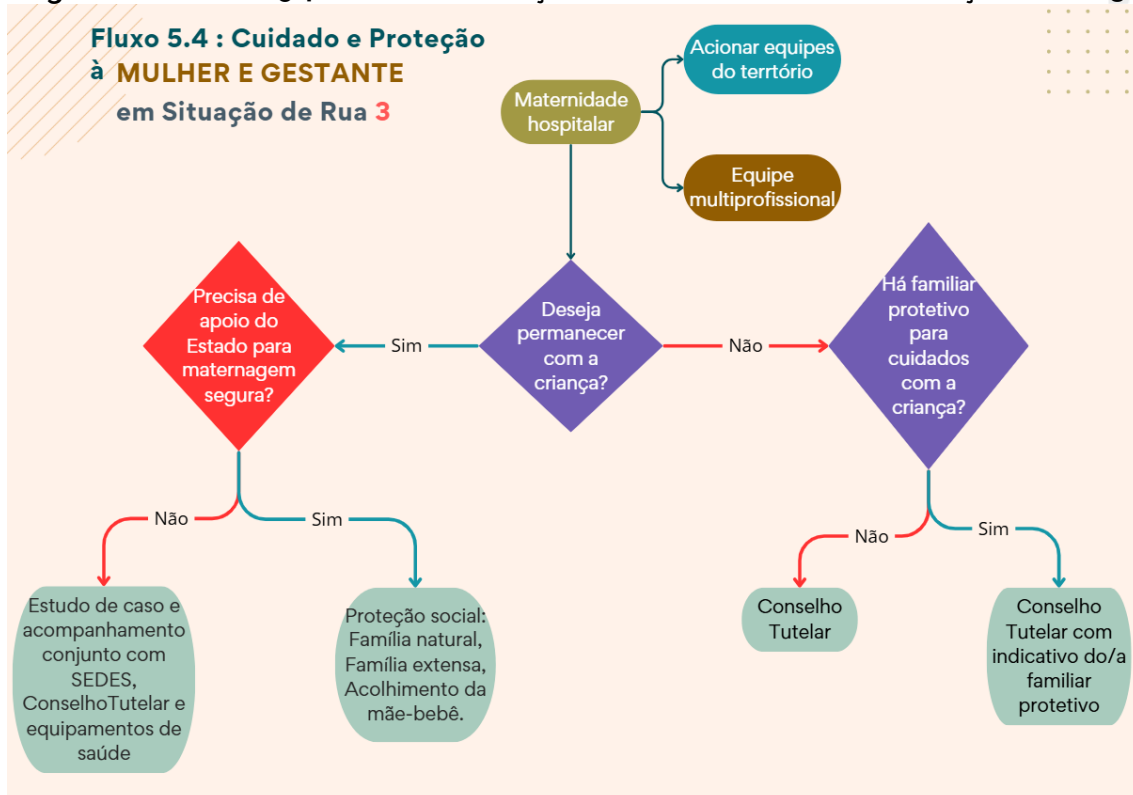
Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

Figura 27 - Fluxo nº 5.2: Cuidado e Proteção à Mulher e Gestante em Situação de Rua 2



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

Figura 28 - Fluxo nº 5.4: Cuidado e Proteção à Mulher e Gestante em Situação de Rua 3



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

8.4 Fluxo integrado de atenção às pessoas em situação de rua em contexto de violência

Alguns segmentos populacionais exigem maior atenção com vistas à equidade, como é o caso da PSR, que vivencia situações crônicas de múltiplas violências – tanto no âmbito interpessoal quanto no que diz respeito à negligência de direitos fundamentais garantidos pelo Estado, conforme mostrado no relatório do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania publicado em 2023. O estudo publicado mostrou que, entre os anos de 2015 e 2022, 2% do total de notificações de violência foram contra a PSR. É importante ressaltar que este número possivelmente é subestimado, considerando-se que a notificação depende de registro e muitos dos casos de violência contra a PSR não são notificados (BRASIL, 2023).

Para este documento norteador, foram construídos dois fluxogramas específicos (Figuras 22 e 23, pp. 94 e 95 - Fluxo 10.1 e Fluxo 10.2) sobre a integração de serviços SES e Sedes, voltados à PSR em contexto de violência. Entre todos os tipos de violência, foram considerados os três tipos que mais afligem a PSR: a violência física, a sexual e a institucional.

A identificação de uma situação de violência pode ocorrer em qualquer serviço que componha a rede de cuidado e proteção às pessoas vítimas de violência. Uma vez ocorrida a identificação, deve-se recorrer a um serviço de saúde para escuta inicial para que seja possível identificar o tipo de violência sofrida e proceder com o cuidado adequado para cada caso.

É preciso estar atento e reconhecer as violências institucionais a que a pessoa em situação de rua pode estar submetida. Nessas situações, faz-se necessário realizar ouvidoria pertinente à instituição em questão e realizar denúncia perante o Ministério Público, a Defensoria Pública e/ou o Conselho Profissional.

No que diz respeito à violência física, deve-se avaliar a gravidade da violência para o encaminhamento adequado aos serviços. Em casos graves e moderados, acionar os serviços emergenciais pré-hospitalares - Samu, CBMDF, UPA - e hospitalar de emergência - Pronto-Socorro -, bem como o Creas.

A violência sexual pode ser enquadrada como aguda ou crônica e requer cuidados diferentes. Em situação de violência sexual aguda, ocorrida com menos de 72h, é importante o encaminhamento da pessoa vítima da violência a um serviço de saúde - UPA, Pronto-Socorro, UBS - para as primeiras medidas de

profilaxia - vacinação, encaminhamento para serviços de saúde especializados, quando necessário, e de assistência social, Creas e Pop Rua.

Em situações que se enquadrem em flagrante, todo e qualquer serviço da rede intersetorial deve comunicar, por meio do 190, os agentes policiais. Contudo, quando não há flagrante, a vítima precisa ir até a delegacia se desejar formalizar a queixa e pedir medida protetiva. Para a PSR, esse deslocamento pode ser um dificultador, sobretudo na ausência do ofensor.

Cabe destacar que é dever de todos os serviços da RAV a notificação, pelo profissional de saúde que identificou a violência, no Sistema de Notificação (Sinan), pois trata-se de notificação compulsória. Essa notificação não tem "papel de denúncia", mas sim de registro para fins epidemiológicos que podem subsidiar políticas públicas favoráveis ao cuidado e proteção dessas pessoas.

A seguir, serão aprofundadas as temáticas sobre violência contra a mulher e crianças em situação de rua.

8.4.1 Mulheres em situação de rua vítimas de violência

A violência é um elemento bastante presente na vida das mulheres em situação de rua, tanto como fator precipitador para situação de rua como fator que permanece em suas vidas quando em condições de rua. A violência física e sexual, a violência provocada pelos parceiros íntimos, a violência policial e a violência pelo tráfico de drogas são os principais tipos mencionados nas pesquisas (SOUZA *et al.*, 2016; SANCHOTENE; DE ANTONI, MUNHÓS, 2019; ROSA; BRÉTAS, 2015; NOBRE *et al.*, 2018; RICHWIN; ZANELLO, 2023).

Em geral, essas mulheres desenvolvem estratégias para sobreviver, o que significa comumente manter relacionamentos com homens que podem lhe oferecer alguma proteção em relação aos outros homens e situações, mas que agridem e exploram suas companheiras (RICHWIN; ZANELLO, 2023; SANCHOTENE; DE ANTONI; MUNHÓS, 2019).

A quebra de vínculos familiares, o uso abusivo de drogas e a dependência financeira são fatores que aumentam a probabilidade dessas mulheres permanecerem em situação de violência. Nesse sentido, o atendimento às mulheres em situação de rua precisa estar sempre atento para esse aspecto, incluindo-o na anamnese mesmo quando não se tratar de queixa trazida por ela. Dessa forma, o

atendimento individualizado é fundamental e precisa ser oportunizado, mesmo quando esta mulher estiver acompanhada.

Embora as violências acima mencionadas sejam as mais comumente reconhecidas socialmente e pela própria mulher, há a naturalização de outras violências às quais as mulheres estão submetidas simplesmente pelo fato de serem mulheres em uma sociedade estruturada pelo domínio masculino. Por exemplo, o julgamento pelo distanciamento dos filhos, uso de drogas, gravidez, recai mais sobre as mulheres do que sobre os homens.

Já em situações em que a violência sexual é crônica, ou seja, aconteceu há mais de 72h, é necessário a avaliação de risco a fim de evitar a repetição da violência e o encaminhamento para serviço de saúde para realização de sorologia (teste rápido) e teste de gravidez.

As equipes de saúde devem estar preparadas tanto para promover ações de prevenção²³ - Profilaxia Pré-Exposição (PreP), orientação de contraceptivos, etc, - quanto para o atendimento IMEDIATO, em casos de violência sexual, quando deverão ser feitos o acolhimento, a notificação (compulsória), a realização da Profilaxia Pós-Exposição²⁴ e os encaminhamentos que se fizerem necessários. Nos casos que culminarem em gestação, a pessoa em situação de rua deve ser orientada quanto à possibilidade de realização de aborto legal - caso a pessoa opte pela interrupção da gestação - ou à entrega voluntária legal de bebês - caso a pessoa opte por manter a gestação, mas não pela maternagem -, como será exposto a seguir.

Quando se tratar de violência sexual e/ou física, é importante avaliar o risco no território, isto é, prevenção de novas violências, acionando serviços como casa de acolhimento e casa de passagem, para o afastamento da vítima da situação de violência.

A Lei Maria da Penha define violência sexual como:

[...] qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2006)

²³ Disponível em <https://www.saude.df.gov.br/dispensacao-da-profilaxia>

²⁴ Disponível em https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/PCDT_RESUMIDO_PEP.pdf/548ace4a-5c20-3034-b7e7-ce337831425a?t=1713357645961

Entre as violências sexuais e as consideradas como violência de gênero, o crime mais prevalente é o de estupro, sendo definido como "o ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso" (BRASIL, 1940).

Vale, ainda, especial atenção quanto aos casos de crianças e adolescentes menores de 14 anos gestantes. Esta mesma legislação estabelece que a conjunção carnal ou outro ato libidinoso com pessoas de até 14 anos ou com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência, configura **estupro de vulnerável** (BRASIL, 1940).

Nesse sentido, é necessário que todos os profissionais envolvidos no cuidado à PSR conheçam o direito à interrupção gestacional prevista em lei, pois a gravidez decorrente da violência sexual é uma das questões de saúde mais delicadas e deve ser encaminhada ao serviço de referência com a sensibilidade necessária à situação. Dessa forma, se a violência provocou uma gravidez, o encaminhamento ao Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL) é necessário. Ressalte-se que **o encaminhamento ao serviço não implica na interrupção obrigatória da gravidez, mas sim no reconhecimento do acesso ao serviço, devendo somente a mulher decidir sobre a continuidade ou não da gravidez**. Nesses casos, o acompanhamento pelo Creas, Centro Pop, Cepav, também são direcionamentos a serem avaliados.

