# Ed Pop Rua

Curso de Aperfeiçoamento em **Educação Popular em Saúde para o cuidado da população em situação de rua**

Rede Nacional de Atenção à Saúde para a População em Situação de Rua
MNLDPSR
Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
Movimento População de Rua
FIOCRUZ | Pernambuco
SUS 35 ANOS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

prévia EDPOPRUA.indd 1 12/12/2025 10:40:12

# FICHA TÉCNICA

**Ministério da Saúde - MS**
Alexandre Rocha Santos Padilha
*Ministro da Saúde*

**Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Saps**
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas
*Secretária*

**Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária - Desco**
José Eudes Barroso Vieira
*Diretor*

**Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade - CGESCO**
Ana Cláudia Cardozo Chaves
*Coordenadora*

**Coordenação de Acesso e Equidade - Caeq**
Lilian Silva Gonçalves
*Coordenadora*

**Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz**
Mário Moreira
*Presidente*

**Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco**
Pedro Miguel dos Santos Neto
*Diretor*

**Escrita e desenvolvimento**
Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Alda Roberta Lemos Campos Boulitreau
Adriana da Silva Baltar Maia Lins

**Revisão**
Flavia Helena Maia Costa
*Caeq/CGESCO/Desco/Saps/MS*

Karla Patrycia Moreira de Sousa
*Caeq/CGESCO/Desco/Saps/MS*

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
*Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE*

Sarah Oliveira Gonçalves Esteves
*Caeq/CGESCO/Desco/Saps/MS*

Vera Joana Bornstein
*Consultora técnica*

**Coordenação Político Pedagógica - CPP**

Paulette Cavalcanti de Albuquerque
*Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE*

Lilian Silva Gonçalves
*Coordenação do Acesso e Equidade - Caeq/CGESCO/Desco/Saps/MS*

Larissa Daiane Vieira Barros
*Coordenação do Acesso e Equidade - Caeq/CGESCO/Desco/Saps/MS*

Marco Antonio da Silva Souza (Markinhus Souza)
*Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua - MNMMR*

Eduardo de Matos
*Movimento Nacional da População em Situação de Rua - MNPR*

Edvaldo Gonçalves de Souza
*Movimento Nacional de Luta e Defesa da População em Situação de Rua - MNLDPSR*

Carmen Sandra Modesto Guedes
*Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua*

Alda Roberta Lemos Campos Boulitreau
*Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE*

Adriana Baltar Lins
*Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE*

Guilherme Souza Lima
*Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE*

Vera Joana Bornstein
*Consultora técnica*
*Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde-ANEPS*

José Vanilson Torres da Silva
*Consultor técnico*
*Movimento Nacional População de Rua-MNPR*

**Curadoria**
Renata Pekelman
Vera Joana Bornstein
Helena Maria Scherlowski Leal David
Carolina de Toledo Braga
Itamar Souza
Keila Cristina Costa Barros
José Vanilson Torres da Silva

**Editoração, Projeto Gráfico e Diagramação**
Tiago Lourenço Soares de Araújo.
(DeLourenco)

prévia EDPOPRUA.indd 2-3 12/12/2025 10:40:13

Esta publicação é um material pedagógico desenvolvido pela Coordenação Político Pedagógica do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o cuidado da população em situação de rua, da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco e com movimentos sociais relacionados ao tema.

O conteúdo aqui presente é de inteira responsabilidade das pessoas envolvidas em sua autoria, não refletindo, necessariamente, as opiniões da Fundação Oswaldo Cruz ou do Ministério da Saúde.

A reprodução deste material é permitida para fins não comerciais, desde que a fonte seja devidamente citada. As reproduções para fins comerciais são estritamente proibidas.

## LISTA DE SIGLAS:

| | |
|---|---|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| Caeq | Coordenação do Acesso e Equidade |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CGESCO | Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| Desco | Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária |
| eCR | Equipe de Consultório na Rua |
| eMulti | Equipes Multiprofissionais na APS |
| eSB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| EPS | Educação Popular em Saúde |
| Fiocruz | Fundação Oswaldo Cruz |
| IAM | Instituto Aggeu Magalhães |
| MS | Ministério da Saúde |
| MNPR | Movimento Nacional da População em Situação de Rua |
| MNLDPR | Movimento Nacional de Luta em Defesa da População em Situação de Rua |
| MNMMR | Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua |
| PSR | População em Situação de Rua |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RD | Redução de Danos |
| RNCR | Rede Nacional  dos Consultórios  Na e De Rua |
| Saps | Secretaria de Atenção Primária à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| UBS | Unidade Básica de Saúd |
| UPA 24h | Unidade de Pronto Atendimento |

# SUMÁRIO


**Prefácio** 8
**Apresentação** 9
**Qual a proposta do curso EdPopRua?** 11
**O que é mística?** 15
**Sobre a Sistematização.** 17

TRILHA DA HISTÓRIA E DA MEMÓRIA
**ESTAÇÃO 1:** A Educação Popular, ponto de partida do curso. 22
**ESTAÇÃO 2:** História dos direitos da população em situação de rua. 32

TRILHA DA DEMOCRACIA
**ESTAÇÃO 3:** Democracia, concepções, formas e disputas. 42

TRILHA DA CULTURA
**ESTAÇÃO 4:** Cultura e Educação Popular. 50

TRILHA DA VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE
**ESTAÇÃO 5:** Território, comunicação, ambiente e vigilância popular. 58
**ESTAÇÃO 6:** Vigilância em Saúde, Protagonismo Popular e Vigilância Popular em Saúde. 66

TRILHA DA ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE
**ESTAÇÃO 07:** O SUS e as práticas populares de cuidados à População em Situação de Rua. 74
**ESTAÇÃO 8:** Saúde mental, redução de danos, educação popular em saúde e População em Situação de Rua 87
**ESTAÇÃO 9:** Cuidado e diversidade. 98
**ESTAÇÃO 10:** Nosso ponto de chegada! Conclusão do Plano de Ação - Educação popular em saúde e população em situação de rua. 106

TEXTOS 113


prévia EDPOPRUA.indd 6-7 12/12/2025 10:40:14

# PREFÁCIO

***Pedro Miguel dos Santos Neto.***

A Fundação Oswaldo Cruz, em sua trajetória centenária, reafirma constantemente o compromisso com a saúde pública, a promoção da equidade e a defesa intransigente do Sistema Único de Saúde (SUS). Este Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para a População em Situação de Rua se integra a essa missão institucional, ao fortalecer práticas de cuidado orientadas pela justiça social, pelo respeito aos direitos humanos e pelo diálogo entre saberes.

Este caderno nasce do compromisso coletivo de fortalecer a educação popular em saúde como prática viva, construída no diálogo, na escuta e no reconhecimento da dignidade de todas as pessoas. No contexto da população em situação de rua, falar de saúde é falar também de direitos, cidadania, vínculos e esperança. É compreender que a vida pulsa nas ruas, com suas histórias, dores e potências, e que cabe a nós, trabalhadores e trabalhadoras, gestores/as, educadores/as e parceiros/as sociais, assumir a tarefa de construir caminhos de cuidado que sejam verdadeiramente inclusivos.

A educação popular em saúde nos convida a ir além da transmissão de informações, nos desafiando a criar espaços de troca e de partilha, onde o saber técnico e o saber da experiência se encontram para reinventar práticas de cuidado. Esse curso de aperfeiçoamento é, portanto, mais do que um processo formativo: é um convite à ação transformadora, que reconhece cada sujeito como protagonista de sua própria história e como parte essencial da construção de políticas públicas de saúde que valorizem e respeitem a diversidade e os direitos humanos.

Este material é resultado de uma construção coletiva entre a Fiocruz, o Ministério da Saúde e os movimentos sociais de pessoas em situação de rua, e foi elaborado como ferramenta de apoio, reflexão e inspiração. Não se trata de um manual fechado, mas de um caderno aberto à realidade, às contradições e às possibilidades que emergem no dia a dia do trabalho com a população em situação de rua. Que ele sirva como guia, mas também como provocação, para que possamos seguir tecendo redes de solidariedade, cuidado e resistência.

Que em cada estação possamos reafirmar que a saúde é um direito de todos e todas, sem exceções e que a rua seja percebida como um espaço de vida, cultura, democracia e transformação social.



# APRESENTAÇÃO

***Lilian Silva Gonçalves.***

O Brasil tem registrado, ao longo das últimas décadas, um expressivo aumento da população em situação de rua (PSR). Essa realidade foi vivenciada principalmente na última década , do qual houve um aprofundamento da crise socioeconômica no país , intensificada especialmente após a pandemia de Covid-19. A inexistência de um censo demográfico que contabilize a PSR é um dos principais desafios a ser superado, visto que a inexistência do dado demográfico referente a PSR fragiliza a construção de políticas públicas voltadas às necessidades de superação da situação de rua. No entanto, desde 2023 a partir do 3o. mandato do presidente Lula o governo federal vem retomando as políticas sociais, sobretudo as políticas de saúde, no intuito de enfrentar as desigualdades sociais.

No atual contexto o Ministério da Saúde (MS), a partir da Coordenação do Acesso e Equidade (Caeq), da Coordenação Geral da Saúde da Família (CGESCO), do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Desco), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) retoma o papel de indutor das políticas públicas de saúde e o compromisso com o cuidado à saúde da população em situação de rua.

As equipes de Consultório na Rua (eCR) são umas das principais estratégias que visa o cuidado da PSR no âmbito da APS. Institucionalizada em 2011, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as eCR surgem no intuito de promover o acesso à saúde no “território rua”, ou seja onde vivem as PSR, buscando romper as barreiras de acesso à saúde. A composição multiprofissional ampliada das eCR visa promover a integralidade do cuidado e atuação multiprofissional de forma itinerante, direcionando as ações de cuidado em articulação  intersetorial com o objetivo de impulsionar a superação da situação de rua integral e equânime.

Neste percurso institucional, de 2011 até o momento atual, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes Multiprofissionais (eMulti) e as equipes de Saúde Bucal (eSB) têm atuado no intuito de ampliar o cuidado na Atenção Primária à Saúde, com foco no território e na promoção do acesso universal, equânime e integral, assegurando ampla participação social e popular na luta por dignidade e cuidado. Esse movimento atravessa os territórios urbanos e se concretiza em experiências potentes, conduzidas pelas equipes de Consultório na Rua (eCR) da APS, por movimentos sociais e por redes intersetoriais que resistem à exclusão e reafirmam a saúde como um direito humano fundamental.



prévia EDPOPRUA.indd 8-9 12/12/2025 10:40:16

É nesse contexto que nasce o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o Cuidado à População em Situação de Rua, fruto de uma parceria do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária (Saps) do Ministério da Saúde (MS), com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), através do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco. Fundamentado nos princípios da Educação Popular em Saúde e no legado do EdPopSUS, como uma ação estratégica da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Este curso tem como horizonte a construção de práticas de cuidado ampliadas, emancipatórias e transformadoras, enraizadas nos territórios e nas histórias de vida da população em situação de rua.

Ao reunir educadores/as e educandos/as de diferentes categorias profissionais e regiões do Brasil, busca-se promover a qualificação do trabalho em saúde por meio da valorização dos saberes técnicos, científicos, populares e ancestrais. A proposta pedagógica aposta no diálogo, na escuta, no encontro humano e na construção de redes colaborativas que fortaleçam a interseccionalidade, intersetorialidade e a integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).
O curso foi pensado como uma verdadeira viagem de aprendizagem. Ele se organiza em cinco trilhas principais — ***História e Memória, Democracia, Cultura, Vigilância Popular em Saúde e Atenção e Cuidado*** — que conduzem o percurso formativo.

Ao longo desse caminho, os/as educandos/as encontrarão dezessete estações, cada uma delas cuidadosamente estruturada em momentos de vivência, reflexão e construção coletiva.

A proposta é que cada participante embarque nessa jornada não apenas como aprendiz, mas também como protagonista, experimentando diferentes olhares, saberes e práticas que se entrelaçam e se complementam.

O Caderno nasce, portanto, como material de apoio, registro e inspiração para todos os que participaram dessa caminhada formativa. Aqui estão reunidos conceitos, metodologias, reflexões e práticas que visam alimentar a ação cotidiana dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS nos territórios, bem como incentivar a criação de vínculos solidários e transformadores.

Que esta experiência formativa seja mais um passo no fortalecimento do Sistema Único de Saúde e na luta por uma sociedade mais justa, inclusiva e humana.



# Qual a proposta do curso EdPopRua?

***Paulette Cavalcanti de Albuquerque***

O Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o cuidado à População em Situação de Rua - EdPopRUA - tem por objetivo desenvolver atributos dos profissionais das equipes de Consultório na Rua e das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde para atuar com as pessoas em situação de rua em seus contextos e territórios de vida.

A proposta do curso surgiu no início de 2023 quando, no terceiro governo Lula, a partir da Coordenação do Acesso e Equidade (Caeq) da Secretaria de Atenção Primária (Saps) do Ministério da Saúde (MS), foi identificada a grande necessidade de formação dos profissionais das equipes de Consultório na Rua (eCR) e demais equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) que os apoiam, respeitando a reivindicação dos movimentos da população em situação de rua.

Busca-se com o curso implementar ações educativas para trabalhadores e trabalhadoras no âmbito da Atenção Primária à Saúde que atuam com população em situação de rua, ampliando a participação social ativa e a defesa do sistema de saúde universal, com equidade e cuidado territorial e integral.

Este curso está baseado na Pedagogia da Problematização e da Alternância, e a organização do curso será compreendida no **Tempo Escola e Tempo Comunidade**, partindo do saber que os/as educandos/as já possuem, de suas experiências de vida, para refletir e construir novos conhecimentos.

Chamaremos de **Tempo Escola** as atividades realizadas de forma presencial e/ou remota síncrona. Os Tempos Escola serão encontros **presenciais**, durante o dia, uma vez na semana. Serão desenvolvidos em escolas ou centros de formação, parceiros da iniciativa do curso. No **Tempo Escola**, a organização das atividades acontece em momentos: mística, acolhimento, levantamento do conhecimento prévio, tempo-leitura, debate e reflexão, sistematização, avaliação e mística de encerramento. As equipes vão participar, em revezamento, da organização do dia, das místicas, além da participação nas atividades. A organização do processo ensino-aprendizagem está proposta em trilhas e estações. São cinco



prévia EDPOPRUA.indd 10-11 12/12/2025 10:40:16

trilhas (Memória e História, Democracia, Cultura, Vigilância Popular em Saúde e Cuidado e Atenção em Saúde) e 10 estações, que correspondem ao Tempo Escola. Além disso, haverá o **Tempo Escola Remoto** com encontro síncrono (aula magna com temas específicos) e participação de convidados/as, educadores/as e educandos/as.

No final de cada Tempo Escola serão orientadas as atividades para o **Tempo Comunidade**. O Tempo Comunidade são as atividades desenvolvidas fora do Tempo Escola, ou seja, no intervalo de um encontro para outro. Nele, os/as educandos/as irão colocar em prática o que partilharam e aprenderam: levantando questões junto aos seus territórios. No **Tempo Comunidade** também será estimulado que os/as educandos/as realizem tempo-leitura e tempo-cuidado individualmente ou com o grupo de colegas, além disso, realizem reuniões nos seus locais de trabalho e coloquem em prática as ações previstas e/ou planejadas.

No **Tempo Comunidade**, pode ser necessário realizar: o levantamento de informações sobre o território; entrevistas com pessoas de referência; a elaboração de mapa falado; a identificação de pontos ou situações de risco para a saúde; discussão das histórias, a priorização de problemas em grupo; o planejamento de ações, entre outras. As equipes irão apresentar no Tempo Escola, os trabalhos realizados no Tempo Comunidade.

**Apresentação do curso em cada modalidade**

| Carga horária Total do curso | Carga horária Tempo Escola | Carga horária Tempo Escola Remoto (aula Magna com temas específicos) | Carga horária Tempo Comunidade | Carga horária Mostra |
|---|---|---|---|---|
| 181h | 80h | 27h | 54h | 20h |

O processo formativo será realizado a partir de metodologias e abordagens que privilegiam o conhecimento e a vivência do território, de modo a articular este conhecimento com o processo de determinação social da saúde, que historicamente impactam a vida da população em situação de rua.

Os/as educadores/as atuarão em dupla nas turmas do Curso, sendo 2 educadores por turma, sendo pelo menos 1 deles com trajetória de rua. Cada turma terá 25 educandos/as.



Para desenvolver as atividades do curso, os/as educandos/as estarão divididos em equipes – formadas por pequenos grupos dentro das turmas, com cerca de 5 pessoas que se comprometem a atuar em conjunto, cuidar umas das outras, se cuidar e desenvolver um plano de ação coletivo para a melhoria das condições de vida e de saúde do seu território. Cada equipe precisa escolher, entre suas/seus componentes, um/a coordenador/a, um/a relator/a, um/a responsável pela saúde, outro/a pela educação e outra pessoa responsável pela cultura. Estas funções também podem acontecer em revezamento, para que todos/as experimentem os diversos fazeres. Propõe-se um pacto de cuidado dentro da equipe, para que ninguém esmoreça. As equipes devem constituir uma identidade própria com um nome e algum símbolo que identifique seus componentes.

**FIQUEM ATENTOS/AS:** No decorrer do curso será proposto a elaboração de um **plano de ação**, abarcando a solução de problemas identificados e discutidos em seus territórios.

Sugerimos que cada educando/a tenha um caderno, que chamaremos de **Caderno de Memórias**, para registrar cada dia, de forma criativa (com desenhos, colagens, pinturas, poesias, origami, entre outras expressões). Essa ação tem como objetivo organizar as ideias, consolidar os aprendizados, registrar pensamentos, experimentar escritos pessoais e até produções artísticas, como poesias, paródias, versos de cordel, entre outras. O caderno será como um portfólio (colecionador) com os materiais produzidos, servindo para consulta e como uma boa recordação dos aprendizados compartilhados durante o curso. Na Estação 10 os cadernos poderão ser expostos e apresentados para a turma durante a **Feira do Soma.**

Segundo Freire (2006), a problematização deve partir da realidade concreta dos educandos, com o propósito de despertar sua consciência crítica sobre essa realidade e, a partir disso, promover sua transformação.
**Fonte:** FREIRE, Paulo. Extensão ou comunicação? São Paulo: Paz e Terra, 2006.

A Pedagogia da Alternância é uma metodologia de organização do ensino que articula diferentes experiências formativas em tempos e espaços distintos, com o objetivo de promover a formação profissional. Sua origem remonta a 1935, na França, a partir da insatisfação de um grupo de agricultores com o sistema educacional vigente, que, segundo eles, não contemplava as particularidades da educação voltada para o meio rural. No Brasil, a experiência com a Pedagogia da Alternância teve início em 1969, no estado do Espírito Santo, com a criação das três primeiras Escolas Famílias Agrícolas.
**Fonte:** Teixeira ES, Bernartt M de L, Trindade GA. Estudos sobre Pedagogia da Alternância no Brasil: revisão de literatura e perspectivas para a pesquisa. Educ Pesqui [Internet]. 2008May; 34(2):227–42. Available from: https://doi.org/10.1590/S1517-97022008000200002



prévia EDPOPRUA.indd 12-13 12/12/2025 10:40:16

# Plano de ação

O plano de ação deve ser composto por um diagnóstico inicial, com a análise da situação, onde deverá ser indicada a priorização de problemas, realizada a escolha do problema a ser enfrentado, assim como a elaboração de ações com responsáveis e tempo previsto para cada ação. O plano de ação será o trabalho final do curso e precisa ser realmente colocado em prática por todos/as os/as envolvidos/as, além de outras pessoas das equipes de saúde do território.

Esperamos que vocês gostem desse formato de curso e que todos/as aproveitem bem o EdPopRua!



# O que é mística?

***Dayane Stefany dos Santos***

A mística, em movimentos sociais populares, agrupa os/as participantes em torno de valores compartilhados. Em geral, as místicas são cânticos, símbolos e gestos que unem todos/as os/as participantes em torno do objetivo comum. São elementos simbólicos utilizados na mística: elementos da natureza, como flores, plantas ou árvores, que representam crescimento, renovação ou a conexão do movimento; bandeiras; representações dramáticas ou encenações que recriam eventos históricos, narrativas de luta, entre outros.

A mística é uma atividade vivenciada por vários movimentos sociais populares, com base em experiências compostas de reflexões políticas e afetivas das lutas sociais, caracterizada pela implementação de atividades cênicas com a finalidade de representar a luta, a prática militante e a história conhecida e vivida (BARBOSA, 2019, p. 10-11). A simbologia da mística pode ser enunciada e sentida como força motivadora para as atividades do dia e dos dias; sendo assim, as encenações e representações simbólicas constituem uma das faces do que é a mística.
A mística desempenha papel fundamental nos espaços políticos, proporcionando uma dimensão simbólica e emocional que vai além da análise e discussão puramente intelectual. Integrada de forma efetiva às lutas dos movimentos, a mística é incorporada como ferramenta estratégica para fortalecer a coesão, a identidade e a motivação dos/as participantes através de espaços de mobilizações que acontecem antes de atividades.

Utiliza-se, dentro desses espaços, a criação coletiva de uma mandala, que é um elemento potente e místico – acrescentando uma dimensão visual e simbólica única. Ao incorporar diferentes núcleos, padrões ou elementos culturais na mandala, é possível representar a diversidade dentro da turma, dos movimentos sociais envolvidos, tornando símbolo de inclusão e destacando a riqueza que surge da variedade de perspectivas e experiências. Esses elementos, quando combinados, criam uma experiência rica e simbólica que fortalece a identidade, a coesão e a motivação dentro do espaço.

A mística vai muito além de uma encenação (BOGO, 2010, p. 1). Ela é a motivação



prévia EDPOPRUA.indd 14-15 12/12/2025 10:40:16

que nos faz viver a causa. É aquela energia que temos e que não nos deixa dizer não, quando nos solicitam ajuda. É a vontade de estar em todos os lugares ao mesmo tempo, de querer ajudar e realizar coisas que façam a luta ser vitoriosa. Ao início e ao final de uma atividade, a mística pode desempenhar papel fundamental na construção do coletivo, motivando ações, comunicando mensagens de maneira impactante e contribuindo para a eficácia e a longevidade do movimento.

A mística é, também, o otimismo e a gana que nascem da indignação contra todas as formas de injustiças e da perspectiva real de construir uma nova sociedade. Diante disso, a mística não pode ser pensada como simples animação ou dinâmica de grupo, deve ser usufruída como injeção de ânimo que tem base concreta e que dá garra e ousadia para lutar (PELOSO, 1994, p. 5).

Diferentemente de outras formas de conhecimento, a mística potencializa em suas narrativas, muitas vezes poéticas, um sentido elucidativo da realidade histórica, evidenciando em suas apresentações as principais contradições do sistema capitalista. Portanto, a mística pode apresentar estruturas concretas de uma luta interessada em construir uma organização consciente do papel político místico.

Evidenciando a atual conjuntura social, é essencial a compreensão da intencionalidade da mística dentro dos espaços políticos e atividades coletivas como **expressão da luta** e estruturação de uma **ferramenta para transformação social.**

**Referências:**


Barbosa L. C. As místicas do MST: aspectos formais, políticos e organizativos da construção estética do território/ Luciano Carvalho Barbosa. – São Paulo, 2019. 126 f. : il. ; 30cm. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNSP_c6d4bee78d31ac4d1124cdf3b560e0ea/Description. Acesso em: 18 jan. 2024.

Bogo. A. Mística, suas formas diversas, seus significados e sua relação com a organização social e a militância. 2010. Disponível em: https://base.d-p-h.info/pt/fiches/dph/fiche-dph-8237.html. Acesso em: 17 jan. 2024.

PELOSO, Ranulfo. A força que anima os militantes. São Paulo: MST, 1994. Disponível em: https://mst.org.br/download/a-forca-que-anima-os-militantes-mistica/. Acesso em: 18 jan. 2024.




# Sobre a Sistematização


***Iara Duarte Lins***
Conselho de Educação Popular da América Latina e Caribe (CEAAL)


**Você já ouviu falar em sistematização?** Use as linhas a seguir para escrever o que é sistematizar para você:

## De qual sistematização estamos falando?

Falamos de uma concepção de sistematização que se fundamenta em uma proposta teórica e pedagógica da Educação Popular e, portanto, está mediada pelo diálogo e construção coletiva do conhecimento. A sistematização possibilita ao sujeito a experiência de refletir sobre a prática, identificar limites e possibilidades, fortalecer as capacidades individuais e coletivas, aprender novos conhecimentos, documentar a experiência, propor mudanças, rupturas e reorientações, além de elaborar materiais e produtos comunicativos.

Sistematiza quem vivencia a experiência. Então, os/as educandos/as têm legitimidade para falar sobre o processo vivido. um/a facilitador(a) externo/a pode ajudar no processo.

Vamos apresentar os conceitos do educador Oscar Jara e da educadora Elza Falkembach, mas não se esqueça: existem muitas outras formulações, porque esse é um conceito em construção.

> *"A sistematização é aquela interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir de sua ordenação e reconstrução, descobre ou explicita a lógica e o sentido do processo nelas vividos: os diversos fatores que intervieram, como se relacionam entre si e*



prévia EDPOPRUA.indd 16-17 12/12/2025 10:40:16

*por quê o fizeram desse modo. A sistematização das experiências produz conhecimentos e aprendizagens significativas que possibilitam apropriar-se criticamente das experiências vividas (seus saberes e sentimentos), compreendê-las teoricamente e orientá-las para o futuro como uma perspectiva transformadora"*

***(Oscar Jara).***

*"A sistematização é uma arte de ampliar cabeças e de autorizar corpos a expressar necessidades, expectativas e vontades – movimento que solidifica os nexos entre reflexão e ação, teoria e prática; que cria identificações e dá sentido às vidas humanas"*

***(Elza Falkembach).***

## Para que sistematizar?

A sistematização de experiências pela Educação Popular está na pauta dos movimentos sociais populares e sindicais no nosso continente latino-americano desde o século passado. É necessário sensibilizar e reforçar a importância para essas organizações em sistematizar suas práticas. Por meio da sistematização, é possível:

**1.** Formar sujeitos de pensamento e ação, que fazem de suas práticas oportunidade de estar no mundo de forma reflexiva e propositiva;

**2.** Favorecer o diálogo entre os sujeitos, apontando para a intencionalidade de gerar subsídios para mudanças nas práticas cotidianas;

**3.** Compreender profundamente as experiências para saber no que é possível melhorá-las;

**4.** Contribuir com a reflexão teórica surgida das experiências;

**5.** Produzir conhecimento coletivo;

**6.** Retroalimentar orientações e diretrizes de projetos ou instituições;

**7.** Fortalecer a identidade coletiva de uma instituição;

**8.** Trocar e compartilhar aprendizagens com outras experiências.



## Como sistematizar?

Existem várias propostas metodológicas de como realizar uma sistematização de experiências, conforme diferentes autoras/es da América Latina. Apresentaremos a seguir a **proposta em cinco tempos**, elaborada pelo sociólogo e educador popular peruano-costa-riquenho Oscar Jara. Esta não é, contudo, uma proposta definitiva. A intenção é que cada coletivo crie sua proposta metodológica, levando em consideração suas realidades.

## Proposta Metodológica em 5 tempos:

***1. O ponto de partida: a experiência.***
- Ter participado da experiência.
- Contar com o registro da experiência.

***2. Formular um plano de sistematização***
- Definir o objetivo – para que queremos sistematizar?
- Delimitar o objeto – que experiência queremos sistematizar?
- Eixo da Sistematização – que aspectos centrais interessam mais?
- Que fonte de informações temos e precisamos?
- Que procedimentos vamos adotar e em que momentos?

***3. A recuperação do processo vivido***
- Reconstruir a história da experiência.
- Ordenar e classificar a informação.

***4. As reflexões de fundo***
- Processos de análise e síntese.
- Interpretação crítica.

***5. Os pontos de chegada***
- Formular conclusões, recomendações e propostas.
- Definir estratégias para comunicar as aprendizagens e as projeções.
- Não ficar limitado a um produto final.



prévia EDPOPRUA.indd 18-19 12/12/2025 10:40:16

# Começando nossa trajetória:

Como dito anteriormente, o curso está organizado em estações de aprendizagem. Cada estação é um momento específico de estudo e troca de experiências, mas você pode avançar no seu ritmo.

Vamos iniciar uma viagem coletiva passando por trilhas e por estações, traga em sua bagagem suas expectativas, experiências, conhecimento, vivências e disposição para partilhar muito aprendizado.

A rua é um espaço vivo, com muito movimento. Participe!

***Que tal escrever três palavras sobre suas expectativas em relação ao curso?***

_____ _____ _____

*As palavras não são só um instrumento de leitura da língua; são também instrumentos de releitura coletiva da realidade social onde a língua existe, e existem os homens que a falam e as relações entre os homens.*
(Brandão,Carlos Rodrigues. O que é o método Paulo Freire. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981. Apêndice, p. 70).

prévia EDPOPRUA.indd 20-21 12/12/2025 10:40:16

# ESTAÇÃO 1:  A EDUCAÇÃO POPULAR, PONTO DE PARTIDA DO CURSO.

**Temas Geradores**

- População em situação de rua.
- Educação Popular em Saúde.
- O curso EdPopRua e seu propósito.

**Objetivo geral**

- Construir uma concepção coletiva sobre Educação Popular em Saúde e conversar sobre como o curso será organizado e quais são os seus objetivos.

**Objetivos de aprendizagem**

- Entender a história da população em situação de rua e suas lutas por direitos.
- Refletir sobre memórias pessoais e coletivas, a relação com o território, a ancestralidade e as identidades.
- Reconhecer a importância do trabalho das equipes de saúde nesse contexto.
- Aproximar os/as educandos/as do conceito de Educação Popular em Saúde.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial e boas-vindas. Música: O homem falou. | 5 minutos |
| 1º momento: Apresentação dos/as educadores/as, educandos/as e do curso. | 1 hora |
| 2º momento: Expectativas e Acordo de Convivência. | 30 minutos |
| 3º momento: Levantamento dos conhecimentos prévios - Educação Popular em Saúde e População em situação de rua. | 1 hora |
| 4º momento: A pop rua e o curso EdPopRua. | 1 hora |
| INTERVALO | 1 hora |
| 5º momento: Leitura Coletiva. | 1 hora e 20 minutos |
| 6º momento: Aprofundando o conceito de Educação Popular em Saúde | 1 hora |
| 7º momento: Sistematização dos conhecimentos - O que é sistematizar? | 20 minutos |
| 8º momento: Explicação do TEMPO COMUNIDADE. | 20 minutos |
| 9º momento: Avaliação do dia - perguntas. | 20 minutos |
| Mística final: Leitura do Poema Dia 19 de agosto dia  de Luto e  Luta. | 5 minutos |



prévia EDPOPRUA.indd 22-23
12/12/2025 10:40:17

## Mística inicial:

O homem falou - música de Gonzaguinha.

## Boas-vindas: Abertura do curso - com falas breves dos/as convidados/as.

- Representante da equipe de Coordenação do Curso.
- Gestores/as do SUS.
- Representante dos movimentos sociais - população em situação de rua.

## Primeiro momento: Quem somos nós? Conhecendo o grupo e conhecendo o curso.

Bom, para começar, que tal fazermos um momento de boas-vindas, conhecendo e partilhando um pouco sobre a ***história dos nossos nomes?***

**1.** Podemos nos organizar sentados/as em círculo;

**2.** Convidamos cada pessoa a falar seu nome e a contar a "história do seu nome"; A ideia é que todas as pessoas partilhem um pouco das informações que sabem sobre seu nome, o significado, quem escolheu e por quê?
Podemos perguntar: Onde a pessoa nasceu? E se conhece outras pessoas com o mesmo nome que o seu?

A apresentação tem como finalidade integrar o grupo e conhecer um pouco da história de cada participante, promovendo a importância da reflexão sobre sua própria história.



**Apresentando o curso:**

- Como funciona o Tempo Escola e o Tempo Comunidade;
- A importância da sistematização e da partilha do conhecimento que cada pessoa traz consigo.
- Na Educação Popular em Saúde, a atividade em grupo é muito utilizada, então, vamos nos organizar em subgrupos que serão chamados de EQUIPES, composta entre 4 e 6 educandos/as.
- Propomos que as equipes de educandos/as sejam mantidas durante todo o curso, mas caso haja necessidade, podem ser modificadas.
- Essas informações serão lembradas a cada encontro, sempre que necessário.

## Segundo momento: Com quais expectativas vocês chegam ao curso?

- Importante fazer a leitura da parte inicial do caderno.
- A partir das três palavras que você escreveu no início do deste caderno, vamos fazer um levantamento das expectativas de chegada ao curso.
- Propomos que cada pessoa escreva uma carta sobre suas expectativas e as coloque numa caixa ou baú, para ser aberta no final do curso. A carta contribuirá para a avaliação do processo.
- Vamos construir coletivamente o nosso **Acordo de Convivência**. É preciso combinar os horários, frequência, tempos de intervalos e tolerância, além do uso do celular, respeito às falas e opiniões divergentes, tempo de fala, cuidado e organização do espaço e do material do curso.

**Lembrete para o/a educador/a:** o acordo pode ser escrito numa cartolina ou papel kraft e ficar exposto em todo o curso. O acordo de convivência pode ser retomado sempre que necessário.



prévia EDPOPRUA.indd 24-25 12/12/2025 10:40:17

## Terceiro momento: Levantamento dos conhecimentos prévios.

O que a **Educação Popular em Saúde** tem a ver com a população em situação de rua?

- Para este momento, propomos que os/as educandos/as façam tarjetas com palavras que representam Educação Popular em Saúde.
- Estas palavras deverão ser colocadas num mural, em que estará escrito: “Educação Popular em Saúde”. O/a educador/a pergunta se foi suficiente ou se querem acrescentar mais palavras para complementar a ideia.
- Refletir sobre a relação das palavras listadas com a realidade da população em situação de rua.

## Quarto momento: A população em situação de rua e o curso EdPopRua.

1) Seguem algumas perguntas a serem lançadas para reflexão e debate: **Quem é a população em situação de rua? Como você define a população em situação de rua no seu território? E as equipes de Consultório na Rua, quando surgiram? Qual seu primeiro contato com a Educação Popular em Saúde? Onde você entrou nessa história?**

2) Após o levantamento prévio do conhecimento das equipes, chegou a hora de construir a Linha do tempo - A TRILHA DA HISTÓRIA E MEMÓRIA.

- Utilizando tarjetas, colocar um barbante pendurado com pegadores de roupa localizando cronologicamente a história da população em situação de rua (PSR), das equipes de Consultório na Rua (eCR) e a inserção dos/as educandos/as nessa história.
- Após a construção da linha do tempo promover reflexões sobre território e educação popular em saúde.



## Quinto momento: Leitura coletiva.

A ideia é dividir os/as educandos/as para o momento de leitura e elaboração de uma síntese para ser apresentada no grande grupo.

Para cada texto, será necessária a definição de um/uma relator/a para compartilhar o conteúdo construído coletivamente.

**Texto 1:** “Memória, luta e população em situação de rua: uma reflexão sobre o reconhecimento e a resistência” de Marco Antonio Silva Souza (Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua - MNMMR). FALTA PAGINAR

**Texto 2:** A HISTÓRIA DO MNPR - Movimento Nacional da População em Situação de Rua - MNPR. Nome dos autores: José Vanilson Torres da Silva (Coordenação Nacional do MNPR) e Matheus Rios Silva Santos (Psicólogo e Militante Apoiador do MNPR) FALTA PAGINAR

**Texto 3:** História da Rede Nacional dos Consultórios de/na Rua. Daniel de Souza (ator e redutor de danos - Rede Nacional dos Consultórios Na e De Rua - RNCR). FALTA PAGINAR

**Texto 4:** Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua: História, Conquistas e Desafios Atuais. Marco Antônio da Silva Souza - Markinh[illegible] Souza - (Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua - MNMMR). FALTA PAGINAR

**Texto 5:** Histórico de Atuação do Movimento Nacional de Luta e Defesa da População em Situação de Rua - MNLDPSR FALTA PAGINAR

## Sexto momento: Aprofundando o conceito de Educação Popular em Saúde.

A proposta para esta atividade é dividir o grupo em 6 subgrupos, onde serão disponibilizados 6 envelopes, um para cada subgrupo.

Em cada envelope terá uma cartela escrita com um princípio da Política Nacional de Educação Popular em Saúde - PNEPS-SUS.

Cada subgrupo deverá discutir sobre o princípio recebido no envelope. Para facilitar a discussão, segue, uma pergunta disparadora: C**omo este princípio pode ser aplicado à população em situação de rua?**



prévia EDPOPRUA.indd 26-27 12/12/2025 10:40:17

**Princípios da PNEPS-SUS:**

**1.** Diálogo - é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

**2.** Amorosidade - é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.

**3.** Problematização - implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.

**4.** Construção compartilhada do conhecimento - consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

**5.** Emancipação - é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

**6.** Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular - é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Em seguida, cada subgrupo deve apresentar de forma criativa (mímica, teatro, cordel/poesia, histórias, entre outros) ao grande grupo, as reflexões discutidas.

**Disponibilizamos aqui os links da portaria e um vídeo da PNEPS-SUS.**



## Sétimo momento: Sobre a sistematização do curso.

Lembrar que é preciso fazer a sistematização dos aprendizados tanto do Tempo Escola quanto do Tempo Comunidade. Orienta-se escrever um pouquinho todos os dias no Caderno de memórias, descrevendo as vivências, dificuldades, facilidades e o que fez em relação ao curso.

## Oitavo momento: Tempo Comunidade.

A proposta é a construção do **Mapa do Território**. Esta atividade será desenvolvida no período da ESTAÇÃO 1 até a ESTAÇÃO 3. Compartilhamos, abaixo, as orientações sobre a elaboração do **Mapa:**

**1) Mapa do Território:** para a construção do Mapa solicitamos que cada participante faça um desenho ou traga um mapa do território onde possa localizar pontos importantes para a população em situação de rua: onde se concentram, onde dormem, onde se alimentam, se tem acesso aos serviços de saúde, pontos de atendimento do Consultório na Rua. Pode-se pesquisar como é esse lugar desde seu surgimento, ocupação, organização da comunidade, seus aspectos culturais e movimentos sociais e comunitários. Quais políticas públicas estão presentes? Quais são os cheiros, os sons, as paisagens que identificam o lugar?

A ideia é iniciar um diagnóstico participativo, um levantamento dos dados para elaboração do Mapa.

O **Mapa** é um desenho representativo do espaço ou território que está sendo objeto de reflexão. É uma ferramenta que permite discutir diversos aspectos da realidade de forma ampliada. O Mapa vai ser a primeira atividade a ser desenvolvida durante o **Tempo Comunidade**.

Esse mapa pode nos contar como a população em situação de rua está inserida em um certo território. Tem o objetivo de ser construído de forma participativa pelas equipes. Em resumo, o Mapa vai ser um instrumento para um conhecimento participativo do lugar em que se trabalha e/ou se vive de forma coletiva.



prévia EDPOPRUA.indd 28-29 12/12/2025 10:40:17

O Mapa deve ser elaborado para ser apresentado  na ESTAÇÃO 3.

**2) Imagem no Território:** propomos que cada participante tire uma foto sua no território de algo que marcou, ou que chamou atenção e que considerou significativo no momento da atividade. Em seguida, deve-se dar um nome para essa foto que simbolize como se sentiu durante a atividade. A imagem será apresentada na ESTAÇÃO 2.

## Nono momento: Rodada de avaliação do encontro.

Para este momento solicitamos que se faça uma roda para dialogar a partir das seguintes perguntas:

- Em relação à como você chegou, como você está saindo deste primeiro dia?
- O que você mudaria no dia de hoje?
- Tem alguma sugestão para as próximas ESTAÇÕES?
- O que você destaca de aprendizado nesta estação?
- Sente-se preparado/a para essa viagem?

## Mística Final: Leitura do Poema Dia 19 de agosto dia  de Luto e  Luta.

**Dia 19 de agosto, dia  de Luto e  Luta**.
*Vanilson Torres (MNPR).*

**I**
No dia 19 de agosto de 2004
Um triste fato ocorreu
7 pessoas em situação de rua
Na Praça da Sé  morreu

**II**
Brutal e Covardemente
Sem dá nenhuma defesa
Mataram 7 Brasileir@s
Que viviam na incerteza

**III**
Na incerteza de um dia
Que ainda ia raiar
Mas vieram os meliantes
Pra suas vidas ceifar

**IV**
Após aquela macabra noite
Algo começou a Mudar
Surgiu um Movimento de Rua
Por seus direitos Lutar



**V**
Começou em 2 estados
São Paulo e Minas Gerais
Hoje estamos em 19 estados
Lutando por direitos  Sociais

**VI**
Mas não pensem que é fácil
O massacre continua
Quando é negado direitos
A população  em situação de rua

**VII**
Alguns estados Conquistaram
Direito à Saúde, Trabalho e Habitação
Porém em outros lugares  Inclusive em Natal
é negado  Até Dormir no chão

**VIII**
Por isso sigamos na luta  Pois nesse País nada é de graça
Se não temos moradia digna  vamos ocupando os espaços de debates viadutos,
marquises, ruas e praças

**IX**
Dia 19 de Agosto no Brasil
É o dia  de luto e  luta do povo da rua
Nós não vamos nos calar jamais
Porque nossa luta e resistência continua.

***Convidamos você para ler:***

1)Da Educação sanitária à educação popular em saúde; Grasiele Nespoli; Página 47 até 51) do Textos de Apoio para o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde.

2)Crianças e adolescentes em situação de rua e saúde

3)Caderno do curso de aperfeiçoamento EdPopSUS

***(Guia completo)*** ***(Textos de apoio)***

4)Vídeo da Série SUS sobre Educação Popular em Saúde



prévia EDPOPRUA.indd 30-31 12/12/2025 10:40:20

# ESTAÇÃO 2: HISTÓRIA DOS DIREITOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

**Temas Geradores**

- Território
- Movimentos sociais da população em situação de rua
- Legislações sobre população em situação de rua e Educação Popular em Saúde.

**Objetivo geral**

Refletir sobre os direitos da população em situação de rua e sobre as lutas dos movimentos sociais para a conquista desses direitos.

**Objetivos de aprendizagem**

- Compreender o território como espaço vivo e dinâmico, onde se materializam as lutas e resistências dos movimentos sociais na defesa e conquista dos direitos da população em situação de rua.
- Resgatar histórias de resistência, participação social e luta dos movimentos sociais.
- Apresentar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) e a Política Nacional da População em Situação de Rua.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial - Música Rua da Passagem - Lenine. | 5 minutos |
| 1º momento: Retorno do Tempo Comunidade- Apresentação das fotos. | 30 minutos |
| 2º momento: Levantamento dos conhecimentos prévios- História dos direitos da população em situação de rua | 60 minutos |
| 3º momento: Leitura Coletiva- Legislação | 1 hora e 30 minutos |
| INTERVALO | 1 hora |
| 4º momento: Território | 40 minutos |
| 5º momento: Leitura Coletiva- Território | 1 hora e 30 minutos |
| 6º momento: Sistematização dos conhecimentos- Revisão dos Conceitos | 40 minutos |
| 7º momento: Preparando Tempo Comunidade- Retomada da explicação sobre a elaboração do MAPA | 40 minutos |
| 8º momento: Avaliação- Cochicho em dupla | 20 minutos |
| Mística final - Música: Gentileza - Marisa Monte | 5 minutos |



prévia EDPOPRUA.indd 32-33 12/12/2025 10:40:20

## Mística inicial:

***Música Rua da Passagem Lenine.***
Vamos ouvir e refletir
sobre a letra da música.

## Primeiro momento: Retorno do tempo comunidade.

Chegou a hora de compartilhar a vivência do Tempo Comunidade por meio da apresentação das fotos.

Cada educando/a poderá apresentar sua foto, explicando  o nome e descrevendo sua vivência. Em seguida, vamos discutir sobre o conjunto das fotos, sempre fazendo a conexão com os objetivos da estação.

## Segundo momento: Levantamento do Conhecimento prévio.

Para esse momento vamos fazer uma roda de conversa sobre a **história dos direitos da população em situação de rua** partindo das seguintes perguntas:

**Quais os direitos da população em situação de rua? Como foram conquistados esses direitos? Eles são respeitados? Quais as principais dificuldades para serem cumpridos?**

A proposta é construirmos um painel, anotando no quadro branco os principais pontos discutidos a partir das perguntas norteadoras, e fazendo correlações entre os direitos e o contexto atual da população em situação de rua.

## Terceiro momento: Leitura Coletiva.

Propomos agora que o grupo seja dividido em equipes para um momento de leitura coletiva. Cada equipe fará a leitura de um dos textos sobre as legislações. Cada participante escuta e acompanha a leitura, anotando no caderno de memórias o que considerar relevante. Cada equipe precisará elaborar perguntas sobre o tema e discutir o conteúdo do texto.  Ao final, compartilhar um resumo da discussão para o grande grupo.



1. BRASIL. Lei nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024. Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua).

2. BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

3. BRASIL. Lei nº 14.489, de 21 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 (Estatuto da Cidade), para vedar o emprego de técnicas construtivas hostis em espaços livres de uso público – Lei Padre Júlio Lancelotti.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 out. 2011.

5. 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). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

6. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jun. 2021.



prévia EDPOPRUA.indd 34-35 12/12/2025 10:40:21

## Quarto momento: Território.

Para este momento sugerimos organizar uma roda e no meio dela colocar 3 cartolinas com os seguintes títulos:

***Território vivido*** (relações, afetos, lutas, saberes populares)
***Território normatizado*** (organização dos serviços, divisão por áreas, protocolos)
***Território como disputa*** (entre controle e liberdade, entre direitos e violências)

Cada educando/a poderá ir escrevendo nas cartolinas, suas impressões do conhecimento adquirido relativo ao tema. Ao final, propomos uma leitura coletiva do material produzido.

## Quinto momento: Leitura Coletiva.

A proposta agora é promover uma discussão conceitual sobre o território, a partir da leitura do texto abaixo. A turma poderá se dividir em equipes para fazer um resumo e apresentar no grande grupo.

**Texto:** Território - Lugar onde a vida acontece - Maurício Monken e Gracia Maria de Miranda Gondin) FALTA PAGINAR

## Sexto momento: Sistematização dos Conhecimentos.

Propomos que cinco participantes possam pegar uma tarjeta dentro da caixa e falar um pouco sobre o que ficou de aprendizado e, em seguida, complementar com os demais colegas no grande grupo.

**Temas:**

- Conceito de Educação Popular em Saúde;
- Território;
- Direitos da População em situação de Rua;
- Princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde;
- Movimentos Sociais.



## Sétimo momento: Preparando o Tempo Comunidade.

Neste momento o/a educador/a faz uma reflexão sobre Território e retoma a explicação sobre a elaboração do **mapa do território**, agregando os pontos abaixo:

**1)** Qual o tamanho do território? Quantas pessoas? Quantas famílias? Qual a área geográfica?

**2)** Quais são os equipamentos disponíveis no território? Exemplos: Unidade Básica de Saúde (UBS), conhecida também como o Posto de Saúde, Hospital, UPA, CRAS, CREAS, terminal de ônibus, praça, Academia da Saúde, comércio, escolas, creches, Associação de moradores, coletivos culturais, educação, pessoas, organizações não governamentais (ONG), recursos naturais, praças, dentre outros.

**3)** Quais são os principais desafios do território? Os desafios são os mesmos para as pessoas em situação de rua?

**4)** Quais são as potencialidades do território?

**5)** Quais os sujeitos que atuam na região? Quem e quais grupos têm poder para transformar a realidade?

**6)** Quais as alianças e parcerias que podem ser construídas? Identificar se são instituições públicas ou privadas.

Para complementar a elaboração do **mapa do território**, o/a educador/a deve solicitar que sejam realizadas duas entrevistas:

**1)** A primeira com uma pessoa em situação de rua: descrever a história da rua na perspectiva da pessoa entrevistada; (Critério: se possível com mais tempo de vivência de rua).

**2)** A segunda com uma pessoa da área da saúde pública (SUS) que trabalha no cotidiano com a população em situação de rua, de preferência que não esteja no curso.



prévia EDPOPRUA.indd 36-37
12/12/2025 10:40:21

## Oitavo momento: Avaliação do encontro.

Propomos que em roda, seja feito um cochicho em dupla avaliando o dia e uma pessoa da dupla apresenta em poucas palavras o resultado da conversa.

O/A Educador/a pode solicitar alguma sugestão para as próximas estações.

**CONVITE:** quem tocar algum instrumento musical poderá trazê-lo para a próxima estação.

### Mística de encerramento

***Música Gentileza de Marisa Monte***

**VAMOS AMPLIAR OS CAMINHOS E AS IDEIAS!**

1) SANTA CATARINA. Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina. Cartilha: direitos das pessoas em situação de rua.

2) Gentileza gera gentileza: conheça a história do Profeta Gentileza - Conheça José Datrino, criador da frase “gentileza gera gentileza”

3)Lei nº 15.187, que institui o Dia da Luta da População em Situação de Rua, a ser rememorado anualmente em 19 de agosto. A medida foi aprovada pelo Congresso Nacional e assinada pelo presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva.

4) 17 de jan. de 2024 — Garantir os direitos básicos das pessoas em situação de rua é o objetivo central da Lei 14.821, sancionada pelo presidente Lula e publicada

5) Atendimento da população em situação de rua pelo SUS é garantido por lei desde 2018 através da Lei nº 13.714. Essa legislação proíbe expressamente a recusa de atendimento pelo SUS a pessoas em situação de vulnerabilidade social, mesmo sem comprovante de residência, e foi ampliada para garantir assistência integral à saúde.