O Código Penal brasileiro (1940) dispõe que "não se pune aborto praticado por médico (...) quando há gravidez resultante de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal" (BRASIL, 1940). Assim, a interrupção legal da gestação deve fazer parte da oferta de serviços de saúde tanto quanto o acesso a métodos contraceptivos ou a garantia de atendimento de qualidade no seguimento pré-natal.

No Distrito Federal, o serviço de aborto legal é ofertado pelo Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL), localizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), sendo regulamentado pela Resolução nº 1, de 1996, do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), que aprovou "a criação do Serviço Multiprofissional de Assistência Integral à mulher, para realização de aborto, nos casos previstos em lei", no então Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), atualmente denominado Hospital Materno Infantil de Brasília - Doutor Antônio Lisboa (HMIB). Em complemento, a Portaria de 9 de fevereiro de 1998, publicada no *Diário Oficial do Distrito Federal (DODF)* nº 29, de 11 de fevereiro de 1998, "disciplina o atendimento

para a realização de abortamento, na rede pública, nos casos de antijuridicidade, previstos no Código Penal Brasileiro". Essa Portaria estabelece, ainda, o HMIB como unidade de referência para o abortamento nas hipóteses admitidas pelo artigo 128 do Código Penal. É no HMIB onde está localizado o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL), organizado - de acordo com os conceitos sanitários - na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) pela Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018.

O serviço possui caráter ambulatorial, atende no **regime de porta aberta** - ou seja, não é necessária a regulação ou o agendamento do atendimento - e não exige o registro de boletim de ocorrência ou nenhum outro tipo de comunicação fora do sistema de saúde para prestar atendimento à vítima de violência sexual que esteja gestante.

Especificamente nos casos das pessoas em situação de rua, recomenda-se o contato da equipe que primeiro acolher a pessoa gestante em decorrência de violência sexual com o serviço, via whatsapp institucional (61 2017-1624), para pactuação do acolhimento oportuno - evitando que a migração característica da PSR impacte na desassistência quanto a esse aspecto do cuidado.

No PIGL, a pessoa sobrevivente de violência sexual que tenha ficado gestante em decorrência desse crime passará por acolhimento realizado por equipe multiprofissional, composta por assistente social, enfermeira, médica e psicóloga. Mediante avaliação de conformidade com critérios clínicos e legais, é realizado o procedimento de interrupção gestacional. Após a interrupção, a pessoa segue em acompanhamento pela equipe do PIGL por 30 dias, sendo atendida sob abordagem biopsicossocial, além do suporte no tocante à educação sexual e ao planejamento reprodutivo. Em seguida, é contrarreferenciada à APS e encaminhada ao Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (Cepav) de acordo com a referência territorial.

Evidencie-se que, no PIGL, além da alternativa de interrupção gestacional, também são orientadas as alternativas de manutenção da gestação para vinculação ou manutenção da gestação para entrega legal à adoção. No caso de vinculação, a pessoa é orientada à realização do pré-natal na UBS de referência. Já no caso de entrega legal à adoção, são realizadas as orientações conforme as *Recomendações Técnicas sobre Entrega Legal e Humanizada de Bebê para Adoção*²⁵ no âmbito da

²⁵ Disponível em:

https://www.tjdft.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/noticias-e-destaques/documentos/recomendacoes-tecnicas-sobre-entrega-legal-e-humanizada-de-bebe-para-adocao_2022.pdf

SES/DF (VIJ-TJDFT; DPDF; MPDFT, 2022) e as cartilhas, conforme exposto anteriormente: *Cartilha de Entrega Voluntária em Adoção - orientações para gestantes*²⁶ e *Cartilha de Entrega Voluntária em Adoção - orientações para profissionais*.²⁷

Se a decisão da pessoa for pela interrupção gestacional, enfatiza-se que, quanto antes o processo de interrupção for executado, menores as chances de complicações, como infecção ou sangramento excessivo.

Outros serviços compõem a rede atenção de proteção às mulheres vítimas de violência. São eles: as casas abrigo, acionadas pelas delegacias, sendo o endereço sigiloso, e o Centro Especializado de Atendimento às Mulheres (Ceam), que fica dentro da Casa da Mulher Brasileira (CMB).

Quando se considera a mulher em situação de rua que sofre violência, seja ela de qualquer tipo, corre-se o risco da rede que deve contribuir para sua proteção naturalizar a situação por ela vivida, devido ao ambiente da rua ser suscetível a essas situações. Faz-se necessário, portanto, desmistificar o olhar para esse público.

Ainda em relação a esse público, evidencia-se que suas redes de apoio estão mais fragilizadas e o contato com o(s) ofensor(es) pode ser ainda mais frequente, pois dividem os mesmos espaços por mais tempo. A relação de dependência pode ser maior e deixar essa mulher imersa nesse ciclo da violência.

É comum que os atendimentos dos serviços de abordagem, sejam da saúde (CnaR), sejam das equipes da Sedes, ou ainda, nas casas de acolhimento temporárias - casa de passagem -, ocorram sem privacidade, o que dificulta a identificação da situação de violência. Uma vez identificada a violência, essa mulher necessitará de suporte para deslocamento aos serviços de atendimento direto, seja à Deam, seja à Casa da Mulher Brasileira, por exemplo.

Ver Figuras 23 e 24 - Fluxos Integrados 10.1 e 10.2 de atenção às pessoas em situação de rua no contexto de violência (pp. 95 e 96).

²⁶ Disponível em https://www.mpdft.mp.br/portal/images/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_entrega_voluntaria_adocao_gestantes.pdf

²⁷ Disponível em https://www.mpdft.mp.br/portal/images/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_entrega_voluntaria_adocao_profissionais.pdf

8.4.2 Crianças em situação de rua vítimas de violência

De acordo com a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, publicado em 2010, considera-se que a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui em um espaço privilegiado para identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como para a orientação às famílias, independente de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências, entre outras peculiaridades. Alguns grupos sociais são mais vulneráveis. Este documento chama a atenção para as especificidades das pessoas em situação de rua, buscando alertar os profissionais para vulnerabilidades, riscos e possibilidades de prevenção, cuidados e proteção.

O PNPI, atualizado em 2020, estabelece recomendações para o enfrentamento da violência sexual a crianças e a adolescentes por meio da sensibilização do Poder Judiciário sobre a importância dos laudos periciais expedidos por profissionais da área médica nos processos criminais relativos à violência sexual; da redução da subnotificação, integrando os diferentes meios de registro e intensificando as campanhas de esclarecimento sobre a violência sexual e a sistematização de práticas comprovadamente eficazes; da adoção de estratégias de proteção para a escuta das crianças vítimas nas diversas instâncias; da educação para a prevenção contra o abuso sexual infantil; da adoção de estratégias de proteção contra a violência sexual a que crianças em situação de rua são submetidas.

Ver Figura 23 – Fluxo integrado 10.2: Atenção às pessoas em situação de rua no contexto de violência (p. 95).

8.5 Fluxo integrado de proteção à pessoa idosa em situação de rua

A vida nas ruas traz inúmeros desafios para as pessoas que vivem nessas circunstâncias. Sendo constantemente segregada, a pessoa em situação de rua está exposta a questões relacionadas a nutrição, segurança, assistência em saúde e

seguridade social. Ao envelhecer, essas situações são agravadas, o que torna ainda mais necessária uma rede de cuidados atuante.

O último Censo realizado em 2023 aponta para o processo de envelhecimento da sociedade brasileira, já desencadeado nas últimas décadas. Esse cenário exige a construção e efetivação de políticas públicas para assegurar a qualidade de vida dessa população. Além disso, há o desafio de transformar a percepção da população em geral perante a pessoa idosa, uma vez que o olhar estigmatizado para essa parcela da população é bastante frequente.

Estudos mostram que, à medida que a população envelhece, cresce o número de casos de abandono familiar, pessoas idosas responsáveis financeiramente pelo sustento de gerações de uma família e situações de violência - física, psicológica, negligência, financeira (G1, 2023).

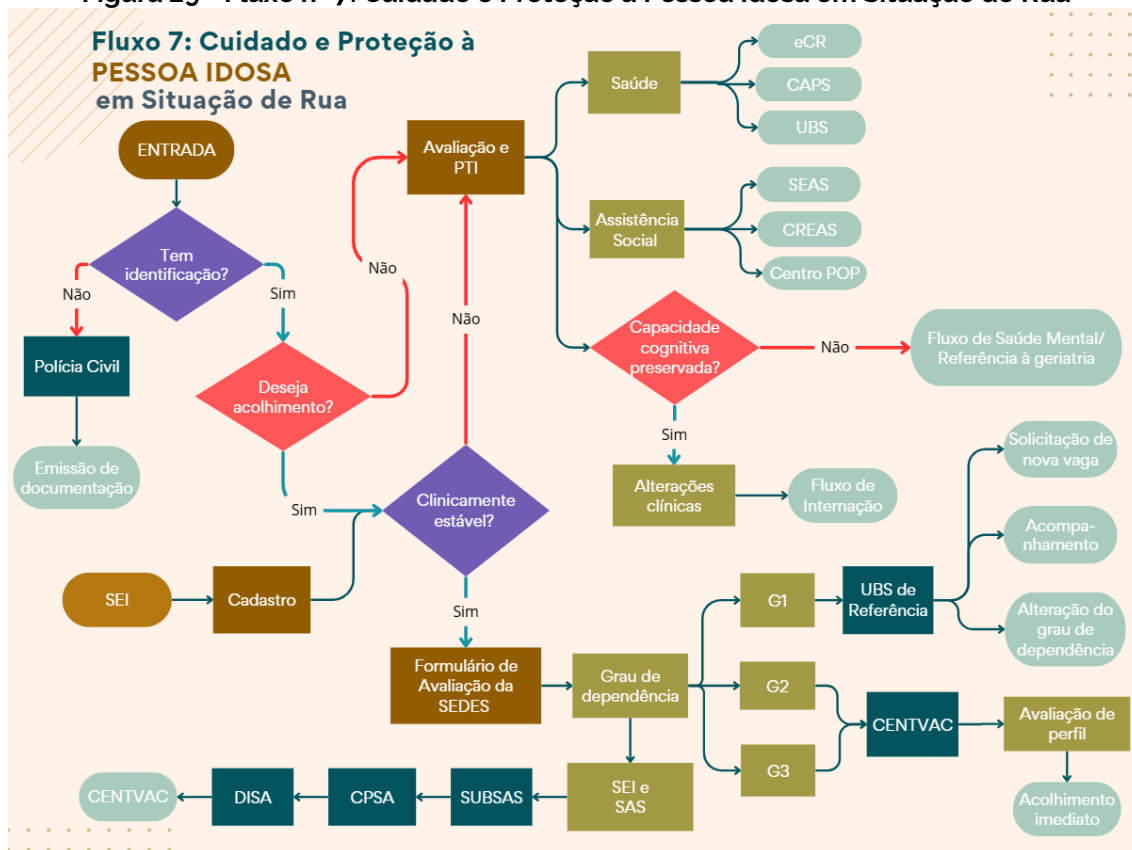
Dessa forma, cresceu também a presença das pessoas idosas em situação de rua, sejam aquelas que estão nesse cenário por longo tempo, sejam aquelas que foram para as ruas devido ao abandono, ao adoecimento, à impossibilidade de garantir o próprio sustento e cuidado. Envelhecer em situação de rua amplifica os desafios inerentes a esse processo, como a perda de autonomia, necessidade de cuidados específicos e surgimento de problemas crônicos de saúde. O envelhecer nas ruas faz com que pessoas idosas fiquem mais vulneráveis e, conseqüentemente, necessitem de cuidados de terceiros de forma mais intensa e/ou acelerada.