6) História da Pop Rua. (48 minutos)

7)Podcast Rádio Companhia: Ailton Krenak e Emicida conversam sobre “Futuro Ancestral”

# TRILHA DA DEMOCRACIA

prévia EDPOPRUA.indd 40-41 12/12/2025 10:40:23

# ESTAÇÃO 3: DEMOCRACIA, CONCEPÇÕES, FORMAS E DISPUTAS.

*"A democracia é, como o saber, uma conquista de todos. Toda a separação entre os que sabem e os que não sabem, do mesmo modo que a separação entre as elites e o povo, é apenas fruto de circunstâncias históricas que podem e devem ser transformadas".*

*-**Paulo Freire.***

**Temas Geradores**

- Democracia.
- Capitalismo.

**Objetivo geral**

- Compreender as diferentes concepções, formas e disputas em torno da democracia no Brasil.

**Objetivos de aprendizagem**

- Compreender as dificuldades e os caminhos na organização da classe trabalhadora e nas mobilizações da população em situação de rua.
- Discutir a contribuição da educação popular na construção de práticas que favoreçam a participação social, a equidade, os direitos e o fortalecimento da democracia na saúde.



Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial- História Para Ninar Gente Grande | 5 minutos |
| 1º momento: Retorno do tempo Comunidade- apresentação das entrevistas e Mapa | 50 minutos |
| 2º momento: Leitura Coletiva- Democracia e participação popular: algumas considerações. Helena Mª S. Leal David. Caderno EdPopSUS II. | 1 hora |
| 3º momento: Júri Popular- PAINEL DE DEBATE/JÚRI - O SIM e o NÃO sobre a DEMOCRACIA | 2 horas |
| INTERVALO | 1 hora |
| 4º momento: História de vida- Sobreviventes da Chacina da Candelária | 1 hora e 30 minutos |
| 5º momento: Leitura coletiva | 1 hora |
| 6º momento: Tempo Comunidade - Identificar os movimentos sociais que atuam com população em situação de rua presentes em seu território e Buscar no território situações de luta, solidariedade, situações de opressão. | 20 minutos |
| 7º momento: Avaliação- Que bom! Que pena! Que tal? | 10 minutos |
| Mística final- música "Apesar de você" de Chico Buarque | 5 minutos |

prévia EDPOPRUA.indd 42-43 12/12/2025 10:40:24

## Mística Inicial

Sugestão: Todas as pessoas escutam, cantam e dançam a música “História para Ninar Gente Grande”, samba-enredo da Mangueira no ano de 2019.

História Para Ninar Gente Grande
Estação Primeira de Mangueira

Alô Mangueira
Agora é a nossa vez
Vem, vem, vem comigo
Mangueira, tira a poeira dos porões
Ô, abre alas pros teus herois de barracões
Dos Brasis que se faz um país de Lecis, jamelões
São verde e rosa as multidões
Mangueira, tira a poeira dos porões
Ô, abre alas pros teus herois de barracões
Dos Brasis que se faz um país de Lecis, jamelões

Brasil, meu nego
Deixa eu te contar
A história que a história não conta
O avesso do mesmo lugar
Na luta é que a gente se encontra

Brasil, meu dengo
A Mangueira chegou
Com versos que o livro apagou
Desde 1500
Tem mais invasão do que descobrimento
Tem sangue retinto pisado
Atrás do herói emoldurado
Mulheres, tamoios, mulatos
Eu quero um país que não está no retrato

Brasil, o teu nome é Dandara
E a tua cara é de cariri
Não veio do céu
Nem das mãos de Isabel
A liberdade é um dragão no mar de Aracati

Salve os caboclos de julho
Quem foi de aço nos anos de chumbo
Brasil, chegou a vez
De ouvir as Marias, Mahins, Marielles, malês.

(Compositoras/es: Luiz Carlos Maximo Dias / Silvio Moreira Filho / Danilo de Oliveira Firmino / Deivid Domenico Ferreira Lima / Marcio Antonio Salviano / Ronie de Oliveira Machado / Tomaz Disitzer Carvalho de Miranda / Manuela Trindade Oiticica)



## Primeiro momento: Retorno do Tempo Comunidade.

Propomos agora que cada uma das equipes apresente seu(s) mapa(s) e as entrevistas realizadas contextualizando o território mapeado.

Sugerimos que dois educandos/as possam anotar os pontos que chamaram atenção das apresentações para comentar no final, fazendo um resumo.

Ao final das apresentações, propõe-se a discussão sobre a importância do trabalho realizado, de conhecer o território e da contextualização deste para as atividades com a população em situação de rua.

## Segundo momento: Leitura coletiva.

Agora vamos discutir o sobre DEMOCRACIA e CAPITALISMO, suas relações com o poder no território a partir da leitura dos textos sugeridos. A leitura pode ser feita em 2 grupos, onde cada grupo ler um dos textos visando responder a pergunta abaixo:

Como a Educação Popular pode contribuir para a construção de uma sociedade democrática participativa, onde os cidadãos possam influir no presente e no futuro da sociedade e contribuam nas decisões políticas?

**Texto 1:** Democracia e participação popular: algumas considerações. Helena Mª S. Leal David. Caderno EdPopSUS II. FALTA PAGINAR

**Texto 2:** CAPITALISMO, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E (DES)PROTEÇÃO SOCIAL de Patrícia Fraga e Hélder B. de Moraes Sarmento FALTA PAGINAR

## Terceiro momento: PAINEL DE DEBATE/JÚRI - O SIM e o NÃO sobre a DEMOCRACIA.

ORIENTAÇÕES PARA ATIVIDADE EM GRUPO - PAINEL DE DEBATE/JÚRI - O SIM e o NÃO sobre a DEMOCRACIA



prévia EDPOPRUA.indd 44-45 12/12/2025 10:40:24

A proposta é organizar  a turma em  03 (três) grupos:

- Dois grupos são encarregados de defenderem posições divergentes ***(Grupo A - Sim: em defesa da Democracia***; ***Grupo B - Não: contra a Democracia).*** Cada grupo fará a discussão antes e já chegarão com os argumentos preparados no momento do julgamento.
- Um grupo de cinco jurados/as.
- Um/a Juiz/a.

**1ª Passo: Apresentação dos Argumentos**

Apresentação de argumentos do Grupo A com cartaz (sem réplica ou perguntas de B) – até 10 minutos. Em seguida, será feita a apresentação de argumentos do Grupo B com cartaz (sem réplica ou perguntas de A) – até 10 minutos.

**2º Passo: Debate e perguntas entre os grupos:**

1 pergunta do Grupo A para o Grupo B (com réplica) Tempo de 2 minutos para cada grupo.

1 pergunta do Grupo B para o Grupo A (com réplica) Tempo de 2 minutos para cada grupo.

1 pergunta do Grupo A para o Grupo B (com réplica) Tempo de 2 minutos para cada grupo.

1 pergunta do Grupo B para a equipe A (com réplica) Tempo de 2 minutos para cada grupo.

**3º Passo: Momento do Grupo de Jurados/as;**

Os membros do Júri poderão fazer uma pergunta para cada grupo. Tempo de 3 minutos.

E ao final o Júri irá definir seu voto com os argumentos apresentando-os publicamente. Votos abertos e individuais – 3 minutos para cada.

O/a Juiz/a estará fazendo o controle de tempo de cada grupo e terá um tempo para fechamento.



Ao final, todos/as poderão compartilhar com o grande grupo sobre a experiência vivenciada.

## Quarto momento: História de vida

A proposta agora é assistir ao vídeo sobre a chacina da Candelária e realizar uma discussão, em roda, sobre Direitos e a Democracia.

## Quinto momento: Leitura coletiva

Para este momento, propomos a divisão em 2 subgrupos e cada um fará a leitura de um texto diferente. Cada subgrupo fará uma síntese de seu texto para apresentar no grande grupo com foco na violação de direitos humanos.

**Texto 1:** As lutas da PopRua contra a desigualdade social, a criminalização e por direitos. A ser escrito pela Elaine (Assistente social da Defensoria de SP e Rede de Consultórios na Rua) FALTA PAGINAR

**Texto 2:** Racismo e População em situação de rua: uma discussão necessária, de Weber Lopes Góes FALTA PAGINAR

## Sexto momento: Tempo Comunidade.

O/A educador/a irá solicitar que os/as educandos/as possam:

Identificar os movimentos sociais que atuam com população em situação de rua  presentes em seu território - principais atividades / as vivências /relatos de experiência. Do que eles sentem falta?

Buscar no território situações de luta, solidariedade, situações de opressão.

## Sétimo momento: Avaliação do dia.

Para avaliar o dia sugerimos que cada participante comente: **Que bom! Que pena! Que tal?** falando de sua vivência e sentimentos provocados nesta estação.



prévia EDPOPRUA.indd 46-47 12/12/2025 10:40:24

## Mística de encerramento

***Apesar de você***
de Chico Buarque.

Vamos ouvir e sentir
a música: Apesar de você.

VAMOS AMPLIAR OS CAMINHOS E AS IDEIAS!

1)Video Consultório na rua - IdeiaSUS Santo André - Documentários.

2) Vídeo População de rua da OPAS - Canal Saúde.

# TRILHA DA CULTURA

# ESTAÇÃO 4: CULTURA E EDUCAÇÃO POPULAR.

**Temas Geradores**

- Cultura.
- Cultura da rua.

**Objetivo geral**

- Compreender a cultura como dimensão fundante da Educação Popular em Saúde e constituinte da vida nos territórios.

**Objetivos de aprendizagem**

- Identificar saberes populares e as diversas expressões culturais.
- Refletir sobre processos, limites e perigos da cultura hegemônica e problematizar a relação ser humano, cultura e natureza.
- Discutir a diversidade dos modos como a cultura se constitui no território, considerando as interações com o trabalho em saúde e com a população em situação de rua.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial- Leitura de uma poesia. - “ A Rua “ Mário Quintana. | 5 minutos |
| 1º momento: Retorno do tempo Comunidade | 40 minutos |
| 2º momento: A cultura da rua (mochila) | 1 hora e 30 minutos |
| 3º momento: Levantamento de conhecimento prévio. Perguntas e respostas. | 50 minutos |
| 4º momento:  Leitura coletiva – textos | 1 hora |
| INTERVALO | 1 hora |
| 5º momento: Sistematizando os conhecimentos - Trabalho em equipe | 1 hora |
| 6º momento: Feira do Soma | 1 hora e 30 minutos |
| 7º momento: Tempo Comunidade | 10 minutos |
| 8º momento: Avaliação (desenho livre) | 10 minutos |
| Mística final- Dança da Ciranda | 5 minutos |



prévia EDPOPRUA.indd 50-51 12/12/2025 10:40:32

## Mística Inicial

Leitura de uma poesia. - “ A Rua “ Mário Quintana.

**“A Rua”**
A rua é dos outros.
Passam todos por ela.
Todos passam apressados.
E eu fico parado, olhando...
A rua é dos que têm pressa,
dos que têm medo,
dos que vão pra algum lugar.
Eu não tenho pressa.
Eu não tenho medo.
Eu não vou pra nenhum lugar.
A rua é dos outros.

## Primeiro momento: Retorno do Tempo Comunidade.

Hora de compartilhar as informações sobre os movimentos sociais que atuam com população em situação de rua presentes em seu território - principais atividades que são desenvolvidas e os relatos de experiências colhidas no território.

Após as apresentações das equipes pode ser feita uma discussão sobre os pontos em comum, refletindo sobre as **perguntas disparadoras:**

- Quais as formas de organização você conseguiu detectar no território?
- Por que é tão difícil a organização política e social de quem está na rua? O que isso tem a ver com a luta mais ampla da classe trabalhadora?

## Segundo Momento: A Mochila e a Cultura da Rua.

Para esta atividade, propomos que o grupo se organize em uma grande roda. Em seguida, o/a educador/a vai entrar na roda com uma mochila nas costas, e colocar no centro, objetos que representam o cotidiano ou o imaginário da rua. Cada educando/a poderá escolher um objeto e falar sobre seu significado e o que este objeto o remete.

Em seguida, vamos fazer uma reflexão da cultura da rua, dos estigmas, dos preconceitos relacionados a cultura e as vivências na rua.

***“Para muitos de nós, a mochila guarda livros, agendas, lembranças de viagens... Mas, para quem vive na rua, a mochila é armário, é casa, é sobrevivência. Dentro dela, se guarda o pouco que resta, Mas também aquilo que ninguém pode tirar: A dignidade, a resistência, a fé, a sabedoria do caminho.”***
*-Francisco de Assis Nunes*

**Sugestão de objetos para serem colocados na mochila:** vela, prato, colher, caneta, cachimbo, papelão, camisinha, vacina, carteira de trabalho, rodo / flanela, cola, absorvente, lençol, jarro, faca, garrafa pet, boneca, aguardente, copo, terço, livro, patuá, figa etc.

## Terceiro momento: Levantamento dos conhecimentos prévios

**A cultura é uma dimensão fundante da educação popular em saúde**
(Paulo Freire,1981).

Para aprofundar o tema sobre cultura, iremos fazer tempestade de ideias, buscando responder as indagações a seguir:

- Para você, o que é cultura? O que é multiculturalidade? O que é cultura popular? E o que é cultura da rua?

Cada educando/a poderá ir respondendo e as respostas poderão ser sintetizadas no quadro branco por algum outro educando/a. E a cada resposta pode-se já realizar a discussão com todos.

## Quarto momento: Leitura Coletiva

Para este momento, sugerimos que o grupo seja dividido em três subgrupos, para que seja feita a leitura e sistematização de um dos textos, em seguida, apresentar uma síntese ao grande grupo.



prévia EDPOPRUA.indd 52-53 12/12/2025 10:40:33

**Textos propostos:**

**Texto 1:** ENTRE OS MUNDOS QUE NASCI, QUE VIDA ESCOLHEREI? A CULTURA NA PERSPECTIVA DECOLONIAL, de Larissa Gonçalves Medeiros, Vera Lúcia de Azevedo Dantas, Itana Suzart Scher, p. 117. (EdPopSUS III) FALTA PAGINAR

**Texto 2:** Cultura e Racismo - Weber Lopes Góes. FALTA PAGINAR

**Texto 3:** A espiritualidade e outras dimensões invisíveis: além do óbvio na educação popular em saúde - Júlio Alberto Wong Un (Livro de Textos do Ed.PopSUS II, p. 89). FALTA PAGINAR

## Quinto momento: Sistematização dos conhecimentos

**Vamos sistematizar o que aprendemos até agora?**

O grupo será dividido em equipes. Cada equipe receberá cartolinas ou folhas de papel Kraft, pincel, tinta, hidrocor, lápis de cera etc, para fazer um desenho retratando um resumo de tudo o que foi discutido acerca da cultura da rua, relacionando com a educação popular.

Em seguida, cada equipe compartilha seu produto com todos.

## Sexto momento: Feira do Soma

A feira do Soma Sempre é uma metodologia da Educação Popular em Saúde para coletivização dos conhecimentos e partilha das produções dos educandos. Vamos fazer a Feira na metade do curso como uma forma de sistematizar e partilhar os conhecimentos produzidos pelas 3 primeiras trilhas - da História e Memória, da Democracia e da Cultura.

Inspirados nas feiras livres onde as pessoas circulam entre barracas e trocam experiências, produtos e informações, vamos construir a Feira do Soma, que tem como objetivo compartilhar os conhecimentos adquiridos durante as trilhas até o momento atual do curso.

Cada equipe irá se organizar numa mesa ou barraca para sistematizar “como feira livre” para fazer exposição e apresentação de uma das trilhas do curso. A proposta é que sejam 6 subgrupos, sendo 2 responsáveis por cada Trilha percorrida.



Serão disponibilizados alguns materiais como: cartolinas, papel Kraft, lápis piloto, tinta, pincel, tecidos coloridos, materiais das trilhas. As equipes poderão usar sua criatividade para apresentar os conteúdos.

**Tempo de colheita:**

Após visitar todas as barracas, os grupos conversam entre si sobre o que aprenderam com as outras barracas e, após isso, vamos propor uma grande roda onde, no momento inicial, é proposto que cada pessoa reflita sobre os aprendizados e sentimentos. Nesse momento chamaremos de colheita interna. Em seguida, socializa-se os aprendizados colhidos sobre cada uma das barracas visitadas, de modo que todas sejam contempladas.

Segue **Texto de apoio** sobre a Feira do Soma FALTA PAGINAR

## Sétimo Momento: Tempo Comunidade

Orientamos que todos/as assistam ao filme Filme Estamira e tragam para o próximo encontro os pontos marcantes, destacando aspectos ligados à vida na rua, riscos e proteção.

## Oitavo Momento: Avaliação do dia.

Para a nossa avaliação do dia, solicitamos que cada educando/a possa fazer um desenho livre num papel A4 que expresse seu sentimento. Se quiser pode partilhar com o grupo, mas, pedimos que seja colado em seu caderno de memórias.

## Mística final: Dança da Ciranda.

Propomos fazer uma grande roda para dançar uma ciranda - Ciranda da rosa vermelha. Quem tiver com seus instrumentos poderá utilizá-los nesta roda.



prévia EDPOPRUA.indd 54-55 12/12/2025 10:40:33

# VAMOS AMPLIAR OS CAMINHOS E AS IDEIAS!

**Para assistir**

Vídeo da Pesquisadora Drª. Grasiele Nespoli, que contextualiza o surgimento da Educação Popular como um movimento social formado por coletivos e redes que se incorporam progressivamente ao sistema de saúde. Um campo fundamentado na concepção de Paulo Freire a partir de uma pedagogia crítica.

**Para ler**

**Capoeira é saúde**

Prática que celebra herança ancestral africana ajuda a promover saúde mental e consciência coletiva

**Para ler**

**Experiências de Teatro e Arte com Pessoas em Situação de Rua** - um Ensaio. Bruno Mariani de Souza Azevedo

**Para ouvir**

**Cultura É Viva**

Instrumento de divulgação científica com dados intermediários de pesquisa.



# TRILHA DA VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE

prévia EDPOPRUA.indd 56-57 12/12/2025 10:40:42

# ESTAÇÃO 5: TERRITÓRIO, COMUNICAÇÃO, AMBIENTE E VIGILÂNCIA POPULAR.

**Temas Geradores**

- Determinação Social.
- Vigilância Popular.

**Objetivo geral**

- Compreender a determinação social do processo saúde-doença e da organização da vida.

**Objetivos de aprendizagem**

- Discutir a determinação social do processo saúde-doença.
- Debater o conceito de risco e de proteção.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial: música “Canto das Três Raças” | 5 minutos |
| 1º momento: Retorno tempo comunidade- Filme Estamira | 30 minutos |
| 2º momento: Levantamento de Conhecimentos Prévios- Riscos e Proteção. | 40 minutos |
| 3º momento: Leitura coletiva- Saúde da População em Situação de Rua e Determinação Social da Saúde | 1 hora e 30 minutos |
| 4º momento: Histórias de vida. | 50 minutos |
| INTERVALO | 1 hora |
| 5º momento: “Vigilância popular para que? Para quem? Por quem? ” | 1 hora |
| 6º momento: Websérie - Vigia Povo. | 40 minutos |
| 7º momento: Sistematização - O que ficou? | 30 minutos |
| 8º momento: Tempo Comunidade- experiências de participação popular ligadas à vigilância | 20 minutos |
| 9º momento: Avaliação do dia- O que eu dou e o que levo. | 20 minutos |
| Mística Final- Poesia - Miró da Muribeca | 5 minutos |



prévia EDPOPRUA.indd 58-59 12/12/2025 10:40:43

## Mística Inicial

Convidamos o grupo para  escutar, cantar e dançar.

**Canto das Três Raças**
*Mauro Duarte e Paulo César Pinheiro*

Ninguém ouviu
Um soluçar de dor
No canto do Brasil
Um lamento triste
Sempre ecoou
Desde que o índio guerreiro
Foi pro cativeiro
E de lá cantou
Negro entoou
Um canto de revolta pelos ares
Do Quilombo dos Palmares
Onde se refugiou
Fora a luta dos inconfidentes
Pela quebra das correntes
Nada adiantou
E de guerra em paz
De paz em guerra
Todo o povo dessa terra
Quando pode cantar
Canta de dor
E ecoa noite e dia
É ensurdecedor
Ai, mas que agonia
O canto do trabalhador
Esse canto que devia
Ser um canto de alegria
Soa apenas como um soluçar de dor

## Primeiro momento: Retorno do Tempo Comunidade.

Propomos agora, uma partilha sobre o Filme Estamira.



Em roda, os/as educandos/as poderão expor suas impressões e aspectos relevantes do filme. Quais os sentimentos gerados ao assistir o filme? Como o Consultório na Rua poderia abordar e agir no caso de Estamira? Como se diferenciam as formas como os/as filhos/as de Estamira lidam com ela?

## Segundo momento:  Levantamento de Conhecimentos Prévios - Risco e Proteção

Vamos nos dividir em 2 grupos, onde cada um irá listar até 10 riscos vivenciados pela população em situação de rua do seu território.

Em seguida, a lista dos riscos deve ser trocada entre os grupos e o outro grupo irá propor formas de proteção para cada risco listado.

Após este momento, sugerimos a discussão sobre o que foi elaborado, bem como a partilha dos sentimentos despertados com a atividade.

## Terceiro Momento: Leitura coletiva.

Para este  momento, sugerimos  a  leitura coletiva do texto:

Sugerimos dividir o grupo em subgrupos. Durante a leitura, os pontos principais poderão  ser anotados e debatidos ao final com o grande grupo.

**Texto1 :** Saúde da População em Situação de Rua e Determinação Social da Saúde FALTA PAGINAR

**Texto2:** Vigilância Popular em Saúde e a População em Situação de Rua FALTA PAGINAR

**Texto3:** Vigilância em saúde FALTA PAGINAR

## Quarto Momento:  Histórias de vida.

Para este momento, propomos dividir a turma em 5 equipes. Cada equipe fará a leitura e discussão da História, em seguida apresentará suas impressões ao grande grupo.



prévia EDPOPRUA.indd 60-61 12/12/2025 10:40:43

Para facilitar as discussões no grupo colocamos aqui algumas perguntas norteadoras:

- Quais direitos estão em jogo neste caso?
- Como equilibrar o cuidado e a proteção das crianças e adolescentes sem reforçar práticas punitivas sobre a mãe?
- De que forma a política pública pode (ou falha em) garantir o direito ao cuidado em saúde para mães, crianças e adolescentes em situação de rua?
- Como preservar os vínculos familiares em contextos de extrema vulnerabilidade?
- O que tem de oferta de cuidado na Saúde para as famílias com crianças e adolescentes que estão em situação de rua?
- Que estratégias intersetoriais poderiam ter sido adotadas precocemente para evitar a ruptura familiar?

Letícia tem 28 anos, está grávida de sete meses e vive em situação de rua com seus dois filhos: Pedro, 6 anos, e Ana Luíza, 4 anos, e com o companheiro, pai das crianças. Desde que perdeu o aluguel social, há quase um ano, ela se desloca entre praças e ocupações no centro da cidade. Letícia não possui rede familiar de apoio e o pai das crianças está desempregado.

Há três meses, ela foi diagnosticada com tuberculose pulmonar durante o acompanhamento pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. A enfermeira responsável percebeu que Letícia tem dificuldades para seguir o tratamento: falta à maioria das consultas, não toma a medicação com regularidade, e está com o quadro agravado. A equipe de Consultório na Rua tenta acompanhá-la, mas enfrenta barreiras como deslocamento constante, insegurança alimentar e falta de abrigo.

Em uma das consultas, a enfermeira providencia a atualização dos cartões de vacinas das crianças e as observa com sinais de desnutrição, roupas sujas e tosse persistente.  Preocupada com o risco de contágio e com a vulnerabilidade das crianças, ela aciona o Conselho Tutelar, solicitando providências. Letícia chora e implora que não tirem seus filhos. Diz que eles são “tudo o que ela tem”, e que não os maltrata, apenas está doente e sem casa. Os pais são encaminhados para consulta com médico da família e comunidade (MFC) na própria Unidade Básica de Saúde (UBS).

O Conselho Tutelar avalia que as crianças não estão em ambiente seguro e decide encaminhá-las para acolhimento institucional temporário. A mãe não aceita, argumentando que “não é justo separar uma mãe dos filhos só porque ela está na rua”. O bebê que ela espera poderá, inclusive, ser retirado logo após o nascimento, caso o contexto não mude.

A equipe de saúde se vê dividida entre proteger as crianças e respeitar os vínculos afetivos da família. A assistência social tenta articular a entrada de Letícia em um abrigo para gestantes, mas esbarra na falta de vagas e na burocracia. A gestante começa a evitar os serviços de saúde, temendo perder os filhos e o bebê.

## Quinto Momento: “Vigilância popular para que? Para quem? Por quem?”

Propomos agora uma reflexão sobre a Vigilância Popular em Saúde.

***“Quando falamos em vigilância popular em saúde, o que vem à sua mente?”***
***“E quando falamos em participação popular nesse processo, o que muda?”***

Solicitamos que cada educando/a escreva em tarjetas o que consideram Força e Lacuna em relação a esta temática.

Para facilitar, vamos considerar:

**FORÇAS (tarjeta verde) -** O que fazemos para fortalecer a vigilância popular.
**LACUNAS (tarjeta amarela)** - Quais os desafios para tornar a vigilância mais popular e territorial.

Após a escrita, cada educando/a poderá apresentar suas tarjetas e no grande grupo, fazer uma discussão sobre o que foi apresentado.



prévia EDPOPRUA.indd 62-63 12/12/2025 10:40:43

## Sexto Momento: Websérie - Vigia Povo.

Para este momento, que tal assistirmos a websérie Vigia povo.

Podemos fazer uma partilha bem legal sobre o que foi visto e fazer o registro no quadro branco dos pontos relevantes

**Vigia Povo**

## Sétimo momento: Sistematização - O que ficou?

Propomos uma discussão em roda sobre os principais conceitos aprendidos:

- Risco e proteção
- Determinação Social do Processo saúde-doença
- Vigilância popular.

## Oitavo Momento: Tempo Comunidade.

Então, a partir do que discutimos até o momento, que tal assistir o documentário: **Como acolher quem vive em situação de rua?** Registre quais os principais desafios da população em situação de rua e as suas impressões sobre o documentário.

**Documentário**

Também propomos que cada um pesquise sobre as principais características do modelo etapista e do modelo de moradia primeiro.

Convidamos,para nosso próximo encontro, alguma equipe para realizar nossa mística inicial.

No próximo encontro a gente conta com sua partilha!

## Nono Momento: Rodada de avaliação

Para este momento, solicitamos que o grupo se organize em círculo, todos de mãos dadas, sendo a mão esquerda com a palma para cima e a direita com a palma para baixo, refletindo sobre o que eu recebo e o que ofereço no dia de hoje. Neste momento, quem quiser, poderá compartilhar sua avaliação do dia.



## Mística de encerramento:

**Poesia - Miró da Muribeca (livro a Deus, 2016).**

Um céu azul
que flagra meus olhos
é um colírio dizendo:
não desista
mesmo que o dia fique cinza.

**Para ler**
Guia VIGIA, POVO

**Para assistir**
Vigilância Popular em Saúde - Sala de Convidados

**Para ouvir**
Indígena é Indígena onde ele estiver Com Eni Carajá Filho – Podcast #10



prévia EDPOPRUA.indd 64-65 12/12/2025 10:40:51

# ESTAÇÃO 6: VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PROTAGONISMO POPULAR E VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE.

**Temas Geradores**

- Principais doenças e agravos que acometem a população em situação de rua.
- Condições de vida, trabalho e ambiente.
  Abordagem integrada à saúde dos trabalhadores/as
- Elaboração de um Plano de Ação para a Vigilância Popular em Saúde

**Objetivos gerais**

- Dialogar, aprofundar e despertar a Vigilância em Saúde nos territórios.
- Identificar e analisar situações e experiências que ameaçam e que potencializam a vida das pessoas em situação de rua nos territórios

**Objetivos de aprendizagem**

- Conhecer as principais doenças e agravos que acometem a população em situação de rua, os impactos ambientais envolvidos e as implicações para a saúde.
- Refletir sobre as condições de vida e trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras das UBS e equipes de consultório na rua.
- Elaborar um plano de ação com base na vigilância popular em saúde pelas equipes de saúde (eCR e UBS).

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial- Performance da equipe. | 5 minutos |
| 1º momento: Retorno tempo comunidade - Fórum de discussão modelos etapista e Moradia primeiro. | 40 minutos |
| 2º momento: Levantamento de Conhecimentos Prévios | 50 minutos |
| 3º Momento: Principais Agravos | 40 minutos |
| 4º momento: Leitura coletiva -Caracterização epidemiológica da população em situação de rua | 1 hora e 30 minutos |
| 5º momento: Início da construção do Plano | 1 hora |
| INTERVALO | 1 hora |
| 6º momento: Continuação do Plano | 1 hora e 30 minutos |
| 7º momento: Tempo Comunidade - levantamento da rede de saúde disponível | 20 minutos |
| 8º momento: Avaliação do Dia - Recado para o grupo | 20 minutos |
| Mística Final- Música Novo Tempo - Ivan Lins. | 5 minutos |



prévia EDPOPRUA.indd 66-67 12/12/2025 10:40:51

## Mística Inicial:  Performance da equipe.

Neste momento faremos a vivência da equipe, conforme combinado na Estação anterior, junto ao grupo.

## Primeiro momento: Retorno do Tempo Comunidade.

Propomos neste momento uma discussão sobre o documentário, fazendo a interface com a vigilância popular em Saúde, levantando aspectos sobre a **aporofobia.**

Em seguida,  vamos organizar um fórum, dividindo a turma em dois grupos:

**Grupo 1- Modelo Etapista.**
**Grupo 2-  Modelo de Moradia Primeiro.**

Cada grupo irá pesquisar e discutir sobre as principais características (pontos fortes e frágeis) do modelo.

Em seguida, faremos uma breve partilha dos modelos em roda.

## Segundo momento:Levantamento dos conhecimentos prévios.

Do que foi compartilhado no Tempo Comunidade, quanto às práticas de vigilância, solicitamos que cada educando/a possa destacar em tarjetas: o que é prática de participação popular?  Onde estão inseridas as pessoas em situação de rua? Quais as práticas dos profissionais de saúde? Existem outras práticas?

As tarjetas devem ser distribuídas de acordo com a relação do painel que estará afixado na parede.

| PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR | PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE | PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA POPULAR | PRÁTICAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA |
|---|---|---|---|
| EX: Participação em conselho, comitês, fóruns. | Ex: notificação, organização de campanhas, educação em saúde. | Ex: identificação de riscos, participação em campanhas. | ex: identificação de casos. |



## Terceiro momento: Principais Agravos

Para este momento, vamos precisar retomar o mapa (construído no Tempo Comunidade das primeiras estações), a fim de identificar os principais agravos que acometem a população em situação de rua  e as ofertas de cuidado existentes.
Para ajudar , poderemos utilizar as perguntas abaixo:

**Qual é o perfil de morbidade na população em situação de rua do seu território de abrangência?**

**Como isto vai se refletir nas suas ações individuais e coletivas?**

**Que conhecimento você deve ter ou buscar para o cuidado responsável com estas situações?**

**O que você identifica que contribui para o processo saúde-doença da população em situação de rua?**

Cada educando/a poderá se expressar e coletivamente fazermos uma discussão em roda.

## Quarto momento: Leitura coletiva.

Neste momento, propomos dividir o grupo em equipes, para realizar uma leitura coletiva.

**Artigo:** Caracterização epidemiológica da população em situação de rua FALTA PAGINAR

Após a leitura, cada equipe irá partilhar os principais pontos do texto,com o grande grupo.

## Quinto momento: Início de construção do Plano de Ação de Vigilância  em Saúde.

Para este momento, iremos dividir o grupo em equipes.

Cada equipe receberá uma proposta de  roteiro para iniciar um Plano de Ação de

Vigilância em Saúde para a População em Situação de Rua.



prévia EDPOPRUA.indd 68-69 12/12/2025 10:40:51

**Roteiro:**

**1)** Diagnóstico da realidade - análise da situação atual. Construção de um painel com os principais agravos identificados.
**2)** Objetivos do plano
**3)** Metas
**4)** Metodologia / Ações previstas (articulação / formação / ações no território / rede)

Cada equipe irá receber folhas de cartolina, para ir descrevendo seu Plano.

## Sexto momento: Continuação do Plano de Ação.

Neste momento, daremos continuidade ao Plano de Ação, seguindo o roteiro proposto.

**5)** Cronograma (detalhamento das ações previstas  e prazos)
**6)** Pessoas envolvidas
**7)** Recursos necessários
**8)** Avaliação
**9)** Resultados esperados.

## Sétimo momento: Tempo Comunidade

Sugerimos que cada educando/a possa revisar o material produzido em sala até o momento e ir complementando com a proposta abaixo, a fim de apresentar ao grupo na próxima estação.

Propomos fazer um levantamento da rede de saúde disponível em seu território para População em Situação de Rua, considerando: atenção à saúde mental, saúde da mulher, saúde da pessoa com deficiência, saúde da população negra, saúde LGBT, saúde da criança e adolescente, saúde da pessoa idosa, considerando os princípios do SUS e atributos da APS.

## Oitavo momento: Avaliação do dia - Recados

Cada educando/a poderá escrever num pedaço de papel um recado para o grupo sobre o dia de hoje e  em seguida colocar numa caixa.

Em seguida, cada educando/a irá pegar aleatoriamente da caixa um recado e ler para o grupo.



## Mística final:

***Um Novo Tempo***
de Ivan Lins

**Para ler**
Glossário de termos do pensamento contra colonial brasileiro

**Para ler**
Aporofobia



prévia EDPOPRUA.indd 70-71 12/12/2025 10:40:59

# TRILHA DA ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE

prévia EDPOPRUA.indd 72-73 12/12/2025 10:40:59

# ESTAÇÃO 07: O SUS E AS PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADOS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

**Temas Geradores**

- SUS.
- Redes de Saúde.
- O cuidado em saúde à População em situação de Rua.
- Equidade e o cuidado intersetorial compartilhado em rede e longitudinal.

**Objetivo geral**

- Reconhecer o SUS e as práticas de cuidado como fundamentais na atenção à saúde da população em situação de rua.

**Objetivos de aprendizagem**

- Apresentar as ferramentas de cuidado: matriciamento e Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Identificar e compreender as diferentes práticas de cuidado presentes no território
- Refletir sobre os avanços, desafios e limitações na consolidação do modelo de atenção à saúde orientado para o território
- Entender o cuidado de forma integral, tendo a Educação Popular em Saúde como princípio orientador.
- Refletir as possibilidades de articulação entre os saberes populares de cuidado e científicos, na construção do cuidado integral.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial - Hino da População em Situação de Rua. | 5 minutos |
| 1º momento: Retorno tempo comunidade - partilha e desenho da rede. | 40 minutos |
| 2º momento: Levantamento de Conhecimentos Prévios - Portarias sobre a Estratégia Consultório na Rua | 40 minutos |
| 3º momento: Leitura coletiva - três textos. | 1 hora e 30 minutos |
| INTERVALO | 1 hora |
| 4º momento: Discutindo a humanização do atendimento. (Exposição oral e trabalho em equipe) | 1hora 30 minutos |
| 5º momento: Rede de Atenção | 40 minutos |
| 6º momento: O que é Saúde | 50 minutos |
| 7º momento: Sistematização dos conhecimentos | 30 minutos |
| 8º momento: Tempo Comunidade - Visita a UBS. | 15 minutos |
| 9º momento: Avaliação do Dia - Um gesto. | 15 minutos |
| Mística Final - ciranda. | 5 minutos |



prévia EDPOPRUA.indd 74-75 12/12/2025 10:41:00

## Mística inicial:

***Ouvir o Hino da População em Situação de Rua.***
Convidamos todos/as para ouvirem o Hino e refletir sobre a letra.

## Primeiro Momento: Retomada do Tempo Comunidade

Propomos neste momento, uma partilha coletiva sobre as informações colhidas no território.

Em seguida, realizar um desenho da rede de saúde.

## Segundo Momento: Levantamento de Conhecimentos Prévios.

***Consultório na Rua***

*A estratégia Consultório na Rua foi instituída em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica. As equipes de Consultório na Rua (eCR) são multiprofissionais e têm o objetivo de melhorar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população em situação de rua, articular e ampliar o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde. As eCR desempenham suas atividades de forma itinerante e compartilhada com a RAS e a rede intersetorial, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).*


**Referências:**
BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: 2017b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXVI>. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jun. 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html>. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 7.799, de 20 de agosto de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, e revoga a Portaria GM/MS nº 5.668, de 1º de novembro de 2024, para dispor sobre o financiamento federal da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 ago. 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-7.799-de-20-de-agosto-de-2025-649872356>. Acesso em: 10 set. 2025.




Neste momento, vamos aprofundar nossos conhecimentos referentes ao trabalho das equipes de Consultório na Rua, fazendo uma partilha em roda.

Vocês conhecem as Portarias que regulamentam o trabalho das equipes de Consultório na Rua? Que outros documentos você conhece? Como e quando você teve conhecimento sobre esta legislação? De acordo com sua prática, de que forma a legislação atende as necessidades da população em situação de rua?

Quais os desafios e necessidades das equipes de Consultório na Rua (eCR) e outros profissionais da saúde diante desta legislação e de sua prática de trabalho? Sugerimos também que os profissionais das equipes de Consultório na Rua que estão participando, possam partilhar  suas vivências e organização.

## Terceiro Momento: Leitura Coletiva.

Propomos para este momento, a divisão em 5 equipes.

1 equipe fará a leitura do texto 1. 2 equipes irão fazer a leitura do texto 2 e 2 equipes irão fazer a leitura do texto 3.

**Texto 1:** DO NASF À EMULTI, AMPLIANDO E COMPARTILHANDO A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA APS FALTA PAGINAR

**Texto 2:** O CUIDADO INTEGRAL EM REDE ÀS PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UM OLHAR PARA O TERRITÓRIO VIVO- capítulo 8 FALTA PAGINAR

**Texto 3:** AS INTERVENÇÕES CLÍNICAS PSICOSSOCIAIS E SUAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO FALTA PAGINAR

**Apoio matricial na atenção básica**

**O que é?**

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Esta proposta visa integrar os profissionais da equipe de saúde da família com profissionais especialistas de forma que os primeiros tenham um suporte para a discussão de casos e intervenções terapêuticas. O matriciamento visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, proto-



prévia EDPOPRUA.indd 76-77 12/12/2025 10:41:00

colos e centros de regulação, por meio de ações mais horizontais que integram os componentes e seus saberes nos diferentes níveis de assistência (CHIAVERINI, 2011). Hoje, a principal estratégia desenvolvida para apoio matricial é a equipe do Nasf (núcleo de apoio à saúde da família). Entre os instrumentos do processo de matriciamento estão: elaboração de PTS, interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, grupos, educação permanente, abordagem familiar, entre outros.

Leia mais em:

Fonte: GONÇALVES, DA et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Agora que já fizemos a leitura, que tal trazermos os nossos destaques? Bora partilhar?

Quais as mudanças identificadas, na atuação das equipes, para o cuidado com a População em situação de rua?

## Quarto momento: Discutindo a Humanização do atendimento: o cuidado na perspectiva integral e o eixo da Educação Popular em Saúde.

O/A educador/a fará uma breve fala (com slides, exposição dialogada) sobre:

- O que é humanização do atendimento no SUS.
- A perspectiva da integralidade.
- O papel da Educação Popular em Saúde: diálogo, vínculo, escuta e valorização dos saberes locais;

Utilizando como **referências norteadoras:**

- Política Nacional de Humanização (PNH)
- Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)



Após a breve exposição, o/a educador/a irá dividir o grupo em equipes e cada equipe receberá uma situação em relação ao atendimento por parte de uma equipe de saúde, à pessoa em situação de rua.

### HISTÓRIA DE VIDA 1:

*Seu Zé, 63 anos, vive nas ruas do centro há 7 anos. Conhecido como "Zé das Ervas", é respeitado entre outras pessoas em situação de rua por preparar chás. Tem uma úlcera na perna que trata com compressas de folhas de mamona e casca de angico, o que aprendeu com a avó benzedeira. Vai à UBS apenas quando sente dor intensa. Ao chegar na Unidade de saúde, têm muita dificuldade em aderir às orientações dadas pela equipe de saúde sobre o curativo da sua úlcera. Não quer abrir mão do uso de suas ervas, porém, a enfermeira informou para ele, que precisa passar a medicação dada pela unidade de saúde, e parar de usar essas ervas. Disse também que ele procurasse a Unidade para realizar o curativo apenas no turno da tarde, e que, como está em situação de rua, não tem cadastro na unidade, dificultando o acompanhamento de sua saúde.*

A equipe que ficar com esta história deverá discutir as seguintes questões:

***1) Como poderia se ter um atendimento humanizado para seu Zé?***

***2) O que essa situação revela sobre a escuta dos saberes populares pela equipe?***

***3) Como promover um cuidado que una os saberes de Seu Zé com o conhecimento biomédico?***

***4) Quais atitudes da equipe seriam coerentes com a Educação Popular em Saúde?***

### HISTÓRIA DE VIDA 2:

*Michele, 28 anos, vive entre uma ocupação e a rua. Tem crises de ansiedade e insônia, e relata ter vivido violência doméstica e institucional. Conta à enfermeira que evita ir ao CAPS porque "acham que a gente é doida e suja por morar na rua". Diz que toma chá de mulungu com capim-cidreira feito por uma companheira da rua, e que isso a ajuda a dormir melhor.*

*Durante o acolhimento, a profissional anota o uso do chá e responde: "isso não resolve, você precisa de remédio". Michele se afasta do serviço.*



prévia EDPOPRUA.indd 78-79 12/12/2025 10:41:00

A equipe que ficar com esta história deverá discutir as seguintes questões:

***1) De que forma o acolhimento poderia ter sido mais humanizado?***

***2) O que a equipe poderia ter perguntado para abrir o diálogo?***

***3) Como reconhecer o chá como prática de cuidado sem desprezar o tratamento técnico?***

***4)Como a Educação Popular em Saúde pode construir vínculo com Michele?***

## HISTÓRIA DE VIDA 3:

*Carlos, 45 anos, vive na rua há mais de 15 anos. Se define como "benzedor urbano" e oferece rezas e garrafadas no Largo da Matriz, para ganhar algum dinheiro. Quando sente febre ou dor de barriga, usa chá de boldo, arruda e água com limão. Uma agente comunitária o encontra com sintomas gripais e o leva até a UBS, onde ele relata seu uso de plantas. O médico da triagem comenta em voz alta: "Esse aí só precisa de banho e psiquiatra". "Não tenho que atender ele, não é da área de cobertura da unidade - mora na rua", Seu Carlos escuta o que o médico falou para a ACS, se levanta e vai embora.*

A equipe que ficar com esta história deverá discutir as seguintes questões:

***1) Quais violências institucionais estão presentes nesse atendimento?***

***2) Como seria uma abordagem respeitosa e dialógica?***

***3) Como o reconhecimento dos saberes de Carlos poderia ser um ponto de partida para o cuidado integral?***

***4) Como envolver Carlos em ações de educação popular como protagonista?***

## HISTÓRIA DE VIDA 4:

*Sandra, 38 anos, está grávida de aproximadamente 5 meses. Vive em situação de rua há quase dois anos, desde que perdeu sua casa em decorrência de um despejo. Atualmente, circula entre a região central da cidade e áreas próximas à rodoviária, onde encontra apoio eventual de movimentos sociais.*

*Ela tem uma filha de 2 anos que permanece com ela na rua, sem acesso a creche, alimentação regular ou local seguro para dormir. A gravidez atual não foi planejada e Sandra afirma não saber quem é o pai da criança, devido aos múltiplos parceiros, alguns sob coação e violência.*

*Nos últimos dias, Sandra começou a sentir prurido vaginal intenso, acompanhado de secreção esbranquiçada e desconforto ao urinar. Preocupada com sua saúde e a do bebê, decidiu procurar uma unidade básica de saúde (UBS) do território. Ao chegar, foi informada que precisava de um documento de identificação e de um comprovante de residência para realizar o atendimento, o que ela não possui. Desanimada, foi embora sem ser acolhida, e retornou à rua.*

*Certa tarde, ao relatar os sintomas a um colega de rua mais velho, chamado Zé, ele contou que também já passou por algo semelhante e conseguiu uma pomada caseira em uma feira popular, feita à base de ervas, que aliviou bastante sua coceira. Ele ofereceu parte da pomada a Sandra, explicando como aplicar. Ela começou a usar, e percebeu uma leve melhora, mas os sintomas continuam. Apesar do alívio momentâneo, Sandra ainda está preocupada com possíveis complicações para a gravidez.*

*Sandra relata que sente vergonha e medo de ser julgada por profissionais da saúde, e evita procurar ajuda quando percebe olhares de reprovação ou frases que a desmotivam.*

Propostas de Discussão:

***1) Quais barreiras de acesso ao cuidado estão presentes nesta história?***

***2) Que atitudes e estratégias poderiam ter sido adotadas pelos serviços do SUS para garantir o atendimento de Sandra e da criança?***
***O que a saúde dispõe para o cuidado com Sandra e a filha?***

***3) Como os princípios da equidade, da integralidade e do acolhimento podem ser aplicados nesse contexto?***

***4) Qual o papel da equipe de Consultório na Rua (eCR) diante desta situação?***

***5) De que forma a rede intersetorial pode ser acionada para apoiar Sandra e sua filha?***





prévia EDPOPRUA.indd 80-81 12/12/2025 10:41:01

## HISTÓRIA DE VIDA 5:

*Juliana tem 30 anos e vive em situação de rua há cerca de um ano. Para conseguir algum dinheiro, realiza programas nas ruas do centro da cidade. Relata que essa foi uma das poucas alternativas que encontrou após sair de casa por conflitos familiares e dificuldades econômicas.*

*Ela é mãe de uma menina de 4 anos, que vive atualmente com sua avó materna, em um bairro distante. Juliana evita contato com a mãe, pois se sente julgada por causa do trabalho que realiza à noite. Apesar disso, diz sentir muita saudade da filha e culpa por estar afastada.*

*Nos últimos meses, Juliana tem percebido perda de peso significativa, formigamento e dormência nas mãos, além de aumento na frequência urinária. Preocupada, procurou conversar com uma colega, que sugeriu que isso poderia ser "nervoso" ou mesmo "diabetes", já que a mãe dela tem a doença.*

*Juliana decidiu procurar uma unidade básica de saúde (UBS), mas foi informada que, para conseguir uma ficha, precisaria chegar de madrugada, pois a demanda é alta. Como trabalha à noite, relatou que é praticamente impossível estar na fila tão cedo. A equipe disse que não poderia fazer nada sem ficha de atendimento. Sentindo-se frustrada e insegura, Juliana voltou à rua.*

*Uma colega que também vive em situação de rua indicou a ela o uso de chá de hibisco como forma de "limpar o sangue" e controlar os sintomas urinários. Juliana seguiu a orientação popular, mas os sintomas continuam, e a preocupação com uma possível diabetes se intensifica.*

*Ela afirma que, embora já tenha sofrido discriminação em outras unidades de saúde, ainda tem esperança de ser atendida e conseguir entender o que está acontecendo com seu corpo.*

Para ajudar nas discussões da história, adotaremos as seguintes perguntas norteadoras:

***1) Quais barreiras de acesso ao cuidado estão presentes nesta história?***

***2) Como a equipe de saúde poderia acolher Juliana respeitando sua realidade de vida e trabalho?***

***3) Que papel os saberes populares, como o uso do chá de hibisco, podem ter no cuidado e como dialogar com eles de forma ética e não excludente?***

***4) Como o Consultório na Rua ou a Estratégia Saúde da Família podem intervir para garantir cuidado contínuo e digno?***

***5) Como as questões de gênero, moralidade e estigma influenciam no cuidado à saúde de mulheres em situação de rua?***

***6) Que articulações intersetoriais seriam importantes para apoiar Juliana e possibilitar um plano de cuidado integral?***

***7) Como envolver a rede familiar e comunitária respeitando os vínculos e limites colocados por Juliana?***

***8) Você considera a necessidade de matriciamento para a história de Juliana? Com quem e como?***

Então, agora que cada equipe discutiu sua história, seria muito bom que pudéssemos partilhar com as demais equipes o que foi discutido.

## Quinto Momento: Rede de Atenção

Propomos que o grupo se divida em equipes, cada equipe irá escrever uma história (criada ou vivenciada) para ser trabalhada e apresentada no grande grupo. Cumprindo o seguinte roteiro:

- Desenhar no papel madeira um personagem principal - propomos que uma das pessoas se deite no papel para ser um molde;
- Dar um nome ao personagem e caracterizá-lo (idade, sexo, situação vivenciada, etc);
- Em tarjetas escrever os equipamentos disponíveis e fazer o caminho da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e rede intersetorial existente;
- As equipes irão indicar os potenciais desafios e estratégias em cada ponto da rede;
- Em seguida,irão construir possíveis encaminhamentos para o personagem.





prévia EDPOPRUA.indd 82-83 12/12/2025 10:41:01

Cada equipe irá apresentar brevemente ao grupo, a sua rede e o itinerário percorrido. Após as apresentações, poderemos fazer uma pequena discussão com o grupo destacando:

- A potência da intersetorialidade.
- As ausências ou dificuldades reais de articulação.
- Como a formação em saúde pode (ou não) preparar para esse trabalho

## Sexto Momento: O que é Saúde?

Para este momento sugerimos um debate sobre O que é saúde? E o que é saúde para população em situação de rua?"