Contudo, a especificidade do envelhecer nas ruas pode trazer o aumento da invisibilidade dessa população, uma vez que há um duplo estigma: a rua e o envelhecer. Assim, na contramão de suas necessidades, a pessoa idosa em situação de rua encontra maior dificuldade no acesso às políticas de seguridade social e saúde, enquanto se deveria caminhar no sentido de ampliar o acesso dessa população.

Dentro desse cenário contraditório, é preciso redobrar a atenção para o cuidado da pessoa idosa em situação de rua e a especificidade de atuação. Devido a isso, foi construído, para este documento, o fluxo de proteção à pessoa idosa em situação de rua.

Ao dar entrada em algum serviço de saúde ou de assistência social, é fundamental uma escuta ampla de suas necessidades. Caso não tenha documentos de identificação, é preciso garantir o acesso à 2ª via dos documentos via Defensoria Pública ou Polícia Civil. Esse é um importante passo para o acesso às políticas de transferência de renda e outros benefícios socioassistenciais à população idosa em situação de rua.

Figura 29 - Fluxo nº 7: Cuidado e Proteção à Pessoa Idosa em Situação de Rua



Fonte: SES e Sedes/DF, 2025.

Outro ponto importante é abordar o desejo ou não de ir para uma casa de acolhimento e o estado clínico de saúde. Se clinicamente instável, faz-se necessário o encaminhamento aos serviços de saúde de acordo com a necessidade apresentada, podendo ser os serviços de urgência/emergência, unidades básicas de saúde, com ou sem equipes de Consultório na Rua. Se a condição de saúde permite a ida a uma casa de acolhimento, deve-se seguir o fluxo de acionamento do serviço, em que deverá constar o grau de dependência da pessoa idosa para adequação da vaga. Para acesso ao Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoa Idosa (Saipi), leia o tópico 6.3.3 deste documento e veja, na figura 30 (p. 110), o fluxo específico (Fluxo nº7).

8.6 Fluxo integrado de cuidado para população LGBTQIAPN+ em situação de rua

De acordo com Campos, Cardoso e Moretti-Pires, a população LGBTQIAPN+ em situação de rua tem os piores indicadores de saúde e dificuldade no acesso aos serviços quando comparadas com pessoas que se declaram heterossexuais (CAMPOS, CARDOSO & MORETTI-PIRES, 2019).

Uma sociedade heteronormativa, em que se estabelece como norma a heterossexualidade como única expressão normal de relação afetiva, de identidade de gênero, de expressão de gênero, coloca imediatamente a população LGBTQIAPN+, no lugar de anormalidade. Uma vez estabelecido esse lugar social de "anormalidade", essas pessoas são submetidas a várias formas de violências, concretas e simbólicas, produzidas no contexto social, mas que tomam o *status* de "naturalidade". Dessa maneira, a experiência discriminatória também perpassa as relações estabelecidas na rua, tornando a população LGBTQIAPN+ ainda mais marginalizada devido ao peso conferido pela interseccionalidade entre aporofobia, racismo e LGBTfobia.

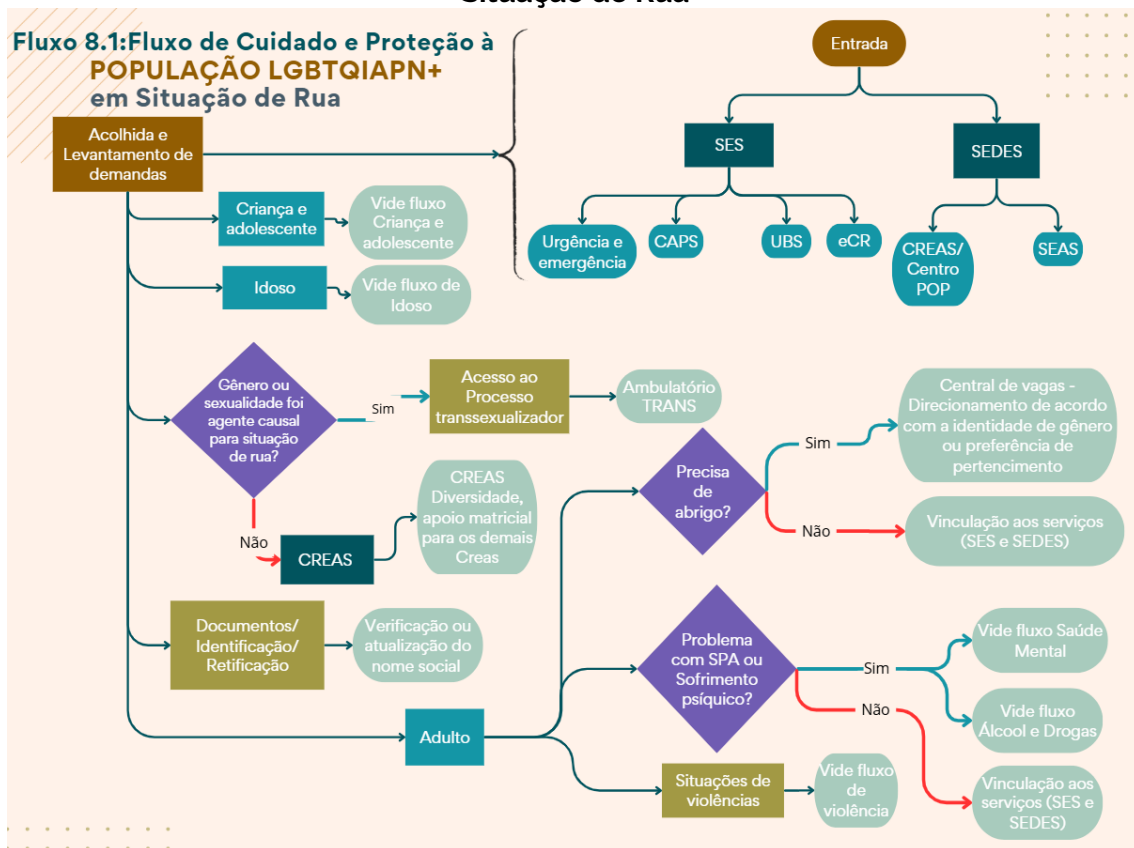
Embora as questões de gênero não sejam os únicos motivos que acarretam a situação de rua para essa população, a exclusão social imposta na trajetória de vida dessas pessoas, devido ao preconceito e a estigmas, faz com que estas pessoas frequentemente adentrem à situação de rua. A dificuldade de emprego e conflitos familiares favorece a ida para as ruas (MACHADO, 2022).

A contextualização da existência de um sujeito na sociedade é fundamental para o desenvolvimento do cuidado em saúde e garantia dos seus direitos fundamentais. O lugar social que lhe é imputado devido à condição de raça, classe e gênero é necessário para o desenvolvimento de estratégias de acesso aos serviços públicos que lhe são de direito. Diante disso, o caminhar pela rede de serviços deve ser adaptado às necessidades singulares de cada sujeito ou grupo, não devendo as normativas estabelecidas dos fluxos de acesso serem impeditivos para que a população LGBTQIAPN+ em situação de rua adentre aos serviços. As organizações internas dos serviços precisam ser flexíveis para que não se tornem barreiras de acesso.

Portanto, o fluxo proposto aqui não tem como objetivo seu enrijecimento, mas sim nortear os profissionais da assistência quanto aos serviços existentes e sua forma de interlocução.

A pessoa LGBTQIAPN+ em situação de rua pode ser acolhida tanto por serviços da assistência social quanto por serviços de saúde, considerando-se suas várias portas de entrada - urgência e emergência, Unidade Básica de Saúde, equipes de Consultório na Rua, Centros de Atenção Psicossocial, Centro Pop, Creas, equipes de abordagem, casa de acolhimento. Em todas elas, o acolhimento e escuta cuidadosa do sujeito considerando a especificidade de cada serviço é a forma prioritária para a identificação das necessidades e demandas.

Figura 30 - Fluxo nº 8.1: Cuidado e Proteção à População LGBTQIAPN+ em Situação de Rua



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

Uma vez identificadas as necessidades e demandas, inicia-se o processo de acionamento da rede de cuidado e proteção. Listamos nesse fluxo demandas comuns que podem surgir no contato com o usuário:

a) Documentos/identificação/retificação: a Defensoria Pública do Distrito Federal, por meio de seu Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos,

presta assistência jurídica diariamente a pessoas trans e não-binárias que desejam retificar o prenome e gênero.

b) Nome social: o nome social é usado em casos em que a pessoa não deseja ou ainda não conseguiu realizar a retificação de nome no registro civil. O nome social pode constar nos documentos como cartão do SUS; nos registros de servidores públicos da Administração Pública Federal e do Distrito Federal; nos registros do Sistema Único de Assistência Social (Suas); na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS); no Título de Eleitor; nos registros escolares; Carteira de Identidade; CPF, etc. A solicitação para a inclusão do nome social deve ser realizada presencialmente ou virtualmente em cada instituição responsável pela emissão do documento.

c) Quando a condição de gênero for a causa para a situação de rua, o Creas e o Creas Diversidade podem ser acionados para a viabilização dos direitos sociais. O Creas Diversidade trabalha com a população específica de violação de direitos pelas questões de gênero e realiza apoio aos demais Creas.

d) Acesso ao processo transsexualizador: o Distrito Federal conta com o ambulatório de Assistência Especializada às Pessoas Travestis e Transsexuais. Esse é um serviço de porta aberta, ligado à Secretaria de Saúde, isto é, a pessoa interessada pode procurar por atendimento diretamente no serviço, tendo ou não encaminhamento.

e) Para casa de acolhimento: em caso de desejo da pessoa ser acolhida, os serviços da assistência social, bem como da saúde, devem entrar em contato pela Central de Vagas, em que a pessoa será direcionada à casa de acordo com sua identidade de gênero ou preferência de pertencimento. Caso a pessoa não deseje acolhimento, ela deverá ser vinculada aos demais serviços da rede da SES e Sedes.

f) Uso abusivo de álcool e outras drogas: deverá seguir o fluxograma de acesso do cuidado em saúde mental.

g) Situações de violência: as situações de violências identificadas devem ser conduzidas a partir do fluxograma para pessoas vítimas de violência.

h) Criança e adolescente LGBTQIAPN+: sendo identificado sofrimento em relação a condição de gênero, as crianças e adolescentes, por meio do sistema de regulação conduzido nas Unidades Básicas de Saúde, podem ser encaminhados ao Adolescentro ou Capsi. Este último é um serviço de porta aberta, não necessitando de regulação ou encaminhamento por escrito. Para as demais questões que permeiam o cuidado e proteção dessa população, veja o fluxo "Criança e Adolescente".

i) Pessoa idosa LGBTQIAPN+ em situação de rua: muitas vezes, o apagamento da sexualidade da pessoa idosa pela sociedade faz com que os serviços negligenciem o olhar e deixem de considerar essa dimensão do cuidado. O preconceito e estigma associam as questões da sexualidade das pessoas idosas a um comportamento inadequado. Contudo, a população em situação de rua LGBTQIAPN+ envelhece, o que não muda sua identidade de gênero e sua vulnerabilidade nessa questão. Dessa forma, cabe a esse público o acesso aos serviços e à rede estabelecida para as pessoas adultas, considerando-se, sempre que necessário, a especificidade desse público para o direcionamento na rede. Para isso, veja o fluxo para a pessoa idosa deste documento (Fig. 30, p. 110).

8.7 Fluxo de desospitalização de pessoas em situação de rua

O Protocolo de Desospitalização de Pacientes Internados em Hospitais e Upas do Distrito Federal²⁸ tem como objetivo organizar o fluxo de desospitalização para pessoas clinicamente estáveis, internadas em unidades hospitalares e Upas da SES/DF, com necessidade de continuidade de tratamento no domicílio, residentes no Distrito Federal, com garantia de alta programada responsável e, ainda, otimizar a comunicação entre o SAD/DF e a APS para implementação e fortalecimento do Serviço de Atenção Domiciliar, em especial melhorando fluxos para encaminhamento de pessoas com perfil para atendimento domiciliar.

Infelizmente, o protocolo de desospitalização não estabeleceu um fluxo exclusivo para a PSR. Desse modo, este documento norteador apresenta um fluxo de desospitalização para PSR e induzirá que, em uma próxima revisão do Protocolo citado, seja incluído o fluxo proposto.

O fluxo de desospitalização (Fluxo n°9, p. 116) para pessoas em situação de rua tem como objetivo acompanhar desde o início da internação, por meio da busca ativa e/ou pedido de parecer pela equipe hospitalar, para possibilitar o acesso aos direitos, benefícios e serviços disponíveis aos usuários, identificando como os

²⁸ Disponível em

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo_de_Desospitalizacao_de_Pacientes_Internados_em_Hospitais_e_UPAS_no_Distrito_Federal+%283%29.pdf/607550de-0572-7e17-fd1c-01faa3443cd1?t=1696592007562

determinantes sociais em saúde influenciam nas situações de vulnerabilidade e risco social em que se encontram.

Além das equipes de saúde hospitalares, das equipes da APS e ambulatoriais especializadas, uma outra equipe é fundamental para a integralidade na assistência à pessoa que será desospitalizada: a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). O Serviço de Atenção Domiciliar do Distrito Federal (SAD/DF) é organizado a partir dos Programas de Internação Domiciliar (PID), Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) e Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade (SAD-AC), com base territorial nas regiões de saúde do DF, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado à pessoa seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência.

A PSR, quando amparada por uma instituição de acolhimento, sendo o usuário elegível para o SAD/DF de acordo com as condições clínicas abaixo, poderá ser acompanhado pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar. Considera-se elegível para o SAD/DF o usuário que, tendo indicação de AD, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares e que apresente condições clínicas nas seguintes modalidades:

Modalidade AD 2:

I - Afecções agudas, com necessidade de tratamentos parenterais ou outros procedimentos frequentes;

II - Afecções crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação com possibilidade de ganho de funcionalidade;

III - Afecções que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados; e

IV - Prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais;

Considera-se elegível na Modalidade AD 3 o usuário:

I - Que se enquadre em qualquer das situações listadas na Modalidade AD 2 e que necessite de:

a) Cuidados predominantemente multiprofissionais; e

b) Uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, como:

1. Ventilação mecânica invasiva e não invasiva domiciliar;
2. Nutrição parenteral;
3. Transfusão sanguínea;
4. Diálise peritoneal;
5. Hemodiálise;
6. Drenagens repetidas - toracocentese, paracentese e outras;
7. Cuidados paliativos em fase final de vida; ou
8. Condições crônico-degenerativas progressivas; e

II - Com necessidade de procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva, antibioticoterapia e outros.

No caso da PSR, o diferencial que ditará o sucesso no processo de desospitalização está intimamente ligado à articulação intra e intersetorial, seja com as eCR e eSF que cubram o território da Unidade de Acolhimento de destino da pessoa, seja com o Creas.

Assim, para providências quanto à desospitalização de pessoas em situação de rua internadas em uma unidade hospitalar da Rede SES/DF, devem ser observadas as seguintes situações:

1. Se o usuário não possui identificação, a equipe assistencial deve enviar uma solicitação de informações com fotos para o Creas e acionar a polícia civil para realizar a identificação do usuário.

2. É necessário solicitar um pedido de parecer ao Serviço Social de referência do estabelecimento de saúde no momento da entrada do usuário.

3. Se a pessoa possui identificação e não tem necessidade de acolhimento institucional, a GIR deve comunicar a alta via SEI à eCR ou eSF e Creas/CPop que registra no SAS.

4. Se a pessoa possui identificação e tem necessidade de acolhimento institucional, a equipe assistencial deve preencher o Instrumento de Avaliação de Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD),²⁹ de acordo com a Nota Técnica nº 10/2023 (laec-AD), Critérios para Inelegibilidade (laec-AD)³⁰ e o Sumário de Alta do Prontuário Eletrônico. A GIR comunica via SEI, com os anexos preenchidos, para a Central de Vagas (Sedes), à eCR e Creas/CPop e à equipe de

²⁹ Disponível em

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/IAEC-AD.pdf/a5a16384-9e9a-e45b-8e63-381d934dcb9e?t=1711389563473>

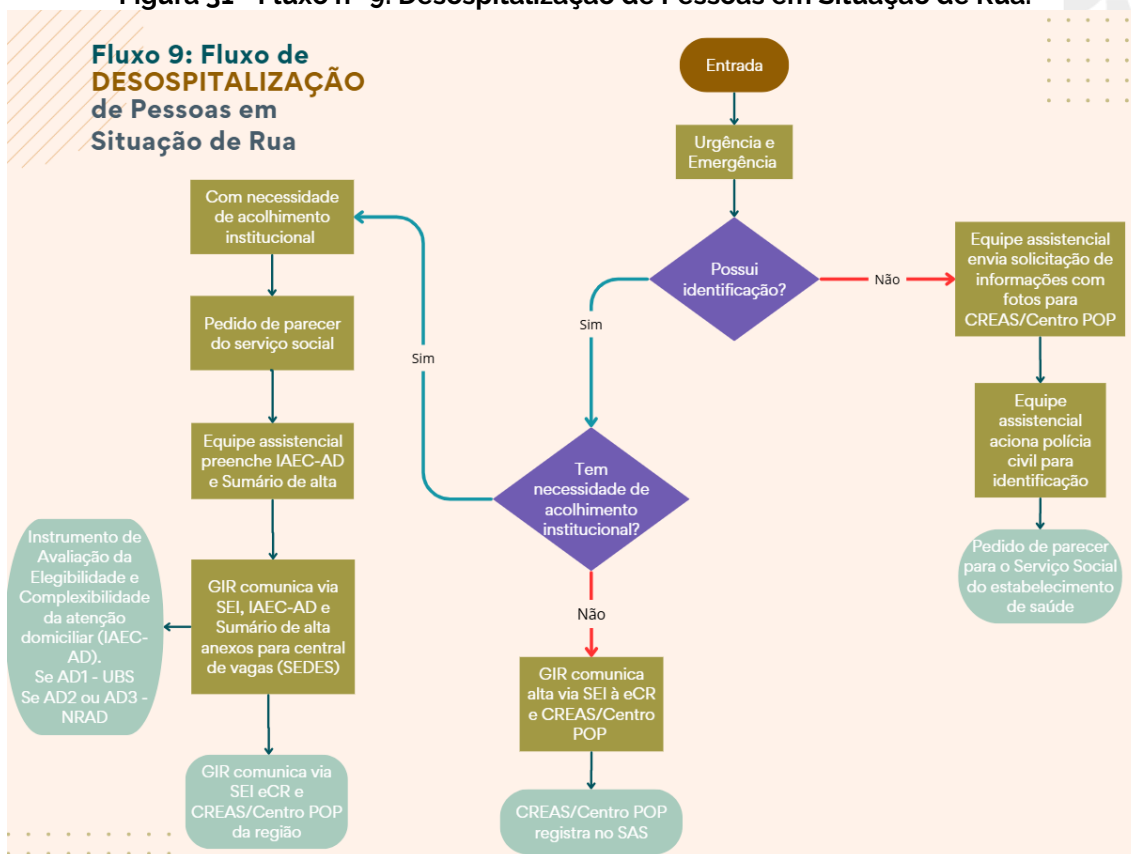
³⁰ Disponível em

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/NOTA+T%C3%89CNICA+No+10_2023-CGADOM_DAHU_SAES_MS.pdf/190c8352-d83d-0254-b4fd-76d66ed5dad6?t=1711389545279

saúde de referência de acordo com a complexidade assistencial avaliada: se AD 1, eSF (UBS) e, se AD 2 ou AD3, Emad (NRAD) do território de referência da instituição de acolhimento.

Assim, é de suma importância a equipe de saúde hospitalar, de atenção domiciliar e ambulatorial, conhecer a realidade da pessoa para o desempenho dos cuidados em saúde demandados, com os equipamentos, medicamentos e insumos fundamentais à continuidade do tratamento em domicílio, seja ele residencial ou institucional.

Figura 31 - Fluxo nº 9: Desospitalização de Pessoas em Situação de Rua.



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

Atenção Domiciliar:

É importante ressaltar que as pessoas em situação de rua que já estão em unidades de acolhimento devem ser acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família - que poderão solicitar apoio matricial às eCR - responsáveis pelo território onde estiverem localizadas estas unidades, conforme discutido no tópico 8.1. Fluxo 3: Acolhimento Institucional e Atenção Primária. Para saber quais UBS são referência das unidades de acolhimento, veja o Quadro 1 - Unidades de Acolhimento Institucional e UBS de Referência, em anexo.

8.8 Fluxo integrado de cuidado e proteção a pessoas em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas

O uso de álcool e outras drogas entre pessoas em situação de rua é um fenômeno multifacetado, influenciado por fatores sociais, econômicos e psicológicos. Estudos indicam que o consumo de substâncias pode ser tanto uma causa quanto uma consequência da situação de rua, criando um ciclo desafiador de se romper. A prevalência do uso de substâncias entre essa população é significativamente maior em comparação com a população geral, exacerbando problemas de saúde física e mental (ANDRADE, 2022). Entende-se que as pessoas em situação de rua vivenciam inúmeras barreiras de acesso aos serviços de saúde, desta forma este fluxo enumera como principais portas de entrada diferentes unidades e serviços projetados para atender às necessidades específicas dessa população vulnerável, sendo elas:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Equipes de Consultório na Rua (eCR);
- Centros de Atenção Psicossocial (Caps e Caps AD);
- Serviços de Acolhimento;
- Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas);
- Serviços Especializados em Abordagem Social (Seas) e Centro de Referência para a População em Situação de Rua (Centro Pop).

Os equipamentos identificados como principais portas de entrada devem realizar articulações intersetoriais para pactuações regionais entre os serviços, facilitando o acesso; definir o número de vagas que determinado serviço pode atender no dia; flexibilizar horários de atendimento e realizar estudos de caso em reunião de equipe, visando a oportunizar a integralidade no mesmo atendimento por meio de atendimentos conjuntos.