Em roda, faremos uma tempestade de ideias. Sugerimos que um ou dois educandos/as possam registrar as palavras chaves da discussão em uma cartolina.

Em seguida, vamos assistir ao vídeo sobre saúde.

## Sétimo Momento: Sistematização dos conhecimentos.

Propomos neste momento uma revisão dos conhecimentos partilhados neste dia. Para tanto, trazemos algumas perguntas-chave, a fim de nortear nossa conversa.

***Quais foram os principais aprendizados do dia?***
***O que mais chamou a atenção no que discutimos?***
***Como esses conhecimentos dialogam com minha prática profissional?***

Podemos registrar os principais pontos trazidos em um papel Kraft, a fim de visitá-lo em outras estações, caso se faça necessário.

Algum de vocês pode nos ajudar neste registro.



## Oitavo Momento: Tempo Comunidade.

Propomos que cada educando/a realize uma visita a um serviço de saúde mental do seu território de trabalho e entreviste um/a trabalhador/a.

A visita tem como objetivo conhecer ou aproximar as equipes aos serviços de saúde mental, para promover espaços de reflexão sobre acessibilidade e acompanhamento das pessoas em situação de rua.

Caso seu território não tenha um serviço de saúde mental, sugerimos que a entrevista possa ser feita no serviço de referência para o território, por telefone ou vídeo chamada.

Seguem algumas perguntas para ajudar nesta atividade.

**1)** Vocês atendem pessoas em situação de rua?
**2)** Quantas pessoas em situação de rua estão sendo atendidas atualmente?
**3)** Como é feito o acolhimento?
**4)** Como é, geralmente, a adesão ao tratamento?
**5)** Cite uma história que vocês acompanharam recentemente?
**6)** Quais os principais motivos da busca por tratamento pelas pessoas em situação de rua?
**7)** É feito o PTS dessa pessoa?
**8)** Quais outros serviços da rede intra e intersetorial são acessados? (Redes)

As perguntas da entrevista podem ser complementadas coletivamente pelo grupo.

## Nono Momento: Avaliação do Dia.

Para nossa avaliação de hoje, propomos que cada participante responda a pergunta; "Qual gesto representa como você sai hoje desta experiência?" Cada pessoa deve fazer um gesto simples para avaliar o dia de hoje.



prévia EDPOPRUA.indd 84-85 12/12/2025 10:41:01

## Mística Final:

Dança circular ao som da ciranda da Lia de Itamaracá.

**Para Assistir**
Sobre a saúde como direito de todos e direitos do estado

**Para ler**
RESOLUÇÃO No 425, DE 8 DE OUTUBRO 2021. Institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades.

**Para ler**
NOTA TÉCNICA: N.º 01/2016/MDS/MS. 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-nascido

**Para ler**
Matriciamento - Guia prático de matriciamento em Saúde mental.



# ESTAÇÃO 08: SAÚDE MENTAL, REDUÇÃO DE DANOS, EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

**Temas Geradores**
- Saúde mental, álcool e outras drogas.
- Redução de danos e educação popular em saúde.

**Objetivo geral**
- Compreender o cuidado integral à saúde mental da população em situação de rua, a partir da perspectiva da redução de danos e da educação popular em saúde, fortalecendo vínculos, a escuta qualificada e o protagonismo dos sujeitos no território.

**Objetivos de aprendizagem**
- Mapear as diferentes práticas de cuidado voltadas à saúde mental existentes no território.
- Refletir sobre o conceito de drogas na perspectiva biopsicossocial. Apresentar a história do proibicionismo das drogas no Brasil.
- Conceituar redução de danos (RD)



prévia EDPOPRUA.indd 86-87
12/12/2025 10:41:08

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial - Música - O mal é o que sai da boca. | 5 minutos |
| 1º momento: Retorno tempo comunidade - partilha das entrevistas e visitas. | 40 minutos |
| 2º momento: Levantamento de Conhecimentos Prévios - música: Tem alguém aí? | 30 minutos |
| 3º momento: Criação de Histórias | 1 hora e 10 minutos |
| 4º momento: Leitura coletiva - Três textos. | 1 hora e 20 minutos |
| INTERVALO | 1hora |
| 5º momento: Histórias de vida - (5 histórias) | 2 horas |
| 6º momento: Sistematização dos conhecimentos - vídeo de Denis Petuco - debate. | 40 minutos |
| 7º momento: Tempo Comunidade - Itinerário de cuidado. | 15 minutos |
| 8º momento: Avaliação do Dia - Desenho Emoji. | 15 minutos |
| Mística Final - Relaxamento e respiração. | 5 minutos |

## Mística inicial:

***Ouvir O mal é o que sai da boca***
De Novos Baianos

## Primeiro momento: Retorno do Tempo Comunidade

Chegou a hora de compartilhar as entrevistas feitas nos serviços de saúde mental, relatando como foram as experiências. Quais as maiores dificuldades encontradas, destacando as coisas que mais chamaram atenção.

A partir desta partilha, juntos, vamos identificar quais as estratégias de comunicação e de articulação com a saúde mental que estão sendo acessadas.

## Segundo momento: Levantamento do Conhecimento Prévio

**Música:** Tem alguém aí? Gabriel Pensador.

Zero, um, dois, três, quatro

Antes era só alegria, o mundo não mordia
A vida era doce, nem ardia
Mas aí um dia, ou quem sabe dois ou três, eu só queria superar a timidez

Eu queria fazer parte de alguma coisa
Se crescer já é difícil, crescer sozinho é mais
A gente tem que dar um jeito de gostar de alguma coisa
A gente tem que dar um jeito de ficar satisfeito
Mas o tempo passa, e se a vida é sem graça, a gente disfarça, na mesa do jantar
Pra depois tentar desabafar numa conversa, mas ninguém se interessa, na mesa do bar

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Conversa vazia, cabeça vazia de prazer, cheia de dúvida e de vontade de fazer qualquer loucura que pareça aventura
Qualquer experiência que altere o estado de consciência
E que te dê a sensação de que você não tá perdido
Que alguém te dá ouvidos que a vida faz sentido
Chega, não, eu quero mais
Bebe, fuma, cheira, tanto faz
Droga é aquela substância responsável por tornar a sua vida aparentemente mais suportável
Confortável ilusão: Parece liberdade e, na verdade, é uma prisão

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar



prévia EDPOPRUA.indd 88-89 12/12/2025 10:41:08

Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Ninguém prepara o jovem, nem os pais, nem a TV, pra botar o pé na estrada e não se perder
Ninguém prepara o jovem pra saber o que fazer quando bater na porta e ninguém atender
Ninguém me dá a chave pra abrir a porta certa, mas a porta errada eu encontro sempre aberta
Entrar numa roubada é mais fácil que sair
Tem alguém aí?

Tem alguém aí ou saiu pra viajar?
Tem alguém aí ou saiu pra passear?
Você tá viajando?
Quando é que você volta?
Onde você quer chegar?

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Eu sei que depende, mas se você depende da droga ela é a falsa rebeldia que te ajuda se enganar, a mentira que vicia, porque parece bem melhor do que a verdade do outro dia
Falsa fantasia é a droga, que parece mais real do que esse mundo de hipocrisia que te afoga
A droga é só mais uma ferramenta do sistema, que te envenena e te condena
Overdose de veneno só te deixa pequeno
Muito álcool, muito crack, muita coca
A vida de sufoca
E vai batendo a onda, a onda bate a onda soca
A onda bate forte
Apressado a morte feito um trem
Você sabe que ele vem, mas se amarra bem no trilho, suicida
A doença tem cura pra quem procura
Pra quem sabe olhar pra trás nenhuma rua é sem saída

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar



A proposta é dividir o grupo em subgrupos, com o objetivo de cada um refletir sobre uma estrofe da música Tem alguém aí? Em seguida, cada equipe vai apresentar em forma de jogral para a turma.

Após as apresentações, vamos fazer uma discussão sobre o conceito de drogas e os impactos do uso de drogas para a população em situação de rua.

Sugestão de reflexão: O que nos move? O que nos paralisa?

## Terceiro momento: Criação de uma História

Propomos que o grupo se divida em equipes, cada equipe irá escrever uma história (criada ou vivenciada) para ser trabalhada e apresentada no grande grupo. Cumprindo o seguinte roteiro:

- Desenhar no papel madeira um personagem principal - propomos que uma das pessoas se deite no papel para ser um molde;
- Dar um nome ao personagem e caracterizá-lo (idade, sexo, situação vivenciada, etc);
- Em tarjetas escrever os equipamentos disponíveis e fazer o caminho da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e rede intersetorial existente;
- As equipes irão indicar os potenciais desafios e estratégias em cada ponto da rede;
- Em seguida,irão construir possíveis encaminhamentos para o personagem.

Cada equipe irá apresentar brevemente ao grupo, a sua rede e o itinerário percorrido. Após as apresentações, poderemos fazer uma pequena discussão com o grupo destacando:

- A potência da intersetorialidade.
- As ausências ou dificuldades reais de articulação.
- Como a formação em saúde pode (ou não) preparar para esse trabalho?



prévia EDPOPRUA.indd 90-91 12/12/2025 10:41:09

## Quarto Momento: Leitura coletiva

Para este momento, antes da nossa leitura, iremos assistir ao vídeo: Pedras no Caminho.

**Pedras no Caminhos (Vídeo)**

Solicitamos que no decorrer do vídeo, cada educando/a faça seus registros dos pontos relevantes que o vídeo retrata, a fim de discutir no final com todos/as.

Após a discussão sobre o vídeo, vamos nos organizar em roda e realizar a leitura coletiva dos textos:

**Texto1:** INTERSECCIONALIZANDO O OLHAR: GÊNERO, RAÇA/ETNIA E CLASSE SOCIAL NOS CONTEXTOS DE USOS DE DROGAS FALTA PAGINAR

**Texto2:** AS INTERVENÇÕES CLÍNICAS PSICOSSOCIAIS E SUAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO (capítulo 7) FALTA PAGINAR

**Texto3:** FORMAÇÃO EM ALCOOL E DROGAS - FIOCRUZ FALTA PAGINAR

Em seguida, vamos abrir uma discussão associando os pontos destacados sobre o vídeo com o texto lido.

## Quinto momento: Histórias de vida.

A experiência prática colabora com o aprendizado, então vamos refletir sobre 05 histórias fictícias, mas que retratam um pouco da realidade brasileira.

Retomando os trabalhos em equipe, cada equipe ficará responsável por uma história de vida, a proposta é ler e discutir sobre a pessoa, refletindo sobre possíveis acolhimentos e encaminhamentos a partir do Consultório na Rua ou UBS nas perspectivas dos direitos humanos, da redução de danos, do autocuidado e do cuidado compartilhado.

**História 1:** mulher trans, 24 anos, pessoa em situação de rua,
**História 2:** adolescente, sexo masculino, catador de reciclados,
**História 3:** homem gay, 29 anos,
**História 4:** mulher grávida, 21 anos - 4ª gestação.
**História 5:** homem idoso, 72 anos, foi policial militar, alcoolista.



### HISTÓRIA 1 - MULHER TRANS, 24 ANOS, PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

***Identificação:***

*Nome social: Hanna*
*Idade: 21 anos*
*Identidade de gênero: Mulher trans*
*Situação de moradia: Em situação de rua há 3 anos*
*Acesso a saúde: Irregular*
*Queixa principal: "Tenho sentido muita dor no corpo e estou muito cansada."*

***Histórico:***

*Hanna relata uso frequente de crack e álcool. Diz que iniciou terapia hormonal por conta própria, com medicamentos adquiridos em farmácias clandestinas. Nunca teve acompanhamento regular com endocrinologista. Refere episódios frequentes de violência, tanto nas ruas quanto em atendimentos de saúde. Está sem documentos e sem acesso a programas sociais. Apresenta sinais de infecção genital e emagrecimento acentuado. Não possui vínculo com a equipe de saúde da família. Busca acolhimento, escuta e possibilidade de construção de um vínculo confiável.*

### HISTÓRIA 2 - ADOLESCENTE, SEXO MASCULINO, CATADOR DE RECICLADOS.

***Identificação:***

*dentificação:*
*Nome: Paulo*
*Idade: 15 anos*
*Sexo: Masculino*
*Ocupação: Catador de recicláveis com o pai.*
*Queixa principal: Dor constante nas costas e ferimentos nas mãos.*

***Histórico:***

*Vive com a família em ocupação urbana precária. Está matriculado na escola, mas não consegue frequentar com regularidade e, algumas vezes, durante a aula fica inquieto ou sonolento. Trabalha diariamente com o pai e irmãos mais novos, puxando carrinho pelas ruas. Relata cansaço, dores, sono irregular e falta de apetite. Alimenta-se mal. Ficando explicitado o Trabalho Infantil. Não realiza consultas médicas há mais de 2 anos. Não tomou todas as vacinas indicadas para a idade. Demonstra timidez e evitação ao falar sobre a escola ou amigos. Está em sofrimento psíquico e tem desejo de voltar a estudar.*



prévia EDPOPRUA.indd 92-93 12/12/2025 10:41:09

## HISTÓRIA 3 - HOMEM GAY, 29 ANOS

***Identificação:***

*Nome: Rafael*
*Idade: 29 anos*
*Orientação sexual: Homossexual*
*Profissão: Atendente de telemarketing, atualmente desempregado.*
*Moradia: Mora sozinho na rua (há 6 meses)*
*Queixa principal: Ansiedade intensa, insônia e pensamentos de morte.*

***Histórico:***

*Rafael relata sintomas de ansiedade, insônia e crises de pânico. Refere episódios de discriminação no trabalho e afastamento da família por conta da orientação sexual. Já buscou atendimento psicológico, mas interrompeu após sentir-se julgado. Faz uso recreativo de maconha e álcool nos fins de semana. Relata dificuldade para manter relações afetivas e sofre com sentimentos de rejeição. Perdeu os documentos. Já esteve no sistema prisional por tráfico de drogas por 1 ano. Busca por um espaço de escuta e pertencimento.*

## HISTÓRIA 4 - MULHER GRÁVIDA, 21 ANOS - 4ª GESTAÇÃO

***Identificação:***

*Nome: Juliana*
*Idade: 21 anos*
*Estado gestacional: 22 semanas*
*Moradia: vive com o companheiro e três filhos pequenos de outros relacionamentos em uma casa cedida, no quintal da sogra.*
*Queixa principal: Cansaço extremo e dores nas pernas.*

***Histórico:***

*Juliana teve três partos, mora com o companheiro e com os 3 filhos, fruto de relacionamentos passados, com as seguintes idades: 1, 3 e 5 anos. Não realizou pré-natal nas gestações anteriores. Mora em comunidade com saneamento precário. Relata dificuldades financeiras e alimentares. Seu companheiro trabalha informalmente como ajudante de pedreiro e faz uso abusivo de álcool. Refere episódios de agressão verbal e física e nestas situações vai dormir na rua. Nunca recebeu orientação sobre planejamento ou direitos sexuais e reprodutivos. Não queria engravidar mais e teve receio de buscar ajuda por medo do julgamento.*

## HISTÓRIA 5 - HOMEM IDOSO, 72 ANOS, EX-POLICIAL MILITAR, ALCOOLISTA.

***Identificação:***

*Nome: Antônio*
*Idade: 72 anos*
*Histórico ocupacional: Policial militar aposentado.*
*Vive sozinho, em situação de rua.*

***Histórico:***

*Antônio é viúvo, aposentado, vive sozinho em situação de rua. Tem 5 filhos, adultos, casados. As duas filhas moram na casa dele, mas não permitem que ele fique em casa quando bebe por várias situações de apagamentos e violências, algumas vezes quebrou tudo em casa, não lembra o que aconteceu, refere que as filhas implicam com ele e tiram sua liberdade. Poderia viver com elas, mas a condição imposta é parar de beber e ele não quer. Consome álcool diariamente há mais de 30 anos. Tem histórico de hipertensão e gastrite, mas não faz uso regular dos medicamentos. Refere episódios de quedas recentes. Não tem acompanhamento regular com equipe de saúde. Diz que "não gosta de médico". Demonstra postura defensiva e desconfiança durante os atendimentos. Apresenta sinais de desnutrição e tremores. Sente solidão e se acha inútil após a aposentadoria. Possui muitos empréstimos consignados para uso dos filhos, o que dificulta o aluguel de um lugar para ele.*

## Sexto momento: Sistematizando os conhecimentos.

Assistir o vídeo de Denis Petuco:

**Atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas**

Refletir em grande grupo os principais aspectos abordados discutindo caminhos e consequências do proibicionismo das drogas na saúde da população.





prévia EDPOPRUA.indd 94-95 12/12/2025 10:41:09

## Sétimo momento: Tempo Comunidade

O objetivo deste momento é escolher uma pessoa que vive em situação de rua  e entender a sua trajetória na busca de cuidados de saúde, desde a percepção de seu problema e gerenciamento dele.

Itinerário terapêutico - em seu local de trabalho ou em seu território, escolha uma pessoa  que vive em situação de rua para elaboração do itinerário.

Cada equipe pode combinar para escolher pessoas com situações diferentes, a fim de contemplar a diversidade de gênero.

**Matriz para elaboração do Itinerário terapêutico:**

Apresentação da pessoa escolhida para realizar o itinerário terapêutico: (pedimos que coloque nomes fictícios).

• Dados básicos: orientação sexual, identidade de gênero, idade, raça, escolaridade, profissão etc.
• Situação social (onde e com quem mora, se tem renda, se tem documentação, se tem benefícios)

Sobre o percurso:

- Como foi a descoberta da doença ou agravo?
- Em que momento ela aconteceu na vida?
- Quais os sentimentos vividos nessa situação?
- Com quem contou para ajudar?
- Onde buscou ajuda? (Igreja, família, trabalho...)
- Onde buscou tratamento? Qual serviço? Como foi a percepção do cuidado recebido?

Obs: Outras perguntas podem ser incluídas pelo grupo.

## Oitavo momento: Avaliação do dia. Desenho das mãos - o que dou e o que levo.

Em uma folha de papel A4 cada participante irá desenhar suas duas mãos e escrever na mão esquerda “O que dou?” e na direita “O que levo?” Em seguida, as produções são apresentadas no grande grupo.



## Mística final

Relaxamento / atividade de respiração. Música instrumental e respiração.

**Para ler**
O cuidado de pessoas que usam drogas: contribuições de uma Redução de Danos fecundada pela Educação Popular Dênis Roberto da Silva

**Para ler**
Por que os humanos usam drogas? Antonio Nery Filho.



prévia EDPOPRUA.indd 96-97
12/12/2025 10:41:12

# ESTAÇÃO 9: CUIDADO E DIVERSIDADE.

**Temas Geradores**

- Gênero e diversidade
- A interseccionalidade na saúde
- Trabalho em rede

**Objetivo geral**

- Debater sobre as redes SUS e SUAS e a intersetorialidade, considerando a diversidade e a singularidade no cuidado com as pessoas em situação de rua.

**Objetivos de aprendizagem**

- Discutir como gênero, raça, orientação sexual, território e classe — impactam o acesso ao cuidado em saúde
- Discutir a interseccionalidade e o cuidado considerando a singularidade e os saberes das pessoas em situação de vulnerabilidade.
- Refletir como a articulação entre as redes intersetoriais pode ampliar o acesso e qualificar o cuidado



Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial: Música Homem com H | 5 minutos |
| 1º momento: Teia do cuidado | 40 minutos |
| 2º momento: retorno do tempo comunidade- itinerário terapêutico | 50 minutos |
| 3º momento: Levantamento dos conhecimentos prévios- Interseccionalidade | 40 minutos |
| 4º momento: Histórias de vida- a história de Luan | 1 hora |
| INTERVALO | 1 hora |
| 5º momento: Tempo Leitura | 1 hora e 30 minutos |
| 6º momento: Varal Temático | 1 hora |
| 7º momento: História de vida | 40 minutos |
| 8º momento: Tempo comunidade | 20 minutos |
| 9º momento: Avaliação do dia- desenho de um emoji | 10 minutos |
| Mística Final - Dança Circular | 5 minutos |

prévia EDPOPRUA.indd 98-99 12/12/2025 10:41:12

## Mística inicial:

***Homem com H***
De Ney Matogrosso

Convidamos todos/as
para ouvir e refletir sobre a música

## Primeiro momento: Teia do cuidado

Para este momento teremos tarjetas espalhadas no chão da sala com palavras como: escuta, acolhimento, respeito, território, saberes, vivência, vulnerabilidade, força, ancestralidade, cuidado, diferença, dignidade e no centro o trecho:

***"O cuidado nasce do diálogo e entendimento. Cada pessoa carrega sua história, suas dores, sua força, seus saberes, vamos tecer juntos um espaço de escuta e reconhecimento da diversidade. Não há cuidado verdadeiro sem acolher o outro como ele é."***

A ideia é  tecer uma rede de cuidado, iniciando com o primeiro/a educando/a, que pega o barbante, escolhe uma palavra do centro que represente para ela o que é cuidar na diversidade, compartilha brevemente por que escolheu a palavra e depois segura uma ponta do fio e joga o barbante para outro/a educando/a.

Repete-se o processo até todos falarem. No final, terá se formado uma "teia" simbólica do cuidado.

## Segundo momento: retorno do Tempo Comunidade

Hora de partilhar o que foi vivenciado no território.

Tendo como guia as perguntas abaixo listadas, vamos apresentar os itinerários terapêuticos das pessoas em busca de cuidado no seu território:

***1) Como foi para você realizar a investigação do itinerário terapêutico?***
***2) O que foi possível perceber?***
***3) Existem diferenças no cuidado relacionados à diversidade de gênero?***
***4) Foi possível identificar alguma diferença no cuidado em saúde para a população em situação de rua? O que?***
***5) Como os serviços se comunicam entre si?***



Cada educando/a poderá apresentar sua vivência.

Sugerimos  anotar as pontuações mais relevantes no quadro branco e registrar no caderno de memórias.

## Terceiro momento: Levantamento dos Conhecimentos Prévios

Para este momento, vamos discutir um pouco mais sobre a interseccionalidade a partir da escolha de um dos itinerários relacionados à gênero e sexualidade.

Propomos que sejam entregues folhas em branco para cada educando/a.

Solicitamos que cada um possa  escrever o  que entende por interseccionalidade?

A ideia é discutirmos um pouco mais sobre como diferentes opressões (racismo, sexismo, lgbtfobia, capacitismo, pobreza) se combinam e impactam o cuidado.

## Quarto momento: Histórias de vida.

Para aprimorar um pouco mais o que foi discutido no momento anterior, vamos debater a história de Luan:

*Luan, 24 anos, homem trans, em situação de rua há 2 anos. Foi expulso de casa após revelar sua identidade de gênero, após ser agredido pelo pai e tio. Relata uso frequente de crack e álcool. Sofreu agressão física recente, mas não quis registrar boletim de ocorrência por medo de represália, pois teve envolvimento com policiais. Relata episódios de prostituição para sobrevivência. Relata sofrimento intenso, mas mantém postura desconfiada e defensiva. Diz: "não quero mudar de vida agora, mas queria ser tratado como gente."*

*Mantém fortes laços afetivos com outros homens trans da região. Já teve contato com movimentos sociais LGBTQIA+, mas não manteve vínculo. Tem uma personalidade de liderança e de articulação.*

*Sente dificuldade no acesso ao SUS por sentir-se desrespeitado em relação à sua identidade de gênero. Relata que a última vez que foi ao posto foi chamado pelo nome morto e se sentiu humilhado, reagiu à situação e foi expulso do serviço.*

*Não tem vontade de parar de usar drogas, por isso não gostou de ir para o CAPSad, mas sente que precisa de ajuda para mudar de vida.*



prévia EDPOPRUA.indd 100-101 12/12/2025 10:41:13

Após a leitura da história propomos a divisão do grupo em equipes.

Cada equipe irá elaborar um Projeto terapêutico singular (PTS) para Luan.

Ao final, as equipes fazem a apresentação no grande grupo e abre-se para uma breve discussão.

## Quinto momento: Leitura Coletiva

Para este momento,  solicitamos a divisão do grupo em equipes.

Cada equipe fará a leitura de um texto, com discussão e síntese para posterior apresentação ao grande grupo.

**Texto1:** Vulnerabilidades de mulheres em situação de rua: marcadores sociais de gênero e raça/cor FALTA PAGINAR

**Texto2:** Saúde da mulher transgênera em situação de rua FALTA PAGINAR

**Texto3:** Saúde das mulheres e maternagem da população em situação de rua- Keila Cristina Costa dos Santos FALTA PAGINAR

**Texto4:** "O massacre não acabou" , alerta Vanilson Torres 21 anos após Chacina da Sé FALTA PAGINAR

## Sexto momento: Varal Temático

Chegou a hora de promover uma discussão utilizando o varal temático, com um barbante com folhas penduradas com pegador e em cada folha alguns temas a serem discutidos. Cada educando/a poderá passear pelo varal e fazer a leitura, em seguida o grupo discute em roda.

**Propostas de temas:**
Desigualdades sociais.
Exploração sexual.
Abuso sexual.
Trabalho sexual / prostituição.
Violências de gênero.
Violências físicas e psicológicas.



"As desigualdades sociais traduzem as formas sistemáticas de exclusão que impedem vastos setores da população de acessar direitos fundamentais como educação, saúde e trabalho digno. São resultado de um processo histórico de concentração de riqueza e poder." (MINAYO, 1995, p. 42)

"A exploração sexual de crianças e adolescentes envolve a utilização do corpo ou da imagem de uma pessoa para fins sexuais em troca de remuneração ou benefício, configurando uma grave violação dos direitos fundamentais." (BRASIL, 2018, p. 12)

"Abuso sexual é definido como qualquer ação em que uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder, força ou manipulação, utiliza o corpo de outra, sem seu consentimento, para fins de estimulação ou gratificação sexual." (BRASIL, 2002, p. 10)

"O trabalho sexual é compreendido como uma atividade laboral voluntária, realizada por pessoas adultas, cuja principal característica é a prestação de serviços sexuais mediante pagamento. A abordagem que o reconhece como trabalho busca assegurar direitos e condições dignas às/os profissionais do sexo." (PISCITELLI, 2010, p. 488)

"Violência de gênero refere-se a todo ato de violência baseado no gênero, que cause ou possa causar dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária da liberdade." (BRASIL, 2011, p. 15)

"Violência psicológica consiste em um tipo de abuso em que o agressor manipula o emocional de suas vítimas. Quando essa manipulação está presente em relacionamentos, ela também pode ser conhecida como gaslighting. Esse tipo de violência, além de causar instabilidade nas vítimas, pode desencadear uma série de outros problemas psicológicos e emocionais, como a ansiedade, a baixa autoestima e uma constante sensação de dependência do abusador.

## Sétimo Momento: História de vida

Para este momento, solicitamos que o grupo se divida em equipes e cada equipe irá discutir a história de Mário.



prévia EDPOPRUA.indd 102-103 12/12/2025 10:41:13

*Mário, homem negro, cisgênero, 42 anos de idade, bissexual, em situação de rua, com mobilidade reduzida — usa muletas em decorrência de sequelas de um atropelamento há 5 anos. Sobre seu histórico de saúde, destacamos que é um alcoolista, desde os 20 anos, relata uso diário de bebida alcoólica, necessita beber pela manhã para diminuir os tremores e a ansiedade. Tem episódios de queda frequentes e queixa-se de dores nas pernas e dificuldades para acessar banheiro e abrigo adequado. Apresenta sinais de tristeza, baixa autoestima e verbaliza "não ter mais esperança". Nega ideação suicida no momento, mas demonstra desesperança e não tem projetos para o futuro. Estabelece vínculos com outras pessoas em situação de rua, no local onde costuma ficar, porém, já precisou se retirar por duas vezes do local onde vivia devido às obras da prefeitura. Rompeu os vínculos familiares há mais de 10 anos. Já foi para o CAPS Álcool e outras Drogas, mas teve dificuldade para seguir o tratamento. Relata que o posto de saúde do bairro não o atende por "não ter endereço fixo". Sente que não é bem vindo nos serviços de saúde. Sempre que precisou ir, foi abordado de forma grosseira pelo vigilante e percebeu que a técnica de enfermagem tem medo dele: "acha que ele é perigoso porque mora na rua" . Não tem renda, perdeu os documentos, vive de doações de alimentos e roupas da comunidade próxima. Nesta semana, sentiu muita dor de dente e foi levado por pessoas em situação de rua, para esta mesma unidade de saúde. Porém, o atendimento foi negado pois, segundo a dentista, não tinha condições de atender ele tão sujo e alcoolizado do jeito que estava.*

Após apresentação da história sugerimos que as equipes discutam uma proposta (simulada) de projeto terapêutico singular (PTS) para Mário.

***1) Que tipo de violências são identificadas?***
***2) O que as equipes de saúde da UBS e do Consultório na Rua poderiam propor? Para que locais encaminhar? Quais estratégias de cuidado são indicadas?***
***3) Cada equipe poderá apresentar uma simulação do PTS construído para o grande grupo.***

## Oitavo Momento: Tempo Comunidade

Na próxima Estação faremos a Feira do Soma. Então cada equipe ficará responsável por uma Trilha (definir conjuntamente).

A tarefa é sistematizar conteúdos e materiais para exposição na Feira.
Sugerimos que cada educando/a revisite seu caderno de memórias e organize para ser exposto na próxima Estação.



Retomaremos o Plano de Ação, agregando um caminho de cuidado da população em situação de rua para o município de atuação, com destaque para as ações concretas que possam ser incorporadas à rotina das equipes junto à população em situação de rua de forma contínua.

Vamos definir uma equipe para preparar a mística da próxima estação e outra equipe para preparar a solenidade de encerramento

## Nono momento: Avaliação do dia.

Para avaliar o dia de hoje solicitamos que cada educando/a faça um desenho de um emoji que represente como foi seu dia, justificando o porquê do desenho.

## Mística final- Dança do Côco

Que tal dançar um côco de roda?

Em grande roda com música todos dançam e se confraternizam.

**Para assistir**
BOLETIM CIÊNCIA - População LGBTQIA+ e a dificuldade de acesso à saúde após 50 anos



prévia EDPOPRUA.indd 104-105 12/12/2025 10:41:15

# ESTAÇÃO 10: NOSSO PONTO DE CHEGADA! CONCLUSÃO DO PLANO DE AÇÃO - EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

**Temas Geradores**

- Cuidado integral à população em situação de rua
- Consultório na rua.

**Objetivo geral**

- Concluir o plano de ação de educação popular em saúde para a população em situação de rua.

**Objetivos de aprendizagem**

- Implementar ou implantar ações de atenção à saúde para a população em situação de rua
- Fortalecer a integração entre as equipes de Consultório na Rua (eCR) e UBS
- Potencializar as ações de Educação Popular no cuidado em Saúde.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo realização:

| TEMPO ESCOLA | TEMPO SUGERIDO |
|---|---|
| Mística inicial - performance dos/as educandos/as. | 5 minutos |
| 1º momento: Ponto de parada | 20 minutos |
| 2º momento: Leitura das cartas | 1 hora |
| 3º momento: Plano de Ação - planilha de ações. | 1 hora |
| 4º momento: Avaliação do curso e formulário. | 50 minutos |
| 5º momento: Retorno do Tempo Comunidade (Preparar a Feira do Soma) | 40 minutos |
| INTERVALO | 1 hora |
| 6º momento: (Feira do Soma) | 2 horas |
| 7º momento: Solenidade de encerramento. | 40 minutos |
| Mística Final  e Lanche coletivo com música. | 25 minutos |



prévia EDPOPRUA.indd 106-107 12/12/2025 10:41:16

## Mística Inicial

Propomos que um dos participantes ou mesmo uma das equipes possa realizar este momento.

## Primeiro momento:  Ponto de parada!

Para este momento, sugerimos uma discussão em roda, a partir das perguntas abaixo:

***1) Que tal começar o dia refletindo sobre como foi o início do seu trabalho com população em situação de rua?***

***2) Como você enxergava e o que sentia por estas pessoas?***

***3) Quais os principais estigmas identificou em você,  em relação às pessoas em situação de rua?***

***4) Como você poderá ajudar outras pessoas a rever os rótulos atribuídos à estas pessoas?***

***5) O que mudou em sua percepção?***

## Segundo Momento: Leitura das cartas com as expectativas.

Chegou a hora de abrir a caixa das cartas escritas no início do curso.

Propomos a leitura da carta e reflexão sobre o caminho percorrido até agora.

## Terceiro momento: Plano de Ação.

A partir da última versão dos Planos de Ação, cada equipe irá preencher a planilha abaixo, promovendo um debate no grande grupo:

| ***Ações*** | ***Sub ações*** | ***Recursos*** | ***Responsáveis (equipe + atores sociais)*** | ***Prazo de realização*** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Em seguida, cada equipe irá apresentar o Plano de Ação. Durante cada apresentação as outras equipes terão como tarefa observar, contribuir e complementar o que for avaliado como necessário.

**Tempo comunidade:**

- Vamos colocar os planos em prática!
- Apresente seu plano para sua equipe de trabalho.
- Converse com seu gestor/a.
- Articule com os movimentos sociais e conselho de saúde do seu território.





prévia EDPOPRUA.indd 108-109 12/12/2025 10:41:16

## Quarto momento: Avaliação do Curso.

Preenchimento de um formulário de avaliação individual contendo: autoavaliação, avaliação do/a educador/a, da turma e do curso.

Roda de conversa para partilha de sentimentos vivenciados no grupo, escritos ou desenhados de forma criativa em um papel A4. A proposta é construir uma mandala no centro da roda.

Fazer uma grande roda para dançar uma ciranda com a Mandala no centro.

## Quinto momento: retorno do Tempo Comunidade

Para este momento, sugerimos que seja organizada a Feira do Soma.

Cada equipe ficará responsável por uma Trilha, apresentando os conhecimentos trabalhados, por meio de  desenhos e outras produções. Em uma banquinha ou barraca irá organizar e expor seu material.

A equipe irá organizar o revezamento dos seus participantes para apresentar suas produções. Os demais membros irão circular entre as outras bancas para conhecer o material produzido.

Os/as participantes vão se organizar para criar um circuito a ser percorrido na Feira, para que todas as pessoas apresentem e visitem as outras equipes.

No próximo momento, a Feira do Soma receberá os/as convidados/as para conhecer mais sobre o Curso e interagir com as equipes nas bancas sobre as Trilhas.

A avaliação e os cadernos de memórias podem ficar expostos para que os/as visitantes da Feira possam vê-los.

## Sexto momento: Feira do Soma

Exposição

## Sétimo momento: Solenidade de Encerramento do curso

**Mesa solene:**

Educador/a
Representante de cada equipe
Coordenação do curso
Convidados/as - autoridades locais (Representantes da Gestão do SUS / SUAS, movimentos sociais da pop rua, lideranças da comunidade)

- Entrega do Certificado simbólico.
- Juramento.
- Fala do/a paraninfo/a e patrono/a da turma.
- Apresentação Cultural.
  (Esta atividade poderá ser feita juntando as turmas por estado)





prévia EDPOPRUA.indd 110-111 12/12/2025 10:41:16

# TEXTOS

prévia EDPOPRUA.indd 112-113 12/12/2025 10:41:16

TEXTO 1

# MEMÓRIA, LUTA E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:UMA REFLEXÃO SOBRE O RECONHECIMENTO E A RESISTÊNCIA

***Marco Antônio Silva Souza***

A memória, tanto individual quanto coletiva, é a chave para entender a história de qualquer grupo social. Quando falamos da população em situação de rua (PSR), pensamos não apenas em suas histórias de sobrevivência, mas também em suas narrativas de resistência, pertencimento e luta por dignidade. Como podemos entender o que significa "memória coletiva" para esse grupo marginalizado? E como essa memória, construída e compartilhada, pode transformar a forma como a sociedade vê essas pessoas? É possível recuperar e valorizar as histórias das ruas sem cair na tentação de reduzir a complexidade dessas vivências a estereótipos?

## Memória Individual e Coletiva: A Construção de Saberes Partilhados

Maurice Halbwachs, teórico fundamental da memória coletiva, argumenta que mesmo as lembranças mais íntimas e pessoais estão, em sua essência, imersas em contextos sociais. Nossa memória, portanto, não é um processo solitário, mas coletivo. A partir do momento em que compartilhamos nossas memórias, elas se tornam mais vivas, mais confiáveis. No caso da população em situação de rua, essas memórias são, na maioria das vezes, carregadas de dor, exclusão e sofrimento, mas também de resistência, solidariedade e uma luta constante por visibilidade. Como essas experiências, normalmente invisíveis, se entrelaçam e formam uma narrativa coletiva?

O que significa para alguém em situação de rua saber que sua história não será contada nos livros de história, nas rodas de conversa acadêmica ou nas mídias tradicionais? E mais, como podemos resgatar essas histórias e dar-lhes o devido valor? O que essas memórias têm a nos ensinar sobre a luta por direitos e a busca por dignidade?





TRILHA DA HISTÓRIA E DA MEMÓRIA

## Território e Memória: O Espaço das Lutas e Ressignificação da Existência

A questão do território é fundamental para entender a memória coletiva da PSR. A rua, o viaduto, a praça, a calçada — esses espaços urbanos se tornam, para quem os ocupa, locais de resistência. Mas como transformar esses espaços, muitas vezes vistos como "não-lugares", em territórios de resistência e pertencimento? Como é possível, no contexto de exclusão, ressignificar esses espaços e torná-los simbólicos, carregados de memórias de luta?

O território, em sua dimensão simbólica e prática, é um local onde se desenrolam as histórias não contadas, as narrativas que não cabem nos registros históricos convencionais. Para a população em situação de rua, ocupar um espaço é uma forma de se afirmar, de dizer "eu existo". Esse processo de ocupação não se resume à mera presença física, mas envolve uma luta constante por reconhecimento e pela ressignificação do próprio ser, diante de uma sociedade que insiste em marginalizar e invisibilizar esses indivíduos.

A história dos territórios ocupados pela PSR está repleta de desafios, de resistência e, sobretudo, de resistência popular. Quais são as implicações de um território que é ocupado, mas não reconhecido como "legítimo"? Como esses espaços urbanos, normalmente tidos como "marginais", se tornam pontos de resistência e reconstrução da identidade? E como podemos, enquanto sociedade, entender e valorizar esses territórios como espaços de vivência e luta?

## A Invisibilização e o Resgate da Memória Coletiva

A população em situação de rua sofre não apenas com a precariedade material, mas com um apagamento simbólico, que é uma das formas mais cruéis de exclusão. Suas histórias não são contadas; suas vidas, muitas vezes, são reduzidas a um problema social, um número, um dado estatístico. O que acontece quando a história de um povo é deliberadamente apagada? Como reconstruir o que foi silenciado e dar visibilidade a essas vidas?

Resgatar a memória coletiva da PSR não é apenas um exercício de recuperação histórica. Trata-se de uma ação política, de um movimento contra a aporofobia (aversão às pessoas pobres) e os estigmas que ainda persistem. Cada história resgatada é uma forma de combater a marginalização e, simultaneamente, de afirmar a humanidade daqueles que foram reduzidos a "invisíveis". O que podemos aprender com as histórias de resistência, superação e luta da população em situação de rua? E o que essas histórias têm a nos ensinar sobre as lutas sociais que vivemos em uma sociedade marcada pela desigualdade?



prévia EDPOPRUA.indd 114-115 12/12/2025 10:41:16

**Memória e Saúde: A Escuta como Prática de Cuidado**

A escuta das narrativas da PSR tem um papel vital na promoção da saúde e no cuidado. Mas como a escuta pode ser uma ferramenta terapêutica e humanizadora para aqueles que estão marginalizados? Para a população em situação de rua, ser ouvido é, muitas vezes, um gesto revolucionário. Em um contexto de desumanização, ouvir e validar essas histórias é uma forma de reconhecimento e cuidado. Como os profissionais de saúde podem contribuir para a construção de uma escuta que não apenas atenda às necessidades físicas, mas também se conecte às dimensões emocionais e sociais dessas pessoas?

A “rualogia”, o saber da rua, é um exemplo claro de como as vivências cotidianas de quem vive nas ruas contêm um profundo conhecimento acumulado sobre sobrevivência, solidariedade e resistência. Como podemos, enquanto sociedade, incorporar esses saberes nas práticas de cuidado e na formulação de políticas públicas? Como podemos transformar essa troca de saberes em uma ferramenta de inclusão, reconhecimento e dignidade?

A Luta por Direitos e a Construção do Futuro: Memória como Ato Político A memória da população em situação de rua é, antes de tudo, uma memória de luta. Luta por visibilidade, por direitos, por dignidade. Cada ação, cada movimento, cada ato de resistência é parte de uma história que não deve ser esquecida. Ao resgatar essas histórias, temos a oportunidade de reescrever a história do Brasil, do mundo, não mais com os olhos da exclusão, mas com os olhos da inclusão e da solidariedade.

Resgatar e preservar a memória coletiva da PSR é também uma forma de garantir que essas lutas não sejam esquecidas. O que precisamos fazer, enquanto sociedade, para garantir que as futuras gerações não esqueçam essas histórias e que as lutas pela dignidade, pela moradia, pelo trabalho e pela saúde sejam continuadas? Como podemos transformar o passado de resistência da PSR em um futuro de igualdade e justiça?

A memória da rua é, portanto, a memória de um povo em movimento. Movimentando-se nas ruas, nas praças, nas calçadas, mas também nos corações e nas mentes de todos nós. Resistir, persistir e recontar a história: este é o grande desafio de nossa sociedade. A PSR, com suas histórias e saberes, não é um problema a ser resolvido, mas um povo que nos ensina sobre a luta, a resistência e a construção de um futuro mais justo.

E você, como se posiciona diante dessas histórias? Como podemos, juntos, dar visibilidade a essas memórias e construir uma sociedade mais humana e solidária?







## TEXTO 2

# A HISTÓRIA DO MNPR

***José Vanilson Torres da Silva***
Coordenação Nacional do MNPR, e Coordenação no RN e Região Nordeste Ma***theus Rios Silva Santos***
Psicólogo e Militante Apoiador do MNPR

Nos anos 90 a sociedade civil por meio do trabalho da Pastoral de Rua das cidades de São Paulo e Belo Horizonte iniciaram trabalhos de atenção e vivências com pessoas e famílias que viviam em situação de rua. O incipiente trabalho consistia na oferta de café e estabelecimento de diálogos com estas pessoas.

De acordo com Melo (2016, p.50) também no início da década de 90, durante o governo de Luiza Erundina na prefeitura de São Paulo, o poder público passou a se mobilizar para construir políticas socioassistenciais para a população em situação de rua. Mas foi somente em 2004 que um evento que ficou conhecido como “Massacre da Sé” se tornou o estopim para que houvesse uma maior articulação das pessoas em situação de rua aglutinadas em um movimento social que lutasse por direitos. Em 2005 os catadores e catadoras de materiais recicláveis se organizaram enquanto movimento social e formaram suas primeiras cooperativas e associações. Durante o 4° Festival Lixo e Cidadania, em Belo Horizonte, evento organizado pela ASMARE Associação de catadores e catadoras de materiais recicláveis, foi lançado, a nível nacional, o Movimento Nacional População de Rua (MNPR).

Assim, aquele segmento social que era tido como “improvável” (Melo, 2017) de se aglutinar em um movimento social, se organizou e atualmente está presente em 19 estados e no Distrito Federal (Acre, Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Amapá, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo) e vem somando importantes conquistas para população de rua. O objetivo desta escrita é apresentar o histórico de constituição do MNPR bem como sistematizar suas principais conquistas, bandeiras de luta, potencialidades e desafios ao longo dos 20 anos de lutas em território nacional.

**O Surgimento do MNPR**

O Massacre da Sé aconteceu entre os dias 19 a 22 de agosto de 2004 na cidade de São Paulo. Nele, 7 pessoas em situação de rua que dormiam na Praça da Sé



prévia EDPOPRUA.indd 116-117
12/12/2025 10:41:16

foram brutalmente assassinadas a pauladas com barras de ferro, e oito pessoas ficaram gravemente feridas. Este episódio foi o estopim para desencadear uma reação em cadeia de comoção e mobilização pelas próprias pessoas em situação de rua e demais entidades que desenvolviam trabalhos com a população em situação de rua. A partir deste massacre passou a urgir a necessidade de um movimento que incorporasse a linguagem dos direitos humanos e lutasse por mais segurança, dignidade e políticas públicas para e com a população em situação de rua.

Assim, durante o 4 º Festival Lixo e Cidadania que aconteceu em 2005 em Belo Horizonte, pessoas em situação de rua de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Cuiabá, lançaram oficialmente o MNPR.

Após este evento em Belo Horizonte o MNPR começou a se reunir em prol de adentrarem na arena política do país, dialogando com governos, entidades do terceiro setor, universidades a fim de construírem medidas efetivas de garantia de direitos das pessoas em situação de rua no Brasil.

A partir das articulações realizadas, enquanto movimento socialmente organizado o movimento compôs o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) instituído pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a época presidente do Brasil. Em 2007, o MNPR, concorre e ganha as eleições no Conselho Nacional de assistência social CNAS e nos anos seguintes passa a compor também o Conselho Nacional de Saúde. As conquistas não param por aí e em 2009 MNPR conquistou a nível nacional o decreto 7.053/2009 que institui a Política Nacional da População de Rua e em 201 O é incluído entre os públicos de atenção no recebimento de denúncias DISQUE 100 do Ministério dos Direitos Humanos. Junto e após a essas iniciativas foi implementado tanto a nível nacional como em alguns estados da federação, os Comitês Intersetoriais de Acompanhamento e Monitoramento das políticas para população de rua (CIAMP-Rua). Também foram criados equipamentos para atendimento exclusivo das pessoas em situação de rua no campo da assistência social que são os Centros de Referência Especializado para População de Rua (Centros Pop), Albergues, unidades de acolhimento para adultos e famílias em situação de rua, de acordo com a Tipificação dos serviços socioassistenciais) e no campo da saúde foram instituídas as equipes de Consultório na Rua, com equipe itinerantes que realizam a busca ativa e o acompanhamento in loco da condição de saúde das pessoas em situação de rua. Em termos de normativas legais, o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) lançou em 2020, a resolução 40 que avançou em diversos âmbitos com relação ao direito das mulheres em situação de rua, pessoas LGBTQIA+, direito à cidade e acesso ao sistema de justiça.





Inclusive a resolução 40 do CNDH, foi que serviu de subsídio para o Conselho Nacional de Justiça lançar a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades através da resolução 425/2021.

O principal objetivo desta resolução é desburocratizar o acesso das pessoas em situação de rua à justiça. Vale salientar que o Movimento Nacional População de Rua-MNPR participou ativamente das discussões e construções destas duas resoluções acima citadas.

O MNPR ocupa várias instâncias de Controle Social e Participação Social a níveis municipais, estaduais e nacional, buscando sempre as garantias fundamentais e constitucionais da população em situação de rua.

Dentre as várias conquistas do MNPR, é importante mencionar a participação das lideranças e pessoas em situação de rua na audiência pública realizada no Supremo Tribunal Federal nos dias 21 e 22 de novembro de 2022 para discutir a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 976), onde o Ministro Alexandre de Morais é o relator e no qual o MNPR solicitou que o STF considerasse a existência de um estado de coisas inconstitucionais concernente às condições desumanas de vida da população em situação de rua no Brasil.

O resultado dessa audiência pública foi a determinação do STF que Estados, Municípios e União criassem planos de ação intersetoriais para e com a População em Situação de Rua.

No dia 11 de dezembro de 2023 no Palácio do Planalto foi lançado o plano Ruas Visíveis. Vale salientar que o plano Ruas Visíveis ainda está muito aquém das necessidades reais da população em situação de rua no Brasil.

É importante mencionar que diante das articulações realizadas pelo MNPR e outras organizações da PopRua, está sendo realizado o curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o Cuidado da População em Situação de Rua na Atenção Primária, para cerca de cinco mil profissionais no atendimento à população em situação de rua. também através das articulações junto ao CiampRua Nacional foi publicada a portaria da faixa 1,que define os critérios para o acesso das pessoas em situação de rua e com trajetória de rua ao Minha Casa, Minha Vida.

É necessário dizer que mesmo tendo a portaria do Minha Casa, Minha Vida, sabemos que ainda teremos que realizar diversas articulações para que o acesso



prévia EDPOPRUA.indd 118-119 12/12/2025 10:41:17

seja realmente garantido.

Diante da ausência e implantação de diversos serviços e políticas voltadas para população em situação de rua, o MNPR tem levantando as bandeiras do acesso integral a saúde, emprego, trabalho e renda, as diversas formas de moradia digna, do programa Minha Casa, Minha Vida e do programa Moradia Primeiro acompanhada de políticas intersetoriais que garantam emprego e renda para que as pessoas em situação de rua beneficiadas com a casa possam se reestruturar e se manter. A falta de qualificação profissional dos servidores e gestores públicos para a compreensão das especificidades e particularidades das pessoas em situação de rua é um grande gargalo para uma compreensão mais ampla de como se estruturam as desigualdades no Brasil. Essa limitação contribui para uma visão discriminatória em relação às pessoas em situação de rua, deixando de as reconhecer como sujeitos políticos, possuidores de direitos.

Uma medida viável para superar tal cenário no qual os próprios agentes públicos são os violadores dos direitos das pessoas em situação de rua, é a construção de cursos de formação na qual os formadores(as) são também as próprias lideranças do MNPR bem como demais pessoas em situação de rua. Tal estratégia tende a reconhecer o saber popular e o acúmulo político dessas pessoas bem como faz valer o principal lema do MNPR: “Nada sobre nós, sem nós”.

**Referências:**

Melo, Tomas. (2016). “Da Rua pra Rua” novas configurações políticas a partir do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). In: Rui, T., Martinez, M. & Feltran, G. (Orgs.), Novas Faces da Vida nas Ruas (pp. 45-65). São Carlos: EdUFSCar.

Melo, Tomas. (2017). Política dos “improváveis”: Percursos de engajamento militante no Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). (Tese). Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.







## TEXTO 3

# HISTÓRIA DA REDE NACIONAL DOS CONSULTÓRIOS DE/NA RUA (CDER/CNAR)

A Rede Nacional dos Consultórios de/na Rua (CdeR/CnaR) do Brasil é composta por pessoas que trabalham em equipes de CdeR/CnaR das cinco regiões do país, hoje por volta de 320 equipes, com cerca de 2.900 trabalhadoras e trabalhadores, além de trabalhadores(as) de demais serviços da rede de saúde e da rede intersetorial que atuam no cuidado às pessoas em situação de rua ou aos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas nas nomeadas cenas públicas de uso, gestores, pesquisadores e representantes de movimentos e público em geral ligados a este tema.

Essas equipes fazem parte de uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, decorrente de processos intensos e históricos de articulação e construção de diversos setores da sociedade, e têm como um dos pilares de organização do trabalho o reconhecimento da cidadania das pessoas que vivem ou estão em situação de rua e das pessoas usuárias de álcool e outras drogas. O trabalho é orientado e ordenado pela lógica, ética e prática da Redução de Danos, como possibilidade real de cuidado no âmbito do SUS e da rua.

Essa Rede de Trabalhadores e Trabalhadoras já conecta mais de 1.000 pessoas em cerca de 140 municípios do país. Essa conexão teve início no final de 2015, através de um articulador local da ABORDA (Associação Brasileira de Redutoras(es) de Danos), Daniel de Souza, que era trabalhador de uma das equipes de Consultório na Rua do Rio de Janeiro, onde conseguiu aglutinar trabalhadores e trabalhadoras desses serviços ao redor do país.

O nosso primeiro objetivo era criar condições para que esses trabalhadores e trabalhadoras pudessem se encontrar e trocar experiências das realidades locais. Desse modo, rapidamente conseguimos mobilizar várias equipes de CdeR/CnaR em torno desse objetivo. Em 19 de abril de 2016, a primeira ação realizada foi a criação de grupos de WhatsApp, que agregaram a maior parte dos trabalhadores e trabalhadoras das diversas equipes do Brasil, por regiões.

O grande grupo também se tornou um importante dispositivo para trocas de informações, discussões sobre processos de trabalho e outras questões relevantes. Ao passar do tempo, o mesmo foi se ampliando para profissionais de outros serviços da rede SUS/SUAS, assim como para outros atores importantes na intersetorialidade.



prévia EDPOPRUA.indd 120-121 12/12/2025 10:41:17

O primeiro Encontro Nacional da Rede se deu no Rio de Janeiro, no dia 19 de abril de 2016. Teve apoio da ABORDA (Associação Brasileira de Redução de Danos) e da FIOCRUZ. Naquela época, estavam cadastradas 127 equipes de Consultórios na Rua em todo o Brasil, e o desafio estava dado: unir os trabalhadores e ampliar a participação dos Movimentos Sociais das Pessoas atendidas pelas equipes: as “Pessoas em Situação de Rua e/ou com trajetória”.

Nos anos seguintes, tivemos:

**2 º Encontro Nacional (2017)**

-Realizado na FIOCRUZ do Distrito Federal
-Contou com 232 pessoas de 115 cidades do Brasil
-Objetivo: fortalecer a rede de apoio e discutir soluções para os desafios enfrentados pela população em situação de rua
-Temas abordados: saúde mental, gestantes e recém-nascidos na rua, tuberculose, manejo das UBS e clínicas da família, participação social

**3 º Encontro Nacional (2018)**

- Realizado em Salvador, Bahia
- Contou com a participação de especialistas e pessoas com experiência em situação de rua
- Temas abordados: saúde mental, redução de danos, arte-terapia, identidade LGBTQIAP+, maternidade na rua
- Homenagem póstuma à Maria Lúcia

**4 º Encontro Nacional (2019)**

- Realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul
- Contou com o apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Conselho Estadual de Serviço Social
- Temas abordados:
- Saúde mental e redução de danos
- Acesso a serviços de saúde e direitos humanos
- Trabalho em equipe e intersetorialidade
- Experiências inovadoras em consultórios na rua
- Desafios e perspectivas para o trabalho com a população em situação de rua

**5º Encontro Nacional (2022)**

- Realizado em São Paulo
- Contou com a participação de especialistas e pessoas com experiência em situação de rua e com trajetória de rua
- Temas abordados:
- Saúde LGBTQIA+
- Intersetorialidade
- Cultura de paz
- Saúde mental
- Indicadores do cuidado em saúde da população em situação de rua
- Participação de Padre Júlio Lancellotti em uma mesa de debate sobre a qualidade dos absorventes para mulheres em situação de rua

**6º Encontro Nacional (2023)**

- Realizado em Vitória, ES
- Objetivos:
- Dar visibilidade aos movimentos sociais de pessoas em situação de rua
- Contribuir para a construção coletiva de redes entre os serviços
- Fortalecer a participação direta da sociedade civil
- Desencadear atitudes que fortaleçam a integralidade das ações em saúde
- Fortalecer as equipes existentes com trocas de experiências em âmbito nacional

**7º Encontro Nacional**

- Realizado em Brasília, Distrito Federal, em 2024
- Foi aprovada a indicação da cidade de Recife para sediar o 8º Encontro da Rede Nacional de Equipes de Consultório na Rua e de Rua

Diante da articulação dos trabalhadores da Rede Nacional dos Consultórios de/na Rua, que sempre lutaram por este reconhecimento, da rede como potência de luta, e grande representante das trabalhadoras e trabalhadores, o Ministério da Saúde passou a apoiar ainda mais fortemente as ações da RNCR. Os encontros nacionais da Rede de Consultórios na Rua e de Rua do Brasil foram importantes para fortalecer e articular rede de apoio e discutir soluções para os desafios enfrentados pela população em situação de rua e as enfrentadas pelos profissionais que cuidam dessa população .

Daniel de Souza
Ator e Redutor de Danos
Idealizador da Rede Nacional de Consultórios na Rua e Rua





prévia EDPOPRUA.indd 122-123 12/12/2025 10:41:17

TEXTO 4

# MOVIMENTO NACIONAL DE MENINOS E MENINAS DE RUA: HISTÓRIA, CONQUISTAS E DESAFIOS ATUAIS

***Marco Antônio Silva Souza***

O Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) constitui uma das experiências mais significativas da sociedade civil brasileira na luta pelos direitos da infância e adolescência. Criado em 16 de junho de 1985, em meio ao processo de redemocratização do Brasil, o MNMMR surgiu como resposta à violação sistemática dos direitos de crianças e adolescentes pobres e especial em situação de rua. Seu surgimento foi marcado por um encontro nacional de comissões e grupos locais que já atuavam com esses sujeitos em todo país, reunindo educadores sociais, militantes de direitos humanos, coletivos populares e os próprios meninos e meninas de rua.

A fundação do movimento se deu em um cenário de profundas desigualdades sociais, agravadas pelo legado da ditadura civil-militar (1964–1985), que reprimiu oposição política, movimentos sociais, extinguiu canais de participação e acentuou a marginalização da infância pobre. A década de 1980 foi, portanto, um período de reorganização da sociedade civil, com forte efervescência política, social e cultural. Nesse contexto, o MNMMR emerge como uma voz coletiva que denuncia a violência estatal, a omissão do poder público e a criminalização das infâncias empobrecidas.

A trajetória do MNMMR é marcada por uma estrutura organizativa descentralizada, democrática e participativa. Desde sua origem, o movimento assumiu o protagonismo infantojuvenil como princípio ético e político, permitindo que crianças e adolescentes participassem ativamente das assembleias, das comissões nacionais e estaduais, dos núcleos de base e dos processos de construção de agenda. A Comissão Nacional de Animação, composta por meninos e meninas das cinco regiões do país, tem o papel de animar seus pares nos estados e organizar os encontros nacionais, é um exemplo da valorização da escuta e da ação direta das infâncias na luta por seus próprios direitos.





TRILHA DA HISTÓRIA E DA MEMÓRIA

O 1º Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua, realizado em Brasília, entre os dias 26 e 28 de maio de 1986, simbolizou a força do movimento nascente. A partir de então, diversos encontros nacionais foram organizados, sempre com temas centrais que refletiam as demandas políticas e sociais do momento, como: Vamos garantir nossos direitos – Criança, prioridade nacional (1989); O Estatuto taí, só falta cumprir! (1992); Quero educação para ser cidadão (1995); Queremos viver e não sobreviver (1998); e Adolescente cidadão não merece prisão e sim educação (2002). Os temas abordaram desde a luta pela vida e dignidade, o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o acesso à educação, até a crítica às medidas socioeducativas de internação e à violência institucional. Em cada evento, centenas de crianças, adolescentes, educadores e militantes construíram denúncias, propostas, reivindicações e mobilizações em torno de políticas públicas.

O MNMMR teve participação decisiva na formulação da Constituição Federal de 1988, especialmente nos artigos que tratam da proteção integral de crianças e adolescentes. Posteriormente, foi protagonista na construção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990, trazendo uma nova concepção de infância e adolescência pautada em direitos, e não em tutela ou caridade. O movimento também foi articulador da criação do Fórum Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (FNDCA), em 1988, consolidando um espaço plural de incidência política da Sociedade Civil. No Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), o MNMMR ocupou cadeiras representativas, levando a voz das infâncias populares e dos educadores sociais para os espaços institucionais.

Além das ações legislativas e institucionais, o MNMMR atuou de forma incisiva em temas como o extermínio de meninos e meninas no Brasil, às violências institucionais das policias, nas internações dos socioeducativos, enfrentamento ao trabalho infantil, à exploração sexual, e às violações nos acolhimentos institucionais. Destacou-se também por levantar a pauta das crianças e adolescentes com familiares encarcerados (CAFE's), e por defender o fim das internações socioeducativas como resposta prioritária às vulnerabilidades sociais. Outro destaque histórico foi a criação do Bloco Carnavalesco Eureca (Eu Reconheço o Estatuto da Criança e do Adolescente). O EURECA surgiu em São Bernardo do Campo (SP) em 1992, idealizado pelo Projeto Meninos e Meninas de Rua, como uma ação cultural e política em defesa dos direitos de crianças e adolescentes. Utilizando o carnaval como forma de protesto, o bloco denuncia violações de direitos e promove o protagonismo juvenil. A iniciativa vem sendo adotada em outros municípios como espaço de formação cidadã e participação política de crianças e adolescentes, fortalecendo a luta por direitos por meio da arte e da ocupação dos espaços públicos.



prévia EDPOPRUA.indd 124-125 12/12/2025 10:41:17

Ao longo de sua história, o movimento acumulou reconhecimento nacional e internacional. Recebeu importantes prêmios, como o Prêmio Fundação Abrinq (1992), Diploma CUT – 10 anos (1993), o Prêmio Direitos Humanos da Presidência da República (1998), Prêmio Prevenção DST/AIDS entre Adolescentes – Ministério da Saúde (1998), Prêmio Santos Dias de Direitos Humanos – ALESP (1999), Prêmio Monsenhor Leonildas Proaño – ALDHU, Equador (1991), Prêmio Internacional de Direitos Humanos da Associação Pró-Direitos Humanos da Espanha (1991), o Prêmio Henry Kempe (EUA, 1994), Príncipe de Astúrias de la Concordia – Espanha (1994), Prêmio Criança e Paz do UNICEF (1995), entre outros. Esses reconhecimentos atestam a relevância do MNMMR como referência na luta por direitos da infância, tanto no Brasil quanto no exterior.

Apesar das conquistas históricas acumuladas ao longo de décadas, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) tem enfrentado reveses profundos, especialmente a partir de 2016, com o Golpe que destitui a presidenta Dilma Rousseff e com avanço de uma agenda de desmonte das políticas públicas, cortes orçamentários severos nas políticas sociais e o recrudescimento do autoritarismo. A criminalização dos movimentos sociais e a negligência sistemática do Estado diante das infâncias marginalizadas impuseram novos desafios, exigindo do MNMMR reinvenção, resistência e reorganização de suas estratégias de luta.

A conjuntura atual é marcada por indicadores alarmantes. Segundo dados do UNICEF e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, mais de 15 mil crianças, adolescentes e jovens até 19 anos foram assassinados no Brasil entre 2020 e 2023, sinalizando o aprofundamento da violência letal. O IBGE registra 1,8 milhão de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil, e a Polícia Rodoviária Federal identificou quase 10 mil pontos vulneráveis à exploração sexual infantil nas rodovias federais. Esses números não apenas evidenciam a brutalidade da realidade vivida por milhões de crianças e adolescentes, como reforçam a urgência de uma resposta articulada e estruturante do Estado.

Diante desse cenário, a Assembleia Nacional do MNMMR, realizada em agosto de 2024, com participação de 164 militantes de 14 estados de todas regiões, reafirmou como prioridade a defesa da Democracia e o enfrentamento à violência letal contra crianças e adolescentes, articulando uma crítica contundente à repressão institucional e à ausência de políticas públicas universais de qualidade, intersetoriais e com financiamento adequado. O movimento também atualiza sua análise sobre as novas caracterizações e os perfis das crianças e adolescentes em situação de rua, apontando mudanças importantes, como a interiorização da





TRILHA DA HISTÓRIA E DA MEMÓRIA

pobreza, as crianças e adolescentes em situação de rua sobrevivendo nas periferias, a racialidade da exclusão e o impacto da violência urbana e institucional.

No contexto sociopolítico marcado pelo pré-golpe e golpe institucional e pela apatia de amplo setores historicamente responsáveis pela defesa dos direitos humanos infantojuvenis, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), em articulação com entidades da sociedade civil e movimentos sociais, assumiu um papel estratégico na construção de frentes de resistência. Entre essas iniciativas, destacam-se a criação da Frente Ampla pelos Direitos de Crianças e Adolescentes e da Frente Nacional contra a Redução da Idade Penal, expressões de mobilização popular diante do avanço de pautas regressivas.

Essas ações contribuíram significativamente para a ressignificação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) como espaço democrático e plural, chamados por alguns de “conselho movimentista”. O MNMMR atuou para garantir a participação efetiva de grupos historicamente excluídos, defendendo um projeto político-popular alinhado às lutas sociais e à radicalização da democracia.

No campo das agendas estratégicas de mobilização nacional, é incorporada a resistência à Reforma Trabalhista e à Proposta de Emenda Constitucional do Teto de Gastos (PEC 55/2016). Essas pautas foram tratadas não de forma isolada ou setorial, mas integradas ao debate amplo sobre os direitos de crianças e adolescentes, rompendo com a abordagem funcionalista e reducionista muitas vezes atribuída às políticas públicas para esse público.

Entre 2015 e 2016, o CONANDA promoveu uma ampliação histórica da participação de segmentos tradicionalmente marginalizados: populações LGBTQIA+, ciganas, quilombolas, indígenas, negras, com deficiência, residentes em territórios periféricos e em situação de vulnerabilidade. Nesse processo, o Grupo de Adolescentes G27, formado por representantes das unidades federativas, foi ampliado para o G38, incorporando 11 adolescentes de segmentos diversos, como: adolescentes em conflito com a lei, acolhimento institucional, situação de rua, movimento estudantil, deficiência, LGBTQIA+, rural/campo, indígenas, quilombolas, negros/afrodescendentes e ciganos. Essa ampliação reforçou a pluralidade e legitimidade das representações juvenis no Conselho.

Outro marco importante desse período foi a realização da X Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, promovida pelo CONANDA. Essa edição foi a que contou com a maior participação direta de crianças (21) e adolescentes (314), somando 1.019 participantes no total. A programação incluiu, pela primeira vez, uma mesa exclusiva com crianças, sinalizando um avanço concreto



prévia EDPOPRUA.indd 126-127 12/12/2025 10:41:17

na valorização de suas vozes e no reconhecimento de sua cidadania plena, essa trajetória reafirma nosso compromisso com as infâncias invisibilizadas, com os princípios democráticos e com a soberania popular.

A Resolução Conjunta nº 01/2016 (CONANDA/CNAS), que introduziu um conceito ampliado e interseccional das infâncias e adolescências em situação de rua, bem como as Diretrizes Nacionais para o Atendimento a Crianças e Adolescentes em Situação de Rua (2017), e a Resolução 40 do Conselho Nacional de Direitos Humanos (2020). Que dispõe sobre as diretrizes para a promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua (crianças, adolescentes, adultos e idosos), seguem sendo desconsideradas pelos executivos, legislativos, judiciários e espaços de participação social, controle e elaboração de políticas públicas. Tal omissão revela o descompromisso político com a proteção integral, com destaque a falta de inclusão das crianças e adolescentes em situação com metodologia própria nas politicas públicas para infância e adolescência existentes, e políticas específicas para essa infância, porque saímos da agenda política, mas não saímos das ruas.

Além disso, o MNMMR denuncia a persistência de políticas higienistas, repressivas e assistencialista que privilegiam a remoção forçada e o controle em detrimento da proteção e do cuidado. Crianças e adolescentes negros, indígenas, periféricos e em situação de rua seguem sendo vítimas de abordagens violentas pelos agentes do estado, inclusive por conselhos tutelares despreparados e/ou capturados por interesses religiosos, políticos e corporativos, distantes das diretrizes democráticas e participativas da política de infância e juventude, parcela pequena esta ligados aos espaços de fortalecimento do ECA e são do Movimento Social da Infância.

Como resposta, o MNMMR propõe a retomada de políticas públicas de base territorial, com a participação direta das crianças e adolescentes e seus grupos de convivência, além da valorização dos educadores sociais (precisamos regulamentar essa profissão com ensino médio) como sujeitos estratégicos na defesa dos direitos humanos. Reivindica orçamento publico para a infância e adolescência que garanta atenção universal e qualidade das politicas públicas, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Participação e Controle Social, e garantia de políticas específicas para adolescentes grávidas e mães em situação de rua. Outro ponto central é a inclusão de pessoas com trajetória de rua nas equipes de atendimento, como forma de garantir escuta qualificada, empatia e reparação social.





Por fim, o MNMMR reafirma sua defesa da Democracia, da Soberania Nacional e dos Direitos Humanos, compreendendo que sem moradia, saúde, educação, assistência e trabalho digno, não há desenvolvimento pleno possível para as infâncias brasileiras. Em tempos de ofensiva contra os direitos sociais, o movimento insiste e resiste: é preciso garantir a vida e a voz de crianças e adolescentes, reconhecendo-os não como objetos de proteção tutelar, mas como sujeitos políticos e protagonistas da transformação social do Brasil.

**Marco Antônio da Silva Souza** (Markinhus Souza)
Conselheiro Nacional do Ciamp Rua, membro da coordenação nacional do MNMMR, coordenador do Projeto Meninos e Meninas de Rua, e Educador Social e Popular



prévia EDPOPRUA.indd 128-129 12/12/2025 10:41:17

TEXTO 5

# HISTÓRICO DE ATUAÇÃO DO MNLDPSR (EXERCITANDO A SINTAXE)

O Movimento Nacional de Luta em Defesa da População em Situação de Rua (MNLDPSR) emerge como uma força vital na paisagem social e política brasileira, atuando incansavelmente na defesa dos direitos e na promoção da dignidade de um dos segmentos mais marginalizados da sociedade. Este resumo detalhado visa explorar as principais frentes de atuação do MNLDPSR, com foco particular em sua influência nas políticas públicas, sua participação em conselhos deliberativos, a abrangência de sua organização territorial e a relevância da política EdPopRua, que se alinha intrinsecamente aos objetivos do movimento. A trajetória do MNLDPSR é um testemunho da capacidade de organização popular em transformar realidades e garantir o reconhecimento de direitos fundamentais para a população em situação de rua.

## Políticas Públicas e o Marco do Decreto nº 7.053/2009

A atuação do MNLDPSR no campo das políticas públicas é um dos pilares de sua relevância. A conquista mais emblemática e de profundo impacto foi a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, formalizada pelo Decreto nº 7.053/2009. Este decreto não é meramente um documento legal; ele representa o ápice de anos de mobilização, pressão e articulação incansável por parte do MNLDPSR, demais movimentos e de seus aliados. Antes de sua promulgação, a abordagem governamental em relação à população em situação de rua era fragmentada, assistencialista e, muitas vezes, marcada pela invisibilidade e pela negação de direitos. A condição de rua era frequentemente tratada como um problema de segurança pública ou de saúde individual, e não como uma complexa questão social que exige respostas estruturais e intersetoriais.

O Decreto nº 7.053/2009 alterou radicalmente essa perspectiva. Ao reconhecer formalmente a população de rua como um "grupo populacional heterogêneo que possui em comum ser majoritariamente formada por homens, mulheres, idosos, adolescents e crianças pretas, a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular", o Estado brasileiro foi compelido a assumir sua responsabi-





TRILHA DA HISTÓRIA E DA MEMÓRIA

lidade. Este reconhecimento foi crucial para tirar a população em situação de rua da invisibilidade política, elevando-a à condição de sujeito de direitos e, consequentemente, obrigando a criação de políticas específicas e integradas. A Política Nacional estabeleceu a necessidade de ações coordenadas entre diferentes setores – como saúde, assistência social, educação, trabalho e moradia – para abordar as múltiplas dimensões da vulnerabilidade enfrentada por essa população. A vitória do MNLDPSR na promulgação deste decreto sublinha a força da organização popular em influenciar e moldar o arcabouço legislativo e social do país, transformando a questão da população em situação de rua de um problema marginalizado para uma política de Estado prioritária.

## Participação em Conselhos e Fóruns: A Voz do Movimento

A estratégia do MNLDPSR vai além da incidência direta na formulação de leis; ela se manifesta ativamente na participação em conselhos e fóruns consultivos e deliberativos em diversas esferas governamentais. Essa presença é fundamental para garantir que a voz e as demandas da população em situação de rua sejam ouvidas e consideradas nos espaços onde as decisões são tomadas. O movimento atua de forma proativa em conselhos como os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal nas áreas de Assistência Social e Saúde. Essa participação não é meramente protocolar; ela é um exercício contínuo de advogar e insidir, onde o MNLDPSR insiste na importância de atender às demandas sociais específicas dessa população, muitas vezes negligenciadas ou mal compreendidas.

Além dos conselhos de assistência social e saúde, o MNLDPSR também contribui ativamente no Ciamp-Rua Nacional (Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua). A presença nesses espaços permite ao movimento monitorar a implementação das políticas existentes, identificar lacunas, propor melhorias e garantir que os recursos sejam alocados de forma eficaz para atender às necessidades reais da população em situação de rua. A participação em conselhos e fóruns é uma manifestação concreta do princípio "Nada sobre nós, sem nós", que permeia toda a filosofia do MNLDPSR, assegurando que as políticas públicas sejam construídas com o protagonismo e a experiência daqueles a quem se destinam.

## Abrangência Territorial: A Capilaridade do MNLDPSR

A força do MNLDPSR reside também em sua notável capilaridade e organização em todo o território brasileiro. O movimento não se restringe a uma única região ou cidade; ele possui uma rede robusta de atuação que se estende por dezenas



prévia EDPOPRUA.indd 130-131 12/12/2025 10:41:18

de municípios em diversos estados. Atualmente, o MNLDPSR está organizado e ativo em estados como São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Bahia, Ceará, Distrito Federal e Minas Gerais. Essa presença em diferentes regiões permite que o movimento adapte suas estratégias e reivindicações às especificidades de cada contexto local, reconhecendo que as realidades da população em situação de rua podem variar significativamente de um lugar para outro.

Mais do que uma simples presença em estados específicos, o MNLDPSR orgulha-se de estar presente em todas as cinco regiões do Brasil. Essa abrangência nacional é crucial para a construção de uma agenda unificada de luta pelos direitos da população em situação de rua. A atuação em rede entre as coordenações estaduais e a nacional é um mecanismo vital para a troca de experiências, o fortalecimento mútuo e a disseminação de boas práticas. Essa capilaridade permite ao MNLDPSR exercer uma incidência política mais ampla e eficaz, garantindo que as questões da população em situação de rua sejam pautadas e debatidas em diferentes níveis de governo e em diversas realidades sociais. A capacidade de mobilização e articulação em escala nacional é um diferencial que amplifica o impacto das ações do movimento e reforça sua legitimidade como representante dessa população.

## A Política EdPopRua: Educação Popular e Protagonismo

A articulação do MNLDPSR com programas e políticas públicas específicas é um indicativo de sua visão estratégica e de seu compromisso com soluções concretas. Um exemplo notável é participação na construção do programa Educação Popular em Saúde para o Cuidado à População em Situação de Rua (EdPopRUA). Este programa é parte integrante da Política Nacional para a População em Situação de Rua, especificamente do Plano Ruas Visíveis, e representa um avanço significativo na qualificação do cuidado oferecido a essa população.

O EdPopRUA tem como objetivo principal qualificar o povo da rua e profissionais de saúde para o atendimento humanizado e integral à população em situação de rua. O programa valoriza as práticas de cuidado territorial, a comunicação efetiva e, fundamentalmente, os princípios da educação popular em saúde com vistas à defesa intransigente dos direitos humanos na sua essencia. Em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o EdPopRUA oferece cursos de aperfeiçoamento para educadores populares em saúde. A meta é formar profissionais aptos a atuar na Atenção Primária à Saúde, que é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o cuidado seja sensível às especificidades e necessidades da população em situação de rua.





A integração do MNLDPSR com iniciativas como o EdPopRUA é um reflexo direto do princípio “Nada sobre nós, sem nós”. A participação e o protagonismo das pessoas com trajetória em situação de rua na construção do conhecimento e na formação de profissionais de saúde são elementos cruciais para garantir que as políticas e práticas de cuidado sejam verdadeiramente eficazes e respeitem a dignidade e a autonomia dessa população. O Plano Ruas Visíveis, do qual o EdPopRUA faz parte, é um investimento substancial do governo federal, estruturado em sete eixos de atuação, incluindo saúde, assistência social, habitação e cidadania. Essa abordagem intersetorial demonstra o reconhecimento da complexidade da questão da população em situação de rua e a necessidade de soluções abrangentes e coordenadas, alinhadas com a visão do MNLDPSR de um cuidado integral e respeitoso.

## No resumo das ideias

O Movimento Nacional de Luta em Defesa da População em Situação de Rua (MNLDPSR) transcende a mera assistência, consolidando-se como um movimento de resistência política fundamental no cenário brasileiro. Nascido da revolta contra a violência e a invisibilidade, o MNLDPSR tornou-se a principal voz na luta pelo reconhecimento da dignidade humana e pelos direitos civis e sociais de uma das parcelas mais oprimidas da sociedade. Sua história é um testemunho eloquente do poder da organização popular para conquistar direitos e, consequentemente, transformar a realidade social. A contínua atuação do movimento em diversos estados, sua adaptação aos desafios contemporâneos e sua articulação com programas como o EdPopRUA, que valoriza a educação popular e o protagonismo da população em situação de rua, reforçam seu papel crucial na busca por dignidade, direitos e reconhecimento. O MNLDPSR não apenas defende a população em situação de rua; ele a empodera, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e que suas necessidades sejam atendidas em todas as esferas da sociedade.





prévia EDPOPRUA.indd 132-133 12/12/2025 10:41:18

## TEXTO 1

# TERRITÓRIO: LUGAR ONDE A VIDA ACONTECE

***Maurício Monken***
***Grácia Maria de Miranda Gondim***

O ser humano ocupa uma posição especial no planeta e atua sobre a natureza para sobreviver, satisfazer suas necessidades, produzir coisas e se reproduzir como espécie. Com isso modifica constantemente seu modo de vida, costumes, maneira de se vestir, moradia, alimentação e, sobretudo, a visão de mundo necessária para se situar entre seus semelhantes e se organizar politicamente.

É no processo de posse e uso da natureza que as sociedades humanas realizam sua existência, constroem sua história, produzem e criam territórios como base material para sua manutenção sobre a terra, assegurando a perpetuação da espécie humana nas gerações futuras.

Nessa perspectiva, território é um conceito da geografia que nos ajuda a descrever e entender as formas de viver no planeta Terra, conhecer seus habitantes e as relações que estabelecem entre si para poder viver e se reproduzir.

O território é o espaço de vida do ser humano. Desde o final da Idade Média (500-1500 d.C.) é usado para fins de organização de ações e cuidados de saúde. Nessa época foram criados os primeiros códigos sanitários para normatizar e organizar estabelecimentos nos quais se criavam animais, matadouros, lugares para desaguadouros, coleta de lixo e canalização de esgotos. Foram criados também os primeiros hospitais, com a finalidade de abrigar os pobres e os desvalidos, e isolar os doentes.

No Brasil, desde o início do século XX, o território foi reconhecido como uma forma de organizar as ações de saúde pública voltadas para os indivíduos (vacinação e profilaxia de algumas doenças) e as coletividades (saneamento e embelezamento das cidades).

Desde então, os sistemas e a rede de serviços de saúde se organizaram, progressivamente, em base territorial, tendo lógicas e ordenamentos espaciais bastante diferentes. É somente com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990, que se consolida a reflexão sobre o funcionamento e a organização dos serviços de saúde e de sua base territorial de atuação junto à população, levando a um maior interesse sobre os critérios de delimitação territorial para a saúde (Gondim et al., 2008).

O foco gerencial na organização dos serviços predomina até hoje, com a repartição do território por meio da definição de áreas político-administrativas para uso e controle da saúde pública, e não como possibilidade de compreender sua dinâmica interna: como a vida acontece e como os processos sociais do dia a dia se desenvolvem.

Conhecer o território vivo (o território concreto no qual a vida transcorre) contribui para entender como as pessoas adoecem e como podem ter saúde (processo saúde-doença) e para identificar formas de organizar ações e serviços no enfrentamento aos problemas e às necessidades da população.

O olhar sobre o território permite identificar os atores sociais e os saberes que possuem para manter-se vivos. Possibilita que os profissionais de saúde atuantes em seus limites compreendam como as pessoas adoecem, contribuindo para a implementação de práticas de cuidado e de atenção à saúde efetivas para os diferentes grupos populacionais.

O território concreto no qual a vida transcorre possui uma série de coisas materiais que fazem as pessoas darem sentido e significado à sua existência, tais como as ruas, casas, rios, montanhas, árvores, praias, planícies, edifícios, comércios, fábricas, estradas, cultivos, hidrelétricas, cidades e outros.

Diariamente, por meio de suas relações, as pessoas se identificam e estabelecem sentimentos e laços com os seus territórios de vida. Ao mesmo tempo, estes mesmos processos podem gerar contradições e conflitos, pela diversidade de interesses em disputa. Cada pessoa ou cada instituição tem seu interesse no território, para morar, comercializar, produzir coisas, realizar serviços de educação ou saúde, fazer festas, manter tradições e até mesmo para exercer atividades ilegais.

O território possui diferentes dimensões ou formas de uso. Ao analisarmos esses espaços para compreender a saúde e a doença, é fundamental observar o que ocorre nas esferas jurídico-política, ambiental, social, cultural, econômica e até mesmo na esfera subjetiva ou dos sentimentos que se desen-





prévia EDPOPRUA.indd 134-135 12/12/2025 10:41:18

volvem no território. É a dimensão jurídico-política que dá suporte à lógica do Estado-nação, efetuando sua ligação com a sociedade e com o território, por meio de relações de poder.

Poder é o conceito-chave para entender o território e significa a possibilidade de exercer mando, jugo ou imposição de vontade ou projeto particular a outras pessoas, grupos ou instituições. A população, as empresas nacionais e multinacionais, o poder público, os grupos sociais, as diversas organizações sociais, culturais, religiosas, de lazer, e outras, possuem poder de ação e o exercem de acordo com seus planos e projetos e com suas capacidades de fazer com que eles aconteçam e se materializem nos territórios (Gondim et al., 2008).

As relações sociais comunitárias também exercem grande poder sobre o território. Elas acontecem no cotidiano, fortalecendo as relações de vizinhança e de coexistência entre as diferentes pessoas e grupos sociais. Essas relações constroem muitas vezes processos de apoio social por meio de pessoas que realizam práticas populares (ervateiros, parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais de idosos e de crianças, entre outros). Os saberes populares fortalecem laços e vínculos entre as pessoas do território que buscam enfrentar os problemas e suprir as necessidades locais.

Isso acontece fortemente em nível local, em territórios de comunidades com população de baixa renda nos quais a exclusão social pela pobreza se faz presente de forma acentuada e a busca por redes de apoio se constitui como estratégia de sobrevivência.

As pessoas do território criam regras sociais de convívio que se desenvolvem ao longo do tempo. Essas regras sociais ou leis específicas podem ser formuladas pelo Estado (formais) ou pela sociedade (informais). As regras formais são escritas e se organizam juridicamente, nem todos as conhecem, mas devem se submeter a elas. As informais não estão escritas, mas todos as reconhecem, porque as pessoas do território as entendem e também se submetem a elas.

As regras, leis e os estilos de vida são formas de se viver no dia a dia e fazem parte da vida da população. São códigos e valores compartilhados que afetam a conduta das pessoas criando inclusive, culturas de comportamento que vão dizer o que se pode ou não fazer, o que se deve vestir e em que hora do dia, em quais espaços públicos as crianças podem brincar, em que lugar do território se pode ir sem correr riscos de qualquer tipo, e outras diversas formas de condutas do cotidiano (Monken, 2008).

Atualmente a convivência de diversos tipos de pessoas e grupos em um mesmo território vem se intensificando. Isso significa que existe sobreposição ou junção de várias formas de viver e de produzir no território. Muitos interesses em disputa em um mesmo território geram conflitos que devem ser identificados, compreendidos e solucionados.

As diversas formas de viver e produzir apresentam objetivos diferentes em relação ao uso do território. São moradores que vivem no lugar, empresas que se utilizam do território para produzir e comercializar mercadorias, associações de todo tipo que atuam localmente como as de lazer, de produção artística e manifestações culturais tradicionais e religiosas. Há ainda grupos sociais que atuam clandestinamente por meio da violência, como as gangs e quadrilhas, que impõem suas regras no território, gerando conflitos que podem aumentar as vulnerabilidades sociais e de saúde.

O poder público nos âmbitos municipal, estadual e federal também atua de forma específica no território. Por exemplo, os serviços de saúde e as escolas, cada um com seus processos de trabalho particulares, um com foco no cuidado em saúde e o outro, na formação integral das pessoas.

Para entender a multiplicidade de ações e usos do território, podemos comparar esses processos ao que acontece em uma quadra polivalente para uso esportivo (que equivale ao território). Existem demarcações na quadra que definem regras distintas para as diferentes modalidades e tipos de esportes a serem praticados (futebol, basquete, vôlei, handebol, entre outros). De forma semelhante, no território, diariamente, acontecem diferentes formas de vida e de uso, que, ao contrário da quadra polivalente, ocorrem simultaneamente, envolvendo diferentes pessoas e grupos.

De outro modo, há populações que vivem seu cotidiano em constante luta coletiva para permanecer nos territórios. Sofrem ou são submetidas a processos de perda ou expulsão do território, no sentido mais básico e material da existência. São os atingidos por barragens, os sem-terra, os sem-teto, os quilombolas, os pescadores artesanais, os indígenas, os que são expulsos pelos empreendimentos imobiliários, enfim, os excluídos socialmente dos benefícios do progresso material da sociedade.





prévia EDPOPRUA.indd 136-137 12/12/2025 10:41:18

Hoje vivemos um processo intenso de precarização das condições de vida da população e de produção de várias formas de vulnerabilidade social e riscos à saúde. Nesses territórios vulneráveis, a oferta de esgotamento sanitário, abastecimento de água, coleta de lixo e demais serviços essenciais são deficientes. Há ainda problemas de mobilidade e deslocamento, e faltam condições dignas de alimentação. Muitas vezes, para agravar ainda mais esta situação, são lugares com escassa coesão/ união social e ausência de força comunitária.

São muitos os territórios de exclusão e exceção. Nas cidades, por exemplo, esses territórios possuem alta densidade demográfica (muita população vivendo em um mesmo espaço), com fortes impactos de vizinhança (violência, tráfico, poluição, entre outros) e geografia peculiar em função da proximidade/aglomeração das moradias e estabelecimentos produtivos (pequenas indústrias e comércios), em associação com a precariedade dos acessos para as pessoas e mercadorias, por meio de estreitos logradouros, becos e vielas com fluxos e contatos intensos entre as pessoas e a inter-relação com o entorno.

Um aspecto importante em relação ao território é compreender as diferentes escalas nas quais ele se apresenta. No setor saúde é comum mencionarmos “nível local” como escala territorial de atuação de equipes de saúde que têm proximidade e vínculo com a população. A proximidade local que ressaltamos é a escala das relações entre as pessoas em uma mesma extensão, vivendo a intensidade de suas inter-relações no seu dia a dia (Monken, 2008).

No entanto, os territórios são construídos nas mais diversas escalas. Desde a escala do cotidiano, tendo o corpo humano e suas práticas sociais que acontecem no dia a dia (trabalho, escola, lazer), até as escalas oficiais de governo, que têm como objetivo as relações político-administrativas e de jurisdição.

Estes recortes territoriais se estendem espacialmente dos bairros e municípios para as escalas estaduais, regionais até as nacionais. As escalas são utilizadas pelos diversos setores de atividades do governo como forma de organizar suas ações e delimitar sua abrangência de atuação. Alguns exemplos são os territórios das equipes de saúde da família, as regiões de saúde e os distritos sanitários, todos eles territórios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os territórios nunca são semelhantes. Muitas vezes formam-se a partir de interesses particulares de pessoas, grupos e instituições que neles vivem ou produzem para atender a objetivos e finalidades específicas. Existem territórios com perfis próprios, como as comunidades de pescadores, de agricultura familiar, de





operários, e também aqueles nos quais predominam abundância e riqueza.

Portanto, para o cuidado em saúde, os profissionais devem conhecer as características políticas, econômicas, ambientais, sanitárias e culturais das populações dos territórios, entre outras, dado que influenciam diretamente a história de vida das pessoas e determinam formas de perceber, experimentar e vivenciar a saúde, a doença e o cuidado.

O reconhecimento do território se realiza, assim, com a identificação dos recursos locais e das regras sociais de convivência, das potencialidades da população e de suas lideranças comunitárias, das ameaças à saúde, dos equipamentos e das ações do poder público, do resgate da história de ocupação e de lutas no território, além de suas tradições e manifestações culturais (Monken, 2008).

Isto permitirá que os grupos populacionais e os trabalhadores de saúde conjuntamente elaborem práticas populares de cuidado para a construção de uma vida mais saudável, aumentando a capacidade de promover melhorias nas condições de vida e na situação de saúde dos territórios.

## Referências bibliográficas

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. (org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

MONKEN, Maurício. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (org.). A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 141-164. (Saúde e Movimento, 6).



prévia EDPOPRUA.indd 138-139 12/12/2025 10:41:18

## TEXTO 1

# DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

***Helena Maria Scherlowski Leal David***

Costumamos pensar em democracia como uma ideia dada, a respeito da qual não cabe discussão. Quando alguém indaga sobre "qual tipo de democracia existe" ou considera que "democracia é algo relativo", surge logo certo mal-estar e confusão, porque para a grande maioria das pessoas, até mesmo para aquelas cujas ações são antidemocráticas, democracia deve existir e ponto final.

Aqui, vamos aprofundar um pouquinho o debate: será que a democracia é um valor universal, isto é, igual para todos? Ou seria um valor histórico, aquele que assume diferentes significados conforme a época? Ou os dois?

Do ponto de vista filosófico, é bem mais evidente. A democracia é uma ideia, um valor das sociedades humanas, buscado desde a Antiguidade. Aprendemos que esse valor nasceu (ou se tornou mais visível, historicamente) na Antiguidade grega, o que permitia que os cidadãos tomassem decisões coletivas, baseadas no debate, argumentação e voto, em torno das questões importantes para a pólis, para a cidade. Por outro lado, sabemos também que nem todos podiam fazer parte da Ágora grega (reunião geral de pessoas) – mulheres e pessoas escravizadas não tinham voz, não podiam expressar suas ideias e apresentá-las como um projeto para a cidade.

Ainda assim, o valor essencial da democracia existia como ideia – mas colocá-la em prática não era automático.

Há várias maneiras de se conceber a democracia. Uma delas é a que a caracteriza de acordo com o tipo de participação das pessoas: democracia direta, indireta e participativa.

Na democracia direta, os cidadãos participam diretamente das decisões políticas e da formulação das leis. Eles têm o poder de votar e decidir sobre questões específicas. Era assim na Grécia Antiga, especialmente em Atenas, onde os cidadãos se reuniam em assembleias para discutir e votar em assuntos importantes para a cidade; mas como vimos, isso não era para todos.

Já a democracia representativa, também conhecida como democracia indireta, é adotada na maioria dos países atualmente. Os cidadãos elegem representantes por meio de eleições, que irão tomar decisões em seu nome e em benefício do povo. Os representantes eleitos ocupam cargos no governo, como parlamentares, senadores e presidentes. Essa forma de democracia permite que um grande número de pessoas participe das decisões políticas, mesmo que indiretamente.

Há também a ideia de democracia participativa, que busca aumentar a participação dos cidadãos no processo político. Além de eleger representantes, os cidadãos têm a oportunidade de se envolver ativamente na formulação de políticas e na tomada de decisões. Isso pode ser feito a partir de consultas populares, plebiscitos, audiências públicas e outras formas de participação direta. A democracia participativa visa fortalecer a relação entre o governo e os cidadãos, permitindo que estes tenham uma voz ativa na governança do país. Mas também pode ser uma forma de os cidadãos se organizarem para resistir ou se posicionar contra um governo.

O cientista político, filósofo e historiador italiano Norberto Bobbio desenvolveu uma série de reflexões problematizando a ideia de democracia, não como um único valor, mas um conjunto de valores situados em um dado projeto coletivo de sociedade. Ou seja, são as pessoas vivendo o cotidiano e fazendo a história acontecer que irão conferir a "cara" que uma sociedade democrática terá, em cada conjuntura, contando com os dispositivos de organização e convivência desta mesma sociedade (economia, política, instituições etc.).

Para Bobbio, existem alguns meios de categorizar o que é democracia, e vamos mostrar aqui como ele pensava este valor sob duas perspectivas antagônicas de vida política, econômica e social: a democracia liberal e a democracia socialista.

Segundo Norberto Bobbio (Bobbio; Matteucci; Pasquino, 2004), a democracia socialista é caracterizada pela busca por igualdade social, mediante a distribuição da riqueza, dentro de um sistema democrático. Ela visa conciliar os princípios democráticos com a implementação de políticas sociais e econômicas que busquem, cada vez mais, distribuir o poder econômico, a riqueza de um país e o poder político, reduzindo as desigualdades e promovendo a







prévia EDPOPRUA.indd 140-141 12/12/2025 10:41:19

participação popular nas decisões político-econômicas, por meio da escuta das vozes de cada vez mais pessoas. Trata-se de um projeto de sociedade a perseguir, o qual alguns países buscaram implantar, uns avançando mais que outros. A democracia socialista enfatiza a importância da propriedade coletiva dos meios de produção (fábricas, empresas, bancos) e a participação ativa dos cidadãos na tomada de decisões políticas (Córdoba Gómez, 2008).

Por outro lado, a democracia liberal é caracterizada pela ênfase na proteção dos direitos individuais, na limitação do poder estatal e na proteção das liberdades civis. Na visão liberal, o Estado (e seus subsequentes governos, eleitos ou não) deve ter o papel principal de garantir direitos individuais e influenciar o mínimo possível a distribuição das riquezas que, por sua vez, seria autorregulada pelas leis do mercado. A democracia liberal busca garantir a igualdade perante a lei, a liberdade de expressão, a liberdade de imprensa, a separação de poderes e o respeito aos direitos humanos. Segundo Rochamonte (2022), sob o ponto de vista dos liberais, a democracia liberal valoriza a competição política, a pluralidade de ideias e a participação dos cidadãos por meio do voto, em eleições livres e justas.

Ou seja, são interpretações da realidade, embates de ideias que resultam em ações individuais e coletivas diferentes.

Na concepção liberal, a disputa do poder político e o fato de que muitos não têm acesso às riquezas, principalmente os que as produzem, têm a ver com aspectos individuais e morais. Se houvesse vontade e oportunidade, todos poderiam usufruir do bem-estar e da riqueza. Sabemos bem que isso é pura retórica, já que no plano das relações históricas e políticas do nosso país, nunca houve chance igual para todos.

O que ocorre é que esses projetos de sociedade estão em confrontação, e o tempo todo precisamos responder para nós mesmos, como sociedade: o que queremos? Um país onde todos possam ter acesso a políticas sociais e ao bem-estar como direitos civis e humanos básicos – tal como nossa Constituição de 1988 afirma (apesar dos retalhos que vem sofrendo)? Ou vamos seguir “cada um por si” e cada um “que se vire”?

O que a participação popular tem a ver com isso?

Segundo Bobbio (Bobbio; Matteucci; Pasquino, 2004, p. 889), há um ideal democrático que [...] supõe cidadãos atentos à evolução da coisa pública, informados dos acontecimentos políticos, ao corrente dos principais problemas, capazes de escolher entre as diversas alternativas apresentadas pelas forças políticas e fortemente interessados nas formas diretas ou indiretas de participação.







Em seguida, o autor lembra que isso é só um ideal, pois a realidade nos mostra que essa capacidade de obter informações e tomar decisões é apenas para um grupo reduzido de pessoas. Mesmo com toda a informação de massa que temos, sua qualidade ainda é baixa. E isso sem mencionar informações intencionalmente distorcidas, as mentiras que atualmente são contadas e veiculadas pelos variados tipos de mídia, e que não ajudam as pessoas a ficarem de fato informadas. Bobbio (Bobbio; Matteucci; Pasquino, 2004) distingue três formas de participação: a primeira se dá pela presença, o que significa que as pessoas estão presentes em uma dada arena de discussão ou decisão, porém de modo passivo ou marginal. Este é o exemplo mais pobre de participação.

As pessoas vão, ouvem e ficam quietas. Não fazem nada. Pode ser uma multidão. Mas isso é participar?

Na segunda forma, o autor propõe o termo ativação: as pessoas, além da presença, passam a desenvolver atividades que lhes foram delegadas (por um partido político, por um líder, numa situação de protesto, entre outras). Se a pessoa ou grupo passar a influir em algum resultado presente ou futuro, aí sim existirá participação de fato. E a terceira forma é quando podemos contribuir direta ou indiretamente para uma decisão política pelo voto, pela voz, pela organização coletiva, dentre outras possibilidades.

Vimos, então, que participação e democracia precisam ser pensadas de forma articulada e juntas, a partir de um projeto de sociedade. Saúde é democracia e democracia é saúde, nos avisou o sanitarista Sérgio Arouca (como mencionado anteriormente), na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que disparou a construção do SUS.

No setor saúde, cabe, portanto, pensar sobre quais formas de participação queremos e podemos desenvolver, e lembrar que nosso SUS foi pensado e desenvolvido como parte de um projeto igualitário de sociedade, com justa distribuição de bens e riquezas para que possamos seguir na construção de um país que seja inclusivo e onde se possa viver bem



prévia EDPOPRUA.indd 142-143 12/12/2025 10:41:19

## REFERÊNCIAS

BOBBIO, Noberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Dicionário de Política, verbete: participação política. 12. ed. Brasília, DF: Edit. UnB, 2004. p. 888-890.

CÓRDOBA GÓMEZ, Luis Antonio. Liberalismo y democracia en la perspectiva de Norberto Bobbio. Convergencia, Toluca, v. 15, n. 48, p. 29-48, dic. 2008. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352008000300002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2024.

ROCHAMONTE, Catarina. “Liberalismo e democracia” de Norberto Bobbio. [Site]
Instituto Liberal. Publicado em: 6 out. 2022. Disponível em: https://www.institutoliberal.
org.br/blog/liberalismo-democracia-de-norberto-bobbio/. Acesso em:
8 jun. 2024.
.









## TEXTO 2

# CAPITALISMO, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E (DES)PROTEÇÃO SOCIAL

***Patrícia Fraga*[1]**
***Hélder B. de Moraes Sarmento*[2]**

**Resumo:** Este artigo é parte integrante da dissertação intitulada “População em Situação de Rua e Acesso à Saúde” e objetiva incitar os debates a respeito da correlação entre o fenômeno social população adulta em situação de rua e o capitalismo. A discussão tem como eixo central de análise a categoria trabalho e busca situar a inserção do segmento populacional estudado no âmbito do chamado exército industrial de reserva. Bem como, os impactos da ideologia do capital voltada a responsabilização individual e criminalização da pobreza sobre este segmento populacional. O que historicamente e, ainda nos dias atuais conduz o Estado à implementação de medidas de caráter coercitivo, punitivo, higienista e fiscalizatório sobre a classe trabalhadora, especialmente aos segmentos populacionais de maior vulnerabilidade social como é o caso da população em situação de rua. E, com isso, ao mesmo tempo moraliza a sociedade pelas vias do trabalho, dificulta o acesso a proteção, direitos e políticas sociais.