A adesão ao tratamento em relação à dependência de álcool e outras drogas está intrinsecamente ligada à motivação do indivíduo e ao reconhecimento do uso como um fator nocivo à saúde. Dessa forma, a abordagem deve considerar se a pessoa vê o consumo como um problema ou não. Caso a pessoa não considere, deve-se realizar a busca ativa intersetorial e a entrevista motivacional.

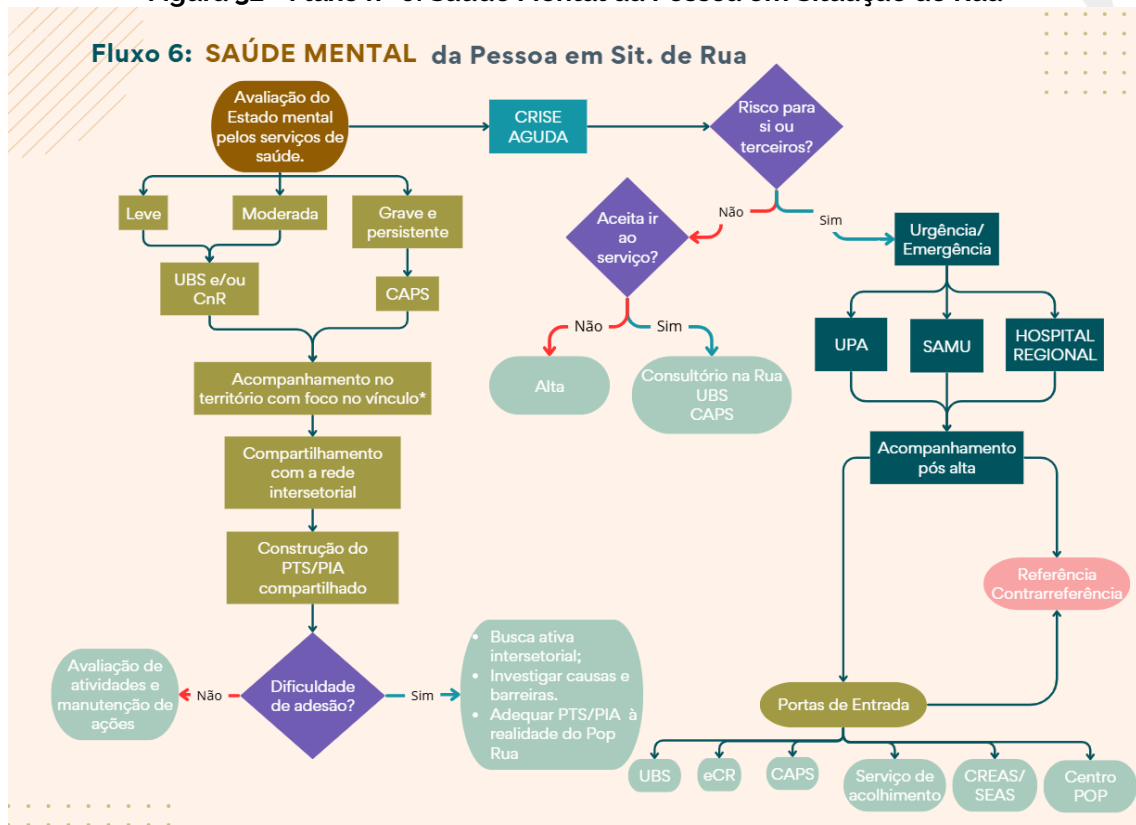
Para as pessoas que desejam tratamento em saúde mental, a abordagem deve ter como norte estratégias de redução de danos e avaliar o atual grau de uso ou de síndrome de abstinência - principalmente no caso do uso de álcool. Em casos em que o uso de álcool e outras drogas é considerado grave ou moderado, deve ser feito o encaminhamento para o Caps AD. Os casos leves devem ser encaminhados para as equipes de Saúde da Família (eSF), eCR e eMulti.

Em caso de situação de crise, é crucial identificar o tipo de crise e realizar um manejo adequado. Em casos de risco de suicídio e surto psicótico, é necessário avaliar imediatamente a situação e implementar medidas de segurança para a pessoa.

Para sintomas graves de abstinência ou surtos psicóticos que necessitem de intervenção em leito hospitalar, o encaminhamento para a Rede de Urgência e Emergência (RUE) é fundamental para estabilização e tratamento intensivo.

Após a crise, a pessoa deve ser encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) para acompanhamento contínuo. É essencial também envolver os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e as equipes do Consultório na Rua (eCR) para garantir cuidado integral e monitoramento contínuo, facilitando a reintegração ao sistema de saúde e prevenindo recaídas.

Figura 32 - Fluxo nº 6: Saúde Mental da Pessoa em Situação de Rua



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

Essa abordagem integrada e multidisciplinar assegura que a pessoa receba suporte em todas as etapas da crise, promovendo a estabilização e acompanhamento contínuo, melhorando a qualidade de vida (BRASIL, 2017).

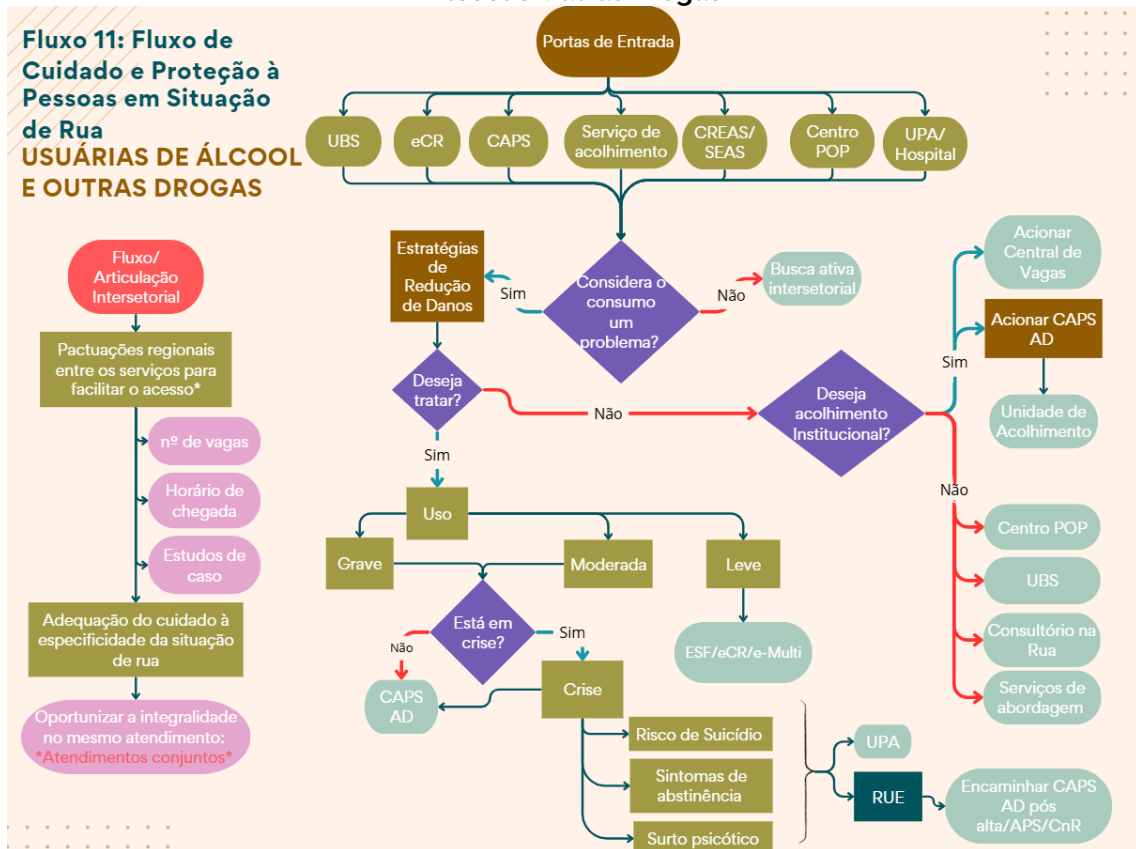
No caso de a pessoa desejar acolhimento institucional, a Central de Vagas pode ser acionada por meio do número 3773-7566 ou solicitação via SEI para o endereço Centvac.

Outra estratégia é acionar o Caps AD da área de abrangência e avaliar, com a equipe do Caps, se há perfil para encaminhamento para Unidade de Acolhimento Adulto.

Caso a pessoa não deseje acolhimento, ela deve ser encaminhada para o Centro Pop, a UBS, o Consultório na Rua ou os serviços de abordagem da região para acolhimento e atendimento necessário e pontual.

O Fluxo nº 11 visa a assegurar que a PSR usuária de álcool e outras drogas receba cuidados de saúde integrais e intersetoriais, respeitando suas necessidades específicas e promovendo estratégias de redução de danos e reabilitação psicossocial.

Figura 33 - Fluxo nº 11: Cuidado e Proteção a Pessoas em Situação de Rua Usuárias de Álcool e Outras Drogas



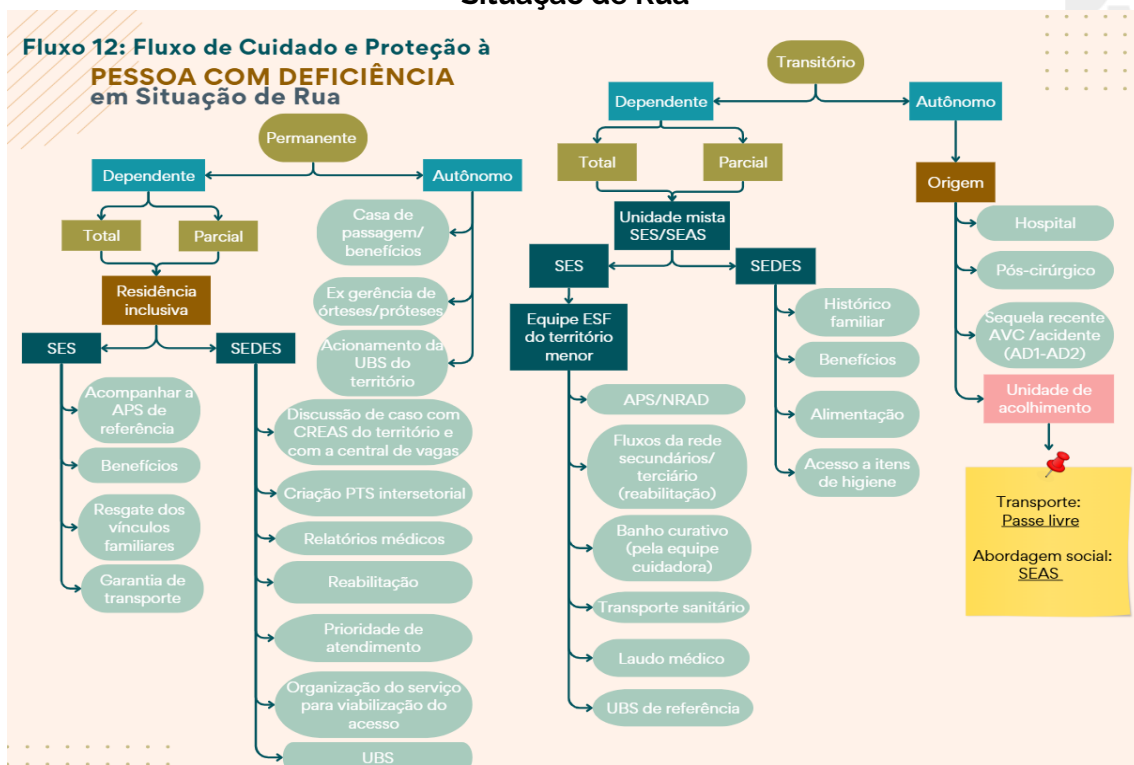
Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

8.9 Fluxo integrado de cuidado à pessoa com deficiência

Pessoas com deficiência em situação de rua enfrentam desafios significativos devido à interseção de sua deficiência com a falta de moradia. Isso resulta em acesso limitado a instalações e serviços adequados, barreiras na obtenção de cuidados de saúde, exclusão social e aumento da vulnerabilidade. Para lidar com esses desafios, é essencial que os serviços de saúde e assistência social sejam sensíveis às necessidades específicas dessas pessoas, fornecendo suporte adaptado e promovendo a inclusão e proteção delas.