**Palavras-chave:** população em situação de rua. Capitalismo. Trabalho.

**Abstract:** This article is an integral part of the dissertation entitled “Homeless People and Access to Health” and aims to encourage debates about the correlation between the adult social phenomenon living on the streets and capitalism. The discussion has as its central axis of analysis for the category of work and seeks to situate the insertion of the studied population segment in the scope of the so-called industrial reserve army. As well as the impacts of the ideology of capital aimed at individual accountability and criminalization of poverty on this population segment. What historically, and still today, leads the State to implement coercive, punitive, hygienist and inspection measures on the working class, especially on population segments with greater social vulnerability, such as the homeless population. And, with this, at the same time it moralizes society through work, difficulty in accessing protection, rights and social policies.
**Keywords:** homeless population. Capitalism. Job.

[1] Assistente Social. Graduação e mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda do Curso de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assistente Social do Hospital Universitário de Florianópolis. Membra do grupo de estudos e pesquisa em Serviço Social GEPSS. Link do Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/9032422268662875 E-mail: patriciafraga2@gmail.com
[2] Assistente Social. Graduação pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Curitiba. Mestrado e Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenador do grupo de estudos e pesquisa em Serviço Social GEPSS. Link do Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8755602376949137. E-mail: hboska@yahoo.com.br



prévia EDPOPRUA.indd 144-145
12/12/2025 10:41:19

## INTRODUÇÃO

Este artigo traz parte das discussões e resultados da dissertação intitulada "População em Situação de Rua e Acesso à Saúde" desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste são trazidas discussões a respeito da temática população adulta em situação de rua especificamente direcionadas a contextualização histórica do surgimento e agravamento deste fenômeno social urbano no mundo ocidental.

Conforme Silva (2009, p.91) a população em situação de rua (PSR) corresponde a um grupo bastante heterogêneo mas que, possui algumas características comuns entre seus membros. Conforme aponta a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua esta população pode ser conceituada enquanto um:

> Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar (BRASIL, 2008, p. 08).

A partir dos dados levantados pela Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua realizada em 2008 a PSR é predominantemente composta por pessoas do sexo masculino (82%) negros e pardos em idade laboral (entre 25 e 44 anos). Com relação a situação sócio econômica desta população, segundo a pesquisa a maioria (52,6%) recebe entre R$ 20,00 e R$ 80,00 semanais, sendo que 70,9% dos entrevistados exercem alguma atividade remunerada como catador de materiais recicláveis (27,5%); flanelinha (14,1%); construção civil (6,3%); limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Já com relação aos níveis de escolaridade tem-se que apenas 3,2% concluíram o ensino médio (BRASIL, 2008, p. 10).

Dentre os principais motivos apresentados pelos entrevistados para a ida para a rua estão os problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5); desemprego (29,8%) e desavenças familiares (29,1%) (BRASIL, 2008, p. 10). A Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua proporciona, portanto, uma dimensão em termos quantitativos das desigualdades de gênero, etnia, cor e classe social no âmbito do sistema capitalista. E, conforme Silva (2009) sua análise é imprescindível ao Serviço Social, visto que representa uma das mais cruéis expressões da questão social.

Para fundamentação desta discussão tomou-se como método o materialismo histórico e dialético, com vistas a compreender o fenômeno criticamente, percebendo as mediações e os movimentos contraditórios que a permeiam. Portanto, a reflexão se dá sob a perspectiva da totalidade, de acordo com Lukács (1979, p. 28) "[...] a totalidade não é um fato formal do pensamento, mas constitui a reprodução mental do realmente existente [...]", podendo ser captada a partir da unidade entre singular, universal e particular. Partindo-se, portanto, da realidade concreta, ou seja, da estrutura e dinâmica do objeto de estudo no movimento da realidade sócio histórica. Conforme Lukács:

> A ciência autêntica extrai da própria realidade as condições estruturais e suas transformações históricas e, se formula leis, estas abraçam a universalidade do processo, mas de modo tal que deste conjunto de leis pode-se retornar – ainda que frequentemente através de muitas mediações – aos fatos singulares da vida. É precisamente esta dialética concretamente realizada de universal, particular e singular (LUKÁCS, 1978, p. 88).

Nestas condições, o objetivo deste artigo é realizar algumas mediações e reflexões a respeito da temática da PSR e sua conformação enquanto fenômeno social urbano de grandes proporções no âmbito do sistema capitalista.

## A GÊNESE DO FENOMENO SOCIAL POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Parte-se do pressuposto que a população em situação de rua (PSR) é um fenômeno social inerente a forma de estruturação da sociedade capitalista, cuja história conforme Silva (2009, p. 25):

> [...] remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais da Europa, no contexto da chamada acumulação primitiva, em que os camponeses foram desapropriados e expulsos de suas terras, sem que a indústria nascente, nas cidades os absorvesse com a mesma celeridade com que se tornaram disponíveis [...]. É nesse contexto que se origina o fenômeno população em situação de rua. No seio do pauperismo, que se generalizou por toda a Europa Ocidental, ao final do século XVIII, compondo as condições necessárias à produção capitalista.

O que significa, nestas condições, que o fenômeno população em situação de rua encontra-se diretamente correlacionado às condições de pauperização da classe trabalhadora e desemprego em massa que são as condições essenciais ao desenvolvimento capitalista. Ou seja, a PSR é "[...] uma expressão incontestante das desigualdades sociais resultantes das relações sociais capitalistas, que se desenvolvem a partir do eixo capital/trabalho. E, como tal, é expressão da chamada questão social" (SILVA, 2009, p. 27). A compreensão a respeito de como a população em situação de rua se torna um fenômeno







prévia EDPOPRUA.indd 146-147 12/12/2025 10:41:19

social de grandes proporções presente em todo o mundo contemporâneo, exige portanto, o estudo e o olhar crítico, dialético e histórico sobre a gênese e o desenvolvimento do sistema capitalista de produção.

Em A Origem do Capital: a Acumulação Primitiva, Marx (1979) traça o caminho da cooperação simples de produção artesanal, que passa pela manufatura e evolui tecnologicamente até a maquinaria. Marx (1979) demonstra de que forma tais mudanças nos modos de produção se desdobram em formas de controle e manipulação do capital sobre a classe trabalhadora. Nesta direção, a evolução dos processos de produção levou a homogeneização do trabalho simples, ou seja, do trabalho desprovido de conteúdo, com a alienação do homem com relação ao produto e ao próprio trabalho que executa. Na mesma obra (Tomo II, 1985) o autor toma como foco da análise a Inglaterra para expor as condições pré e pós instauração do sistema capitalista. Nesta direção, aponta que a escravidão desaparece no século XIV, e, por volta do século XV, a maior parte da população era composta por "camponeses livres, economicamente autônomos" (MARX, 1984, p. 263) que cultivavam suas próprias terras, ou seja, o antigo servo havia dado lugar ao rendeiro independente. Desta forma, a terra era partilhada de forma comunal, conforme aponta o autor:

> O traço mais característico da produção feudal em todos os países da Europa Ocidental, é a partilha do solo entre o maior número possível de semi-servos. O senhor feudal era como qualquer outro soberano; seu poder dependia mais do número de seus súditos que do conteúdo de sua bolsa, isto é, dependia do número de camponeses estabelecidos em seus domínios (MARX, 1979, p. 20).

Entretanto, a prosperidade e abundancia do povo caminhavam na contramão do sistema capitalista que se gestava naquele momento histórico uma vez que, "[...] esta riqueza do povo excluía a riqueza capitalista" (MARX, 1979 p. 21). Isso desencadeou em fins do século XV e início do XVI uma grande Revolução que que lançou nas cidades industriais que se formavam "uma massa de proletários sem lar e sem pão" (MARX, 1979, p. 21). Neste processo os bens comunais dos camponeses foram usurpados, estas pessoas foram expulsas e suas terras transformadas em pastos, casas e aldeias inteiras foram destruídas. Assim, enormes massas populacionais ficam impossibilitadas de prover sua própria subsistência e a de suas famílias.

E é segundo Marx (1979, p.26) exatamente isto, que "o sistema de produção capitalista precisava, a condição servil das massas, sua transformação em mercadoria e a conversão de seus meios de trabalho em capital".

A partir do século XVII, as terras já haviam sido completamente expropriadas dos pequenos proprietários e apropriadas por grandes arrendatários, forçando o povo a trabalhar para outrem para conseguir dinheiro a ser trocado no mercado por seus meios de subsistência. Conforme destaca Marx: [...] a situação das classes inferiores do povo piorou sob todos os aspectos; os pequenos arrendatários e proprietários foram reduzidos à situação de jornaleiros e mercenários, e ao mesmo tempo, nestas condições, lhes é mais difícil ganhar o sustento (MARX, 1979, p. 39). Ao passo de que uma grande massa de trabalhadores não é absorvida pelo mercado de trabalho em ascensão que desempregada e, sem ter como manter sua subsistência acaba indo parar nas ruas das cidades. Sendo assim "[...] estes homens, bruscamente arrancados de suas ocupações habituais, não se podiam adaptar prontamente à disciplina do novo sistema social, surgindo, por conseguinte, deles, uma porção de mendigos, ladrões e vagabundos" (MARX, 1979, p. 57).

Em decorrência desta situação que "ameaça" a classe burguesa cria-se a legislação contra a vadiagem na lógica da culpabilização e criminalização do próprio indivíduo por sua incapacidade de prover sua subsistência. Marx, afirma que tal legislação passa a vigorar no reinado de Henrique VIII em 1530 e proclama que:

> Os mendigos velhos e incapacitados para o trabalho obtinham permissão para implorar a caridade. Os vagabundos robustos eram condenados ao látego e encarcerados. Atados a parte traseira de um carro deviam ser fustigados até que o sangue jorrasse de seu corpo, depois deviam comprometer-se mediante juramento, a voltar para o lugar de seu nascimento ou para o sítio onde tinham vivido durante os últimos três anos e pôr-se novamente a trabalhar. [...] No caso da primeira reincidência o vagabundo deve ser açoitado novamente, devendo-se cortar-lhe meia orelha; à segunda reincidência é tratado como traidor e executado como inimigo do Estado (MARX, 1979, p. 58).

A entrada no século XVIII, inicia uma nova fase do capitalismo e consequentemente uma nova fase de expropriação das condições de vida dos trabalhadores com a indústria moderna através do emprego da maquinaria. O emprego da maquinaria de acordo com Marx: [...] como qualquer outro desenvolvimento da força produtiva de trabalho, tem por fim baratear as mercadorias, encurtar a parte do dia de trabalho da qual precisa o trabalhador para si mesmo, para ampliar a outra parte que ele dá gratuitamente ao capitalista" (MARX, 2002, p. 427). Com a maquinaria o capitalista investe em trabalho morto e descarta trabalho-vivo conduzindo uma vasta gama de trabalhadores ao desemprego. Assim, ocorre a formação do chamado "exército industrial de reserva" a partir da condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade forçada,







prévia EDPOPRUA.indd 148-149 12/12/2025 10:41:19

em virtude do trabalho excessivo da outra parte em prol do enriquecimento individual dos capitalistas (MARX, 2001, p. 740).

Isso ocorre porque o lucro do capitalista advém da quantidade de trabalho não-pago, ou seja, do trabalho excedente. Este é possível através da aquisição pelo capitalista de um conjunto de horas superior ao tempo socialmente necessário para reprodução da mercadoria força de trabalho. Contudo, para ampliar ainda mais este excedente, e com isso obter mais lucro, o capitalista prorroga a jornada de trabalho e extrai assim, a mais-valia absoluta. Com a maquinaria ambos os processos tornam-se possíveis ao capitalista conduzindo o capitalismo às condições ideais de expansão. Conforme Marx (2001, p. 748) "a força de trabalho disponível é ampliada pelas mesmas causas que aumentam a força expansiva do capital. Esta é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista".

Este chamado "exército industrial de reserva" possui pelo menos três funções muito claras na ordem capitalista, a primeira refere-se a disposição de força de trabalho abundante ao capital:

> [...] se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista, ela se torna, por sua vez, a alavanca da acumulação capitalista e, ao mesmo tempo, condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se fosse criado e mantido por ele. Ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro incremento da população (MARX, 2001, p. 735).

Em segundo lugar, quanto mais os trabalhadores desempregados necessitarem da oferta de trabalho, ou seja, quão maior for sua demanda, mais facilmente o capitalista poderá manipular os salários a favor da acumulação de capital. Em terceiro lugar, o "exército industrial de reserva" tem por função despertar o medo e a insegurança naqueles que estão empregados. Isso porque o capital, além de ter a sua disposição a mão de obra excedente, precisa que não haja resistência com relação aos 37 baixos salários pagos e as péssimas condições de trabalho oferecidas. Conforme elucida Marx:

> O trabalho excessivo da parte empregada da classe trabalhadora engrossa as fileiras de seu exército de reserva, enquanto, inversamente, a forte pressão que este exerce sobre aquela, através da concorrência, compele-a ao trabalho excessivo e a sujeitar-se às exigências do capital. A condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade forçada, em virtude do trabalho excessivo da outra parte, torna-se fonte de enriquecimento individual dos capitalistas (MARX, 2001, p. 740).





A PSR é parte integrante da "superpopulação relativa", ou "exército industrial de reserva", classificada por Marx em três formas: flutuante, latente e estagnada. A flutuante é, em síntese, constituída pelos trabalhadores que oscilam entre a condição de empregados e desempregados conforme a demanda da produção. A superpopulação latente é composta em geral, por trabalhadores do campo, que perderam seus empregos na agricultura. Essa população tende a se aglutinar nos grandes centros urbanos, submetendo-se a baixos salários e péssimas condições trabalho e de vida. E por fim, a superpopulação estagnada é composta pela parte da classe trabalhadora incluída em ocupações irregulares, com baixos salários, ausência de proteção social e longas jornadas de trabalho.

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

Uma das primeiras ações higienistas na Europa voltadas a limpeza urbana foi a chamada Lei dos Pobres na Inglaterra. E, objetivava acolher aqueles considerados mendigos, vagabundos e loucos nas paróquias e reinseri-los no mercado de trabalho. Essa política pública era baseada, portanto, na higiene urbana e, justificava por motivo de saúde pública, a intervenção estatal na casa das pessoas pobres. Estas pessoas eram periodicamente inspecionadas, bem como, suas moradias que deveriam atender as regras de higiene, e, àqueles que não tivessem moradia seriam recolhidos das ruas, pois, significavam ameaça à saúde pública.

Aos médicos urbanistas cabia, portanto, a missão de criar as teorias normativas dos ideais de saúde coletiva, urbana e individuais e aos urbanistas foi entregue a missão de coloca-las em prática atendendo as exigências da or-





prévia EDPOPRUA.indd 150-151 12/12/2025 10:41:19

dem pública. Esse intervencionismo no espaço urbano e, na esfera privada da vida dos pobres possuía a premissa da recuperação da salubridade perdida com o rápido processo de industrialização na Europa que tornara os espaços doentios. As cidades ideais seriam, segundo esta lógica, limpas física e moralmente, isentas de elementos humanos ou materiais que corrompessem sua integridade, para construção deste modelo, foram utilizadas uma série de medidas de controle e ordenação de condutas, ações e atitudes humanas.

Acreditava-se que com a Revolução Industrial e, lotação desordenada das cidades estas se tornaram lugares doentios e insalubres que incitavam comportamentos humanos da pior espécie, crimes, violência, perversão, entre outros.  Além disso, com os grandes aglomerados de gente em precárias condições de higiene e salubridade as epidemias se alastravam causando mortes, sequelas e, consequentemente pânico. Estas condições fortalecem o pensamento médico-higienista que influencia filósofos, urbanistas, e administradores políticos que elaboraram leis dentro destes princípios. O ideal de ajustamento urbano e social preconizava assim, uma ética moralizante pelo trabalho e vida digna dentro dos padrões ideológicos do capital.

E, nesta direção, em 1730 na Inglaterra são criadas as workhouses que nada mais eram que prisões, ou melhor, depósitos de gente “[...] onde os menos capazes para o trabalho eram utilizados para fazer vários tipos de produtos (principalmente, fiar) ” (FALEIROS, 1991, p. 11). A “solução” para o crescente número de pessoas morando nas ruas da Europa passa a ser, portanto, a prisão daqueles que fossem considerados “vagabundos”. Na prisão estes permaneceriam sob regime de trabalho obrigatório sob a ótica do poder disciplinar. A este respeito Castel (2008, p. 124) afirma que:

> Trata-se se uma estrutura administrativo-policial autônoma, com o objetivo especial de submeter os indigentes válidos ao trabalho forçado. Os vagabundos e mendigos presos não dependem mais nem das autoridades hospitalares nem do aparelho da justiça ordinária. São diretamente levados para os depósitos pelas autoridades encarregadas da manutenção da ordem.

A insalubridade e total falta de recursos necessários a vida fazia com que estes depósitos se tornassem verdadeiros morredouros. Com objetivo de arrancar utilidade de pessoas transformadas em corpos descartáveis pela ordem vigente. Para Chalhoub (1986, p. 29) o conceito de trabalho no sistema capitalista assume “[...] uma roupagem dignificadora e civilizadora”. E, se torna um valor absoluto na sociedade cujo fim consiste na obtenção de lucros a partir da expropriação de trabalhador que “[...] assim destituído, deveria prazerosamente mercantilizar sua força de trabalho” (CHALHOUB, 1986, p. 29).







As workhouses tinham, portanto, a missão moralizadora pelas vias do trabalho, com vistas ao extermínio da vagabundagem e da mendicância através do enclausuramento forçado.

Não só aqueles que viviam nas ruas, mas também, os pobres em geral eram constantemente vigiados no intuito da manutenção da ordem. Bresciani (1986, p. 23) destaca o papel do chamado visitador do pobre, que “[...] seja na versão leiga ou na religiosa, chegou até o século XIX como uma personagem estratégica para manter sob vigilância aqueles que dependiam do auxílio da caridade” (BRESCIANI, 1986, p. 23).

Desta maneira, percebe-se que as primeiras respostas ao aumento gradativo da miséria na Europa após a instauração do sistema capitalista foram o ajustamento dos então chamados “mendigos”, “desajustados” e “miseráveis”. Através das casas correcionais buscava-se incutir a lógica servil em toda população carente que necessitava de abrigo, desde crianças até idosos. E, com isso, principalmente a Inglaterra, centro mundial da Revolução Industrial, objetivava controlar a população pobre através da lei e da punição.

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

Ao fim da primeira guerra mundial (1914-1918) a situação econômica e política desfavorece ainda mais a atenção social na Europa. Neste período, a Inglaterra buscava se reerguer através da modernização de sua produção e a da adesão a medidas protecionistas, com vistas a reduzir as importações norte-americanas. Ademais, o grande estoque de produtos gerados pelo sistema fordista-taylorista não encontrava saída no mercado devido as condições econômicas e sociais dos países no pós-guerra. Junto a outros elementos esta situação acaba desencadeando a crise de 1929, marcada pela “quebra” da Bolsa de Valores de Nova Iorque. Desta crise, resultaram quatorze milhões de desempregados, bancos falidos e milhares de empresas fechadas. Tal situação não afetou unicamente os Estados Unidos, mas também os diversos



prévia EDPOPRUA.indd 152-153 12/12/2025 10:41:19

países que exportavam para o mercado norte-americano.

Para superar a crise o então presidente norte-americano Franklin Roosevelt, implantou um conjunto de medidas que ficou conhecido como “New Deal”, baseadas nas propostas de John Keynes, que primavam pelo pleno emprego dos trabalhadores. O Estado passou, desta forma, a intervir diretamente na economia através de concessões de empréstimos, controle dos preços, fixação de salários-mínimos e criação de salários-desemprego, conseguindo controlar relativamente a crise, ampliando a atenção a massa de trabalhadores desempregada, o que acabou extensivamente levando atendimento à PSR, reduzindo a lógica punitiva do Estado.

Já no Brasil dos séculos XVIII e XIX a assistência social ainda estava associada a “ajuda” aos chamados “moradores de rua”, que provinham de iniciativas voluntárias e das igrejas principalmente das Santas Casas de Misericórdia. Halmer (1986, p. 283) aponta que no século XIX a pobreza ainda fora tratada como “fonte de desordens, doenças perigosas e força muscular”. E, nestas condições o Brasil neste período buscava ainda inspiração para elaboração de projetos de lei e medidas governamentais voltadas a PSR naquelas adotadas pelos países europeus e norte-americanos nos séculos XVI e XVII.

O Welfare State (Estado de Bem Estar Social) nem chega ao Brasil e acaba perdendo sua força potencial, ao responder as emergências da crise instaurada o pós-guerra (1939-1045), derrubado pela supremacia do capital. Sua derrocada é agravada pela adoção do modelo toyotista de produção flexível a partir dos anos 1980 demarcando um período de revolução tecnológica na esfera produtiva com base na microeletrônica. No toyotismo o trabalhador pode ser facilmente substituído e, se diminui a necessidade de mão de obra humana. Nestas condições, pode-se afirmar que a produção capitalista altera seus meios para obtenção de lucro mas, sua lógica e finalidades permanecem inalteradas. Na atualidade, além das altas taxas de desemprego ocorre um gradativo aumento nos índices de inserção informal no mercado de trabalho com a expansão de empregos no setor de serviços de forma terceirizada.

O que se percebe é que o trabalho sempre ocupou e ainda ocupa um lugar central em todo o mundo, entretanto com a instauração do capitalismo, o trabalho deixa de ser uma “[...] ação transformadora da natureza, realizada pelos seres humanos de forma consciente” (SILVA, 2009, p. 257) com a finalidade de atender às suas necessidades. E passa a ser uma atividade alienada e fetichizada orientada para a finalidade única de criação de novas mercadorias e lucros para os detentores de capital e meios de produção. O trabalho, se torna, portanto, “uma mercadoria especial” (SILVA, 2009, p. 257), que serve







como base de sustentação do capitalismo não apenas na manutenção de seus pilares peremptórios, mas também como alavanca de sua ascendência.

Na contemporaneidade, desenvolve-se de acordo com Ianni (2004) um novo ciclo de expansão do capitalismo que conta com o globalismo como novo palco da história e com o neoliberalismo como teoria, prática e ideologia de dominação. O autor alerta para a formação de um novo e aterrador palco da história onde se desenvolvem concomitantemente “o progresso e a decadência, a prosperidade e a miséria, a pauperização absoluta e a pauperização relativa, a civilização e a barbárie” (IANNI, 2004, p. 29). O capitalismo permeado pela ideologia neoliberal no contexto da globalização adquire uma nova dinâmica que se alastra e adensa em escala mundial. Conforme Ianni (2004, p. 27) “enquanto modo de produção e processo civilizatório, o capitalismo invade mais uma vez, os territórios e as fronteiras, os povos e as nações, as culturas e as civilizações”. Dissemina a ideologia que transforma as relações sociais em relações de mercado, onde cidadania se torna sinônimo de possibilidade de consumo aos bens do mercado.

Ao tratar do movimento de múltiplas transformações nas diferentes sociedades nas últimas décadas do século XX a partir do novo cenário político, econômico e social que se instaura com o processo de globalização e avanço tecnológico, Bulla et al. (2004, p. 33) destacam os impactos destas transformações para a classe trabalhadora e, alertam que:

> [...] como corolário dessas transformações, cada vez mais, em diferentes espaços geográficos e com graus de intensidade variados, tem-se observado um maior índice de desemprego estrutural, um desmonte do sistema de proteção social e um alheamento a direitos sociais e trabalhistas.

Este novo ciclo de “racionalização do mundo” (IANNI, 2004, p. 95) incide, portanto, diretamente sobre a vida dos trabalhadores, em especial sobre os desempregados e empregados sob condições precárias. Incide ainda mais violentamente sobre àqueles que sob estas condições vivenciam a experiência de pauperização absoluta fazendo das ruas seu local de moradia. As ruas dos grandes centros urbanos aparecem portanto, enquanto grandes refletoras da dicotomia cruel do sistema capitalista. Visto que abrigam tanto as grandes empresas multinacionais, quanto aqueles “seres humanos transformados em sucata, graças a lógica de destruição criativa” (IANNI, 2004, p. 156). Seres humanos estes, chamados à responsabilidade de culpados do destino a qual se encerram e capazes de transformá-los apenas com a força de vontade. Conforme Bulla et al. (2004, p. 34) estes indivíduos são de modo fetichizado “levados a se considerarem os únicos responsáveis pela situação da qual, na



prévia EDPOPRUA.indd 154-155 12/12/2025 10:41:19

Sob o prisma da organização capitalista contemporânea, a problemática das pessoas em situação de rua apenas se agrava devido ao aumento do desemprego estrutural, estímulo a competitividade e crescente individualização das relações sociais: O pressuposto do neoliberalismo, hegemônico nos dias atuais, é o de que o progresso e o desenvolvimento só são possíveis através da competitividade. E o confronto, o choque entre interesses diferentes ou contrários, que vai fazer com que as pessoas lutem, trabalhem, se esforcem para conseguir seu bem estar, sua qualidade de vida, sua ascensão econômica. Desta forma, o capitalismo representado pela ideologia neoliberal, culpabiliza o sujeito por seus "fracassos" e responsabiliza cada um por seu "sucesso".

Desenvolve-se, portanto, uma supervalorização do indivíduo, em detrimento das lutas de classe e uma competitividade exacerbada entre os próprios homens sem levar em conta as condições sociais, econômicas e culturais que os põe em desigualdade. Guareschi (2001, p. 147) classifica o contexto atual através do termo "metafísica da competitividade":

> Mas atenção não se trata aqui da competitividade que se estabelece no mercado apenas, [...] trata-se da competitividade que se estabelece entre os seres humanos o que se instala é um novo tipo de guerra. O ser humano, como ser isolado e egoísta (dogmas do liberalismo), tem de competir para sobreviver, de um lado, e de outro, para trazer progresso (GUARESCHI, 2002, p. 147).

Esta lógica se reflete na minimização do Estado no atendimento às necessidades sociais, nas palavras de Ianni:

> O poder estatal é liberado de todo e qualquer empreendimento econômico ou social que possa interessar ao capital privado nacional e transnacional. Trata-se de criar o "Estado mínimo", que apenas estabelece e fiscaliza as regras do jogo econômico, mas não joga. [...] O que está em causa é a busca de maior e crescente produtividade, competitividade, e lucratividade, tendo em conta mercados nacionais, regionais e mundiais (IANNI, 2004, p. 314).

Guareschi (2002, p. 150) demonstra que este distanciamento das funções estatais com relação a proteção social e consequente responsabilização dos sujeitos por sua condição social, correspondem a estratégias que servem para sacralizar, legitimar e reproduzir as relações de exclusão. Nesta direção, aponta que "as pessoas são individualmente responsabilizadas por uma situação econômica adversa e injusta". E conclui que o resultado desta ideologia "é a exclusão não apenas de alguns, mas de milhões, ou bilhões de seres humanos" (GUARESCHI, 2001, p. 150).

O que se conclui, portanto, é que todo o conjunto de fatores necessários a







apropriação e acumulação capitalista, são em contrapartida estopins de processos de pauperização. Pauperização esta, que desencadeia o fenômeno social população em situação de rua, que apesar de multideterminado possui causas estruturais vinculadas ao processo de acumulação capitalista, principalmente no que se refere a necessidade da geração de uma superpopulação relativa. No contexto atual a população em situação de rua se apresenta enquanto uma das expressões mais radicais da questão social, na medida em que, explicita as contradições e as formas violentas sob as quais o capitalismo incide sobre a classe trabalhadora.

Enfim, diante deste quadro de incertezas que condicionam o contexto social contemporâneo e da gravidade da situação de responsabilização individual e violação de direitos que caracteriza a população em situação de rua faz-se urgente a implementação de políticas públicas capazes de ampliar a abrangência protetiva do Estado para com esse grupo populacional. Entretanto, é preciso também esclarecer que, apesar de fundamentais, os avanços em termos de proteção social não significam a superação deste fenômeno social, uma vez que esta é possível apenas, através da superação do sistema capitalista.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou estabelecer as correlações entre o surgimento e agravamento do fenômeno população em situação de rua e o capitalismo com enfoque na categoria trabalho. Isso porque o lucro do capitalista detentor dos meios de produção, advém da quantidade de trabalho não-pago, ou seja, trabalho excedente realizado pelo proletariado. Este lucro é obtido através da exploração de um conjunto de horas de trabalho superior ao tempo necessário para reprodução de dada mercadoria. Com objetivo de maximizar os lucros o capitalista prorroga a jornada de trabalho e extrai assim, a mais-valia absoluta. Em outras palavras, o sistema capitalista pressupõe o livre trabalho, ou seja, advoga que o trabalhador é livre para vender no mercado a única coisa que tem: sua força de trabalho. Ao trocar sua mercadoria (força de trabalho) por um salário, no entanto, tem-se um benefício desproporcional entre os ganhos de trabalhadores e capitalistas já que a força de trabalho produz muito mais que o necessário, gerando assim, um lucro excedente ao capitalista. A essa relação e seus resultados Marx aplica a lei do valor, para explicar "como, sem nenhuma trapaça violenta, o produto do trabalho assalariado se converte por si mesmo num miserável meio de vida para o trabalhador e em riqueza ociosa para o capitalista" (LUXEMBURGO, 2017, p. 21).



prévia EDPOPRUA.indd 156-157 12/12/2025 10:41:19

O sistema capitalista de produção inaugura uma nova relação do homem com o trabalho, ser humano empregado como proletário deve abandonar suas capacidades teleológicas e, tornar-se subordinado a máquina. As máquinas passam a ditar o ritmo do trabalho e o detentor dos meios de produção é quem ditará o que, e quando será produzido. Neste sistema de produção o trabalhador não significa nada além de força de trabalho ao seu empregador, ou seja, o trabalhador aos olhos do capitalista não passa de uma mercadoria altamente lucrativa, porém facilmente descartada e substituída. Conforme Engels (2008, p. 61) "[...] a classe industrial que se enriquece diretamente com a miséria dos operários, nada quer saber dessa miséria".

Tal cenário se agrava a partir do final do século XX quando o capitalismo inaugura uma nova fase, o chamado capitalismo financeiro onde bancos e grandes empresas capitalistas se unem em prol da maximização de lucros. Fazendo surgir as empresas multinacionais e transnacionais, e o fortalecimento de práticas monopolistas. O mundo se torna globalizado com o neoliberalismo como doutrina predominante.

Os impactos sociais para a classe trabalhadora a partir da instauração do modo capitalista de produção são imensos. Além das consequências físicas e mentais que essa mecanização da atividade laboral ocasiona, é inaugurada também uma nova racionalização da vida em sociedade. Afinal, para máxima absorção de lucros pelo capitalista é essencial o máximo desempenho da força de trabalho, portanto, é fundamental que o trabalhador não esgote suas energias em outras atividades para além do trabalho. Com isso, são exigidas dos trabalhadores transformações sociais, morais e comportamentais, ou seja, o capitalismo necessita que sua mão de obra seja dócil e moralmente domesticada. O trabalho passa a ser, mais do que nunca, o eixo moral que determina o bom e o mau individuo, o cidadão de bem ou o vagabundo desocupado que onera o sistema.

O mercado de trabalho, portanto, cada vez mais se afunila exigindo que o trabalhador se especialize e qualifique, sem que lhe sejam oferecidas condições objetivas para isso.  O acesso ao trabalho formal se torna mais elitizado e menos acessível a boa parte da população que não tem condições de se adequar a série de exigências das empresas, é descartada. Uma parte desta população passa a integrar o mercado informal de trabalho para manter sua subsistência, em condições precárias trabalham em funções que exigem um nível, de especialização menor como é o caso dos ajudantes de obras da construção civil, dos catadores de material reciclável, vigias de carros em estacionamentos, descarregadores de carga, etc. E, esta parcela da população que, sem acesso a direitos sociais e trabalhistas e, sem garantias de emprego e renda acaba tendo maior propensão à situação de rua.

A lógica perversa de manipulação da força de trabalho implementada pelo Toyotismo, associada a mecanização de base microeletrônica com a substituição do trabalho vivo e, o não investimento em políticas sociais transformaram o desemprego em um fenômeno de ordem estrutural. O desemprego, por sua vez, amplia-se e torna-se estrutural, e, mesmo no Brasil, onde passou a ser referenciado pela Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (2008, p. 11), ainda é um dos principais motivos pelos quais as pessoas passam a viver e morar nas ruas. Sendo assim, é possível afirmar que a população em situação de rua é um fenômeno social que se agrava a partir da degradação do trabalho no sistema capitalista.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília, 2008.

BRESCIANI, Maria Stella M. Londres e Paris no século XIX: O espetáculo da Pobreza. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BULLA, Leonia Capaverde; MEDEIROS, Maria Bernardete de Moraes; MENDES, Jussara Maria Rosa; PRATES, Jane Cruz. A Exclusão Social como uma das manifestações da Questão Social no Contexto Brasileiro. In: As múltiplas formas de exclusão social. EDIPUCRS, 2004.

CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CHALHOUB, Sidney. Trabalho, bar e botequim. São Paulo: Brasiliense,1986.

ENGELS, Friedrich. A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra. São Paulo. Editora Boitempo, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. A Política Social do Estado Capitalista: As Funções da Previdência e da Assistência Sociais. Editora Cortez/SP, 6ª ed. 1991.

GUARESCHI, Pedrinho. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, Bader. (Org.) As armadilhas da exclusão.






prévia EDPOPRUA.indd 158-159 12/12/2025 10:41:20

Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis. Vozes 2002.

HALMER, Edith June. Pobreza e Política: Os Pobres Urbanos no Brasil – 1870/1920. Edunb: Editora da Universidade de Brasília, 1986.

IANNI, Octavio. Capitalismo, Violência e Terrorismo. Rio de Janeiro: Editora Civiização Brasileira, 2004.

LUKÁCS, Georg. História e Consciência de Classe: Estudos de Dialética Marxista. Lisboa: Escorpião, 1979.

LUXEMBURGO, Rosa in MARX. Karl. O Capital: o processo global da produção capitalista. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, Karl. O Capital. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1984.
_____. O Capital. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002. (Livro I, v. I.).
_____. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Civilização Brasileira, 2001. Livro I. (18ª ed.).
_____. A Origem do Capital – A Acumulação Primitiva. 3ª ed. São Paulo: Global Editora e Distribuidora LTDA, 1979.
Serviço Social em Perspectiva, Montes Claros (MG), volume 6, número 1, jan./jun. 2022. I ISSN 2527-1849

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.







## TEXTO 3

# AS LUTAS DA POPRUA CONTRA A DESIGUALDADE SOCIAL, A CRIMINALIZAÇÃO E POR DIREITOS

***Elaine Teixeira Alves dos Santos***

Assistente Social da Defensoria Pública de São Paulo. Atuou por 9 anos no Consultório na Rua. Mestre em Ensino em Ciência da Saúde pela UNIFESP. Doutoranda em Serviço Social pela UNESP. Membra dos grupos de estudos QUAVISSS e Relações Raciais e Marxismo. Membra do Coletivo Antirracista da Defensoria Pública. Gestão ABEPSS SULII (2022/2024). Vice-coordenadora Núcleo Técnico de Atenção Psicossocial (NTAPS) do Serviço Social da UNESP Franca. Publicou os artigos “População em Situação de Rua na Pandemia: desdobramentos da crise do capital”, “A Cor das Ruas: o racismo e a população em situação de rua no Brasil”, entre outras publicações. Apoiadora do MNPR.

A luta pela democracia no Brasil perpassa pela história dos movimentos sociais. A construção do fenômeno da população em situação de rua (PSR), está atrelada à formação social e histórica do nosso país que, por quase 400 anos, teve na força de trabalho escravizada a base de sua economia. Compreendendo que a PSR é forjada a partir deste processo, é fundamental darmos visibilidade à luta da povo negro pelo direito mais fundamental: a liberdade. A sociedade brasileira, por meio do sistema escravocrata, sequestrou comunidades inteiras de seus territórios, tentou apagar a história, a cultura e a ancestralidade desses povos, desumanizou-lhes e em seguida os abandonou à própria sorte, empurrando-os para as periferias e para as ruas.

Considerando que o projeto eugenista do Estado pós abolição previa a extinção da população negra, a rua pode ser compreendida enquanto a própria materialização da resistência dos povos africanos. Em todos os espaços em que se expressam as manifestações da “questão social” a população, ao vivenciar as desigualdades e injustiças, resiste e se reconstrói em suas lutas. É nessa tensão entre o inconformismo e as resistências que se destaca a centralidade dos movimentos sociais pela participação popular, como podemos observar por meio da inserção e das conquistas dos movimentos da PSR.





prévia EDPOPRUA.indd 160-161 12/12/2025 10:41:20

A sociedade brasileira, enquanto fundamentalmente racista, criou métodos cruéis e desumanos de exclusão e execução do povo preto mas, ao contrário do que nos é contado nos livros didáticos de história, a população negra resistiu a todo o sistema de opressão, e está viva hoje para desmentir a falácia da democracia racial brasileira. Portanto, conhecer a atuação dos movimentos organizados da PSR, suas identidades, lutas e resistências, exige conhecer também a história da formação sócio-histórica do Brasil, pois expressa a real defesa do Estado Democrático de Direito.

O fenômeno de rualização não pode ser tratado a partir de uma perspectiva individualista e culpabilizante, pois se trata de uma construção histórica e de um projeto de extermínio. Porém, todo esse projeto colonialista não podia prever as estratégias de aquilombamento e enfrentamento que o povo negro criaria para resistir, como já nos lembrara Conceição Evaristo, “Combinaram de nos matar, mas a gente combinamos de não morrer!”

A PSR é múltipla, diversa, plural e precisa ser compreendida em toda a sua complexidade. A criação de políticas públicas para a PSR é fruto das tensões e demandas que emergem da realidade experienciada nos territórios. A luta dos movimentos sociais da PSR é, acima de tudo, pelo direito de existir e de serem vistos pela sociedade. São protagonistas de um projeto em disputa no que se refere ao direito às cidades e que compreende serem ouvidos e compor os espaços de decisão.

A PSR apresenta grandes desafios às políticas públicas de habitação, saúde, assistência social, trabalho e emprego, entre outras, mas a questão ainda é tratada como problema de segurança pública, que perpetua ações coercitivas, violentas, de cunho higienista e discriminatória. Desta forma, a organização política dos viventes de rua é também um movimento pela humanização destes corpos, que tem o direito de ter as suas demandas pautadas, e a sua existência visibilizada.

É preciso refletir que quem está à margem, a população marginal, é aquele que dá contorno aos territórios, comunidades e coletivos, que dão a forma e o tom da nossa sociedade. A experiência marginal é a expressão da resistência contra um projeto de apagamento, silenciamento e morte. A rua existe como evidência de que a sociedade baseada no lógica do capital falha cotidianamente mas que, ainda assim, não nos leva a cair no fatalismo que paralisa, pois compreendemos que a rua também evidencia a força da classe trabalhadora, que se expressa em sua multiplicidade, reinventando novas formas de permanecer viva e criando as tensões necessárias às mudanças que almejamos, pois não podemos perder de perspectiva que a luta visa uma nova sociabilidade, cujos sujeitos possam viver uma experiência ontológica sob novos marcos, livres de todas as formas de opressão e exploração.

A história de luta da população em situação de rua, expressa a luta e resistência dos movimentos sociais que a representa e evidencia a defesa pela democracia, que forceja por uma sociabilidade livre de desigualdades. Vivenciamos nos últimos anos, uma grave crise política, que ameaçou as organizações democráticas do país como um todo. É preciso partir da compreensão de que a experiência de democracia no Brasil é recente e, por este mesmo motivo, encontra-se em processo de construção e consolidação. Nos manter atentas e atentos aos movimentos que ameaçam a democracia, é fundamental para a garantia do direito à participação de todas as pessoas de forma livre e consciente nos espaços de decisão e construção coletiva.

Neste sentido, os movimentos sociais que atuam junto às pautas da PSR, têm desempenhado uma função extremamente importante no que diz respeito à garantia do direito à participação popular. As conquistas e avanços que observamos nas políticas públicas para esta população, são fruto de uma articulação que se constrói a partir da narrativa e das vozes das ruas. São estes movimentos que dão visibilidade aos saberes populares que fortalecem o processo democrático, pois garantem a real construção coletiva das políticas públicas.

Ora, se a necessidade de fortalecer e consolidar a nossa democracia, perpassa pela necessária atuação dos movimentos sociais, é fundamental que cada um de nós, sujeitos históricos, façamos o exercício de identificar, estimular e promover os espaços de construção coletiva, compreendendo que a participação popular não pode ser um conceito abstrato, ele precisa estar ancorado e materializado a partir das demandas reais dos territórios, a partir dos saberes invisibilizados por uma epistemologia classista e eurocentrada. Este movimento pressupõe troca, escuta, ação, intervenção coletiva que fortalece a comunidade, o território e a participação popular na construção de um Estado Democrático de Direito forte e colorido de povo.

## REFERÊNCIA

BRASIL. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 20013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html







prévia EDPOPRUA.indd 162-163 12/12/2025 10:41:20

BRASIL. Política Nacional para inclusão da População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf

BRASIL. Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para o População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências: Diário Oficial da União, 24 dez. 2009. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.

DAVID, Emiliano de Camargo. Aquilombamento da Saúde Mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. São Paulo: Hucitec, 2023.

MNPR. Movimento Nacional da População de Rua: conhecer para lutar. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2010.

MOURA, Clovis. O Negro: de bom escravo a mau cidadão? Rio de Janeiro: Tavares e Tristão, 1977.

SANTOS, Elaine Teixeira Alves dos; SARRETA, Fernanda de Oliveira; GUILHERME , Bruno César Oliveira. A cor das ruas: o racismo e a população em situação de rua no Brasil. PerCursos, Florianópolis, v. 24, p. e0304, 2023. DOI: 10.5965/19847246242023e0304. Disponível em: https://revistas.udesc.br/index.php/percursos/article/view/23485

SANTOS, Elaine T. A. ; SARRETA, Fernanda O. População em situação de rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital . SER Social, Brasília, v. 24, n. 51, p. 364–383, 2022. DOI: 10.26512/sersocial.v24i51.42539. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42539

TIENGO, V. M. Rualização e Informalidade: frutos do capitalismo. Appris. Curitiba. 2020







## TEXTO 4

# RACISMO E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA

***Weber Lopes Góes1***

Nos últimos cinco anos, mais ou menos, o tema do racismo tem ganhado bastante repercussão no interior da nossa sociedade, principalmente logo após a morte de George Floyd nos Estados Unidos da América. Este evento suscitou uma gama de protestos no norte da América e no restante do mundo. Aqui no Brasil explodiram mobilizações semelhantes, mas motivados pelas práticas de violências contra a população negra no Brasil. A este respeito, em 2020, destaca-se a trágica morte de Miguel de 5 anos de idade que, quando estava sob os cuidados de Sari Corte Real, primeira-dama de Tamandaré e ex-patroa da mãe da criança, caiu do 9º andar, do prédio de luxo do Centro de Recife.

No mesmo ano, João Alberto, de 40 anos, foi covardemente agredido até a morte por seguranças do hipermercado, na Zona Norte de Porto Alegre. Esse acontecimento ocorreu um dia antes da data que se celebra o 20 de novembro, **Dia da Consciência Negra**, no Brasil, pois o assassinato de Alberto provocou o descontentamento dos movimentos sociais negros e, além domais, foi o elemento disparador de manifestações contra o racismo em Porto Alegre e em diversas cidades brasileiras.

A morte de João Pedro, o assassinato de João Alberto contribuiu para demonstrar que no Brasil o racismo se concretiza de forma particular e que tem como finalidade não somente aprofundar as desigualdades étnico-raciais, mas ainda, explicita o quanto a naturalização e a invisibilidade dos segmentos não-brancos se manifestam de maneira escancarada. Isto é, um menino negro, filho de empregada “doméstica” não é concebido enquanto um ser que possui status de humanidade, isso pode se afirmar quando verificamos a maneira brutal que Alberto foi submetido ao ser espancado pelos seguranças do Carrefour.

Poderíamos elencar outros eventos que explicita o racismo à brasileira, mas como não dispomos de espaços para tal empreitada, é preciso destacar que os acontecimentos acima demonstram que o racismo é uma forma de domi-



prévia EDPOPRUA.indd 164-165 12/12/2025 10:41:20

nação político e ideológica que tem como finalidade garantir as desigualdades étnico-raciais. Ainda, é preciso afirmar que o racismo também é uma forma de expressão do anti-humanismo e que ao desconsiderar um determinado segmento social não pertencente a comunidade humana, logo, tal segmento deve ser considerado de maneira desumana, por meio da segregação espacial, pela violência de Estado, encarceramento e outras práticas que revelam as facetas do racismo. Em resumo, o racismo é um mecanismo de poder e que assegura privilégios de determinadas classes sociais, isto é, das elites políticas que historicamente se validaram do racismo para manter a sua forma hegemônica de dominação.

Considerando os estudos sobre as relações raciais no Brasil, é possível entender como racismo se manifesta no seio da sociedade brasileira, sobretudo, quando se ancora nas amplas contribuições de Clóvis Moura (1994), sendo este um importante intelectual que se debruçou nos estudos sobre a particularidade do racismo à brasileira. Neste caso, é possível afirmar que uma das suas primordiais contribuições foi identificar a natureza da objetivação do modo de produção capitalista no Brasil concatenado com a particularidade do racismo. Em suas analises Moura (1994), compara a expressão do racismo nos EUA e na África do Sul e constata que houve particularidade em relação a esses países e o Brasil. Nos EUA, a prática do racismo verifica-se com a consolidação da Lei Jim Crow, que cria a segregação racial nos bairros norte-americanos, aprofundando as desigualdades étnico-raciais e favorecendo as populações brancas no que diz respeito às oportunidades substanciais naquele país. Em relação à África do Sul, o racismo é confirmado com a efetivação do projeto de lei do apartheid, que resulta na criação dos bantustões – locais de segregação dos negros sul-africanos e racionalização da exploração dos trabalhadores africanos.

Diferente dos referidos países, no Brasil, há uma tradição que omite a existência do racismo, e essa prática de "racismo à brasileira", acompanha o País desde seu nasce douro. Essa assertiva do nosso autor fica patente no momento em que se consolida a Constituição do Império, quando demonstra que Teixeira de Freitas recusou-se a reconhecer a existência da escravidão como fator dinamizador da economia e como ação contrária às liberdades humanas, e a violência às populações subsumidas ao trabalho forçado – por exemplo, os povos originários e africanos. Essa forma de conceber as relações sociais no País demonstra que a objetivação da ideologia do racismo, enquanto arma de dominação de classe, não foi "codificado e institucionalizado, embora tenha atuado dinamicamente durante quase quinhentos anos" (MOURA, 1994, p. 158).







A sofisticação das elites brasileiras nesse aspecto é evidenciada por Moura (1994, p. 158-159) ao argumentar que, no Brasil, "as classes dominantes, suas estruturas de poder e elites deliberantes aplicavam essa estratégia discriminatória, através de uma série de táticas funcionando em diversos níveis e graus da estrutura", configurando a ideologia do branqueamento, fazendo transparecer uma prática autonomizada e, como incremento, propagando-nos como "laboratório piloto da confraternização racial, cujo exemplo deveria ser seguido pelos demais países poliétnicos".

Estão implícitos, no projeto das elites brasileiras, os meios consolidados para explorar e destruir os grupos sociais que compunham a classe trabalhadora no Brasil (os nativos e africanos). No que tange aos povos originários da América, o processo genocida ocorre de duas maneiras: com a destruição violenta dessas populações, prática que contabilizou mais de um milhão de extermínio e com a cristianização/catequização e outras práticas de aniquilamento deliberado dos grupos indevidamente concebidos como indígenas, travestidas pela instituição católica como evangelização, seguidas da destruição de suas religiões e cerceamento àqueles que não aceitavam submeter-se à religião do dominador.

Clóvis Moura (1994, p. 159) afirma que, após invadirem as terras americanas, os europeus colonizadores destruíram os grupos nativos e consolidou-se o Estatuto do Índio, documento em que os direitos foram propostos por brancos, desconsiderando a capa cidade de elaboração e organização dos nativos, impedindo-os de atuar decisivamente nas dinâmicas da cultura e social do Brasil, embora mantivessem a sua resistência e identidade, mesmo enfrentando o controle e a apropriação das elites brasileiras. Por essa razão, não é possível, no Brasil, dissociar raça e classe como expressão das contradições de classes, da divisão social, racial e hierárquica do trabalho. A omissão da existência das diferenças étnico-raciais no Brasil, a sua particularidade, faz com que a efetivação do racismo à brasileira seja "ambígu[a], melos[a], pegajos[a] mas altamente eficiente nos seus objetivos" (MOURA, 1994, p. 160).

## As raízes da criminalização e do racismo as populações em situação de rua

A origem histórica da população de rua no Brasil está vinculada aos diversos fatores que se desenvolveram ao longo do tempo, sobretudo, após a abolição da escravatura em 1888, muitos ex-escravizados foram impedidos de acessar, como por exemplo, moradia, que redundou num processo de marginali-



prévia EDPOPRUA.indd 166-167 12/12/2025 10:41:20

zação. No século XX, a rápida urbanização e industrialização atraíram muitos migrantes do campo para as cidades, mas a falta de infraestrutura adequada resultou em moradias precárias e no aumento da população de rua. Nas décadas de 1960 e 1970, durante a ditadura militar, políticas de remoção forçada de comunidades pobres em nome da "modernização" urbana deixaram muitas pessoas sem alternativas habitacionais. As crises econômicas das décadas de 1980 e 1990, com alta inflação e desemprego, agravaram a situação, levando mais pessoas a perderem suas casas. A falta de políticas públicas eficazes e uma rede de proteção social insuficiente perpetuaram a exclusão, contribuindo para o crescimento da população de rua até os dias atuais.