O cuidado intersetorial aborda as necessidades complexas e interconectadas das pessoas com deficiência em situação de rua. Esse tipo de cuidado é importante, pois essa população enfrenta desafios que vão além da saúde e assistência social. Ao adotar essa abordagem, os serviços interconectados podem colaborar com outras áreas, como habitação, emprego, educação e segurança, para garantir atendimento integral e personalizado, com o objetivo de contribuir para uma melhoria significativa na qualidade de vida dessas pessoas.

Figura 34 - Fluxo nº 12: Cuidado e Proteção à Pessoa com Deficiência em Situação de Rua



Fonte: SES E SEDES/DF, 2025.

O Fluxo n° 12 (figura 33) descreve um conjunto abrangente de medidas e procedimentos envolvendo múltiplos órgãos e serviços, destinados a fornecer cuidados integrados e proteção para pessoas com deficiência em situação de rua.

Esse fluxo descreve o cuidado e proteção para pessoas com deficiência em situação de rua abordando diferentes aspectos e etapas do processo, incluindo a atenção permanente e transitória, considerando as condições de dependência total ou parcial, bem como a residência inclusiva. Envolve órgãos como a Secretaria de Saúde (SES), Secretaria de Desenvolvimento Social (Sedes), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e a rede secundária/terciária para reabilitação. Também engloba a discussão de casos com o Creas do território e a Central de Vagas, além da criação de Projeto Terapêutico Singular (PTS) intersetorial. Há menção à necessidade de relatórios médicos, reabilitação, prioridade de atendimento, organização dos serviços para viabilizar o acesso e acionamento da UBS do território.

São abordados aspectos como resgate dos vínculos familiares, garantia de transporte, acesso a benefícios, itens de higiene e alimentação, bem como o acolhimento em unidades específicas. O fluxo destaca a importância do acompanhamento da Atenção Primária à Saúde (APS) de referência e a autonomia das pessoas atendidas. Além disso, menciona a necessidade de laudo médico, histórico familiar, acesso aos serviços de órteses/próteses ³¹da SES/DF (Núcleo de Produção de Órteses e Próteses (Nupop), também conhecido como Oficina Ortopédica e o Núcleo de Atendimento Ambulatorial de Órteses e Próteses e Materiais Especiais (Naopme) e cuidados específicos, como higiene pessoal e realização de curativos. Também são citadas questões relacionadas ao transporte sanitário e origem das pessoas atendidas, como hospitais ou unidades de acolhimento. Para a garantia de transporte, faz-se necessária a articulação com a Secretaria de Mobilidade Urbana e a Sedes.

³¹ Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/ortese-e-protese>

9

INTERSETORIALIDADE



9. Intersetorialidade

A Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR) tem como um dos principais fundamentos para sua concretização a intersetorialidade, visando à integralidade do atendimento às necessidades sociais dessa população (PRATES *et al.*, 2013, p.3).

A intersetorialidade é uma estratégia de gestão que pode contribuir para a qualidade de vida e para o atendimento integral das demandas desse segmento populacional, melhorando sensivelmente suas condições de vida (WANDERLEY; MARTINELLI; PAZ, 2020).

Equipamentos como o Centro Pop e o Consultório na Rua devem ter a intersetorialidade como principal norteador de suas ações para ampliar o grau de respostas perante outras políticas para as pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011a; 2011c).

O terceiro setor também é um dos integrantes da rede de proteção à população em situação de rua. Existem várias parcerias com empresas privadas e Organizações Não Governamentais (ONGs) que prestam serviços de abrigo e tratamento de dependência de álcool e outras drogas, como as Comunidades Terapêuticas (YAMAMOTO, 2007).

O Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da PNPSR (BRASIL, 2023) foi dividido em eixos para melhor entendimento das necessidades da PSR. Entre eles, estão: assistência social e segurança alimentar, saúde, violência institucional, cidadania, educação e cultura, habitação; trabalho e renda, produção e gestão de dados. Cada um desses eixos envolve vários atores, de forma intersetorial, no intuito de articular propostas de ação para que juntos possam articular melhorias para a pessoa que vive em situação de rua.

Por meio da intersetorialidade, pode-se realizar uma abordagem holística, o que permite uma visão mais abrangente das necessidades da PSR, que, muitas vezes, enfrenta múltiplas dimensões de vulnerabilidade, como saúde, segurança, educação e habitação. Integrar esforços entre setores pode resultar em soluções mais completas e eficazes. As ações se tornam mais eficientes a partir da cooperação entre diferentes áreas - saúde, assistência social, habitação, segurança pública -, evitando-se a duplicação de esforços e garantindo-se que os recursos sejam utilizados da melhor forma possível. Reduz-se a fragmentação do cuidado integrando esses serviços e proporcionando um suporte mais contínuo e

coordenado para as pessoas em situação de rua, por meio de uma abordagem mais proativa e preventiva, antecipando e tratando problemas antes que eles se agravem.

A importância da intersetorialidade para esta população demonstra o quanto pode promover a garantia de direitos, acesso e cidadania para a PSR, incluindo-os em programas sociais e em serviços que necessitem para melhoria da sua qualidade de vida.

9.1 Programa Cozinha Solidária

Como contribuição para a segurança alimentar e nutricional nos territórios, garantindo a oferta de alimentos *in natura* e minimamente processados, preservando a cultura local e tendo como base o Guia Alimentar para a População Brasileira, temos disponíveis as cozinhas solidárias. Situadas em áreas periféricas das grandes cidades, o funcionamento delas consiste no fornecimento gratuito de refeições, sendo o público-alvo as pessoas vulnerabilizadas e em risco social, que incluem as pessoas em situação de rua (BRASIL, 2024).

O programa atua promovendo a vinculação da comunidade, além de sua autonomia, construindo hortas urbanas comunitárias e contribuindo para a garantia da soberania alimentar daqueles indivíduos. É um potente equipamento de integração com as unidades básicas de saúde e serviços de assistência social do território, para a promoção da SAN.

No Distrito Federal, temos a unidade do Sol Nascente, localizada na região de saúde oeste. As pessoas que não possuem documentação podem cadastrar-se considerando o nome completo e assinatura.

9.2 Saúde Prisional

Na perspectiva da intersetorialidade da Saúde Prisional, cabe ressaltar a existência de pessoas com histórico e/ou vivência de rua sob a custódia do Estado, inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança. De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), deve ser garantida aos usuários em situação de privação de liberdade a escuta qualificada, promovendo cuidado integral e humanizado desde o primeiro contato. Esse acolhimento deve ser iniciado na Divisão de Controle e Custódia de Presos (DCCP) do Departamento de Polícia

Especializada (DPE/PCDF), estabelecendo sua continuidade no Centro de Detenção Provisória (CDP) do Complexo Penitenciário da Papuda, na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) ou na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), bem como nas demais unidades penais, de acordo com a movimentação das pessoas privadas de liberdade pelo sistema prisional do DF.

Quando necessário, as equipes multiprofissionais da saúde prisional devem realizar a referência e contrarreferência para a rede de serviços extramuros da rede de saúde ou rede socioassistencial, para apoiar o processo de ressocialização, resgate dos vínculos familiares e comunitários e/ou encaminhamento aos serviços do Sistema Único de Assistência Social (Suas) para o atendimento dos egressos das unidades penais que apresentem situação de vulnerabilidade. Nos casos em que identificado o rompimento dos vínculos afetivos e familiares, quando o(a) custodiado(a) não apresenta local de moradia ou se forem moradores de outras cidades, estados e até de outros países, faz-se necessária maior articulação com a rede de apoio social, visando à possibilidade de encaminhamento para os serviços de acolhimento institucional, bem como articular com os dispositivos da Raps nos casos que envolvam a desinternação responsável das pessoas em medida de segurança, conforme o Plano Terapêutico Singular.

10

CONCLUSÕES



10. Conclusões

O Documento Norteador Intersetorial para Integração dos Serviços de Saúde e Proteção Social à Pessoa em Situação de Rua é a sistematização de um conjunto de ações e serviços que visam a sanar as necessidades específicas daqueles que vivem nos espaços da rua, integrando as ações e serviços da Secretaria de Desenvolvimento Social (Sedes) e da Secretaria de Estado de Saúde (SES). Pode ser definido como uma união pactuada entre os serviços de saúde e assistenciais, por meio de fluxos que objetivam garantir uma assistência mais integral e equânime dentro da rede, por meio de abordagens interdisciplinares e intersetoriais.

Contudo, este documento não tem a pretensão de ser conclusivo ou sanar todas as necessidades da PSR. Logo, em futuras atualizações, faz-se necessária a avaliação dinâmica dos serviços e a inclusão de outros serviços vinculados às demais secretarias do Governo do Distrito Federal, como Secretaria de Educação, Justiça, Habitação e Mobilidade Urbana, com a inserção de novos fluxos.

11

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



11. Referências Bibliográficas

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

BRASIL. **Decreto nº 11.937, de 5 de março de 2024**. Regulamenta o Programa Cozinha Solidária. Brasília, 5 de março de 2024; 203º da Independência e 136º da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d11937.htm

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm

BRASIL. Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 8 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 8 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária**, [s. l.]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado. Puericultura**, [s. l.], 22 nov. 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/>. Acesso em: 2 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Uso e-SUS APS**. Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/docs/manual/>. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília-DF:

MS, (2011c). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011**. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 5 ago. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 8 jan. 2024.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021**. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2021**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, dezembro de 2011. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 16 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, 2012. - ISBN 978-85-334-1950-6. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf/view. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL 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 : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Nota Técnica nº 01/2016/MDS/MSaúde**. Assunto: Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. 10 de maio de 2016. Disponível em: <https://www.mds.gov.br>.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP**. Brasília-DF: MDS (2011a). Recuperado de http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_cent_ro_pop.pdf.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Perguntas e Respostas: Serviço especializado em Abordagem Social. SuAS e População em Situação de Rua**. Vl 4. 2013. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Perguntas_Ser_vico_AbordagemSocial.pdf. Acesso em: 1º mar. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Dezembro 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cpla-no-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investment-o-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2_of_V3_plano_acoes_populacao_de_ua1.pdf. Acesso em: 6 fev. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.431/2017, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 8 jan. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **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. Diário Oficial da União. Disponível em:

<https://legis.senado.leg.br/norma/411537/publicacao/15750903>

CAMPOS, D. A.; CARDOSO, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. **Saúde e Debate**, v 43, n especial 8, p 79-90, 2019.