Entretanto, as atrocidades apontadas acima, não se tratam de práticas perpetradas pelo Estado em nossa atualidade, mas deitam raízes na própria formação social brasileira. Ou seja, é a partir dos estudos de Moura, na luta entre escravizados e senhores, em especial, no contexto do escravismo que se pode entender como se deram as diversas formas de criminalizações das classes subalternas por aqui, neste caso, as populações de rua. De um lado, devido às diversas organizações, rebeliões, saques e guerrilhas protagonizadas pelos africanos escravizados e, de outro lado, a natureza da burguesia brasileira, pelo fato de se ter constituído de forma subordinada, há uma necessidade de superexploração das classes subalternas para assegurar a sua taxa de mais-valor e a do capital externo, logo, a violência e formas de punição e criminalização dos grupos sociais isentos de riqueza social está na qualidade apontada acima.

Ao examinar as relações entre negros e brancos na sociedade colonial, Moura pôde apreender os mecanismos da classe dos senhores para imobilizar os africanos escravizados, frear suas insurreições, especialmente a partir das Ordenações do Reino (O Código Filipino de 1607 que fora estendido ao Brasil através da Assembleia Constituinte de 1823) visando impedir os africanos escravizados de qualquer contemplação de espaços que pudessem assegurar as condições materiais para obterem "sucesso" na sociedade escravista.

Soma-se a isto a influência dos "códigos criminais" europeus importados para o Brasil, pois aqueles que elaboraram o Código Criminal no período do Império foram estudantes que estiveram na Europa e trouxeram para o país as ideias de pensadores europeus, por exemplo. Não é por acaso que a legislação posterior à independência de 1822, preconiza preceitos que tinham como finalidade a garantia de direitos individuais, liberdade de manifestação do pensamento, bem como a liberdade religiosa e inviolabilidade de domicílio etc. Todavia, é nessa mesma constituição que se mantém uma legislação penal para manter "toda a preocupação de disciplina e controle antirrebelião sobre os escravos, em atenção às necessidades dos proprietários rurais" (CAVALCANTI, 2017, p. 26).

Neste caso, o Código Criminal do Império já preconizava, em especial, no artigo 402 parágrafo único do Código Penal, a prática da capoeira, "andar em correrias", portando armas ou instrumentos considerados capazes de produzir lesão corporal, tumulto ou desordem, em última instância, provocar qualquer mal, estaria "enquadrado no referido código enquanto 'crime'" (FAUSTO 1984).

Após a abolição de escravatura, em 13 de maio de 1888, é aprovado o novo Código Penal, perspectivando consolidar um regime penitenciário que expressasse os anseios da Primeira República, com leis de natureza benigna, abolindo a prisão perpétua, desterro e degredo; o novo Código de 1890 estipulava a criação de subgrupos de infrações tais como prostituição, o jogo, comércio ambulante sem licença e a vadiagem, "considerados por muitos como prejudiciais à sociedade, mas cujas definições, sempre vagas, conferiam um poder extraordinário para aqueles encarregados de fazer valer a lei no cotidiano" (CHAZKEL, 2009, p. 07).

Tais mecanismos tiveram como preocupação primordial conceber as contradições sociais enquanto "caso" de polícia e como se pode observar, no pós-abolição houve uma investida no que diz respeito a criminalização aqueles que não estavam inseridos no processo produtivo, em especial as populações negras, que por sua vez, muitos deles se encontravam em situação de rua.

Os contornos referentes às determinações que viabilizam a criminalização das populações em situação de rua nos autorizam afirmar que tal intento tem íntima ligação com a própria forma de constituição do capitalismo no Brasil e como o racismo se manifesta no seio da nossa sociedade. Ou seja, as práticas punitivistas refletem os anseios das classes dominantes cujo fito é manter seus privilégios, o seu caráter violento e racista a fim de enfrentar as contradições de classes. Aqueles que não somente atrapalham a produção e reprodução do capital, mas a ordem pública - delinquentes, ociosos, prostitutas, vadios etc. –são vistos enquanto assunto de polícia, logo, do ponto de vista do capital, deve ser excluídos da humanidade, por meio da punição e criminalização.

Portanto, entender a situação pelas quais se encontram as populações em situação de rua não podem apenas ser concebidas pelo prismas das leis e





prévia EDPOPRUA.indd 168-169 12/12/2025 10:41:20

códigos criados para estancar e obstaculizar o êxito do segmento em questão, mas se faz necessário identificar o racismo enquanto um dos principais elementos que permitem que uma gama de pessoas sobrevivam em uma condição deplorável, isto é, as causas das criminalizações, o punitivismo e o racismo são mecanismos de dominação e que assegura a permanência das populações em situação de rua que, longe de ser um acontecimento natural, tem a ver com uma política eficiente de Estado que perduram em nosso atual contexto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cavalcanti, G. R. Direito, punição e industrialização no capitalismo de via colonial. Monografia apresentada à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017.
Fausto, Boris. Crime e cotidiano: A criminalidade em São Paulo (1880-1924). São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.
Moura, C. Dialética radical do Brasil negro. São Paulo: Editora Anita Ltda. 1994.
_____. Brasil: As raízes do protesto negro. São Paulo: Global Editora, 1983.







TEXTO 1

# ENTRE OS MUNDOS QUE NASCI, QUE VIDA ESCOLHEREI? A CULTURA NA PERSPECTIVA DECOLONIAL

***Larissa Gonçalves Medeiros***
***Vera Lúcia de Azevedo Dantas***
***Itana Suzart Scher***

Somos feitos de muitas culturas, sofremos influências de muitos povos. Mas é preciso observar que algumas culturas se sobressaíram e outras foram propositalmente apagadas e silenciadas.

Milhares de habitantes viviam no Brasil antes da chegada dos colonizadores, homens brancos europeus que aqui vieram com a intenção de explorar, povoar, conquistar e dominar a partir de seus valores, crenças, hábitos e ideias de civilização, partindo do pressuposto de serem a única forma de vida civilizada e de progresso conhecida.

Para os habitantes que aqui residiam, que pertenciam a povos diversos, cada qual com suas crenças, valores e modos de viver, no entanto, foi violentamente imposta a visão homogeneizadora e racista dos colonizadores, que convencionaram rotulá-los todos de “índios”, de uma maneira única e com conotação inferior. Essas afirmações dialogam com Frantz Fanon, intelectual negro, psiquiatra e revolucionário martiniquense, que ao analisar racismo e cultura, pontuou que: Este racismo que se pretende racional, individual, determinado, genotípico e fenotípico, transforma-se em racismo cultural. O objeto do racismo já não é o homem particular, mas uma certa forma de existir (Fanon, 2018, p. 79).

Numa mistura de imposição à força, com o uso da pólvora, e imposição dissimulada em forma de “ajuda amiga”, como alerta Paulo Freire em Pedagogia do oprimido (Freire, 2005), o processo civilizatório e colonialista constituiu no Brasil uma forma de viver hegemônica, legitimada como a “mais certa”, “mais relacionada com o crescimento, o progresso e a saúde” das populações, deixando de lado a sabedoria e a experiência dos povos originários que já viviam nesse território, e também a bagagem cultural dos povos africanos escravizados,



prévia EDPOPRUA.indd 170-171 12/12/2025 10:41:20

trazidos pelos europeus nos navios negreiros.

Podemos dizer então que colonizaram nossa maneira de ver o mundo e viver nele, de interagir com todos os seres, humanos e não humanos, visíveis e invisíveis. Essa colonização não se deu só aqui no Brasil e ainda segue acontecendo, mesmo depois de séculos. Ainda vivemos processos de perpetuação da visão colonial, operados por nações imperialistas que agora não chegam mais de navio, e sim nas ondas da internet, em barcos que velejam no info-mar, como nos diz o grande músico brasileiro e ex-ministro da cultura, Gilberto Gil, na canção Pela internet.1

Um dos meios mais eficazes de dominação cultural foi a supressão ou substituição das línguas nativas dos povos originários, por meio de políticas educacionais e religiosas empreendidas pelos jesuítas que chegaram ao "Novo Mundo" para expandir o cristianismo e converter os nativos.

A colonização da linguagem ocorre até hoje no Brasil, com a adoção de termos estrangeiros, com destaque para o uso excessivo de palavras em inglês que são empregadas para nomear objetos, práticas, estabelecimentos e até pessoas. Isso pode levar à perda da diversidade linguística e cultural, bem como à marginalização ou extinção das línguas minoritárias. E quando uma língua é apagada também se perdem narrativas, mitos, tradições e formas únicas de ver o mundo.

Segundo Thaline Karajá: "Hoje nós temos 275 línguas vivas faladas no Brasil, de vários troncos linguísticos, como [o] tronco Jê, o Macro-Jê, o Tupi, o Tupi-Guarani, entre outros" (Moribe, 2024, 2min:50s). Essa fala se deu em março de 2024 durante a abertura da exposição realizada pela Unesco em Paris, Nhe'? Porã: memória e transformação, que retratou a realidade de apagamento cultural e dominação por meio da linguagem e que foi considerada um marco da resistência dos povos e culturas indígenas no Brasil.

Ao tratar da invasão cultural, assim Freire (2005) sintetiza a relação entre os invasores e os povos do local invadido – os primeiros reduziram os segundos a objetos. Em contraponto, afirma que valorizar a multiculturalidade é fundamental, pois representa uma maneira de traduzir a resistência à invasão cultural imposta, promovendo diálogos entre as culturas, sem que uma apague a outra.

Por isso também podemos identificar que exposições como essa, sobre a diversidade linguística que o Brasil apresenta, são formas de resistência. Línguas que foram declaradas extintas ou invisibilizadas ainda no século 18 seguem existindo. Assim acontece com as manifestações culturais, os modos de ser e viver, os ecossistemas, as diversidades ecológicas e culturais das gentes, com as suas estratégias medicinais populares de cura, comunicação popular, economia, alimentação, e com seus vastos saberes e poder criativo.
É comum que a ideia de cultura seja relacionada a um conjunto de práticas, expressões e manifestações que a sociedade supervaloriza em detrimento de outras, o que gera o estabelecimento de padrões culturais.

A esse respeito, Fanon afirma que muitos negros, ao serem expostos a práticas racistas de discriminação e violência sistemática, criam um sentimento de inferioridade e uma postura de sujeição. Assim, acabam adotando uma "máscara branca", isto é, assumindo padrões culturais, linguísticos e comportamentais associados à cultura dominante, na busca de aceitação e reconhecimento. Isso faz da civilização europeia a responsável pelo racismo colonial que não se difere de outros racismos, segundo o autor. Ele destaca a importância da valorização da identidade cultural e da luta pela autodeterminação como meio de resistir à opressão colonial (Fanon, 2020).

Na perspectiva de Paulo Freire, a valorização dos saberes populares e o reconhecimento da riqueza e da diversidade de conhecimentos, realidades e culturas presentes na sociedade são essenciais para uma educação libertadora, que promova o pensamento crítico e contribua para nos tornarmos conscientes de nossa condição de opressão, a fim de que possamos questionar as estruturas de poder existentes e nos tornemos agentes de transformação social. Para ele, a linguagem tem um papel fundamental na educação como uma ferramenta de libertação, na medida em que ela é uma forma de expressão e ação no mundo. Ao desenvolver uma linguagem crítica e emancipatória, os oprimidos podem nomear sua realidade e se engajar em ações transformadoras (Freire, 2005).

A obra de Paulo Freire, que revolucionou a pedagogia com sua proposta crítica e libertadora, não se situa no conjunto heterogêneo de contribuições teóricas e investigativas sobre a colonialidade que revisitam e problematizam, a partir do final da década de 1990, a estrutura de dominação ou o padrão de poder que permanece enraizado em nossa sociedade, mesmo após o fim do período histórico colonial.







prévia EDPOPRUA.indd 172-173 12/12/2025 10:41:21

Freire, que viveu até 1997 e teve como última obra publicada em vida o livro Pedagogia da autonomia, de 1996, se ocupou dos interesses humanos, da crítica às transgressões éticas geradoras de relações de opressão entre grupos e classes sociais, e de pensar uma educação emancipadora sem colocar em debate a dominação racista que configurou o continente Europeu como referência mundial de Estado Moderno, civilização e desenvolvimento.

Ao discutir a formação docente na perspectiva de uma prática educativo- progressista em favor da autonomia do ser dos educandos, Paulo Freire afirma que ensinar exige risco e aceitação do novo, e que faz parte do pensar certo a rejeição a qualquer forma de discriminação operada pela prática preconceituosa em relação à raça, classe e gênero:

A mim me dá pena e não raiva, quando vejo a arrogância com que a branquitude de sociedades em que se faz isso, em que se queimam igrejas de negros, se apresenta ao mundo como pedagoga da democracia. Pensar e fazer errado, pelo visto, não tem mesmo nada que ver com a humildade que o pensar certo exige. Não têm nada que ver com o bom senso que regula nossos exageros e evita as nossas caminhadas até o ridículo e a insensatez (Freire, 2016, p. 37).

Na perspectiva dos estudos críticos à colonialidade, que buscam romper com a persistência da lógica colonial de apagamento cultural como forma de enfrentamento dos desafios relacionados à desigualdade e à violência, o fortalecimento da memória e das tradições culturais dos povos originários é fundamental para o processo de emancipação.

Isso envolve a recuperação de narrativas históricas marginalizadas, a salvaguarda de tradições culturais, o reconhecimento da dignidade, da autonomia e dos direitos das comunidades tradicionais. Sob tal perspectiva, é importante problematizar que a dominação pós-invasão dos homens brancos europeus com seus padrões culturais trouxe consigo a separação entre “natureza” e “cultura”, “humanos” e “não-humanos”, fronteiras que não eram estabelecidas pelos povos originários.

Essa separação serviu para produzir hierarquias nas quais todas as atividades consideradas próprias do âmbito da “cultura”, da “sociedade”, da “civilização” são destacadas e compreendidas como desenvolvimento/ progresso/modernidade diante de tudo o que se considere “natural”, “primitivo” e “selvagem”.

Os povos originários com suas culturas ancestrais, constituídas por formas de vida integradas, ou como nos diz Ailton Krenak (2019), “agarradas com a terra”, não produzem a separação/hierarquização entre natureza e cultura como as sociedades modernas. Esses povos vivem em conexão com as águas, as florestas, as montanhas, os campos, e todos os outros seres materiais e imateriais que habitam esse grande organismo vivo.

A hierarquização entre natureza e cultura e o distanciamento que ela cria entre a humanidade e a Terra faz com que os seres humanos acreditem que podem consumir o planeta para o seu bem-estar, gerando uma relação de exploração dos elementos naturais vistos como recursos, bens, mercadorias e não como seres diversos, com força de conexão, e tão filhos da mãe Terra como qualquer outro ser.

Separar o aspecto material e o espiritual da vida é uma perspectiva típica do pensamento ocidental (ou colonizador) – pensamento que está na base dessa forma de vida que vem se espraiando por todo o globo, tentando homogeneizar os povos e suas maneiras de viver e pensar. Essa homogeneização se dá no campo simbólico (idiomas, cosmovisões, vestimentas, hábitos, valores, relações), biológico (espécies, modo de reproduzi-las e de interagir com a Terra) e político (por meio da imposição de fronteiras, de um Estado, de um modo de governo e suas leis). Tudo em nome de uma ideia de progresso que valoriza o ter em detrimento do ser e o consumo em vez da conexão.

Na lógica capitalista que expropria e corrompe a força vital de todos os elementos que compõem a biosfera, explorando e degradando a natureza e produzindo desigualdades, como nos aponta Suely Rolnik em seu livro Esferas da Insurreição (2018), é comum que elementos culturais sejam apropriados por forças dominantes e transformados em bens e em produtos para o consumo, de modo desrespeitoso ao contexto e às tradições culturais nos quais eles se originaram.

A cultura pode ser uma arma letal de autodestruição ou um desarme, uma praça de encontro e reflexão, de entendimento humano; um rio que acolhe, sacia a sede, irriga a terra, coopera e cuida dos ecossistemas, e que alimenta uma comunidade, uma região. Por isso, não só é preciso conhecer as culturas locais, mas nos inserirmos nelas sem desprezar os fatores que as influenciam na saúde, na educação, na vida das gentes, dos territórios, dos mundos.







prévia EDPOPRUA.indd 174-175 12/12/2025 10:41:21

Entre os mundos em que nasci
E aqueles que criei
Tanto eles me fizeram
Como também eu os fiz
Trituro o que me impuseram
E faço a vida que escolhi
(Ray Lima).2

Cabe sempre lembrar que, pelo nosso devir histórico, carregamos, em nós, muitas culturas. Apesar da invasão, do massacre, da homogeneização em nome do progresso, e das novas formas de colonização que se engendram, somos um contínuo de histórias antigas de povos ancestrais.

Krenak defende que: “Se as pessoas não tiverem vínculos profundos com sua memória ancestral, com as referências que dão sustentação a uma identidade, vão ficar loucas neste mundo maluco que compartilhamos” (Krenak, 2019, p. 14).
A cultura do Bem Viver, originada nas tradições indígenas e ancestrais das Américas, representa uma visão alternativa ao paradigma dominante de desenvolvimento ocidental e uma grande força decolonial, na medida em que se pauta na lógica do vínculo, da conexão, da fraternidade, da amorosidade e solidariedade entre essa constelação de seres e formas de existência que compartilham a Terra conosco, respeitando e sustentando as diferenças, em vez de querer apagá-las.

Libertar-se das opressões e da posição subalterna que estabelecemos historicamente em relação à cultura dos colonizadores requer uma educação que se ocupe da formação humana para habitar a Terra como esse organismo vivo, e não uma formação de profissionais e/ou técnicos que visam atender as demandas do mercado, do consumo, das grandes corporações, a partir de relações de exploração. Nesse sentido, a Educação Popular com sua prática pedagógica que põe em diálogo uma diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a problematização e reflexão crítica, a construção coletiva amorosa e solidária de conhecimentos nos ajuda a esperançar, ou seja, a lutar para a transformação do mundo em que vivemos. Poesia inédita feita especialmente para este livro (2024).

**REFERÊNCIAS:**

FANON, Frantz. Pele negra, máscaras brancas. São Paulo: Ubu, 2020.





FANON, Frantz. Racismo e cultura. Revista Convergência Crítica, Dossiê: Questãoambiental na atualidade, n. 13, p. 78-90, 2018. Disponível em: https://periodicos.uff.br/convergenciacritica/article/view/38512/22083. Acesso em: 4 jun. 2024.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIL, Gilberto; ALLEN, Harley. Pela internet. [S. l.: s. n.], 1997. 1 música (4min:5s), álbum Quanta (1h:30min), Mesa; Bluemoon Recordings.

KRENAK, Ailton. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MORIBE, Patrícia. Unesco exibe em Paris mostra com imersão nas famílias linguísticas dos povos originários do Brasil. [Site] RFI. Publicado em: 15 mar. 2024. Disponível em: https://www.rfi.fr/br/podcasts/rendez-vous-cultural/20240315-unesco-exibe-em-paris-mostra-com-imers%C3%A3o-nas-fam%-C3%ADlias-lingu%C3%ADsticas-dos-povos-origin%C3%A1rios-do--brasil. Acesso em: 4 jun. 2024.

ROLNIK, Suely. Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2018.





TRILHA DA CULTURA

prévia EDPOPRUA.indd 176-177 12/12/2025 10:41:21

## TEXTO 2

# CULTURA E RACISMO: O QUE AS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA TEM A VER COM ISSO?

***Weber Lopes Góes*[1]**

Como ponto de partida é preciso advertir o leitor que o nosso objetivo não é discutir de maneira aprofundada o significado de cultura, pois exigiria de nós um espaço que o presente texto não dispõe. Ainda, se faz necessário sublinhar que o tema da cultura tem o seu espaço de discussão, por sinal bastante ricas, principalmente no âmbito das Ciências Sociais. Sendo assim, o nosso propósito neste breve texto é apenas apresentar qual o significado de cultura e ao mesmo tempo demonstrar a sua relação com as manifestações do racismo. Para esta empreitada procuramos nos ancorar no importante pensador da Martinica, Frantz Fanon (19251961), que em uma intervenção no 1º Congresso dos Escritores e Artistas Negros, em Paris, em setembro de 1956. Na mesma direção, procurar-se-á se ancorar em Clóvis Moura (1925-2003) e em Almicar Cabral (1924-1973), para pensar formas e meios de como a cultura pode também combater a cultura do racismo.

Conforme indica o estudo de Childe (1978), o ser humano praticamente é o mesmo desde o seu aparecimento na terra. Quando se analisa a sua estrutura corporal se verifica que ele é inferior a maioria dos animais. Sabe-se o homem nunca teve couro peludo em comparação ao urso polar, mas pôde resistir ao ambiente frio; seu corpo não é propício para fugir, mas consolidou formas e meios para se defender e caçar. Ainda, em comparação com o avestruz, a sua velocidade é infinitamente menor do que este anima. Não possui asa e tampouco a estrutura de uma tartaruga, além de a sua visão possuir a capacidade de alcançar uma visão semelhante a de um gavião; por fim, a falta de dentes e unhas inferiores também nos autoriza afirmar a sua fragilidade em comparação com um tigre.

Entretanto, são as suas criações, a partir das condições concretas e materiais que propiciaram que os seres humanos construíssem uma quantidade de alternativas para que eles pudessem se adaptar ao meio e garantir a sua sobrevivência no planeta terra. A evolução da humanidade não se no âmbito da sua estrutura óssea, mas sobretudo, por meio das suas invenções a partir







do controle do fogo e pela sua habilidade de fazer roupas, casas para viver. A criação de trens, carros, aviões, armas e tantas outras criações humanas são o que nos permitem intensificar a nossa velocidade, enxergar mais distantes do gavião, graças ao invento do telescópio além de criar armas para abater o tigre ou quem ousar atacar. Poderíamos elencar outras criações que são fundamentais para garantir a reprodução da humanidade, porém, as criações apontadas acima, já nos autoriza afirmar que os seres humanos são os únicos capazes de construir respostas aos seus problemas materiais.

Tais inventos não foram herdados pelo viés biológicos, mas sobretudo, se mantém por meio do conhecimento herdado socialmente, a partir da fala e da crita, acumulado e transmitidos por gerações e não por meio consanguíneo. Assim, podemos afirmar que as criações humanas, insistimos, ferramentas, casas e etc., é o que podemos denominar de cultura. Assim, a cultura supõe "consciência grupal operosa e operante que desentranha da vida presente os planos para o futuro" (BOSI, 1995, p. 16). E mais, a cultura é uma força produtiva, que se materializa enquanto um "produto de uma atividade anterior", pois ela é o "resultado da energia prática dos homens, mas esta própria energia está determinada pelas condições em que se encontram os homens, pelas forças produtivas já adquiridas, pela forma social pré-existente, que eles não criaram e que é produto de gerações anteriores" (MARX, 1977, p. 15).

A cultura está imbricada com a história da humanidade, a partir das suas criações e seus nexos sociais que nos permitem entender o desenvolvimento individual, fruto das condições materiais. A cada patamar da humanidade se pode identificar, a partir das condições materiais, como os seres humanos produzem a sua vida material e espiritual – em outras palavras culturais. Assim, a cultura é o "reconhecimento da separação prática de certas atividades morais e intelectuais do ímpeto condizente a um novo tipo de sociedade" (EAGLETON, 2005,p. 50).

A cultura, de acordo com as palavras arroladas acima, não pode ser concebida enquanto algo "maniqueísta", isto é, que seria algo "bom" ou "ruim", mas sim uma forma de expressão da humanidade seja no âmbito moral o material. Ela expressa também a própria realidade social, as relações humanas, inclusive as diversas ideologias que perpassam a nossa sociedade.

Em uma sociedade de classes, desigual e baseada na propriedade privada, cujas relações sociais são mediadas pela exploração do trabalho em que os seres humanos são mediados pela mercadoria, logo, para que esta forma de



prévia EDPOPRUA.indd 178-179 12/12/2025 10:41:21

sociedade se mantenha divida se faz necessário ideias, isto é, ideologias que ratificam a naturalizam tais contradições. São as ideias referentes as condições desiguais que passam a ser replicas no seio da sociedade, inclusive pelo prisma da cultura.

Neste caso, se concordarmos com as assertivas de Frantz Fanon, podemos afirmar que o racismo também é uma forma de expressão cultural. Em 1956, o pensador martinicano apresentou uma comunicação intitulada “Racismo e Cultura”, no I Primeiro Congresso de Escritores e Artistas Negros. Foi neste evento que o nosso pensador ao discutir o tema do racismo, para ele o racismo nada mais seria do que um a forma de dominação política e econômica, ou seja, o racismo não seria um “choque” entre as civilizações, e tampouco uma “luta de raças”. O racismo seria um mecanismo utilizado para estabelecer a hegemonia de uma classe sobre a outra e que tinha como finalidade desconsiderar os segmentos subjugados enquanto não pertencentes a humanidade, principalmente destroçando-o a sua cultura e história.

Na perspectiva fanoniana, o racismo se expressa pelo prisma cultura para que seja validado. Entretanto, se o racismo é uma relação social, portanto, cultural, existem culturas sem racismo, isto quer dizer que não somente existem povos racistas e não racistas, mas a possibilidade de construir uma sociedade ausente da cultura do racismo estaria na ação daqueles comprometidos com uma outra sociedade. Assim, Fanon afirmava que a cultura não é um elemento arbitrário ou autônomo em relação às ações dos seres humanos, que neste caso, acreditava na importância da resistência cultural, principalmente dos povos colonizados que tinham como fito exaltar a sua cultura, a história acumulada pelos grupos sociais dominados pela burguesia monopolista. Todavia, “Essa exaltação do que foi negado, quando estabelecida de forma unilateral – tal como feito anteriormente no ato da sua negação – guarda em si uma perigosa amarilha” (FAUSTINO, 2018, p. 89). Neste quadro, a resistência cultural só tem sentido quando é tomada como possibilidade de transformação, isto é, a busca de um “projeto maior” (FAUSTINO, 2018, p.90).

Na mesma direção, se pode afirmar, o combate a cultura do racismo só pode se efetivar por meio de uma cultura nova, isto é, a partir de uma outra sociabilização, ou seja, “criar uma cultura nova, baseada nas nossas tradições também, mas respeitando tudo quanto do mundo tem hoje e conquista para servir o homem” (CABRAL, 1975, p. 74).





Considerando os aspectos apresentados sobre o significado de cultura enquanto um construto humano e qual a sua relação com a ideologia do racismo, é preciso apontar como a cultura da estereotipação também se revela no interior da nossa sociedade principalmente quando se diz respeito as populações em situação de rua.

Sabemos que o estereótipo referente as populações em situação de rua têm raiz no pós-abolição da escravatura, principalmente quando se começou a discutir qual seria o povo que expressaria os parâmetros das elites políticas brasileiras. Ou seja, a partir da Primeira República as classes dominantes atribuíam o principal obstáculo para o avanço do país estaria na construção do “povo” brasileira. Na mesma direção, havia a crença de que a condição de pobreza e de desigualdade nas quais se encontravam a população negra seria de sua própria responsabilidade. Assim, o negro não era capaz de se adequar ao “novo” patamar que o Brasil se encontrava e, neste caso, não restava outro remédio a não ser forjar políticas para obstaculizar a sua sobrevivência e, ao mesmo tempo, se construiu o estereótipo do negro “criminoso”, “delinquente”, “vagabundo” e outros atributos que reforçavam a crença de que os descendentes de africanos escravizados eram “inferiores”.

Somando o julgamento pelo âmbito moral, segundo os ditames das elites brasileiras, o país só poderia se modernizar caso houvessem políticas que garantissem a consolidação de um povo, logo, se iniciou uma gama de políticas que tiveram de responder os anseios das classes dominantes para modernizar o país. Desta maneira se consolidaram mecanismos de barragem, tais como a criminalização, o encarceramento seletivo e racial, a miscigenação enquanto um caminho para branquear o Brasil.

Tais atributos, como se pode observar ainda se mantém, pois se observar os meios de comunicação sensacionalistas, além das políticas de Estado contra as populações concebidas de maneira discriminatória e preconceituosa como cracolândias, ainda perduram tais atributos. Dito de outra maneira, essas populações para além de atrapalhar aqueles que circulam nos espaços comerciais e culturais, este segmento desperta o sentimento da falta de insegurança e são culpados pela violência e criminalidade. Essa cultura da discriminação e do racismo só pode ser combatidas, se for difundida uma outra cultura, que nada mais seria a cultura da resistência, de combate ao racismo e todas as formas de estranhamento que perduram no interior da nossa sociedade. Neste caso, as populações em situação de rua para além de serem reconhecidos enquanto um segmento que historicamente foi ceifado pelo



prévia EDPOPRUA.indd 180-181 12/12/2025 10:41:21

Estado, devem ser, também alvos de reconhecimento de serem concebidos enquanto seres humanos plenamente. Tarefa esta que só poderá ser empreitada por aqueles que acreditam em uma nova cultura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOSI, A. Dialética da colonização. São Paulo. Companhia das Letras, 1992.

CABRAL, A. Análise de alguns tipos de resistência. Seara Nova, Lisboa, 1975.

CHILD, G. A evolução cultural do homem. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1978. EAGLETON, T. A ideia de cultura. Editora UNESP, 2005.

FANON, F. Racismo e Cultura. Disponível em: https://terrasemamos.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/04/frantz-fanon-racismo-e-cultura.pdf . Acesso em 30 de mar. de 2025. FAUSTINO, D. Frantz Fanon: um revolucionário particularmente negro. São Paulo: Círculo Contínuo Editorial, 2018

Marx. Karl. Carta a Pável V. Annenkov. In: Cartas Filosóficas e outros escritos. São Paulo. Editorial, Gribaldo, 1977. Moura, C. Brasil: As raízes do protesto negro. São Paulo: Global Editora, 1983.





TEXTO 3

# A ESPIRITUALIDADE E OUTRAS DIMENSÕES INVISÍVEIS: ALÉM DO ÓBVIO NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

prévia EDPOPRUA.indd 182-183 12/12/2025 10:41:21

## TEXTO DE APOIO

# FEIRA DO SOMA SEMPRE: ENSINANDO E APRENDENDO

Para esse encontro, deixamos a sugestão da realização de uma Feira do Soma Sempre, como metodologia para aprofundar a apresentação da cartografia do território. A ideia é partir dos achados sobre cultura e saúde que vão compor os produtos da feira, para que sejam feitas exposições nas “barracas”, tendo como inspiração as feiras livres. Os membros de cada barraca se alternam entre feirantes e visitantes, promovendo a troca sobre o que foi encontrado com a cartografia. Dantas afirma que:

> Nesse percurso, os sujeitos levantam questões problematizadoras com base no que escutaram/vivenciaram. As barracas buscam acolher os questionamentos para, ao final, incluí-los ou não, como aprendi- zados ou possibilidades de mudanças no seu padrão de organização e relações. Ao final, cada barraca apresenta uma síntese do que havia pensado originalmente e os aprendizados/mudanças a partir da interação com as demais (Dantas, 2019, p. 82).

Ao final da partilha, sugerimos que seja feita a reflexão em pequenos grupos sobre o que foi averiguado com a experiência da Feira, buscando relacionar com o trabalho em saúde, no sentido da Educação Popular em Saúde – em que todos podemos ensinar e aprender, a partir das nossas trocas com o outro e com o mundo. Sugerimos ainda que os mapas-diários sejam trabalhados, com a inserção de novos elementos a partir da carto- grafia e do apurado da Feira do Soma Sempre.

### Feira do Soma Sempre

Alguns princípios
• Saber que na vida ninguém prospera sozinho (solidariedade);
• Ter disposição à transformação e ao aprofundamento de
nossa humanidade;
• Produzir em relação por meio da força criativa do mundo.

### 1 - Organizando a Feira

A) Produção de barracas, por território, a partir de suas cartografias. Pode-se usar mesas, cadeiras, cestas, tecidos, cartolinas. Usem sua criatividade e potências locais!

B) Definição do número de rodadas e da duração de cada uma delas. As rodadas definem-se a partir da quantidade de grupos. Por exemplo, se estiverem presentes 6 grupos acontecerão 6 rodadas. Cada rodada pode durar entre 5 a 7 minutos;

C) Definição sobre a sequência da alternância entre quem visita e quem apresenta. A sequência deve ser combinada internamente no grupo dos integrantes das barracas. Desta forma, todas as barracas poderão ser visitadas por alguém de seu grupo e todos os integrantes terão a oportunidade de apresentar sua barraca;

D) Sugestão de criação de um roteiro para a apresentação da barraca.

### 2 - A Feira em ação

A) De olho no tempo: para a sequência de rodadas da feira, pode-se definir um “guardião do tempo” e um instrumento para sinalizar o início e o término das “rodadas”, como berimbau, tambor, agogô, pandeiro ou um sino. Vocês sabem que, em feira, geralmente a gente perde a hora!

B) De olho no registro: visitantes devem registrar o que lhes chame a atenção. Lembrem-se, nossa feira é de saberes!

### 3 - Colheita interna

A) Com base no que vivenciaram, os grupos reúnem-se internamente para partilhar o que aprenderam com as outras barracas. Orientamos a problematizarem questões acerca de suas configurações de organização/participação e o que seria importante incluírem ou não em sua atuação nos territórios.

B) Com base na partilha realizada, constrói-se uma síntese do que havia sido pensado inicialmente e das aprendizagens que tiveram nessa interação.

### 4 - Colheita coletiva

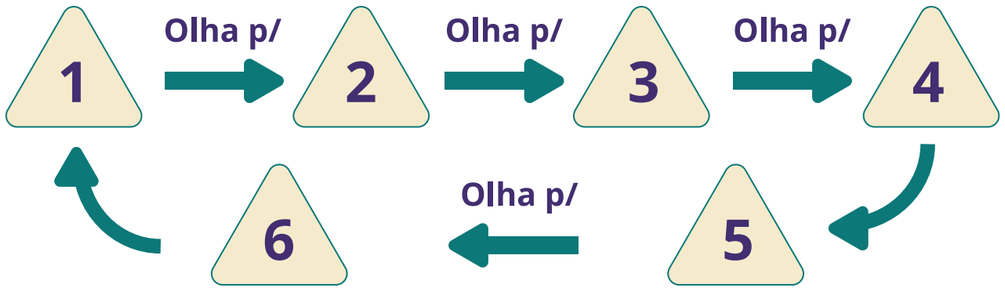
a) Ao final da Colheita Interna, no grupão, cada barraca socializa os aprendizados sobre UMA das barracas visitadas. Essa barraca, por sua vez, indicará aprendizados sobre OUTRA e assim sucessivamente, de modo que todas apontem aprendizados e que sejam apontados aprendizados obtidos a partir de todas as barracas. Segue figura a seguir:







prévia EDPOPRUA.indd 184-185 12/12/2025 10:41:21




B) Ao final da socialização do aprendizado sobre cada barraca, outras barracas podem acrescentar algo que não tenha sido dito sobre alguma delas (Dantas; Silva; Castro Júnior, 2020; Lima, 2009).









TEXTO 1

# SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REFLEXÕES A PARTIR DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

***Joaquim Gabriel de Andrade Couto***
***Deidvid de Abreub***
***Carlos Botazzo***
***Marco Aurelio da Ros***
***Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello***
***Daniela Lemos Carcereri***

## RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar reflexões sobre a saúde da população em situação de rua, utilizando o conceito da determinação social do processo saúde-doença como método de análise. O artigo está estruturado em formato ensaístico, sendo organizado em duas seções: a primeira, que apresenta a discussão sobre a saúde dessa população, discorrendo sobre a organização dos serviços de saúde para dar assistência a essas pessoas, seus avanços e entraves. A segunda seção realiza uma análise do processo saúde-doença da população em situação de rua, utilizando oreferencial teórico da Saúde Coletiva a partir do conceito da determinação social da saúde. O artigo argumenta que o modelo biomédico tem sido insuficiente para pensar na saúde da população em situação de rua, uma vez que desconsidera a complexidade dessa realidade social. A compreensão do processo saúde-doença como socialmente determinado localiza a saúde como resultando das condições materiais de existência dessa população, as quais são condicionadas pela forma de organização social no modo de produção capitalista. Assim, a determinação social opera como uma importante ferramenta de análise da saúde da população em situação de rua em uma perspectiva de totalidade.
**Palavras-chave**: População em situação de rua; Saúde coletiva; Determinação social da saúde.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado de discussões iniciadas em 2019 durante a arguição de um Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O debate entre os autores se prolongou pelos anos seguintes e, em



prévia EDPOPRUA.indd 186-187
12/12/2025 10:41:23

novembro de 2021, durante a conclusão das revisões do manuscrito, passamos pelo falecimento de nosso companheiro Marco Aurélio da Ros. Por esse motivo, gostaríamos de iniciar esse artigo com uma homenagem à memória do querido Marcão, médico sanitarista, professor e pesquisador de extrema importância para a Saúde Coletiva brasileira. Um grande militante do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, Marco influenciou diferentes gerações de trabalhadores da saúde, construindo um coletivo de pensamento crítico no campo da saúde, deixando sua marca em nossas vidas. Nesse sentido, temos certeza de que esse artigo é mais um fruto de sua potente capacidade analítica, e de que suas ideias certamente seguirão reverberando em todos nós. Marcão, presente!

Entre crises estruturais e tentativas de reestruturação, o modo de produção capitalista vem impondo, ao longo da história, formas de organização dos diferentes setores produtivos. O desenvolvimento capitalista contemporâneo ganha sua forma mais perversa – o neoliberalismo –, em que sob a premissa da maior liberdade possível, o capital busca destruir quaisquer barreiras sociopolíticas. A retórica neoliberal brada pela redução da intervenção econômica do Estado, mas, em tempos de crise, o capital monopolista recorre também a ele. Na prática, trata-se de um Estado capitalista mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital. O ataque do grande capital às instituições democráticas do Estado pode ser percebido na intensa desregulamentação das relações de trabalho, além da devastação dos sistemas de educação e seguridade social (Netto; Braz, 2006; Vita, 2000)

No Brasil, a especificidade do desenvolvimento capitalista tem colocado à margem do processo produtivo toda uma camada populacional. A formação social brasileira, marcada pela escravidão, concentração de terra e de renda, vem historicamente submetendo um segmento significante da população à uma imensa exclusão social. Enquanto um modo de produção estruturado na exploração da força de trabalho, a centralização da acumulação capitalista produz um excedente populacional que não consegue se incorporar ao processo produtivo, operando como alavanca da própria acumulação capitalista. É nesse contexto que a população em situação de rua (PSR) emerge como questão social, já que como fruto de uma organização desigual da produção e distribuição da riqueza, essas pessoas acabam por não encontrar possibilidade além da vida nas ruas dos centros urbanos (Escorel, 1999).

Nesse contexto, a PSR encontra barreiras para garantir a satisfação de suas necessidades materiais mais básicas, como alimentação, sono e higiene pessoal. Essas dificuldades são frequentemente reforçadas pelo próprio Estado, cujas ações higienistas costumam carregar a marca do descarte, no qual o objetivo central é retirar essas pessoas dos espaços urbanos (Varanda e Adorno, 2004).

Por outro lado, a Constituição Federal garante a saúde como um direito social e o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios a universalidade do acesso. Todavia, o sistema de saúde é movido por profissionais cujo processo formativo, por vezes, se dá de forma isolada da realidade material dessa população, fato que reflete na falta de preparo para acolher as demandas trazidas pelos sujeitos que ocupam as ruas. A falta de sensibilização diante do contexto social vivenciado pela PSR tem acarretado situações de discriminação dentro dos próprios serviços de saúde (Barata et al., 2015; Wijk; Mângia, 2017). Dessa forma, ao buscar os serviços de saúde, somatório de discriminações promove uma internalização dos sofrimentos e, como apontam Varanda e Adorno (2004, p. 67):

> A internalização desse processo gera uma certa resignação, que interfere na forma de lidar com as questões de saúde e dificulta a relação com os profissionais dos serviços de saúde. Um grande número de pessoas que vive nas ruas, raramente procura o serviço de saúde, enquanto suporta a presença dos sintomas de doenças, recorrendo à rede ambulatorial em último caso, com a acumulação de vários problemas de saúde.

Esse descompasso evidencia a dificuldade do reconhecimento de que o processo saúde-doença não pode ser explicado por um raciocínio homogeneizante, tendo em vista que as diferentes realidades sociais implicam em formas de adoecimento diversas. No entanto, a matriz de pensamento hegemônica no campo da saúde, conhecida como o modelo biomédico, consolidou-se ao longo do século XX a partir de um modelo de ensino positivista, produzindo uma corrente de pensamento organizada em torno do paradigma da unicausalidade do processo saúde-doença, acarretando práticas de saúde tecnocráticas, em uma perspectiva individualizante e biologicista (Pagliosa; Da Ros, 2008; Da Ros, 2000).

Ainda que seja uma força hegemônica, essa forma de pensar a saúde não deixou de ser questionada ao longo dos anos. O estudo de Da Ros (2000) demonstrou que diferentes correntes de pensamento abordaram a saúde em outras perspectivas, propondo deslocamentos e conexões epistemológicas.





prévia EDPOPRUA.indd 188-189 12/12/2025 10:41:23

Neste artigo, partimos da Saúde Coletiva como caminho para pensar a saúde da PSR, mais especificamente a corrente de pensamento que utiliza o conceito da determinação social da saúde. Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo discutir a saúde da PSR, fazendo uso da determinação social como método de análise. Para tanto, apresentamos o debate em formato de ensaio, dividido em duas seções: a primeira, que apresenta uma discussão sobre a PSR e sua relação com os serviços de saúde; e a segunda, que propõe uma análise sobre a saúde da PSR a partir do conceito da determinação social do processo saúde-doença.

## A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

O debate sobre as questões referentes à PSR tem avançado nos últimos anos, apesar de parecer um fenômeno social recente, a existência de pessoas que fazem das ruas seus locais de vida não é um processo contemporâneo. A compreensão desse movimento de ocupação dos espaços urbanos como um fenômeno histórico exige, antes de tudo, analisá-lo no contexto do modo de produção capitalista.

Em sua discussão sobre a ascensão e o desenvolvimento do capitalismo na Europa do século XV e XVI, Marx (2017) já apontava para uma camada populacional que, diante dos massivos processos de expropriação de terras, passara a viver na itinerância, sem meios de se incorporar à manufatura em ascensão. A velocidade com que eram expulsos de suas terras não acompanhava a possibilidade de incorporação pela manufatura ainda emergente, e como bem escreveu o autor: “Os pais da atual classe trabalhadora foram inicialmente castigados por sua metamorfose, que lhes fora imposta, em vagabundos e paupers” (Marx, 2017, p. 806). O termo “vagabundo” utilizado naquele contexto não se refere à noção pejorativa dos dias atuais, uma vez que, como explica Frangella (2004), o uso se vincula a tradução do francês e inglês de vagabond, cujo sentido é o ato de vagar, de pessoas que vivem na itinerância.

A formação social do Brasil também é marcada pela existência de pessoas que, diante de um modelo de produção assentado na dominação colonial e na escravidão, não encontravam meios de se incorporar ao processo produtivo. Naquele contexto histórico de pouca diversificação produtiva, resultante da produção no latifúndio escravista, uma massa de trabalhadores “livres” se constituiu entre senhores de terras e escravos. Essa camada populacional, acrescida dos milhões de escravos forros, vivia na pobreza e em constante mobilidade, em busca da possibilidade de produzir ao menos para sua própria sobrevivência (Franco, 1997).

Dessa forma, faz-se importante compreender que, apesar de em maior evidência na contemporaneidade, a PSR é um produto social do modo de produção capitalista, sendo uma população historicamente marginalizada. A exclusão social desse segmento populacional é evidenciada quando pensamos sobre sua inclusão no campo das políticas públicas no Brasil. O Estado brasileiro optou, ao longo dos anos, por tratar a PSR pela lógica de higiene social, operando por meio do aparato de segurança pública para expulsar essas pessoas de seus locais de permanência. É bastante recente um movimento de reconhecimento da necessidade de garantia dos direitos sociais dessa população, almejando superar as tradicionais ações assistencialistas de cunho higienista e medicalizador, responsáveis por reforçar a sua invisibilidade (Paiva et al., 2016; Varanda; Adorno, 2004).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) foi instituída em 2009, após a organização do Movimento Nacional da PSR, e foi proposta na perspectiva de reconhecer os direitos dessa população , com o objetivo de garantir o acesso às políticas públicas de saúde, assistência social, educação, previdência, moradia, segurança, cultura, lazer, esporte, trabalho e renda (Brasil, 2009). No que diz respeito à política de saúde, considerando as especificidades da PSR, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 instituiu os Consultórios na Rua, equipamentos formados  por equipes multiprofissionais responsáveis por atuar diretamente com a PSR (Brasil, 2011).

Ainda que tardia, a instituição de uma política voltada à PSR demonstra um importante avanço na discussão referente à vida dessa população. A criação de equipes de saúde voltadas à PSR marca o reconhecimento da necessidade de se pensar na saúde da PSR. A revisão de Andrade et al. (2022) apontou uma escassez de publicações científicas abordando o acesso da PSR aos serviços de saúde e, entre aqueles que trataram da temática, a predominância foi de trabalhos que se referiam à atenção básica e ao Consultório na Rua. Nesse sentido, a definição das equipes de Consultório na Rua (eCR) como parte integrante da PNAB sinalizou para a responsabilização desse nível de atenção na assistência à saúde da PSR. Dessa maneira, as eCR tem papel central na organização de rede de atenção à saúde dessa população, realizando a articulação entre a PSR e os diferentes serviços de saúde (Andrade et al., 2022).

Assim, a inclusão da PSR da PNAB representou o reconhecimento de uma necessidade de reorganização da rede de atenção à saúde para atender a essa população em suas especificidades. As eCR certamente têm um papel central na atuação junto da PSR, tendo como potencialidades o uso de tecno-





prévia EDPOPRUA.indd 190-191 12/12/2025 10:41:23

logias leves/relacionais, a criação de relações de acolhimento e vínculo, além da articulação intersetorial. Ainda que essas equipes não sejam as únicas responsáveis pala assistência à PSR, percebe-se uma falta de entendimento dos serviços de saúde em relação a atuação dessas equipes, sendo frequentes a criação de barreiras de acesso da PSR nos diferentes serviços sem o acompanhamento de profissionais das eCR (Ferreira; Rozendo; Melo, 2016).

Quando se trata das condições de saúde da PSR, sabe-se que há uma predominância de algumas condições clínicas, podendo-se citar: doenças infecto-contagiosas, problemas na pele e nos pés, problemas bucais, adoecimento mental, uso de álcool e outras drogas, entre outros (Aguiar; Iriart, 2012; Brasil, 2012). Apesar da importância de conhecer o perfil epidemiológico da PSR, a identificação das condições clínicas mais comuns não é suficiente para garantir a produção de cuidado nos serviços de saúde. Para isso, faz-se necessário conhecer o significado dado por esses sujeitos aos diferentes processos de adoecimento, uma vez que, como identificaram Aguiar e Iriart (2012), as significações do processo saúde-doença nas ruas é atravessado pela luta por garantia de condições materiais de existência. Nas palavras dos autores, a PSR apresenta:

> [...] uma concepção de saúde que está associada à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano de dificuldades nas ruas. Já a doença foi associada ao estado de debilidade a ponto de não poder trabalhar, a impossibilidade de batalhar e ganhar dinheiro, o impedimento de realizar tarefas simples, ou no caso extremo, o organismo não suportar o sofrimento, enfraquecer e sucumbir (Aguiar e Iriart, 2012, p. 120).

Percebe-se que o processo saúde-doença nas ruas se liga à reprodução das condições materiais de existência, escapando à dimensão puramente biológica. Como apontam Paiva et al. (2016), o modelo biomédico tem produzido uma forma de pensar e de agir insuficiente nos serviços de saúde para lidar com as questões inerentes ao processo saúde-doença da PSR. Ao limitar a compreensão dos processos de adoecimento às dimensões biológica/patológica, o pensamento hegemônico desconsidera as dimensões social e política que atravessam o processo saúde-doença nas ruas, acarretando soluções simplistas, que muitas vezes culpabilizam a PSR por suas condições (Paiva et al., 2016).







Sendo assim, o modelo biomédico que tenta explicar os processos de adoecimento levando em consideração o modelo unicausal e biologicista entra em choque com a multiplicidade de condições de vida e, ao ignorar o vetor das condições sociais dos diferentes grupos populacionais, deixa de considerar as lutas cotidianas da PSR. É de grande importância que os profissionais de saúde compreendam que a vida nas ruas pressupõe a exposição diária a condições materiais precárias, além de múltiplas violências (físicas, simbólicas e estatais), discriminações, privações (de sono e alimentação) e negações de direitos (moradia, trabalho e saúde) (Barata et al., 2015; Escorel, 1999).

Para ilustrar um exemplo, podemos pensar em uma condição frequente entre a PSR: os machucados ou as infecções nos pés pelo excesso de caminhada, pelo não uso de sapatos, ou pelo uso de sapatos molhados. Em uma análise simplificada, bastaria tratar a causa dessa condição: usar sapatos adequados, ou até mesmo não seguir no nomadismo. Todavia, é imprescindível conhecer as motivações desse deslocamento constante, as condições concretas de vida desses sujeitos.

O raciocínio linear proposto pelo modelo biomédico ignora as questões sociais que condicionam o processo saúde-doença. Ao deixar de lado os aspectos que dizem respeito às condições materiais e às possibilidades desses sujeitos, os profissionais de saúde deixam passar a chance de produzir um verdadeiro encontro e acabam, muitas vezes, reproduzindo violências, preconceitos e discriminações, situações que são percebidas pela própria PSR ao tentar acessar os serviços de saúde (Barata et al., 2015; Hallais; Barros, 2015). A atuação individualizante e protocolar orientada pelo modelo biomédico impede a percepção das especificidades inerentes à vida nas ruas, fazendo com que sejam priorizadas condutas desconectadas das possibilidades reais da PSR, apoiadas em intervenções que restringem a autonomia desses sujeitos (Brito; Silva, 2022). Nesse sentido, os autores enfatizam: “Esse processo contínuo pode levar à perda do atributo mais importante de todos os seres: sua condição humana. A pessoa que é constantemente colocada no lugar do indesejado perde o direito à cidadania e à vida” (Brito; Silva, 2022, p. 156).

Emerge, então, um questionamento: a existência da PNPSR e de um sistema de saúde orientado pelo princípio da universalidade são suficientes para garantir o direito à saúde desses sujeitos? Não há dúvidas de que são pontos essenciais para que isso aconteça, mas nenhuma política é uma garantia por si só, uma vez que são executadas por pessoas, cuja sensibilidade diante das diferenças precisa ser movimentada, ativada, instigada. Na saúde, o pensa-



prévia EDPOPRUA.indd 192-193 12/12/2025 10:41:23

mento predominante leva os profissionais a reproduzirem uma atuação estéril, desconsiderando as interferências do campo social. No que se refere ao atendimento da PSR, os profissionais acusam desconhecimento das condições reais dessa população, o que leva a atuações paternalistas que desconsideram as realidades desses sujeitos (Brito; Silva, 2022).

Nesse sentido, ao relacionar a saúde às condições materiais de existência e às relações sociais que determinam essas condições, a Saúde Coletiva apresenta um enorme potencial de aproximação e construção coletiva com as pessoas que vivem em situação de rua, uma vez que essa população materializa em suas experiências diferentes fatores que reafirmam a urgência na compreensão da saúde pelo prisma da determinação social. Por esse motivo, a seção seguinte se apresenta como movimento no sentido de realizar uma análise da PSR utilizando a determinação social do processo saúde-doença como método interpretativo.

## DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PSR

Apesar da evidente hegemonia do modelo biomédico, o campo da saúde no Brasil não se construiu de forma linear. Assim como todo processo histórico, o território da saúde foi palco de disputa de diferentes linhas de pensamento e projetos de sociedade. Destacamos um movimento que emergiu por volta da década de 1970 e se capilarizou pela América Latina: a Medicina Social, cujos ideais no Brasil foram difundidos e de certo modo amplamente reconfigurados pela nascente Saúde Coletiva. Influenciados pela teoria social crítica, os autores dessa corrente de pensamento incorporaram nela categorias da economia política que são de grande importância para pensar a saúde das populações, como o trabalho enquanto eixo central da vida humana, a organização social e a distribuição da produção, assim como o desenvolvimento das forças produtivas em um dado momento histórico. Com isso, expandiu-se uma matriz de pensamento crítico em saúde, que se dedicou a questionar a abordagem puramente biológica do processo saúde-doença (Laurell, 1981).
Esta corrente de pensamento se difundiu como resposta à dificuldade da medicina clínica em explicar a distribuição desigual dos agravos à saúde nas populações. A compreensão da saúde enquanto um processo social possibilitou uma análise totalizante, uma vez que retira a saúde de uma avaliação biológica, isolada e individualizada, localizando-a no contexto político, social e econômico capitalista. Ao incorporar o materialismo-histórico-dialético como método para refletir sobre a saúde das populações, o pensamento crítico em saúde possibilitou a inclusão de categorias sociais no debate sobre a saúde das populações, tendo como fio condutor a compreensão de que a divisão da sociedade capitalista em classes implica na produção de desigualdades sociais e, consequentemente, em uma distribuição desigual dos agravos em saúde (Breilh, 1979; Laurell, 1981). Nessa perspectiva, o movimento entre saúde e doença passa a ser entendido enquanto um processo determinado pelo modo como as forças produtivas estão organizadas. Como afirma Laurell (1981, p. 10), o processo saúde-doença:

> [...] está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción.

A virada proposta pela Saúde Coletiva consiste em pontuar que a saúde das pessoas não poderia ser explicada unicamente por fatores biológicos e individuais, porque os indivíduos estão inseridos em uma sociedade, em um dado momento histórico, com uma determinada organização social da produção. Sendo assim, o lugar que cada indivíduo ocupa nessa organização impacta na possibilidade (ou impossibilidade) de que possa desenvolver plenamente suas condições materiais de existência, as quais são influenciadas pela relação dialética entre o indivíduo/coletividade e o biológico/social. Nesse sentido, reconhece-se a determinação social da saúde, uma vez que ter saúde não significa uma oposição direta a um estado patológico, mas é resultante da forma de organização da produção e da distribuição dos bens e serviços socialmente produzidos (Laurell, 1981).

Por assim dizer, o conceito da determinação social provoca um deslocamento no modelo de raciocínio em saúde, pois nos leva a pensar a seu respeito para além da oposição saúde-doença, mas entendendo a complexidade e o dinamismo da vida, com todos os seus atravessamentos sociais, econômicos e políticos. A mudança está exatamente no esforço de analisar esse processo nas populações sob uma perspectiva da totalidade, uma vez que o processo saúde-doença não está desvinculado da forma como as sociedades estão organizadas (Laurell, 1981).

Nesse sentido, analisar o processo saúde-doença no contexto da PSR exige compreender o lugar que essas pessoas ocupam na organização social. Por isso, a discussão sobre a saúde de uma população marginalizada, como a PSR, precisa estar conectada a um debate sobre o modo de produção capita-





prévia EDPOPRUA.indd 194-195 12/12/2025 10:41:23

lista. Como apontamos no início desse trabalho, a existência de pessoas que fazem das ruas seus espaços de vida nos remonta ao período de ascensão e desenvolvimento do capitalismo, tendo em vista que o modo de produção capitalista marca o momento histórico em que houve as expropriações dos meios de produção, que passaram a ser propriedade privada de uma classe social, delimitando a divisão da sociedade em classes: de um lado aqueles que os dominam, de outro uma massa populacional, cuja única propriedade é seu corpo e sua força de trabalho (Marx, 2017).

A compreensão da saúde como socialmente determinada avança ao trazer a questão da organização do processo produtivo para o debate sobre a saúde, haja vista que o modo de produção determina as condições materiais de existência dos diferentes estratos sociais. Nesse sentido, a saúde se liga à possibilidade de produção e reprodução social, que, em uma sociedade estratificada em classes, acontece de forma desigual a depender do lugar que cada pessoa ocupa na organização social. Assim, abordar a PSR demanda compreendê-la enquanto um fenômeno histórico que marca o desenvolvimento das sociedades capitalistas, uma população historicamente submetida a uma posição marginal no processo produtivo.

A chave de interpretação da determinação social do processo saúde-doença busca essa análise em uma perspectiva dialética entre as dimensões individual e coletiva (Breilh, 2013).

Com isso, cabe relembrar que na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde foi conceituada enquanto um processo atravessado pela política, tendo em vista que ter saúde não se trata unicamente de um fator biológico e individual, mas exige acesso a recursos fundamentais, como alimentação, habitação, trabalho, renda, terra, transporte, educação e, naturalmente, serviços de saúde. O conceito de saúde que guia a construção do SUS está fortemente influenciado pela matriz de pensamento que compreende a saúde como produto das condições materiais de existência das populações, condições essas que são interditadas no contexto da PSR (Brasil, 1986).

Quando pensamos sobre a saúde como resultante de diferentes dimensões, avançamos na sua compreensão para além de uma perspectiva individualizante, entendendo que ela resulta da relação dialética entre o indivíduo e a estrutura social. Desse modo, compreende-se que as condições de vida não são explicadas unicamente por escolhas individuais, mas condicionadas pela organização social da produção (Breilh, 2013; Laurell, 1981).



Ao analisar a PSR a partir da totalidade do modo de produção, apontamos para o caráter sócio-histórico desse fenômeno populacional que ao longo do desenvolvimento capitalista foi sendo impedido de se inserir no processo produtivo. Em seus estudos, Marx (2017) já identificava que a acumulação e centralização capitalista produziam um volume de população trabalhadora adicional e relativamente excedente, que se transformava em alavanca da própria acumulação capitalista. Esse segmento populacional foi nomeado pelo autor como exército industrial de reserva, o qual era responsável por fornecer uma quantidade expressiva de força de trabalho sempre pronta para ser explorada, tendo como consequência o rebaixamento do próprio valor da força de trabalho. Nas palavras de Marx:

> A condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade forçada em razão do sobretrabalho da outra parte, e vice-versa, torna-se um meio de enriquecimento do capitalista individual, ao mesmo tempo que acelera a produção do exército industrial de reserva num grau correspondente ao progresso da acumulação socia (Marx, 2017, p. 711–712).

A existência de uma camada populacional que não encontra meios de se incorporar ao processo produtivo está intimamente ligada ao desenvolvimento e estruturação das forças produtivas. Nesse sentido, a PSR tem as suas condições de reprodução social condicionadas pela distribuição desigual da produção, e, portanto, são atingidas também de forma desigual pelos processos de adoecimento. Assim sendo, procuramos avançar para além do paradigma biomédico hegemônico, o qual tenta responder às questões de saúde de forma linear, fracionando a realidade e isolando os sujeitos de seu contexto social. Diferente disso, o pensamento crítico em saúde, orientado pela determinação social do processo saúde-doença, opera como ferramenta de análise que compreende a centralidade da dinâmica de acumulação capitalista no modo como as diferentes populações vivem e reproduzem suas vidas (Breilh, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de pessoas que fazem das ruas seus locais de vida é um processo histórico que merece atenção, dado que o desenvolvimento capitalista no Brasil tem empurrado cada vez mais pessoas para essa situação. O aumento vertiginoso da quantidade de PSRs nos impele a pensar sobre as condições de saúde dessa população, de forma a organizar e melhor efetivar o acesso



prévia EDPOPRUA.indd 196-197 12/12/2025 10:41:23

dessas pessoas aos serviços de saúde.

Com isso, o debate sobre o processo saúde-doença da PSR precisa ser feito de forma cuidadosa, almejando uma ultrapassagem em relação ao pensamento biomédico hegemônico no campo da saúde, o qual faz uma análise individualizante que desconsidera os aspectos políticos e sociais que atravessam o contexto social da PSR, reproduzindo, por muitas vezes, atitudes de discriminação e culpabilização dos sujeitos. Nesse sentido, da determinação social da saúde, o qual se inicia na organização social do modo de produção capitalista para analisar a forma como os agravos em saúde se distribuem nos diferentes estratos sociais. Dessa maneira, parte-se da relação dialética entre o individual e o coletivo, o biológico e o social, compreendendo que a saúde da PSR é a resultante das suas condições materiais de existência, as quais são determinadas pela forma de organização social da produção. Nesse contexto, a PSR é historicamente colocada à margem do processo produtivo, encontrando diferentes barreiras na satisfação de suas necessidades, o que reflete em suas condições de saúde.

## REFERÊNCIAS


AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Salvador, v. 28, n. 1, p. 115–124, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000100012

ANDRADE, R. et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213216

BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. Supl. 1, p. 219–232, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015S01019

BRASIL. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1987. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_ relatorio_final.pdf > Acesso em: 03 jan 2023.

BRASIL. Decreto Presidencial no 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: <http://www. planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 03 jan 2023.

BRASIL. Portaria no 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 03 jan 2023.

BRASIL. Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BREILH, J. Los modelos epidemiologicos como recurso del proyecto capitalista. In: BREILH, J. Epidemiologia, Economia, Medicina Y Politica. Ciudad de Mexico: Fontamara, 1979. p. 71–125.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, v. 31, n. Supl 1, p. S13–S27, 2013.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 151-160, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022271.19662021

DA ROS, M. A. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP/USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ESCOREL, S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. DOI: 10.7476/9788575416051

FERREIRA, C. P. S; ROZENDO, C. A; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-10.






prévia EDPOPRUA.indd 198-199 12/12/2025 10:41:24

2016. DOI: 10.1590/0102-311X00070515

FRANCO, M. S.C. Homens livres na ordem escravocrata. 4. ed. São Paulo: Editora UNESP, 1997

FRANGELLA, S. M. Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. 2004. 361f. Tese (Doutorado em Ciência Sociais) – Departamento de Antropologia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2004.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00143114

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud, v. 2, n. 1, p. 7–25, 1982.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. Economia política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. DOI: 10.1590/S0100-55022008000400012

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. DOI: 1413-81232015218.06892015

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004. DOI: 10.1590/S0104-12902004000100007

VITA, A. O neoliberalismo moral. In: VITA, A. A justiça igualitária e seus críticos. São Paulo: Editora UNESP, 2000. p. 43-88.
VAN WIJK, L. B.; MÂNGIA, E. F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1130-1142, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711511







## TEXTO 2

# VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

***Michele Neves Meneses***
***Fernando Ferreira Carneiro***

A Vigilância Popular em Saúde (VPS) é uma estratégia de ação construída a partir do protagonismo popular. A VPS dialoga com as dinâmicas, problemáticas e potencialidades que existem nos territórios, ou seja, com as reais necessidades de saúde da população, e visa à manutenção da vida, principalmente em populações vulnerabilizadas. É um processo de protagonismo popular e comunitário. Definir a Vigilância Popular em Saúde implica reconhecê-la como mais do que um conjunto de técnicas. Trata-se de um movimento político e epistemológico que desafia a hegemonia do saber técnico-científico e reivindica a validade e a potência dos saberes populares, experienciais e culturais (Meneses, 2024).

A VPS opera na confluência desses diferentes conhecimentos, buscando uma articulação horizontal que potencialize a compreensão e a ação sobre os problemas de saúde em sua complexidade. Portanto, os princípios freireanos – a problematização da realidade como ponto de partida, a leitura crítica do mundo, o diálogo como ferramenta de construção coletiva do conhecimento, a práxis como unidade indissociável entre reflexão e ação, e a busca por “inéditos viáveis” (transformações que, embora ainda não existentes, são possíveis de serem construídas pela ação organizada) – fundamentais para a constituição das práticas de VPS (Arjona, 2024). Ademais, a VPS se alicerça em uma compreensão crítica da determinação social da saúde, tal como proposta por Jaime Breilh (Breilh, 2019). Ao invés de focar apenas nos fatores de risco individuais ou em agentes etiológicos isolados, a VPS busca problematizar as raízes estruturais dos problemas de saúde, compreendendo como os processos sociais, econômicos, culturais e ambientais – incluindo os modelos de produção e consumo – geram iniquidades e impactam diferencialmente a saúde dos distintos grupos sociais.

Este texto busca pensar práticas de VPS partindo da população em situação de rua, um grupo social que enfrenta múltiplas iniquidades e cuja saúde é profundamente impactada por determinações sociais complexas. A VPS construída com essa população representa um desafio e uma oportunidade para





prévia EDPOPRUA.indd 200-201 12/12/2025 10:41:24

criar abordagens de saúde mais humanizadas, participativas e eficazes.

## VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

A população em situação de rua é um dos grupos que sofre vulnerabilização e marginalização na sociedade, enfrentando uma série de desafios que impactam diretamente sua saúde e bem-estar. A falta de moradia, acesso limitado a saneamento básico, alimentação inadequada, exposição a violências, estigma e discriminação, e barreiras no acesso aos serviços de saúde são apenas alguns dos determinantes sociais que moldam a realidade de saúde desse grupo. Nesse contexto, a VPS pode oferecer uma abordagem inovadora e mais eficaz, ao reconhecer a população em situação de rua não apenas como objeto de intervenção, mas como sujeito ativo na construção de soluções para seus próprios problemas de saúde.

### *O Desvelar da Realidade: Diagnóstico Participativo e Leitura Crítica*

Para a população em situação de rua, o diagnóstico participativo na VPS implica ir além da mera contagem de indivíduos ou da identificação de doenças. É fundamental compreender as complexas redes de vulnerabilidade que os afetam. Isso envolve:

**Mapeamento de Territórios e Fluxos:** Identificar os locais de maior concentração da população em situação de rua (praças, viadutos, calçadas, abrigos), seus fluxos diários e noturnos, e os pontos de acesso a recursos (água, comida, banheiros, serviços de saúde e assistência social). O mapeamento pode ser feito de forma colaborativa, com a participação das pessoas em situação de rua, que conhecem profundamente o território e suas dinâmicas.

**Identificação das Determinações Sociais da Saúde:** Aprofundar a compreensão sobre como a falta de moradia, a insegurança alimentar, a violência urbana, a ausência de vínculos familiares e comunitários, e a discriminação afetam a saúde física e mental. A escuta ativa e a valorização das narrativas de vida são cruciais para desvelar essas interconexões.

**Problematização das Causas:** Questionar as raízes estruturais da situação de rua e de seus impactos na saúde. Por que essas pessoas estão nas ruas? Quais são as falhas do sistema que perpetuam essa condição? Como as políticas públicas atuais contribuem ou falham em resolver esses problemas? A discussão deve envolver não apenas as pessoas em situação de rua, mas também trabalhadores da saúde, assistentes sociais, ativistas e a sociedade em geral.

### *Tecer a Rede da Informação: Produção e Sistematização de Saberes Locais*

A população em situação de rua possui um vasto conhecimento sobre sua própria saúde e sobre as estratégias de sobrevivência e cuidado que desenvolve no dia a dia. A VPS busca valorizar e sistematizar esses saberes, articulando-os com o conhecimento técnico-científico:

**Registro de Experiências de Adoecimento e Cuidado:** Coletar e registrar as histórias de adoecimento, as dificuldades enfrentadas no acesso à saúde, as estratégias de autocuidado e cuidado mútuo desenvolvidas na rua, e as percepções sobre o que é saúde e doença nesse contexto. Isso pode ser feito por meio de rodas de conversa, entrevistas narrativas e grupos focais.

**Articulação com Conhecimento Técnico-Científico:** Conectar os saberes populares com informações sobre doenças prevalentes na população em situação de rua (tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais, doenças de pele, transtornos mentais), direitos de saúde, e formas de acesso aos serviços. Essa articulação deve ser feita de forma dialógica, sem hierarquias, buscando enriquecer a compreensão mútua.

**Produção de Dados Locais:** Embora muitas vezes invisibilizada nos dados epidemiológicos, a população em situação de rua pode gerar seus próprios indicadores sobre as condições de saúde, as barreiras de acesso e as necessidades. Isso pode incluir o registro de casos de violência, discriminação, ou a falta de acesso a serviços básicos, que podem ser utilizados para a reivindicação de direitos.

### *Fortalecer a Ação Coletiva a partir da Educação Popular e Mobilização Social*

A informação, por si só, não transforma; é a práxis – a ação refletida – que impulsiona a mudança. Nesse sentido, há ferramentas pedagógicas que, adaptadas à realidade da população em situação de rua, fortalecem o protagonismo popular:

**Oficinas e Rodas de Conversa:** Promover espaços informais e acessíveis para discutir temas de saúde, direitos, redução de danos, higiene, alimentação e prevenção de doenças. Esses espaços devem ser construídos a partir





prévia EDPOPRUA.indd 202-203 12/12/2025 10:41:24

das demandas e interesses da própria população, utilizando linguagens e metodologias adequadas.

**Formação de Agentes Populares de Saúde:** Fortalecer que membros da própria população em situação de rua atuem como multiplicadores de informações e promotores de saúde em seus grupos. Esses agentes podem identificar necessidades, oferecer apoio, e mediar o acesso aos serviços de saúde, atuando como pontes entre a comunidade e as instituições.

**Articulação com Movimentos Sociais e Redes de Apoio:** Estimular a organização da população em situação de rua e articular-se com movimentos sociais que defendem seus direitos (como o Movimento Nacional da População em Situação de Rua - MNPR), ONGs, universidades e outros atores da sociedade civil. Essa articulação amplia a capacidade de incidência política e de reivindicação de políticas públicas específicas.

## CONSTRUÇÃO DO INÉDITO VIÁVEL

A VPS incentiva a construção de estratégias de enfrentamento viáveis para a promoção da saúde e a garantia de direitos. A partir do diagnóstico participativo e da sistematização dos saberes, a população em situação de rua, em conjunto com seus apoiadores, pode elaborar propostas concretas de políticas públicas que atendam às suas necessidades específicas, como programas de moradia, acesso adequado a serviços de saúde, centros de convivência, e programas de geração de renda.

Além disso, desenvolver iniciativas autônomas ou em parceria para a criação de espaços seguros e acolhedores onde a população em situação de rua possa ter acesso a higiene, alimentação e atividades culturais e educativas. Esses espaços podem ser geridos de forma participativa, promovendo a autonomia e o protagonismo. Portanto,  a utilização dos dados e das narrativas coletadas para denunciar violações de direitos, estigma e discriminação auxilia no processo de pressão popular por mudanças. Isso pode incluir campanhas de conscientização, manifestações públicas, e ações judiciais, quando necessário.

Nesse sentido, a VPS oferece a possibilidade de transcender a invisibilidade e o estigma da população em situação de rua, transformando-os de objetos de políticas assistenciais em sujeitos ativos de sua própria saúde e de seus direitos. Ao valorizar seus saberes, suas experiências e sua capacidade de organização, a VPS contribui para a construção de uma saúde mais digna, justa e equitativa, que reconhece e respeita a complexidade de suas vidas. Os desafios são imensos, dada a complexidade da situação de rua e as múltiplas iniquidades que a atravessam. No entanto, a potência da Vigilância Popular em Saúde reside precisamente em sua capacidade de mobilizar a resistência, fomentar a solidariedade e semear as bases para a construção de “inéditos viáveis” – outras formas de viver, de cuidar e de se relacionar, onde a saúde seja um direito efetivo e uma expressão de uma sociedade mais humana e inclusiva.

## REFERÊNCIAS

ARJONA, F. B. S. et al.. A contribuição do pensamento de Paulo Freire para a Vigilância Popular em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 6, p. e12312023, jun. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.12312023. Acesso em 21 de julho de 2025.

BREILH, J. Ciencia crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas: Guía investigativa pedagógica: evaluación de las 4 “S” de la vida. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2019.

MENESES, M. N. et al. Vigilância Popular em Saúde no sul do Brasil: expressões de um território que pulsa. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 28, p. e230167, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.230167. Acesso em 21 de julho de 2025.

Recomendamos a leitura do Guia Vigia, Povo disponível em: https://ceara.fiocruz.br/participatorio/wp-content/uploads/2023/11/Guia-de-Vigilancia-Popular-WEB-152mb.pdf





prévia EDPOPRUA.indd 204-205 12/12/2025 10:41:24

## TEXTO 3

# VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

A vigilância epidemiológica reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos. Além disso, age no controle dessas doenças específicas.

A vigilância ambiental se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e social na saúde. As ações neste contexto têm privilegiado, por exemplo, o controle da água de consumo humano, o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores.

As ações de vigilância sanitária dirigem-se, geralmente, ao controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente.

Já a área de saúde do trabalhador realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho.







## TEXTO 1

# CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

***Amanda Aguiar Silva***
***Laris Ferreira dos Santos***
***Kândida Karoline dos Santos Sousa***
***Mariane Carvalho Santos Paiva***
***Bruna Alice Sestrem***
***Tauana Wazir Mattar e Silva***
***Thiago Gomes Gontijo***

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar as características epidemiológicas da população em situação de rua. Métodos: Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, que proporcionou o agrupamento e a sistematização de artigos já divulgados. Como critério de inclusão, os artigos deveriam abordar a temática de perfil epidemiológico da população em situação de rua, publicados há no máximo 10 anos, disponíveis para acesso em formato eletrônico e nos idiomas português, inglês ou espanhol. Após levantamento das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine and National Institutes of Health (PUBMED), foram identificados 207 artigos, sendo selecionados 17 após análise de resumo e título. Resultados: Ao explorar uma gama de artigos acerca da temática foi possível identificar que as características epidemiológicas das pessoas em situação de rua são descritas pela prevalência da tuberculose; uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais; infecções sexualmente transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Considerações finais: As características epidemiológicas deste grupo social são determinadas por peculiaridades do seu modo de vida, assim como pela desigualdade e exclusão social. Logo, tendo em vista esse panorama, é possível constatar a necessidade de ampliação da atuação dos serviços de saúde para essa parcela da população.

**Palavras-chave:** Pessoas mal alojadas, Doença, Epidemiologia.

## INTRODUÇÃO

O quantitativo da população que vivencia situação de rua vem aumentando por diversos motivos, tais como: situação de pobreza, desemprego estrutural,



prévia EDPOPRUA.indd 206-207 12/12/2025 10:41:24

migração, dependência química, situação de conflitos familiares, entre outros (HINO P, et al., 2018). Essa população engloba pessoas excluídas das estruturas convencionais da sociedade, que vivem na linha da indigência ou pobreza absoluta e sua sobrevivência encontra-se frequentemente comprometida (OLIVEIRA, et al., 2018). A trajetória de vida desse grupo social é caracterizada pela ruptura dos vínculos familiares e exclusão social, bem como pela vivência de situações de discriminação e preconceito (GONTIJO TG, et al., 2024).

Segundo Schervinski AC, et al. (2017), devido à alta vulnerabilidade da População em Situação de Rua (PSR), o perfil epidemiológico deste grupo se torna preocupante. Neste contexto, os determinantes sociais de saúde (DSS), que consideram fatores biopsicossociais estão fortemente ligados à ocorrência de problemas e agravos de saúde (GOMES RS, et al., 2022). Marcado pelo desenvolvimento de doenças crônicas devido hábitos de alimentação inadequados e falta de acesso à atenção primária; uso de drogas como refúgio da realidade e o desenvolvimento de patologias infecciosas que é influenciado pela falta da higiene pessoal e ambiente propício para as atividades do dia e, devido a constante exposição a essa realidade, os tratamentos se tornam cada dia mais impraticáveis (SCHERVINSKI AC, et al., 2017).

Devido ao aumento do número de pessoas em situação de rua e a necessidade de atendimento às suas demandas sociais, considera-se importante levantar dados que contribuam e agreguem valor para a criação de diretrizes e intervenções efetivamente direcionadas à PSR. Logo por meio de uma revisão de literatura científica, este estudo objetiva identificar as características epidemiológicas da população em situação de rua.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, que proporcionou o agrupamento e a sistematização dos artigos já divulgados, permitindo a obtenção de informações e conhecimentos das pesquisas analisadas. Para alcançar o objetivo proposto, a revisão integrativa seguiu as etapas que são essenciais para seu desenvolvimento: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa (DANTAS, et al., 2021). Para guiar a revisão integrativa, a questão norteadora foi construída considerando-se o acrônimo PICO de forma adaptada, na qual foi utilizada a população (pessoas em situação de rua); intervenção/exposição (doenças); o item comparação não se aplicou na presente revisão e resultados (características epidemiológicas).





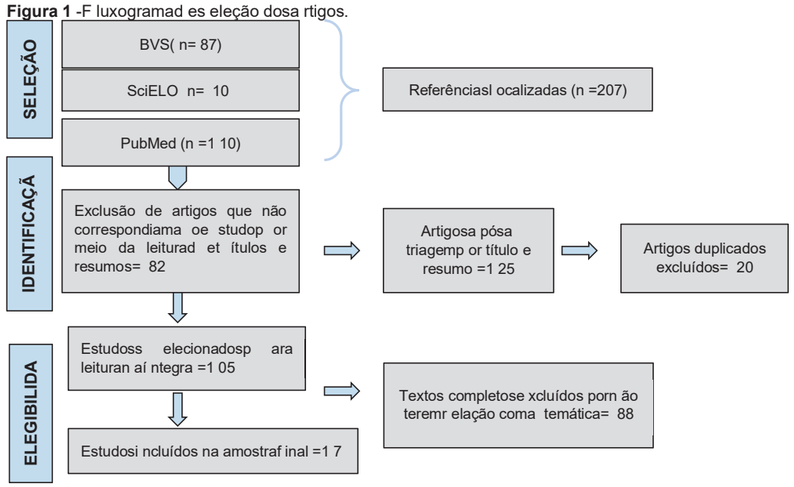


Assim, formulou-se a pergunta: Quais são as características epidemiológicas da população em situação de rua? O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de setembro de 2023 e ocorreu por meio de buscas em bases de dados; por meio das seguintes fontes de informações: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine and National Institutes of Health (PUBMED). As combinações de descritores utilizados para a consulta foram: Pessoas Mal Alojadas, Doenças e Epidemiologia, utilizando os operadores booleanos AND e OR.

Foram critérios de inclusão: artigos científicos que abordassem as características epidemiológicas da população em situação de rua, publicados no período de 2014 a 2023 em bases de dados eletrônicos de acesso público, disponíveis online no formato de texto completo, nos idiomas português, inglês e espanhol. Não foram consideradas teses e dissertações, ou qualquer tipo de literatura cinzenta, bem como os artigos não disponíveis na íntegra. A temporalidade foi expandida em 10 anos pela escassez de material científico acerca do tema objeto de estudo, na tentativa de obter uma amostra consistente para descrição do resultado.

Após o levantamento das publicações nas bases de dados, foram identificados 207 artigos. Diante de uma análise inicial por meio da leitura dos títulos e resumos para seleção dos estudos potencialmente elegíveis, foram selecionados 17 artigos que abordaram questões relacionadas à epidemiologia da população em situação de rua.

**Figura 1** -F luxogramad es eleção dosa rtigos.




**Fonte:** SilvaA A, et al., 2024.



prévia EDPOPRUA.indd 208-209 12/12/2025 10:41:27

## RESULTADOS

Para apresentação dos artigos selecionados, criou-se um quadro sinóptico com as informações relevantes da produção científica encontrada, constando as seguintes variáveis: Autor/ano e resultados.

**Quadro 1** - Distribuição das referências de acordo autor/ano e resultados dos artigos.

| N | Autor/ano | Resultados |
|---|---|---|
| 1 | Leite VLM, et al. (2021). | Nos anos de 2017 a 2019 foram notificados 190 casos de TB. A descontinuidade do tratamento, baixa taxa de cura, maiores taxas de coinfecção TB/HIV e maior percentual de morte por TB são fatores que prevaleceram na PSR. |
| 2 | Macedo LR, et al. (2021). | Foram notificados 84.405 casos de tuberculose no Brasil em 2015. Foram excluídos 2.349 (2,8%) indivíduos menores de 15 anos, resultando em uma amostra final do estudo de 82.056 casos. Destes, 2.782 (3,9%) eram pessoas em situação de rua. |
| 3 | Aguiar FHS, et al. (2021). | Entre 2015 a 2017 foram notificados no SINAN 188 casos de TB na PSR em Belo Horizonte, Minas Gerais, sendo a maioria do sexo masculino, raça preta ou parda e com idade média de 38 e 40 anos, respectivamente. No que se refere às comorbidades, destacam-se, o elevado índice de alcoolismo e uso de drogas ilícitas. |
| 4 | Felipetto LG, et al. (2021). | A PSR têm sido consideradas uma das populações mais suscetíveis às IST's, como as causadas por Treponema pallidum, HCV e HIV. A prevalência de sífilis é a mais alta até o momento em todo o mundo nessa população. 75,0% referiram uso de substâncias lícitas ou ilícitas, principalmente álcool em 71,3%, seguido de tabaco em 36,8% e cocaína em 35,6%. |
| 5 | Silva TO, et al. (2021). | A TB permanece como grave problema de Saúde Pública, que agrava a condição de sobrevivência nas ruas do Brasil. Entre 2014 e 2018 foram notificados no SINAN 14.059 casos de TB na PSR. |
| 6 | Ribeiro A, et al. (2020). | A taxa de HIV foi 5,86% e sífilis 21,9%, respectivamente. Mulheres eram quase 2,5 vezes mais propensas a ter sífilis. HIV foi associada a sexo desprotegido e ideação suicida. 1,86% relataram uso de drogas injetáveis, essa variável está associada tanto ao HIV quanto à sífilis. |
| 7 | Patrício ACFA, et al. (2019). | 60% da PSR geral apresenta algum transtorno mental comum, os mais prevalentes são insônia, irritabilidade, esquecimento, que acrescentados a dependência de álcool e drogas, trazem como consequência o aumento da mortalidade por suicídio ou relacionadas ao próprio uso de drogas. |
| 8 | Barros CVL, et al. (2018). | 97,7% dos homens em situação de rua relatam o uso de substâncias psicoativas na vida. Na amostra 33,9% relatam IST's. 49 homens (10,2%) foram reativos ao teste rápido, sugerindo infecção atual ou passada (exposição à sífilis). Destes, 26 apresentaram VDRL positivo, resultando em uma prevalência de 5,4% de sífilis. |
| 9 | Pinto PFPS, et al. (2017). | Houve um aumento da taxa de incidência-ano da tuberculose em menores de 15 anos e PSR, sugerindo a necessidade de direcionamento das ações de vigilância da TB para esses grupos, com o objetivo de alcançar melhores resultados no controle da doença. |
| 10 | Halpern SC, et al. (2017). | A PSR demonstrou piores indicadores em relação às subescalas álcool, problemas médicos, psiquiátricos, trabalho e suporte familiar, além de maior envolvimento com problemas legais, violência, abuso sexual, risco de suicídio e problemas de saúde como HIV/AIDS, hepatite e tuberculose. |
| 11 | Carvalho PMRS, et al. (2017). | Estimou-se uma prevalência global de 21,8% (IC 95%: 17,82-26,41) para Hepatite B, e 19,5% (IC 95%: 15,75-24,0) apresentaram perfil sorológico de vacinação prévia contra HBV. |
| 12 | Pinto VM, et al. (2014). | Entre 1.405 voluntários, observou-se prevalência de sífilis de 7,0% que esteve associada à prática homossexual, ao relato de história de DST e à raça/cor autorreferida não branca. |
| 13 | Miguel AQC, et al. (2022). | A idade média de início do uso de crack foi 20 anos e a duração média do uso contínuo foi de 15 anos. A maioria apresentou alguma comorbidade psiquiátrica, transtorno por uso de álcool (87,8%), bem como altas taxas de sintomatologia psiquiátrica e impulsividade. |
| 14 | Rodrigues MLAC, et al. (2022). | 85,11% afirmaram sofrer de alguma doença. 53,57% citaram lesões por causas externas, 48,81% problemas de visão e 30,95% questões psiquiátricas. 67,02% e 69,15%, afirmaram, respectivamente, usar álcool e tabaco e 52,13% e 42,55%, usavam, respectivamente, maconha e crack. |
| 15 | Gomes RS, et al. (2022). | 9,03% da população possui hipertensão arterial sistêmica. Há registros de acometimento pregresso por infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose. Alta prevalência de traumas também foi observada, com mais da metade dos indivíduos (59%). |
| 16 | Bones SNAA, et al. (2022). | No perfil epidemiológico observa-se 91,6% homens cis, mulheres cis 8,3%, 47,2% idade igual ou maior que 50 anos, 8,3% apresentam co-infecção com HIV, 19,4% com TB e 22,2% apresentaram TR reagente para sífilis. |
| 17 | Patrício ACFA, et al. (2020). | Observou-se acometimento pela TB e pneumonia. Os resultados deste estudo revelaram comportamentos vulneráveis ao adoecer: consumo de álcool, tabagismo, violência, higiene pessoal, sendo este primeiro quando associado ao uso de droga a principal causa das rupturas de vida e inserção nas ruas. |

**Fonte:** Silva AA, et al., 2024.

## DISCUSSÃO

A leitura na íntegra dos 17 artigos que compuseram a amostra, permitiu agrupar os resultados por semelhança e, assim constitui-se quatro categorias de análise, apresentadas como: (1) Tuberculose (TB); (2) Uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais; (3) Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e (4) Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

***Categoria 1 – Tuberculose:***

Segundo Silva TO, et al. (2021), o Brasil é um dos 22 países com alta endemicidade para a Tuberculose. Entre 2014 e 2018, foram notificados 14.059 casos de tuberculose na PSR no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e nos estados das regiões Sudeste e Sul do país, tiveram maior destaque na concentração de tuberculose (SILVA TO, et al., 2021).

Em estudo realizado por Leite VLM, et al. (2021), no estado do Pará nos anos 2017, 2018 e 2019, foi identificado a predominância de pessoas em situação de rua acometidos pela TB do sexo masculino, sendo cerca de 85,0% (n=51) em 2017, 74,2% (n=52) em 2018 e 75,0% (n=45) em 2019; com faixa etária de 35 a 44 anos com 28,3% (n=17) em 2017, 31,4% (n=22) em 2018 e 31,6% (n=19) em 2019; raça/cor mais acometida é a parda com 78,3% (n=47) em 2017, 70,0% (n=49) em 2018 e 71,6% em 2019; quanto a escolaridade, houve um destaque em pessoas com escolaridade da 1ª a 4ª série incompletas do ensino fundamental nos anos de estudos, sendo com 11,6% (n=7), 30,0% (n=21) e 21,6% (n=13).

Já em Belo Horizonte de 2015 a 2017 foram notificados 188 casos de TB, tendo predominância do sexo masculino 88% (n=150), faixa etária 30 a 60 anos 83% (n=156), raça/cor preta ou parda 68% (n=128), em relação aos anos estudados, foram abaixo de 09 anos com 18% (n=34) (AGUIAR FHS, et al., 2021). É inquestionável a necessidade de conhecimento do perfil da PSR acometida pela tuberculose, a frente de tantos estudos, podemos destacar que o sexo masculino predomina o gênero, variando em uma faixa etária de 30 a 60 anos, prevalecendo a raça/cor negra, autodeclarados pretos e/ou pardos, além da baixa escolaridade, atingindo o ensino fundamental incompleto (AGUIAR FHS, et al., 2021; SILVA TO, et al., 2021; LEITE VLM, et al., 2021).

No município de São Paulo (MSP) entre os anos 2006 e 2013, a taxa de incidência de TB por 100 mil habitantes/ano passou de 52,6 em 2006 para





prévia EDPOPRUA.indd 210-211 12/12/2025 10:41:33

49,5 em 2013, no entanto, a redução não foi estatisticamente significativa (p=0,078). A taxa de incidência anual entre os homens parece se manter estável (p=0,267), sendo que em 2013 foi 2,03% maior do que a das mulheres (IC95% 1,98 – 2,06) (PINTO PFPS, et al., 2017).

No Brasil, segundo Macedo LR, et al. (2021), 56,0% foram de casos novos. Dessa forma, identifica-se o tipo de entrada de casos novos como o mais presente na PSR, o que pode evidenciar que o usuário nunca realizou o tratamento de TB, entretanto, ele pode ter submetido ao tratamento há cinco anos ou mais (AGUIAR FHS, et al., 2021; LEITE VLM, et al., 2021; MACEDO LR, et al., 2021).

***Categoria 2 – Uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais:***

Constatou-se através da literatura que a relação da população em situação de rua com o uso de substâncias psicoativas, segundo Rodrigues MLAC, et al. (2022), pode ser considerada como uma das principais causas da procura pelas ruas, ocupando a segunda e quarta posição com drogas ilícitas (15,96%) e álcool (10,64%) respectivamente, ficando atrás apenas de desavenças familiares (41,49%), já em Halpern SC, et al. (2017) o estudo apontou o álcool e outras drogas como a principal causa da ida às ruas (35,5%).

Ainda assim, ambos os artigos esclarecem a importante influência do uso de substâncias psicoativas no aumento da população em situação de rua a cada dia a nível mundial, colocando em evidência que os prejuízos ocasionados pelas drogas vão muito além dos físicos. Com relação à população geral, a população em situação de rua é a que mais faz uso de drogas ilícitas, comparando os anos de 2017 a 2019, segundo Leite VLM et al. (2021), observa-se as diferentes proporções acerca do público estudado, sendo na PSR (40,0%) em 2017, (50,0%) em 2018 e (55,0%) em 2019; enquanto a população geral com cerca de (8,8%) em 2017, (11,4%) em 2018 e (13,2%) em 2019, demonstrando a diferença entre o grupo vulnerabilizado em relação à população geral. Dessa maneira, é possível relacionar esses índices às questões socioeconômicas que privam o público em situação de rua acerca da educação em saúde, perspectiva de vida, alimentação, moradia, saúde, lazer e relações familiares. Logo, as drogas se tornam mais consumidas por esse público, a fim de suprir suas necessidades básicas.

No que diz respeito às drogas mais consumidas, segundo os estudos de Macedo LR, et al. (2021); Aguiar FHS, et al. (2021); Felipetto LG, et al. (2021); Barros CVL, et al. (2018); e Gomes RS, et al. (2022), o álcool é a droga mais consumida entre a população em situação de rua, apresentando em todas as pesquisas predominância em relação às outras com índices de 52,2%, 68%, 71,3%, 74,9% e 87,18% respectivamente. Já nas pesquisas de Rodrigues MLAC, et al. (2022) e Patrício ACFA, et al. (2020) foi identificado que o tabaco está à frente do álcool como a droga mais utilizada com (83%) e (69%) dos casos.

Dessa forma, identifica-se às drogas lícitas como as mais utilizadas pela PSR, provavelmente pelo fácil acesso e baixo custo dessas substâncias. Entretanto, ainda que lícitas, podem causar vício e predispor o uso de outras drogas, até mesmo juntas. Quanto às drogas ilícitas, segundo um estudo realizado acerca do perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelas equipes do Consultório na Rua em Recife, no ano de 2019, a PSR faz uso de maconha (52,13%), crack (42,55%), cola (24,47%), loló (19,15%), cocaína (10,64%), LSD (1,06%), e pó virado (1,06%) (RODRIGUES MLAC, et al., 2022).

Além dos prejuízos ocasionados pelo uso de uma droga, Gomes SR, et al. (2022) diz sobre a prática do uso simultâneo das mesmas, em que em sua literatura com base nos dados contidos nas fichas clínicas dos indivíduos em situação de rua atendidos pela Associação Médicos do Mundo Curitiba (PR), dos 39 que relataram uso de drogas lícitas ou ilícitas, oito afirmaram fazer uso de apenas uma droga; 13 afirmaram fazer uso de duas drogas; sete afirmaram fazer uso de três drogas e 11 faziam uso de quatro ou mais.

Em relação aos transtornos mentais, segundo Patrício ACFA, et al. (2019), estudos revelam um estado preocupante de saúde mental entre pessoas em situação de rua no Brasil, destacando a necessidade de atenção especial a esse grupo vulnerável. Em estudo realizado por Aguiar FHS, et al. (2021), foi identificado uma elevada prevalência de doenças mentais entre as pessoas em situação de rua, constatando que 4% dos pesquisados apresentavam algum tipo de doença mental, havendo um crescimento exponencial confirmado por Halpern SC, et al. (2017), que no total de 266 pessoas em situação de rua, 154 (58,1%) queixam de sintomas depressivos, e 63 (23,8%) queixam de sintomas somente sobre efeito de drogas ou abstinência.

Além disso, a presença de sintomas depressivos entre as pessoas em situação de rua é uma preocupação adicional, afetando mais da metade da população estudada (PATRÍCIO ACFA, et al., 2019). Em uma pesquisa realizada em João Pessoa, na Paraíba, constatou que dos 100 estudados, 34 queixam





prévia EDPOPRUA.indd 212-213 12/12/2025 10:41:33

de tristeza (PATRÍCIO ACFA, et al., 2020). Halpern SC, et al. (2017) constatou que das pessoas em situação de rua estudadas, 131 (49,4%) possuíam ideação suicida, 75 (28,3%) tentaram suicídio. Em um outro estudo realizado por Rodrigues MLAC, et al. (2022), os autores identificaram que dentre as instituições que a PSR já frequentou, 18 (19,15%) mencionaram já terem estado em hospital psiquiátrico.

***Categoria 3 – Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's):***

Em um estudo que teve como objetivo investigar a prevalência da sífilis e fatores associados em homens em situação de rua no Centro-oeste do Brasil, foi identificado que 49 homens (10,2%; IC95%: 7,8-13,2) foram reagentes ao teste rápido, sugerindo infecção atual ou passada (exposição à sífilis). Destes, 26 apresentaram Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) positivo, resultando em prevalência de sífilis ativa de 5,4% (IC95%: 3,7-7,8), pode-se notar que a prevalência de sífilis foi bastante elevada, confirmando a vulnerabilidade deste grupo a esta infecção (BARROS CVL, et al., 2018).

Em estudo realizado em São Paulo, com a PSR, houve maior frequência de realização de teste para sífilis entre as mulheres quando comparada aos homens - 20,1 e 13,6%, respectivamente. Entre os indivíduos que souberam informar o resultado do teste realizado (85,1%), o percentual de positividade foi de 10,5% (9,1% mulheres e 10,8% homens). Além disso, entre os 1.389 indivíduos que realizaram o teste rápido (TR), 181 (13,0%) obtiveram resultado positivo para sífilis, a maior prevalência de sífilis esteve associada a homossexuais, masculinos e femininos, com 24,2%, ao relato de história prévia de qualquer IST's com 10,6% e pertencer à raça/cor autorreferida não branca com 8,0%. (PINTO VM, et al., 2014).

Segundo Carvalho PMRS, et al. (2017), de agosto de 2014 a junho de 2015, na cidade de Goiânia, 353 pessoas em situação de rua foram entrevistadas e testadas para os marcadores da infecção pela Hepatite B (HBV), os autores descrevem que foi estimado para HBV uma prevalência global de 21,8% (IC95%: 17,82-26,41), e 19,5% (IC95%: 15,75-24,0) apresentaram perfil sorológico de vacinação prévia contra o HBV. De acordo com o estudo, ser mais velho (acima de 50 anos de idade), preto e homossexual ou bissexual foram preditores de exposição ao HBV (CARVALHO PMRS, et al., 2017).

Em estudo transversal, com dados do monitoramento clínico da equipe do Consultório na Rua de Porto Alegre, durante a pandemia pelo COVID-19, foi analisado 498 TR para HV tipo C, ao longo do monitoramento, 39 (7,8%) apresentaram TR reagente, sendo que 15 (41,6%) realizaram carga viral e 11 (30,5%) tiveram detecção quantitativa, com valores entre 15.451 e 7.851.465 UI/ml. Entre estes, observa-se que: 33 (91,6%) homens cis, 3 mulheres cis (8,3%), 17(47,2%) idade igual ou maior que 50 anos, 3(8,3%) apresentam co-infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), 7(19,4%) com tuberculose e 8 (22,2%) apresentaram TR reagente para sífilis. Entre os TR reagentes, 11(30,5%) já tinham o diagnóstico prévio de vírus da hepatite (HV) tipo C (BONES SNAA, et al., 2022).

Segundo Ribeiro A, et al. (2020), em um estudo realizado na "Cracolândia" em São Paulo, com pessoas em situação de rua, as taxas de HIV e sífilis foram de 5,86% e 21,9%, respectivamente. As mulheres eram quase 2,5 vezes mais propensas a ter sífilis. A infecção pelo HIV foi associada a sexo desprotegido (Odds Ratio [OR]: 3,27, p = 0,003, intervalo de confiança de 95% [95% CI]: 1,51-7,11). Embora apenas 1,86% tenha relatado uso de drogas injetáveis em algum momento da vida, essa variável esteve associada tanto ao HIV quanto à sífilis. Taxas elevadas de HIV e sífilis foram observadas no contexto desse cenário de grave vulnerabilidade social (RIBEIRO A, et al., 2020).

***Categoria 4 – Doenças Crônicas Não Transmissíveis:***

Na população em situação de rua, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que envolvem diversos fatores socioeconômicos e culturais, estão fortemente ligados a problemas de saúde, aumentando os riscos de doenças crônicas. Isso resulta em altas taxas de comorbidades clínicas e, consequentemente, maior risco de morbimortalidade (GOMES RS, et. al., 2022).

De acordo com Macedo LR, et al. (2021), 3,1% de pessoas em situação de rua no Brasil possuem Diabetes Mellitus, e na cidade de Belo Horizonte entre o ano de 2015 e 2017 a taxa de PSR com a mesma condição era de 3% (AGUIAR FHS, et al., 2021). Em 2019, a prevalência de diabetes entre pessoas em situação de rua na cidade do Recife foi registrada em 7,5%, superando em 4,5% os dados correspondentes tanto na cidade de Belo Horizonte quanto dos índices nacionais (RODRIGUES, et. al., 2022). Pessoas em situação de rua foram acompanhadas durante um ano através de uma iniciativa voluntária na cidade de Curitiba, e nesse acompanhamento, foi extraída a porcentagem de DM nessa população, sendo o valor de 3,53% (GOMES RS, et. al., 2022).

No estudo conduzido por Gomes RS, et al. (2022), foram apresentados dados





prévia EDPOPRUA.indd 214-215 12/12/2025 10:41:33

relativos a um grupo de mulheres em situação de rua em Curitiba, indicando que 1,38% compartilhavam da mesma condição crônica (DM), e estavam utilizando medicações relacionadas a essa doença. De acordo com um estudo realizado em duas instituições de referência para pessoas em situação de rua, no nordeste do Brasil, 7% de PSR possuíam DM (PATRÍCIO ACFA, et al., 2020). Rodrigues MLAC, et al. (2022), descreve que segundo os registros governamentais, o Brasil conta com 101.854 pessoas em situação de rua, sendo o Nordeste a segunda região com maior concentração, com 22.864, ficando atrás apenas da região Sudeste. No ano de 2019 na cidade de Recife, 18,75% de pessoas em situação de rua possuíam hipertensão arterial. Comparando esses dados com a população em situação de rua na cidade de Curitiba, a hipertensão arterial sistêmica prevaleceu em 9,03% da população (GOMES RS, et al., 2022).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou, que as características epidemiológicas das pessoas em situação de rua são descritas pela prevalência da tuberculose; uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais; infecções sexualmente transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Devido a isso, é importante salientar que este grupo heterogêneo marcado por condicionantes sociais e de saúde, possui seus direitos negados, além de sofrerem com a estigmatização pelos profissionais de saúde do serviço. Dessa forma, faz-se importante o reconhecimento das características epidemiológicas deste grupo para impulsionar políticas públicas que construam ações preventivas, além de capacitar constantemente os profissionais da saúde no intuito de terem conhecimento sobre a PSR, seus enfrentamentos e direitos como cidadãos, proporcionando condições dignas de saúde.