CAMPOS GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 4ª edição; 2013.

CUNILL-GRAU, N. **La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales**: Un acercamiento analítico-conceptual. Gest. polít. pública, Ciudad de México , v. 23, n. 1, p. 5-46, enero 2014 .

DISTRITO FEDERAL. Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF). Resolução nº 1, de 30 de abril de 1996. Aprova a criação do Serviço Multiprofissional de Assistência Integral à Mulher, para realização de aborto, nos casos previstos em lei, no Hospital Regional da Asa Sul- HRAS. Brasília, DF: **Diário Oficial do Distrito Federal**, 1996.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 42.542, de 28 de setembro de 2021. Institui a Política Intersetorial de Enfrentamento às Violências contra Crianças e Adolescentes do Distrito Federal. Brasília, DF: **Diário Oficial do Distrito Federal**, 2021. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/943089a6374442d6a33efb3a09bb64d3/Decreto_42542_28_09_2021.html. Acesso em: 8 jan. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Ministério Público. **Cartilha de Entrega Voluntária em Adoção - orientações para gestantes**, 2023. Disponível em: <http://mpdfm.mp.br> Acesso em: 10 mar. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Ministério Público. **Recomendações Técnicas sobre Entrega Legal e Humanizada de Bebê para Adoção**, 2022. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br> Acesso em: 7 mar. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Rede Nacional Primeira Infância (RNPI). **Plano Nacional Primeira Infância: 2010 - 2022 | 2020 - 2030**; ANDI Comunicação e Direitos. - 2ª ed., 2020. 260 p. : il.; Color. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2020/10/PNPI.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. **Abordagem Social**. Disponível em: <https://sedes.df.gov.br/abordagem-social/>. Acesso em: 2 mar. 2024

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. **A Sedes**. Atualizado em 07/2023. Disponível em: <https://www.sedes.df.gov.br/a-sedes/> Acesso em: 11 mar. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. **Centro POP**. Disponível em: <https://www.sedes.df.gov.br/centro-pop/>. Acesso em: 7 mar. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. **Creas**. Disponível em: <https://www.sedes.df.gov.br/protecao-e-atendimento-especializado/>. Acesso em: 11 de mar. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. **Serviços de Proteção Social**. Atualizado em 14/02/2025. Disponível em: <https://www.sedes.df.gov.br/servicos-de-acolhimento-institucional-2>. Acesso em: 24 ago 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Inspeção ambiental para controle de pragas urbanas de importância médica**. Página atualizada em: 03/08/2024. Disponível em: Inspeção ambiental para controle de pragas urbanas de importância médica - Secretaria de Saúde do Distrito Federal <http://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 11 mar. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde, **Nota Técnica nº 4/2023 - SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP**: Assunto: Acesso de pessoas em Situação de Rua aos serviços de Atenção Primária do Distrito 6305c05b-104b-c8b3-7503-25fbbeb0b1670. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 11 mar. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018. Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária. Brasília, DF: **Diário Oficial do Distrito Federal**, 2018.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento em Saúde. **Plano Distrital de Saúde: PDS 2024 a 2027/** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: SES/DF, 2024. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 11 mar. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria de 09 de fevereiro de 1998. Disciplina o atendimento para a realização de abortamento, na rede pública, nos casos de antijuridicidade, previstos no Código Penal Brasileiro. Brasília, DF: **Diário Oficial do Distrito Federal**, 1998.

DOMANICO A. História, conceitos e Princípios da Redução de Danos EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) **Redução de Danos: Conceitos e Práticas**, Material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. 57 p. ISBN: 978-85-62377-21-1 (*on-line*) pp. 5-15

G1. **Denúncias de abandono de idosos crescem 855% em 2023, aponta Ministério dos Direitos Humanos** | Política | G1 (globo.com), Reportagem publicada em: 19/06/2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2023/06/19/denuncias-de-abandono-de-idosos-crescem-855percent-em-2023-aponta-ministerio-dos-direitos-humanos.ghtml>

HARM REDUCTION INTERNATIONAL, 2024. **What is harm reduction?** Disponível em: <https://hri.global/what-is-harm-reduction>. Acesso em 16 fev. 2024.

IPEDF – INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA DO DISTRITO FEDERAL. **Perfil da população em situação de rua do Distrito Federal**. Relatório de pesquisa. Brasília: IPEDF, 2022. Disponível em: <http://codeplan.df.gov.br>

LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. (org). **Processo de trabalho na atenção básica**

[recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. 2. ed. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

MACHADO, R. W. G. POPULAÇÃO LGBTQIA+ EM SITUAÇÃO DE RUA: ASSISTÊNCIA SOCIAL EM DEBATE. **Rev. Gênero**, v 22, n 2, p. 29-51, Niterói, 2022.

MATO GROSSO DO SUL, Núcleo de Telessaúde. **Quais são os passos para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular na APS? - SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA - SOF**. 31 de maio de 2021. Disponível em: Quais são os passos para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular na APS? - BVS Atenção Primária em Saúde.

NOBRE, M. T.; MORENO, N. S.; AMORIM, A. K. de M.; SOUZA, E. C. de. "Narrativas de modos de vida na rua: histórias e percursos". **Psicologia e Sociedade**, v. 30, e175636, 2018.

ORANJE, B.S.; OLIVEIRA, E.M.P.S; RODRIGUES JR, D.R.; SILVA, N.C.; MACEDO, V.P.R.; GONÇALVES, M.J.F.; AMORIM, D.T. Linha de cuidado enfocando a vulnerabilidade: Pessoas em Situação de Rua. In: ROCHA, E.S.C.; TOLEDO, N.N.; PINA, R.M.P.; PEREIRA, R.S.F.; SOUZA, E.S.; **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 33-9. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c04>. Acesso em: 19 jan. 2024.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. **Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal**, MDHC/Governo Federal, 2023. Disponível em: www.gov.br/mdh/pt-br

PRATES, J. C., *et al.* A política de inclusão das populações em situação de rua no Brasil e o desafio da integralidade. In: **Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família**, 13., 2013, Porto Alegre. Anais eletrônicos... Porto Alegre, RS: PUC-RS, 2013. Disponível em: ebooks.pucrs.br. Acesso em: 4 set. 2024.

QUIROGA, J.; NOVO, M. Elas nas ruas: a população de rua e a questão de Gênero. In: **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**, 2009.

RICHWIN, I. F., & ZANELLO, V. (2023). "Desde casa, desde berço, desde sempre": violência e mulheres em situação de rua. **Revista Estudos Feministas**, 31(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n177926>

RNPI/ANDI, Plano Nacional Primeira Infância: 2010 - 2022 | 2020 - 2030 / Rede Nacional Primeira Infância (RNPI); **ANDI Comunicação e Direitos**. - 2ª ed. (revista e atualizada). - Brasília, DF: RNPI/ANDI, 2020.

ROSA, A.; BRÊTAS, A. C. "A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil". **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 53, p. 275-285, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832015000200275&lng=pt&nrm=iso

ROSA, A. S. **População em situação de rua: a vida a céu aberto**. Universidade Federal de São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem, p. 1-1, 18 ago. 2021. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epe/noticias/populacao-em-situacao-de-rua-2021>. Acesso em: 12 jan. 2024.

SANCHOTENE, I.; DE ANTONI, C.; MUNHÓS, A. "Maria, Maria: concepções sobre ser mulher em situação de rua". **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 146-160, 2019. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/29297>

SANTOS, E. T. A.; SARRETA, F. O., GUILHERME, B. C. O. A cor das ruas: o racismo e a população em situação de rua no Brasil. **PerCursos**, Florianópolis, v.24, e0304, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.5965/19847246242023e0304>

SÃO PAULO, Secretaria Municipal. **Atenção integral à saúde da pessoa em situação de rua** - Documento norteador - 2023 - Secretaria de Saúde de São Paulo. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento_norteador_pop_ rua_dez23.pdf

SOARES, A.M. Redução de Danos: Intervenções possíveis ao uso de álcool e outras drogas. EM: SILVA, L.F.C.B. (Org) **Saúde Mental no Cerrado: Intervenções e Reflexões em Álcool e Outras Drogas no Distrito Federal**. Florianópolis, SC; ed. Bookers, 2014.

SOUZA, M. R.; OLIVEIRA, J. F.; CHAGAS, M. C. G.; CARVALHO, E. S. S. "Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas". **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, e59876, 2016. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/59876>

SOUZA, T.P. Práticas em Redução de Danos EM: FORMIGONI, M.L.O.S.; DUARTE, P.C.V.A. (Org) **Redução de Danos: Conceitos e Práticas**, Material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. 57 p. ISBN: 978-85-62377-21-1 (*on-line*) pags 16-30;

VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. **Estud. psicol.** (Natal), Natal , v. 24, n. 1, p. 42-51, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190005>

YAMAMOTO, O. H. (2007). Políticas Sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": Perspectiva e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, 19(1), 30-37. doi:<http://dx.doi>.

ZIHLMANN, K.F.; BARREIROS, G.B. Redução de danos e IST/HIV/Hepatites Danos EM: FORMIGONI, M.L.O.S.; DUARTE, P.C.V.A. (Org) **Redução de Danos: Conceitos e Práticas**, Material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. 57 p. ISBN: 978-85-62377- 21-1 (*on-line*) pp. 31-43.

12

ANEXOS



Quadro 1 - Unidades de Acolhimento Institucional e UBS de Referência

Região de Saúde	Região Administrativa	Nome da instituição	GSAP	UBS de Referência
Central	Plano Piloto	Aldeia Infantil SOS	GSAP 02 Asa Norte	UBS 02 Asa Norte
Central	Plano Piloto	Casa de Ismael	GSAP 02 Asa Norte	UBS 02 Asa Norte
Central	Plano Piloto	Casa de Ismael Casa Verde	GSAP 02 Asa Norte	UBS 02 Asa Norte
Central	Plano Piloto	Família Acolhedora	GSAP 01 Asa Sul	UBS 01 Asa Sul

Região de Saúde	Região Administrativa	Nome da instituição	GSAP	UBS de Referência
Centro-Sul	Guará	Instituto Tocar - Guará	GSAP 2 Guará II	UBS 02 Guará
Centro-Sul	Guará	Casa de Ismael - Guará II	GSAP 01 Guará I	UBS 01 Guará
Centro-Sul	Núcleo Bandeirante	Nosso Lar - Núcleo Bandeirante	GSAP 01 Núcleo Bandeirante	UBS 01 Núcleo Bandeirante
Centro-Sul	Parkway	Larzinho Chico Xavier	GSAP 01 Núcleo Bandeirante	UBS 01 Núcleo Bandeirante

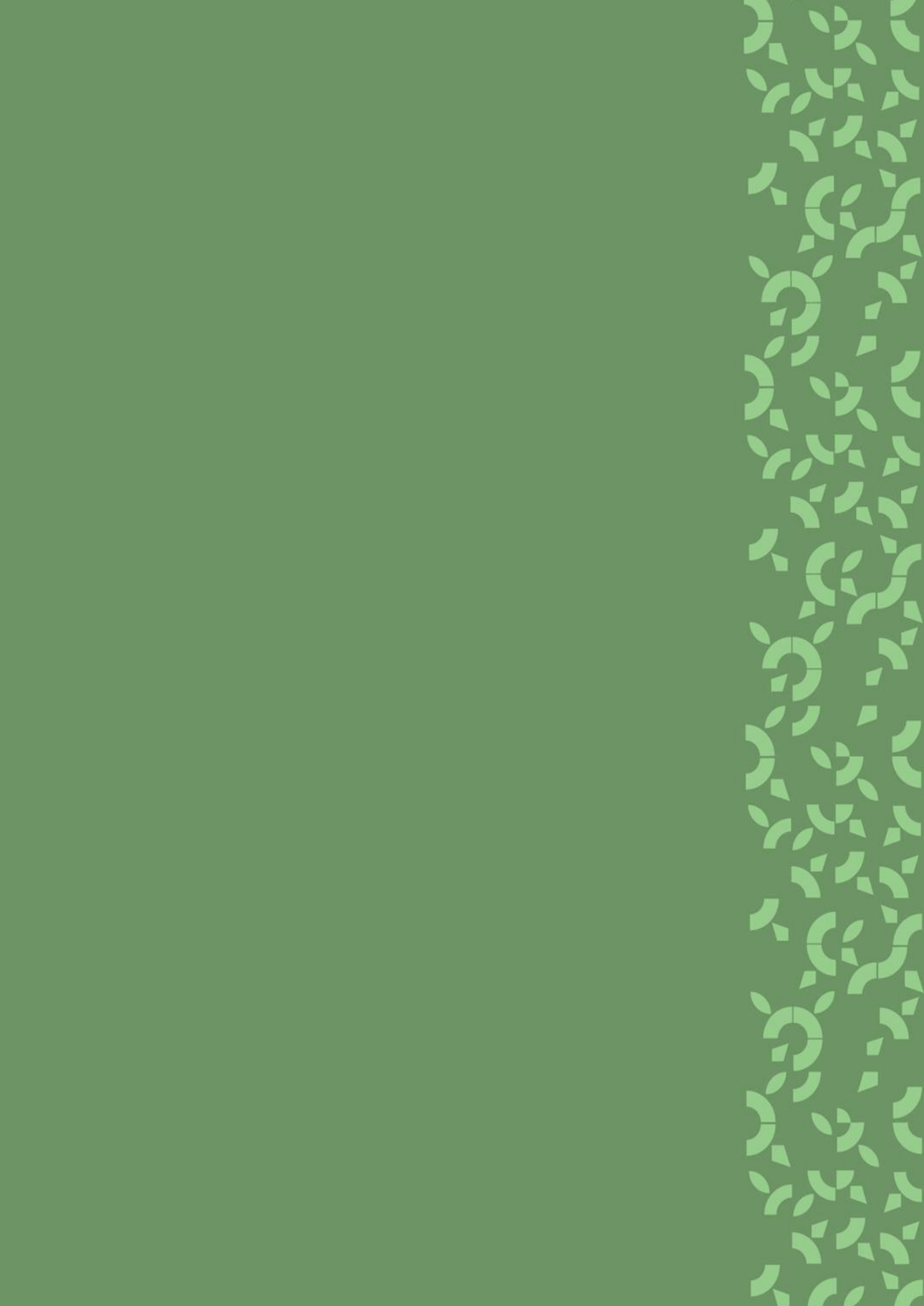
Região de Saúde	Região Administrativa	Nome da instituição	GSAP	UBS de Referência
Leste	Itapoã	Berço da Cidadania - Casa da Cidadania 3	GSAP 01 ITA	UBS 01 Itapoã
Leste	Itapoã	Berço da Cidadania - Casa da Cidadania 4	GSAP 01 ITA	UBS 01 Itapoã
Leste	Lago Sul	Casa Bom Samaritano	GSAP 01 Lago Sul	UBS Policlínica do Lago Sul (realiza alguns serviços de UBS)
Leste	Paranoá	Casa de Ismael - Paranoá	GSAP 01 PAR	UBS 1 PARANOÁ
Leste	Paranoá	Instituto Nossa Missão - Abba Pai	GSAP 01 PAR	UBS 1 PARANOÁ
Leste	São Sebastião	Cáritas - Warao	GSAP 01 SSB	UBS 06 Paranoá
Leste	São Sebastião	Instituto Inclusão - Casa São Francisco (Unidade de Acolhimento 4) - São Sebastião	GSAP 03 SSB	UBS 6 São Sebastião
Leste	São Sebastião	Instituto Inclusão - Casa São José (Unidade de Acolhimento 5) - São Sebastião	GSAP 04 SSB	UBS 12 SAO JOSE SAO SEBASTIAO
Leste	São Sebastião	Instituto Inclusão - Unidade Bosque (Unidade de Acolhimento 6) - São Sebastião	GSAP 04 SSB	UBS 9 SÃO SEBASTIÃO
Leste	São Sebastião	Berço da Cidadania - Casa da Cidadania 1	GSAP 02 SSB	UBS 2 SÃO SEBASTIÃO
Leste	São Sebastião	Berço da Cidadania - Casa da Cidadania 2	GSAP 02 SSB	UBS 2 SÃO SEBASTIÃO
Leste	São Sebastião	Instituto Inclusão SÃO SEBASTIÃO - CASA SÃO FRANCISCO	GSAP 03 SSB	UBS 6 SAO FRANCISCO SAO SEBASTIAO

Região de Saúde	Região Administrativa	Nome da instituição	GSAP	UBS de Referência
Norte	Sobradinho	Casa de Ismael - Casa 13	GSAP 02 Sobradinho	UBS 2 Sobradinho
Norte	Sobradinho	Casa de Ismael - Casa 24	GSAP 01 Sobradinho	UBS 1 Sobradinho
Norte	Sobradinho	Luz & Cura - Lar Jesus Menino	GSAP 04 Sobradinho	UBS 4 ROTA DO CAVALO SOBRADINHO
Norte	Planaltina	Instituto Tocar - Planaltina	GSAP 03 Planaltina	UBS 18 PLANALTINA

Região de Saúde	Região Administrativa	Nome da instituição	GSAP	UBS de Referência
Oeste	Brazlândia	O Lar de Eurípedes (Irmão Áureo) - Brazlândia	GSAP 01 Brazlândia	UBS 1 BRAZLÂNDIA
Oeste	Ceilândia	Instituto Inclusão - Unidade Feminina QNO (Unidade de Acolhimento 1) - Ceilândia	GSAP 07 Ceilândia	UBS 07 CEILÂNDIA
Oeste	Ceilândia	Instituto Inclusão - Unidade QNM 10 (Unidade de Acolhimento 2) - Ceilândia	GSAP 05 Ceilândia	UBS 5 CEILÂNDIA
Oeste	Ceilândia	Instituto Inclusão - Unidade QNM 17 (Unidade de Acolhimento 3) - Ceilândia	GSAP 03 Ceilândia	UBS 03 CEILÂNDIA
Oeste	Ceilândia	Casa da Criança Batuíra - QNM 32	GSAP 05 Ceilândia	UBS 05 CEILÂNDIA
Oeste	Ceilândia	Casa da Criança Batuíra - QNP 17	GSAP 08 Ceilândia	UBS 8 CEILÂNDIA
Oeste	Ceilândia	Lar de São José - QNN 24	GSAP 06 Ceilândia	UBS 6 CEILÂNDIA
Oeste	Ceilândia	Lar de São José - Casa 2 - QNM 32	GSAP 03 Ceilândia	UBS 3 Ceilândia
Oeste	Ceilândia	Lar de São José - Casa 4 - QNM 32	GSAP 03 Ceilândia	UBS 3 Ceilândia
Oeste	Ceilândia	Lar de São José - Casa 5 - QNM 32	GSAP 03 Ceilândia	UBS 3 Ceilândia
Oeste	Ceilândia	Lar Bezerra de Menezes	GSAP 02 Ceilândia	UBS 02 CEILÂNDIA
Oeste	Ceilândia	Casa do Carinho (Com demanda específica)	GSAP 02 Ceilândia	UBS 02 CEILÂNDIA

Região de Saúde	Região Administrativa	Nome da instituição	GSAP	UBS de Referência
Sudoeste	Águas Claras	SAIAFA / UNAF	GSAP 01 Águas Claras	UBS 01 ÁGUAS CLARAS
Sudoeste	Recanto das Emas	Saica II	GSAP 03 Recanto	UBS 03 RECANTO DAS EMAS
Sudoeste	Taguatinga	Saica I	GSAP 07 Taguatinga	UBS 7 Taguatinga
Sudoeste	Taguatinga	SAIAM / UNAM (Casa Flor)	GSAP 05 Taguatinga	UBS 05 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	Instituto Tocar - Taguatinga QSD	GSAP 02 Taguatinga	UBS 02 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	Instituto Inclusão 2 - Taguatinga QNE	GSAP 05 Ceilândia	UBS 5 CEILÂNDIA
Sudoeste	Taguatinga	Instituto Inclusão 3 - Taguatinga QNB	GSAP 03 Ceilândia	UBS 03 CEILÂNDIA
Sudoeste	Taguatinga	Instituto Tocar Taguatinga	GSAP 02 Taguatinga	UBS 02 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	Instituto Inclusão - Taguatinga	GSAP 02 Taguatinga	UBS 02 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	BATUIRA QNA 25	GSAP 02 Taguatinga	UBS 02 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	BATUÍRA (QNA10)	GSAP 02 Taguatinga	UBS 02 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	BATUÍRA (QNF24)	GSAP 02 Taguatinga	UBS 02 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	BATUÍRA (QSC 28)	GSAP 06 Taguatinga	UBS 06 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	BATUÍRA (QND 20)	GSAP 02 Taguatinga	UBS 02 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	LAR SÃO JOSÉ	GSAP 02 Taguatinga	UBS 02 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	LAR DE SÃO JOSÉ	GSAP 06 Taguatinga	UBS 06 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	Casa do Caminho	GSAP 03 Taguatinga	UBS 03 TAGUATINGA
Sudoeste	Taguatinga	O Lar de Eurípedes (Irmão Áureo)	GSAP 05 Taguatinga	UBS 05 TAGUATINGA

Região de Saúde	Região Administrativa	Nome da instituição	GSAP	UBS de Referência
Sul	Gama	Instituto Tocar - Gama	GSAP 07 Gama	UBS 7 GAMA



GUIA INTERSETORIAL PARA
INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL ÀS
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO
DISTRITO FEDERAL

Secretaria de
Desenvolvimento Social

Secretaria
de Saúde



 FIOCRUZ | Brasília



MINISTÉRIO DOS
DIREITOS HUMANOS
E DA CIDADANIA

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO DO
BRASIL
SO LADO DO POVO MANEIRO