AGUIAR FHS, et al. Perfil da tuberculose em populações vulneráveis: pessoas privadas de liberdade e em situação de rua. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, 2021; 20(2): 253–258.

BARROS CVL, et al. Bio-behavioral survey of syphilis in homeless men in Central Brazil: a cross-sectional study. Cadernos de Saúde Pública, 2018; 34(6): 00033317.

BONES AANS, et al. O emprego de testes rápidos de Hepatites virais na cascata da linha de cuidados de pessoas em situação de rua: um estudo transversal. The Brazilian Journal Of Infectious Diseases. 2022; 26(1): 101996.

CARVALHO PMRS, et al. Prevalence, risk factors and hepatitis B immunization: helping fill the gap on hepatitis B epidemiology among homeless people, Goiânia, Central Brazil. Cadernos De Saúde Pública. 2017; 33(7): 00109216.

DANTAS HLL, et al. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. São Paulo: Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem. 2021; 12(37): 334–345.

FELIPETTO LG, et al. Serosurvey of anti-treponema pallidum (syphilis), anti-hepatitis C virus and anti-HIV antibodies in homeless persons of São Paulo city, southeastern Brazil. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2021; 25(4): 101602.

GOMES RS, et al. Saúde dos indivíduos em situação de rua: entre queixas, sintomas e determinantes das doenças crônicas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2022; 17(44): 3233.

GONTIJO TG, et al. População em situação de rua: características sociodemográficas, trajetória e condições de saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(2): 14767.

HALPERN SC, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. Cadernos de Saúde Pública. 2017; 33(6): 37517.

HINO P, et al. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2018; 71(1): 684–92.

LEITE VLM, et al. Análise do perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico da população em situação de rua com tuberculose no estado do Pará, no período de 2017 a 2019. Revista Saúde e Meio Ambiente, 2021; 12(2): 2447–8822.

LIRA CD, et al. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? Revista Mineira de Enfermagem, 2019; 23.

LIRA CD, et al. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? REME - Revista Mineira de Enfermagem, 2019; 23(1).

MACEDO LR, et al. Vulnerable populations and tuberculosis treatment outcomes in Brazil. Populações vulneráveis e o desfecho dos casos de tuberculose





prévia EDPOPRUA.indd 216-217 12/12/2025 10:41:34

no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2021; 26(10): 4749–4759.

MELO LJF, et al. Saúde da população em situação de rua e suas vulnerabilidades em saúde: reflexões sobre o processo saúde-doença. VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde, 2020; 32(1): 197–206.

MIGUEL AQC, et al. Sociodemographic and clinical profile of crack cocaine treatment-seeking individuals living in “Crackland”, Brazil. Jornal brasileiro de psiquiatria, 2022; 71(1): 50–55.

OLIVEIRA D. M. et al. Needs, expectations and care production of people in street situation. Revista Brasileira de Enfermagem, 2018; 71(6): 2689–2697.

PATRÍCIO ACFA, et al. Common mental disorders and resilience in homeless persons. Revista Brasileira De Enfermagem, 2019; 72(6): 1526–1533.

PATRÍCIO ACFA, et al. Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua. Revista Enfermagem UERJ, 2020; 28(1): 44520.

PINTO PFPS, et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de São Paulo de 2006 a 2013. Revista Brasileira De Epidemiologia, 2017; 20(3): 549–557.

PINTO VM, et al. Prevalence of Syphilis and associated factors in homeless people of Sao Paulo, Brazil, using a Rapid Test. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2014; 17(2): 341–54.

RIBEIRO A, et al. HIV and syphilis infections and associated factors among patients in treatment at a Specialist Alcohol, Tobacco, and Drugs Center in São Paulo’s “Cracolândia”. Trends Psychiatry and Psychotherapy. 2020; 42(1): 1–6.

SCHERVINSKI AC, et al. Atenção à saúde da população em situação de rua. EXTENSIO: Revista Eletrônica de Extensão, 2017; 14(26): 1807–0221.

SILVA TO, et al. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014–2019. Epidemiologia E Serviços de Saúde, 2021; 30(1): 2020566.







## TEXTO 1

# DO NASF À EMULTI, AMPLIANDO E COMPARTILHANDO A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA APS

***Mauricio Pereira de Mattos***

Nos capítulos anteriores, apresentamos o método Balint-Paideia e a função do apoiador no processo de aprendizagem, conceitos importantes que orientam as di-nâmicas utilizadas nesta formação. Nesta parte do curso, vamos discutir as políticas do SUS desenvolvidas no âmbito da APS, enfatizando os aspectos relacionados à organização do processo de trabalho da eMulti. Vamos começar?

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde empreendido pelo SUS representou maior responsabilidade sanitária, autonomia e aumento de custos para os municípios, que passaram a ser os responsáveis pela gestão da APS. Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o respectivo aumento da co-bertura, muitas demandas de saúde foram endereçadas às Unidades Básicas de Saú-de (UBS), tensionando a necessidade de ampliação das ações de cuidado oferecidas pelos “postinhos de saúde”. Prover ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, realizar diagnóstico, tratamento e a reabilitação de usuários de determina-do território conforma um campo de práticas abrangente e que exige a participação de outras especialidades, além daquelas previstas nas ESF de referência.

Em resposta a esse contexto e com base em experiências que vinham sendo desen-volvidas em municípios brasileiros, no ano de 2008, o Ministério da Saúde (MS) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), equipe composta por profis-sionais de diferentes áreas do conhecimento, com a finalidade de aumentar a ca-pacidade resolutiva e apoiar “a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (Brasil, 2008). Atuando a partir das demandas apresentadas pelas equipes vinculadas e de propostas sugeridas pelos próprios especialistas do Nasf, as inter-venções tinham no apoio matricial suas dimensões principais de organização da prática: uma técnico-pedagógica, de troca de saberes e ações conjuntas com as equi-pes apoiadas; e outra relativa ao atendimento clínico direto aos usuários adscritos, de forma coletiva ou individual, dentro ou fora do espaço físico da UBS (Campos,





prévia EDPOPRUA.indd 218-219 12/12/2025 10:41:34

Cunha, Figueiredo, 2013).

Um aspecto que pôde ser observado nas políticas desenvolvidas nos anos de atua-ção do Nasf se refere às orientações sobre o processo de trabalho. Ao propor ou-tro modo de relação interprofissional – tendo como premissa a horizontalidade de poder e produção de autonomia –, optou-se inicialmente pela organização da retaguarda especializada tendo como ação privilegiada a dimensão pedagógica de atuação, em grande medida desempenhada por meio de discussões de casos e inter-consultas (ou consultas compartilhadas). Na abordagem assistencial, a diretriz era para o oferecimento de atividades coletivas, evitando-se o atendimento individual e a possibilidade da ambulatorização das situações encaminhadas ao Nasf.

Com o passar dos anos, depois do acúmulo de experiências realizadas e de cenários epidemiológicos do país, como, por exemplo, os agravos decorrentes do zika vírus, os documentos orientadores buscaram o maior equilíbrio entre as diversas possibili-dades de intervenções de apoio junto aos profissionais, usuários e coletivos (Brasil, 2014; 2016; 2017).

Em síntese, na construção histórico-normativa do Nasf é possível identificar dife-rentes movimentos feitos pelo Ministério da Saúde no sentido de consolidar a inter-profissionalidade na APS, e também retrocessos. Nos anos subsequentes à implan-tação da primeira equipe, foram editados dois manuais instrutivos para melhoria do processo de trabalho – Cadernos de Atenção Básica nº 27 e 39 –; portarias foram aprimoradas, no sentido de garantir melhores parametrizações para qualificação do apoio; possibilitou-se que qualquer município com modelo assistencial da ESF e/ou equipes de populações específicas pudesse implantar seu Nasf, universalizando a proposta; mudou-se o nome da equipe e sua abrangência, abarcando todos os tipos de arranjos da APS; e, com o fim do financiamento discricionário federal do Previne Brasil, houve pela primeira vez a redução no número de equipes cadastra-das nacionalmente (Mattos, Gutiérrez, Campos, 2022).

Com a pandemia de Covid-19, o processo de trabalho precisou passar por adap-tações, no sentido de dar respostas às novas necessidades emergentes/urgentes e garantir a segurança dos trabalhadores de saúde, considerando as diversas possi bilidades de atuação para o Nasf nesse cenário (Mattos, Gutiérrez, 2023; Santos, Prado, Santos et al., 2023).







Passado esse período, a atenção interprofissional volta à agenda do SUS com o lançamento da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que retoma o financiamento para equipes multiprofissionais da APS com uma nova equipe – a eMulti –, em substituição ao arranjo do Nasf.

## COMPREENDENDO OS DESAFIOS DOS DIFERENTES MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA APS NO CONTEXTO DO SUS

Diferentemente do sentido que a palavra “modelo” pode denotar – molde, fôrma, algo a ser seguido, repetido e padronizado –, o conceito de “modelo de atenção à saúde” está relacionado ao conjunto de tecnologias de saúde ofertadas, utilizadas e conjugadas pelos profissionais para responder às necessidades de saúde de indi-víduos e da coletividade. “Assim, um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnoló-gica nas práticas de saúde” (Paim, 2012, p. 463).

No Brasil, identifica-se a coexistência de dois modelos hegemônicos de atenção à saúde, cujas práticas predominam historicamente nos serviços e no modo como as ações são definidas (Paim, 2012):

- médico hegemônico: compreende os modelos médico assistencial privatista (muito comum nas práticas desenvolvidas no país, incluindo o SUS) e aten-ção gerenciada (cujos fundamentos são a medicina baseada em evidências e a economia). Em síntese, no modelo médico hegemônico, o objeto de trabalho é a cura do corpo biológico a partir da expressão da doença, sendo pouco consideradas outras dimensões do humano, como a subjetividade e o social. Esse modelo tem por base demandas pontuais de queixa e con-duta, e atividades curativas individuais; volta-se para consultas médicas e procedimentos clínicos especializados, tendo o hospital como um elemento estruturante do cuidado e da rede;

- modelo sanitarista: de maneira resumida, esse modelo compreende as ne-cessidades de saúde e de cuidado de forma coletiva, tanto em relação à expressão desses problemas – produzidos por uma determinação social –, quanto no modo de organização da intervenção, oferecida para determina-dos grupos. O modelo planeja suas ações de acordo com as características e os fatores de risco de populações específicas e territórios; atua com cam-panhas sanitárias, como as de vacinação e combate



prévia EDPOPRUA.indd 220-221 12/12/2025 10:41:34

às arboviroses, e com programa de controle de doenças específicas: tuberculose, Aids, hanseníase, hiperdia etc. Propõe suas intervenções articuladas com as informações das vigilâncias epidemiológica e sanitária, produzindo políticas de promoção, educativas e de prevenção a doenças e outros agravos.

Outros modos de organização das práticas têm sido experimentados no SUS, e são apresentados como propostas alternativas às lógicas dos modelos anteriores, mas que guardam aproximações com estes (Paim, 2012). São exemplos de algumas dessas propostas: as ofertas organizadas a partir das características epidemiológi-cas dos territórios, que consideram as necessidades da população para planejar o acesso à demanda; as ações programáticas, que definem o processo de trabalho de determinada equipe ou unidade, considerando as necessidades sociais locais; o aco-lhimento, que procura reorganizar e qualificar a demanda espontânea e o acesso, de forma humanizada; linhas de cuidado, que são construídas para definir condutas e protocolos e orientar o percurso terapêutico dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS); a promoção da saúde, que visa a integração intersetorial para a melhoria da qualidade de vida, promovendo processos educativos e campanhas de adoção de estilos de vida saudáveis.

Esses arranjos e inovações são colocados em prática com o intuito de promover a qualificação das ações prestadas e superar grandes desafios das políticas de saú-de, como a integralidade, a efetividade e a qualidade. Devido à heterogeneidade epidemiológica do território nacional, mais do que definir ou contrapor modelos, importa a combinação de diferentes tecnologias de cuidado fundamentada nas ne-cessidades singulares de usuárias e usuários do SUS (Paim, 2012).

## A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA

Definida como o primeiro nível de atenção do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é conhecida como atenção básica em diversas partes do Brasil, dando nome inclusive à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Mais do que uma varia-ção semântica, a escolha pelo uso de um conceito diferente do usualmente utilizado na literatura internacional serviu para diferenciar uma atenção primária seletiva e restritiva, como visto em alguns países, do que se intencionava com o SUS – um direito à saúde integral para todas as necessidades. No entanto, existem modelos de APS integral e abrangente, como o proposto na Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários, realizada







pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo In-ternacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas, Unicef na sigla em inglês, no ano de 1978 (Giovanella, 2018). Em conformidade, este caderno utiliza a terminologia APS em sua concepção integral e abrangente, em equivalência ao termo atenção básica.

O modelo de organização da APS brasileira é caracterizado por uma diversidade de expressões e diferentes formas de organização da atenção à saúde, marca da hetero-geneidade dos 5.570 municípios que respondem por sua execução. Ao apresentarmos as características da APS, não temos a pretensão de planificar as práticas de equipes e profissionais, algo que escapa aos objetivos deste processo formativo e dos propósitos do Ministério da Saúde. Pretendemos, sim, provocar algumas reflexões e discussões coletivas a partir das semelhanças e diferenças das experiências de SUS do Brasil, apresentando práticas de trabalho que possam contribuir com a atuação das eMultis.

A abrangência de ações e intervenções da atenção primária reafirmadas na PNAB de 2017 (Brasil, 2017) evoca um grande desafio aos gestores municipais e profissio-nais que atuam na APS – especialmente de municípios com pouca arrecadação ou muito vulnerabilizados. Como responder com resolubilidade e em tempo oportuno as diferentes intervenções definidas na política (ações de saúde individuais, fami-liares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, trata-mento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde), tendo a responsabilidade de ser a principal porta de acesso do SUS, de centralizar e ordenar o fluxo assistencial de usuários pela RAS?

Tomando como ponto de partida a conceituação de atenção básica/APS, destaca-mos as diretrizes descritas na referida PNAB. Elas conformam os atributos da APS brasileira, que se pretende abrangente e integral, de base territorial e orientação comunitária:

- regionalização e hierarquização: a organização de entes federativos em regi-ões de saúde e a hierarquização dos níveis de atenção em termos de comple-xidade têm na APS o ponto de comunicação e de coordenação;

- territorialização e adstrição: a demarcação de territórios de atuação facilita oplanejamento das intervenções, tendo como base as características daque-la localidade e de seus indivíduos e coletivos vinculados;



prévia EDPOPRUA.indd 222-223 12/12/2025 10:41:34

•população adscrita: a definição da população acompanhada em cada UBS promove a produção de vínculo e de responsabilização das equipes, facili-tando a continuidade do cuidado ao longo do tempo;

•cuidado centrado na pessoa: o cuidado ampliado compreende o sujeito como elemento central, fortalecendo sua autonomia e protagonismo frente às potencialidades e fragilidades que carrega, considerando sua inserção fa-miliar e comunitária;

•resolutividade: a APS precisa ofertar um cuidado que resolva grande parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, em articulação com outros níveis de complexidade;

•longitudinalidade do cuidado: acompanhar as famílias, indivíduos e coleti-vos ao longo do tempo promove a criação de vínculos e um maior conheci-mento sobre os usuários acompanhados;

•coordenação do cuidado e ordenação das redes: central de articulação da RAS, a APS é responsável por ordenar o fluxo e acompanhar o percurso do usuário na rede, incluindo outras políticas e os recursos do território. A coordenação visa diminuir a fragmentação das ações e garantir o acesso da população a todos os serviços de que necessitem, contribuindo com o cuidado integral;

•participação da comunidade: o estímulo ao protagonismo dos usuários e ao controle social contribui para a melhoria dos serviços ofertados pelas equipes, que podem avaliar e planejar as intervenções com a participação das comunidades assistidas.

Os municípios brasileiros apresentam distintas formas de expressão das diretrizes descritas na PNAB 2017. Cada localidade tem sua capacidade de investimento, cobertura populacional, rede assistencial e parcerias regionais estabelecidas. Essas peculiaridades apontam como as necessidades de saúde da população serão atendi-das, além de definirem os montantes de recursos que serão repassados aos munici-pios por outras instâncias governamentais.

## A Estratégia Saúde da Família como modo de expansão do SUS

Desde a aprovação da primeira PNAB, em 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de atenção à saúde prioritário e de expansão do SUS.

A atuação de base territorial da ESF aproxima as equipes formadas por médico(a) generalista/médico(a) de família e comunidade (MFC), enfermeiro(a) generalista/enfermei-ro(a) de família, técnico(a) de enfermagem e agente comunitário(a) de saúde (ACS) dos problemas e das potencialidades de determinada localidade. O contato e a co-municação mais próxima na comunidade, ao longo do tempo, facilitam a produção de vínculos e ampliam o olhar dos profissionais. Durante a pandemia, a capilarida-de da APS nos municípios foi estratégica para diversas ações, como atendimento aos doentes, disseminação de informação de base científica, monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados, dentre outras intervenções.

As diretrizes estabelecidas na PNAB para o processo de trabalho da ESF se correla-cionam com os atributos essenciais e derivados da APS, desenvolvidos por Barbara Starfield (Unesco, 2002), utilizados para caracterizar modelos de APS universais e de abordagem integral. O primeiro contato preferencial do sistema de saúde, a longitudinalidade no acompanhamento do cuidado, a coordenação das ações na rede, bem como a oferta de todos os serviços necessários à integralidade do cuidado são definidos como atributos essenciais. Esses conceitos foram apresentados nos parágrafos anteriores e estão descritos nos princípios e diretrizes da última PNAB.

Os atributos derivados definidos por Starfield articulam-se à atuação das equipes da ESF e aos territórios, especialmente no que se refere à relação entre profissionais e usuários. São eles:

•orientação para a comunidade: aproximar-se dos territórios para conhecer as dificuldades e potencialidades locais da população adscrita, identificando as necessidades e os recursos e potenciais parcerias da comunidade, o que favorece o trabalho das equipes. Outro elemento importante é estimular a par-ticipação de usuários nos espaços instituídos na UBS e demais colegiados;

•centralidade na família: o modelo de atenção à saúde da APS compreende que as condições de saúde, doença e assistência são influenciadas por víncu-los familiares, comunitários e outras determinações. Nesse sentido, conhe-cer a configuração e a relação entre os membros das famílias acompanhadas é fundamental;

•competência cultural: a capacidade comunicativa entre usuários e profis-sionais é um dos pontos principais para a construção do cuidado.





prévia EDPOPRUA.indd 224-225 12/12/2025 10:41:34

Ambos precisam se entender e para isso é importante que o profissional fique atento a algumas expressões que utiliza. A forma como as populações atendidas conversam, as gírias e o significado de algumas palavras para determinada localidade podem comprometer o entendimento do conteúdo a ser enuncia-do. Aqui, na ambientação e eventual "tradução" entre linguagens, o ACS participa como um facilitador, já que é preferencialmente morador da lo-calidade e circula na equipe e no território. Outro ponto importante é co-nhecer as características culturais, crenças, hábitos e convicções ideológicas comuns nas comunidades, já que essas dimensões influenciam na compre-ensão individual e coletiva sobre saúde.

Na perspectiva de uma APS construída no tempo presente e que aponta para o fu-turo, investimos numa ESF de práticas e intervenções abrangentes e resolutivas, de primeiro contato prestado em tempo oportuno, de maneira longitudinal e no terri-tório. Busca-se o resgate das formas de organização do cuidado de modo coletivo e compartilhado que possam agir nas diversas questões que chegam como demandas para a APS – saúde mental, reabilitação, violências, atenção nutricional, uso irra-cional de medicamentos, dentre outros agravos. Além disso, a mudança do perfil demográfico e o envelhecimento da população brasileira pressionam ainda mais o SUS, que precisa se reorganizar para acompanhar o aumento das condições crôni-cas de saúde que caracterizam essa faixa etária, cada dia mais crescente e longeva.

## O TRABALHO EM EQUIPE CONFORMANDO UM CAMPO E UM NÚCLEO DE SABERES E PRÁTICAS COMPARTILHADAS

O processo de trabalho da ESF é constituído por meio da atuação de equipes míni-mas, em que a atenção à saúde é ofertada aos usuários por mais de uma categoria profissional. As equipes de saúde da família e as eMulti são arranjos coletivos que buscam o compartilhamento e a corresponsabilidade do cuidado, considerando a singularidade, o conhecimento e a autonomia de cada pessoa, sua inserção familiar e comunitária, bem como outras dimensões do viver, como trabalho e educação, gênero, raça/cor e demais marcadores sociais da diferença. Devido à complexida-de de situações para as quais os profissionais das UBS são convocados, o trabalho em equipe possibilita a ampliação de olhares e saberes sobre as necessidades das populações atendidas.

As práticas de saúde organizadas em equipes de trabalho despontaram para respon-der a algumas questões: o aumento do acesso da população aos serviços de saúde; a necessidade de racionalização dos custos cada vez maiores do setor; a compreensão de que os sujeitos, e consequentemente seus processos de saúde-doença-cuidado, são constituídos de um corpo biológico, dotado de subjetividade e determinados por um contexto socialmente produzido. Além disso, a atuação em equipe pode signi-ficar o alcance de melhores resultados no acompanhamento de usuários e maiores graus de satisfação pessoal dos profissionais envolvidos no cuidado (Peduzzi, 2007; Peduzzi et al., 2018).

O modo como os membros de uma equipe instituem seu processo de trabalho vai reverberar nos acompanhamentos dos territórios e na atenção à saúde. Equi-pes cujos participantes buscam um objetivo comum a partir das necessidades do usuário, que interagem profissionalmente, reconhecem e valorizam as diferenças profissionais e a comunicação, produzem o cuidado menos fragmentado e mais resolutivo, configurando a atenção interprofissional (Campos, Cunha, Figueiredo, 2013; Peduzzi et al., 2018).

Decidir coletivamente um projeto terapêutico onde há a participação de vários pro-fissionais implica a diminuição da autonomia, visto que a conduta a ser pactuada pode não representar o entendimento pessoal sobre a condução do caso. No processo de planejamento conjunto, observa-se a ocorrência de uma força que impulsiona para a colaboração e o compartilhamento de saberes e práticas, e outra que busca a prevalência do próprio saber sobre o do outro profissional (Furtado, 2007). Esses atravessamentos podem prejudicar a relação interna da equipe, gerando conflitos, afastamento e ruídos entre os membros, o que acaba por ter um efeito negativo no atendimento às populações adscritas.

No entanto, não há como construir uma relação entre os profissionais sem que esses aspectos da subjetividade humana se façam presentes. Mesmo com protocolos, manuais e instrutivos que procuram normatizar os processos de trabalho, eles são postos em prática por sujeitos em relação, com histórias de vida, crenças e valores próprios. O aumento da capacidade de comunicação que se estabelece no interior das equipes, com a abertura de espaços de fala e escuta para todos, pode contribuir para que as diferenças técnicas sejam vistas positivamente como prática e formação distintas que podem compor um campo comum, e não um motivo para o exercício do poder e da hierarquia.

A articulação dos profissionais em (inter)relação, atuando em conjunto nas atividades da UBS, produz a emergência de uma zona de interação e de





prévia EDPOPRUA.indd 226-227 12/12/2025 10:41:35

construção de um campo de conhecimento comum, de troca e apoio. Um atendimento compartilhado em grupo, a visita domiciliar e a interconsulta são momentos em que profissionais de categorias diferentes integram suas experiências, produzindo uma intervenção coletiva. Em outros momentos da prática assistencial, o profissional vai se voltar para seus conhecimentos e para as responsabilidades próprias da categoria. Esses dois espaços são conceituados como campo e núcleo de saberes e práticas.

> No núcleo haveria uma aglutinação de conhecimentos e práticas, con-formando as identidades profissionais e determinados padrões de com-promisso com a produção de saúde [...]. Já o campo seria um espaço de intersecção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, e onde todo profissional de saúde deveria atuar, independentemente de sua categoria ou forma-ção (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013, p. 67-68).

Os movimentos de "entrada" no campo e de "retorno" ao núcleo são feitos cons-tantemente, visto que, dentre as diversas intervenções realizadas, algumas convo-cam o saber específico de cada especialidade e outras são de construção coletiva e de responsabilidade comum para a equipe. Nesse sentido, podemos considerar que a equipe multiprofissional na APS vai atuar em uma dimensão interprofissional, combinada com intervenções baseadas na formação nuclear de saberes e práticas.

## A EQUIPE DE REFERÊNCIA E O APOIO MATRICIAL

A colaboração interprofissional entre equipes encontra no método do apoio ma-tricial um importante dispositivo de gestão do processo de trabalho e da clínica. Conforme apontado anteriormente, o apoio matricial organizou o modo de operar o apoio do Nasf na APS, além de o matriciamento ser amplamente utilizado no SUS. Na portaria Nº 635/2023, ele figura como uma das incumbências da eMulti.

De acordo com o apoio matricial, uma equipe com profissionais de diferentes sa-beres atua em conjunto e em articulação com uma ou mais equipes de referência, as quais possuem determinadas categorias profissionais que operam com objeti-vos em comum e que são responsáveis pelo acompanhamento de uma clientela específica. A definição da população adscrita favorece a construção de vínculo e o acompanhamento longitudinal com os que são atendidos; no entanto, há um limi-te de intervenções possíveis. Com vistas a ampliar essa capacidade, os apoiadores ofertam o suporte de outras especialidades, e podem atuar por meio de intervenções pedagógicas junto às equipes apoiadas ou diretamente com os usuários.

Tendo como princípio a busca pela democratização das instituições e das relações de trabalho, no apoio matricial as necessidades de saúde de determinado território são dialogicamente cogeridas, de forma horizontal – sem desconsiderar diferen-ças de saber e de poder –, a partir de demandas de sujeitos concretos. Assim, os mesmos desafios apontados no trabalho em equipe podem ser vivenciados quando se opera o apoio matricial, especialmente as questões relacionadas à hierarquia de poder. Novamente, aposta-se na organização de espaços coletivos para que os desafios possam ser colocados em análise, com a garantia de possibilidade de fala de todos do grupo.

Em relação às atividades orientadas pelo apoio matricial realizadas na APS, pode-mos observar outros efeitos importantes dessa prática, a saber: ampliação das ações de saúde oferecidas nas UBS; oferta de atendimento coletivo e individual, aumen-tando a capacidade resolutiva da APS; realização de atividades pedagógicas com profissionais, usuários e coletivos; acesso de usuários e coletivos a outras categorias profissionais além das equipes mínimas; articulação com a rede e qualificação dos encaminhamentos; aumento da capacidade de análise e intervenção das pessoas sobre seus processos de trabalho e vida.

## COMPOSIÇÃO E COMPETÊNCIAS DAS EMULTI DEFINIDAS NA PORTARIA Nº 635/2023

As diretrizes e os objetivos do processo de trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti, definidos na Portaria GM/MS Nº 635/2023, trazem significativas possibilidades para o SUS. A normativa propõe a ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde por meio do trabalho colaborativo entre profissionais; a abordagem do processo saúde doença pelo princípio da integralida-de; a ampliação das ofertas de práticas em saúde na APS e a integração das práticas de produção de saúde – assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação em saúde na APS. A atuação dos profissionais, tendo como premissa esses pressupostos, visa a efetivação dos atributos essenciais e derivados da APS e da PNAB.





prévia EDPOPRUA.indd 228-229 12/12/2025 10:41:35

A portaria aposta na atenção interprofissional com vistas à superação da fragmen-tação do cuidado e explicitação das responsabilidades dos profis-sionais e equipes; no aprimoramento e ampliação da resolubilidade da APS; na longitudinalidade da atenção com definição de profissional de referência da eMulti e equipe vinculada da UBS; no aprimoramento da comunicação e da cogestão de casos e projetos; e na articulação da continuidade e produção de saúde com outros pontos de atenção da rede de atenção do SUS e serviços intersetoriais.

Para efetivar as diretrizes e objetivos, a normativa propõe que os profissionais da eMulti realizem atendimento individual, em grupo e domiciliar; atividades coleti-vas; apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado com os profis-sionais e equipes das UBS; a oferta de ações de saúde à distância; a construção con-junta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e práticas intersetoriais.

As muitas possibilidades de atuação da equipe são fator de destaque da eMulti. O amplo espectro de atividades que podem ser desenvolvidas pelos profissionais dentro e fora das UBS tem a capacidade de trazer mais resolutividade às equipes vinculadas ao dar acesso aos usuários e coletivos a até 22 diferentes especialidades.

Como novidades em relação ao proposto anteriormente pelo Nasf, destacam-se: maior proeminência ao acesso dos usuários; incorporação e indução do uso de tecnologia da informação e comunicação (TIC); inclusão de cinco novas especiali-dades médicas – cardiologia dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infecto-logia; e instituição do pagamento por desempenho com critérios de avaliação.

A portaria busca a maior responsabilização sanitária para os membros da eMulti, que também podem ser definidos como profissionais de referência de casos acom-panhados, dando autonomia e promovendo o acesso direto de usuários a mais espe-cialidades. Essa característica está em consonância com o atual entendimento sobre a APS, que se almeja mais resolutiva e com maior capacidade de resposta frente às necessidades do território. Para isso, a participação de mais categorias profissionais atuando em conjunto com as equipes mínimas fortalece as intervenções no pró-prio território, diminuindo os encaminhamentos para os outros pontos da RAS. Ampliar o acesso da população à eMulti, reduzindo as burocratizações e barreiras de contato aos profissionais especialistas, não significa romper a articulação dessa equipe com as equipes de referência da APS. A pactuação dos fluxos e dos meios de acesso é de fundamental importância para que não se produza uma clínica fragmentada e a ambulatorização do processo de trabalho desses especialistas.

Nessa direção, as ações da eMulti têm como premissas a cooperação e a corres-ponsabilização entre equipes, que, por meio da troca de conhecimentos e saberes do trabalho colaborativo, podem ampliar a compreensão dos profissionais acerca dos contextos nos quais estão inseridos, expandindo a possibilidade de agir sobre os problemas que se apresentam. E, assim, ampliar a capacidade de análise e inter-venção dos envolvidos sobre as práticas de saúde desempenhadas na APS, numa perspectiva de aumento do coeficiente de autonomia desses sujeitos (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013).

As diretrizes e os objetivos, além dos dispositivos para a sua efetivação apontam para um significativo aprimoramento do modelo de atenção e gestão da APS. Aqui, considera-se a dimensão da complexidade da sua implementação, dada a hetero-geneidade do funcionamento e organização da APS no Brasil. Além disso, ainda há a frágil cultura de trabalho em equipe, de reconhecimento da interdependência e complementaridade dos saberes e práticas na elaboração dos projetos em comum com as equipes vinculadas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio de 2023. Insti-tui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as mo-dalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.476, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Políti-ca Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Bá-sica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_fami-lia_cab39.pdf. 2014.





prévia EDPOPRUA.indd 230-231 12/12/2025 10:41:35

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Ma-riana Dorsa. Práxis e formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo; Hucitec; 402p, 2013. Disponível em: https://www.book7.com.br/praxis--e-formacao-paideia--apoio--e-cogestao-em-saude-9788564806795/p?idsku=259857. 2013.

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Bo-tucatu, v. 11, n. 22, p. 239–255, ago. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/NMxT747jtM8xfpFsxWshvyt/abstract/?lang=pt. 2007.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Caderno de Saúde Públi-ca, Rio de Janeiro, 20 de ago. de 2018, v.34, n. 8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carva-lho; CARVALHO, Antonio Ivo. (Eds.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 459-491. Disponível em: https://doi.org/10.7476/97885754 13494.0018. 2012.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; SOUZA, Helton Saragor de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trabalho, educação e saúde. 18 (su-ppl. 1):e0024678. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi=-d=1981S77462020000400401-&tlng-pt. 2018.





TEXTO 2

# O CUIDADO INTEGRAL EM REDE ÀS PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UM OLHAR PARA O TERRITÓRIO VIVO

***Mauricéa Maria de Santana***

## APRESENTAÇÃO

Este Capítulo tem por propósito favorecer a discussão acerca do cuidado integral em rede e do olhar sob o território vivo, bem como ressaltar a importância da atenção básica enquanto ordenadora da rede. Este momento faz uma interface com os conteúdos trabalhados nos capítulos anteriores e traz possibilidades de caminhos metodológicos para o plano de intervenção.

A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas pauta-se em estratégias que visam o fortalecimento do cuidado em rede, com ênfase na reabilitação e reinserção social, centrada na atenção comunitária e na perspectiva da redução de danos.

Tais estratégias implicam na necessidade de capilarizar o cuidado no território e ampliar o olhar acerca do uso prejudicial de álcool e outras drogas, na busca de superar visões reducionistas sobre a dinâmica das pessoas que fazem uso de drogas, que muitas vezes se restringem à marginalização e criminalização, levando à estigmatização dos sujeitos envolvidos com essa problemática.

A compreensão do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a partir do contexto de vida, possibilita tirar o foco da doença ou da droga, e concentrar o olhar no sujeito e no cuidado, o que amplia a possibilidade de visualizar o problema em sua magnitude e complexidade e, sobretudo, permite a visualização de parceiros e de possibilidades de estratégias e mudanças. Assim, é necessário conhecer o território e suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

## 1 REDES DE CUIDADO NA ATENÇÃO A PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O SUS (Sistema Único de Saúde) tem como diretriz a descentralização e deve ser organizado sobre a lógica territorial, na perspectiva de prover um modelo





prévia EDPOPRUA.indd 232-233 12/12/2025 10:41:35

de atenção capaz de responder às necessidades da população, de forma a garantir acesso ao cuidado integral em rede. Destacamos entre as estratégias adotadas, que consideramos fundamentais para a organização desse cuidado, a regionalização, a atenção em rede e a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada preferencial do sistema.

A importância da organização regional se tornou mais evidente a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), do Pacto pela Saúde e dos dispositivos do decreto presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e destaca a regionalização como estratégia de efetivação do SUS (BRASIL, 2002, 2006, 2011a).

A regionalização significa ofertar serviços e ações de saúde obedecendo a critérios de hierarquização, organizando-os segundo o nível crescente de complexidade em áreas geográficas planejadas, levando em consideração o perfil epidemiológico da região e a rede previamente existente. Deve-se ressaltar que a região é um território vivo e de responsabilidades naturalmente compartilhadas (BRASIL, 2011a).

Com o decreto nº 7.508/2011, a ideia de redes de saúde passou a compor a pauta de discussão pública como estratégia de modelo de atenção, buscando promover a integralidade das ações, instituindo conceitos como o de região de saúde para a organização de um sistema funcional, possibilitando a qualidade e resolubilidade no atendimento às necessidades dos cidadãos, e permitindo o acesso ao sistema de saúde. Uma das redes prioritárias é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por serviços e pontos de atenção, a exemplo das Unidades de Saúde da Família; Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Unidades de Acolhimento (UA); SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); Centros de Convivência e Cultura; e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos Caps III.

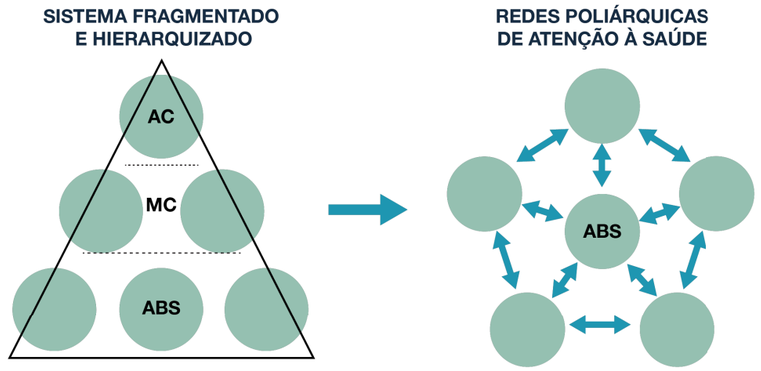
Abaixo seguem alguns conceitos importantes para o entendimento da organização proposta no SUS para os serviços públicos de saúde, que também podem ser norteadores para a reflexão acerca da qualificação de serviços públicos de outros setores, em especial aqueles voltados para o cuidado a cidadãos em situação de vulnerabilidade e com necessidade de acessar políticas públicas:

A **Região de Saúde** é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, devendo conter:

I – Atenção primária;
II – Urgência e emergência;
III – Atenção psicossocial;
IV – Atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
V – Vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

A **Rede de Atenção à Saúde** é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Deve ser voltada para as necessidades populacionais de cada espaço regional singular e integrada a partir da complementaridade de diferentes tecnologias. Rompe com a lógica das relações hierarquizadas entre serviços e se estabelece enquanto uma rede poliárquica, de relações horizontalizadas, formando um conjunto de serviços de saúde (Figura 1), vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção básica à saúde (BRASIL, 2011a; MENDES, 2010).

**Figura 1** – Modelos ilustrativos de formas de organização de sistemas de saúde.




Fonte: adaptado de MENDES, 2010.
Nota: ABS = atenção básica à saúde; MC = média complexidade; AC = alta complexidade.





prévia EDPOPRUA.indd 234-235 12/12/2025 10:41:35

Para melhor entender o que são redes, apresentaremos alguns conceitos trazidos por Pierre Musso (2004), na obra "A Filosofia da Rede", bem como por outros autores que trabalham no campo da geografia.

Redes são estruturas de interconexão instável, compostas de elementos em interação, cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento:

1. A rede é uma estrutura composta de elementos em interação; esses elementos são os picos ou nós da rede, ligados entre si por caminhos ou ligações, sendo o conjunto instável e definido em um espaço de três dimensões;

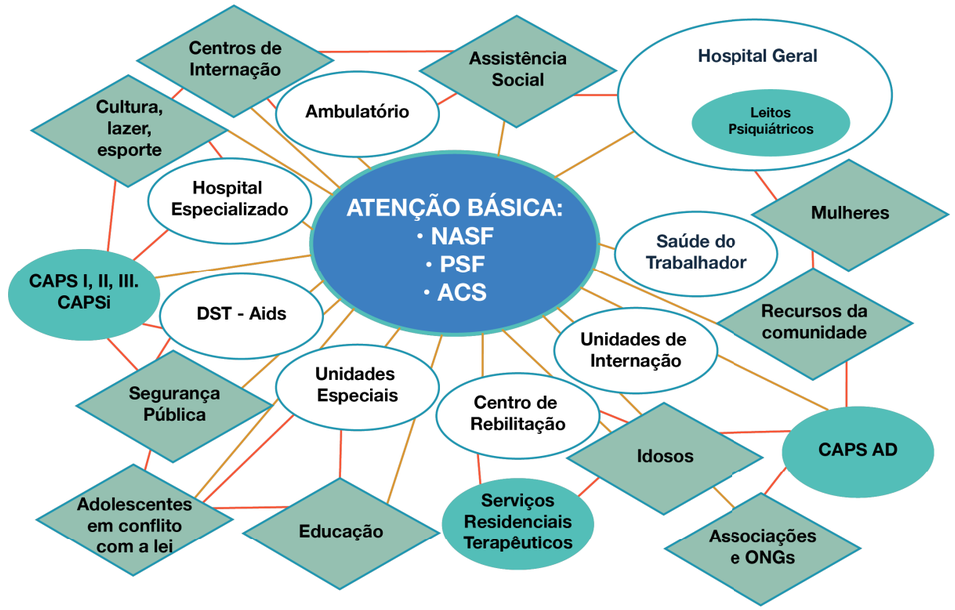
2. A rede é uma estrutura de interconexão instável no tempo; a gênese de uma rede (de um elemento de uma rede) e sua transição de uma rede simples a outra mais complexa são consubstanciais à sua definição. A estrutura de rede inclui sua dinâmica, que se considere o desenvolvimento de um elemento em um todo-rede ou de uma rede em uma rede de redes, trata-se sempre de pensar uma complexificação autoengendrada pela estrutura da rede;

3. A modificação de sua estrutura obedece a alguma regra de funcionamento. Supõe-se que a variabilidade da estrutura em rede respeita uma norma eventualmente modelizável, que explica o funcionamento do sistema estruturado em rede. Passa-se da dinâmica da rede ao funcionamento do sistema, como se o primeiro fosse o invisível do segundo, portanto seu fator explicativo. MUSSO (2004, p. 31)

Para que haja fluxos, são necessários fixos, afinal, os fluxos possuem origem e destino. Nesta dinâmica, os fixos são constantemente refuncionalizados. Tais termos são complementares e interdependentes. Fluxos geram fixos que por sua vez geram novos fluxos (SANTOS, 2001)

A RAPS pressupõe uma interconexão entre os pontos de atenção, com relações dinâmicas, podendo ser acionada a qualquer momento de acordo com a necessidade do usuário, e a atenção básica representa o ponto de interseção central de sua trama (Figura 2), pois tem capilaridade no contexto de vida das pessoas, conhecendo de perto suas singularidades.

**Figura 2** – Representação gráfica da estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)




Fonte: adaptado de BRASIL, 2011b.

***Como se configura a RAPS no meu município?***

***Quais são seus componentes?***

***Como se dá a interseção com os outros setores (educação, assistência social, justiças, ONGs, etc.)?***

***Consegue acolher e responsabilizar-se pela sua população?***

***Orienta os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes de atenção?***

***Tem tido capacidade para resolver 85% ou mais das necessidades da população?***





prévia EDPOPRUA.indd 236-237 12/12/2025 10:41:36

## 2 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Mendes (2010) ressalta que para a atenção básica resultar em benefícios reais ao fluxo das redes, deve cumprir três funções essenciais:

a)Ter capacidade resolutiva para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população vinculada;

b)Desenvolver habilidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes;

c)Acolher e responsabilizar-se sanitariamente por sua população.

A partir do momento que estas funções não são devidamente exercidas, pela característica sistêmica das redes de atenção à saúde, há diversos prejuízos nos demais níveis que as compõem (MENDES, 2010).

Assim, a atenção básica é um componente importante da RAPS, para o cuidado integral de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em especial pela sua operacionalização de base territorial, capilarizada até a moradia da população vinculada.

A política de atenção básica instituída no Brasil em 2006 e reformulada em 2011 está pautada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Tem como proposta prioritária para sua expansão e consolidação da qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de outras estratégias de organização, dentre elas as práticas integrativas e complementares, na perspectiva da ampliação de sua capacidade resolutiva e da qualidade do trabalho (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS); os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); os Consultórios na Rua, que desenvolvem ações intersetoriais e parcerias com o Ministério da Justiça, através do Programa Nacional de Segurança Pública Com Cidadania (PRONASCI); e o Programa Saúde na Escola (PSE), que trabalha de forma integrada com o Ministério da Educação.

A atenção básica se caracteriza pelo desenvolvimento de ações que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, que responda às necessidades da população no âmbito individual e coletivo. Tem como objetivo o desenvolvimento de uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, assim como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2011c).

Deve ser operacionalizada a partir do exercício de práticas de cuidado e de gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe multiprofissional, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a realidade que se expressa e reflete a vida nos territórios de atuação, a partir da observação dos critérios de risco e vulnerabilidade, assim como a capacidade de resiliência e potencialidades. São ainda diretrizes da atenção básica: acessibilidade e acolhimento; vínculo, ou seja, construção de relações de afetividade e confiança, assim como de troca de saberes entre o usuário e o trabalhador da saúde; cuidado longitudinal; porta de entrada preferencial, gestão do cuidado integral em rede e ordenação da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011c).

Para Pereira e Barcellos (2006), a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho na estratégia de saúde da família, tarefa que adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares:

a)Demarcação de limites da área de atuação do serviço;
b)Reconhecimento de seu ambiente, população e dinâmica social;
c)Estabelecimento de relações com outros serviços.

Nepomuceno et al. (2010) acrescentam um outro sentido à territorialização: estabelecer vínculos e laços de compromissos e solidariedade, capazes de construir alicerces para um trabalho pautado na cooperação e corresponsabilização entre a equipe e a comunidade.

**Territorialização:** etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território, para a definição de territórios vivos, com suas margens de responsabilização sanitária – áreas de abrangência ou de influência das equipes de trabalhadores. Para a apropriação do território, recorre-se à metodologia da cartografia para construção de diferentes mapas: físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, etc.;

**Responsabilização sanitária:** compromisso que as equipes de trabalhadores devem assumir em seu território de atuação (adscrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo,





prévia EDPOPRUA.indd 238-239 12/12/2025 10:41:36

por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2015).

O processo de territorialização é um passo importante para construção de vínculos e parcerias, e deve incluir a participação da comunidade desde o começo. Monteiro (2006) considera que no processo de aproximação do 'agente externo' (técnico) com o 'agente interno' (comunitários), faz-se necessário transpor formalismos e representações de papéis, e avançar para construção de relações de maior proximidade e confiança. A relação entre o usuário e a equipe possibilita o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, e representa um forte potencial terapêutico na gestão do cuidado e empoderamento.

> relação da equipe de saúde com a comunidade deve estar pautada num formato de comunicação dialógica e problematizadora da realidade. O diálogo aqui entendido como "o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o pronunciam, isto é, transformam, e, transformando-o, o humanizam para a transformação de todos" (FREIRE, 1983, p. 28).

Freire (1983, p. 29) explica que o diálogo tem um papel importante no processo comunicativo, pois possibilita a diminuição da distância entre a expressão do técnico e a percepção pelos comunitários em torno do seu significado, e, assim, o significado passa a ter a mesma significação para ambos. Nessa mesma direção, a territorialização representa um movimento mútuo de se conhecer e construir de forma compartilhada uma leitura da realidade, promovendo o fortalecimento e uma melhor participação da população no trabalho desenvolvido no território.

A **acessibilidade e o acolhimento** têm como função central facilitar o acesso do usuário a rede de serviços, além de acolher, escutar e buscar oferecer uma resposta positiva, no sentido de ofertar possibilidades de enfrentamento da maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos, com responsabilidade pela oferta do cuidado mesmo que seja em outro ponto da rede de atenção. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.







A **ordenação da rede** de atenção à saúde implica inicialmente em reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. Ayres (2009) discute que as necessidades de saúde precisam ser entendidas de forma mais ampla, superando sua leitura biomédica e seu entendimento na perspectiva anátomo-fisio-patológica, de forma que possam ser compreendidas em sua integralidade e respondidas mediante a inter-relação com os outros pontos da rede de atenção à saúde, bem como de outros setores, como os da Assistencial Social.

O **cuidado integral** está implícito à responsabilidade da atenção básica, e visto em seus vários aspectos considera: a integração de ações programáticas e as respostas à demanda espontânea; a articulação das ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; o manejo das diversas tecnologias de cuidado; a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades. Dessa forma, diz respeito ao trabalho em equipe multiprofissional e à interdisciplinaridade na prática e gestão do cuidado, coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

O **trabalho em equipe** é uma prerrogativa da atenção básica que pressupõe uma responsabilidade coletiva e compartilhada do cuidado. Motta (2001) considera que é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, que possibilita uma visão ampla e coletiva do trabalho, e reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns. O trabalho em equipe é aqui entendido para além da equipe nuclear do serviço, numa forma mais ampla, intra e extra setorial, requerendo dos atores envolvidos uma relação recíproca de comunicação e interação, e um processo centrado no sujeito, onde o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção.

Ressaltamos mais uma vez que os conceitos aqui trabalhados foram desenvolvidos no campo da saúde, mas podem orientar a reflexão acerca da prática profissional no âmbito das políticas públicas de modo geral.

## 3 O TERRITÓRIO VIVO E O CUIDADO INTEGRAL EM REDE

Percebe-se que a temática do território é transversal às diretrizes que orientam as redes de cuidado. O território representa o lugar onde as pessoas vivem e constituem suas subjetividades e relações, tornando-se imprescindível conhecê-lo para compreender o contexto de vida no cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.



prévia EDPOPRUA.indd 240-241 12/12/2025 10:41:36

***De que forma o território é trabalhado no cotidiano das equipes dos serviços de saúde, educação, assistência social, segurança, cultura, entre outros?***

***A vida expressa nos territórios é considerada na organização dos planos de cuidado?***

***Qual a real situação do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas nos territórios onde atua profissionalmente?***

***Quem são as pessoas que têm problemas decorrentes do uso de drogas?***

***Quais as suas necessidades reais? Todos têm as mesmas necessidades?***

***Quais os limites e potencialidades do território no cuidado a essas pessoas?***

Uma das explicações da origem da palavra "território" vem da junção de duas palavras latinas, "terra" e "torium", que significa "terra pertencente a alguém". Pertencente não no sentido da propriedade da terra, mas da sua apropriação na acepção do sentimento de "pertencimento". Por pertencimento podemos entender a integração das pessoas a princípios e visões de mundo comuns, que fazem com que estas se reconheçam e se sintam participantes de um mesmo território (HAESBAERT, 1995).

O território, embora seja considerado um dos conceitos fundadores da geografia, é considerado um conceito polissêmico pela possibilidade de ser analisado sob diferentes perspectivas, trabalhado no campo das ciências sociais e de outras áreas, inclusive na saúde.

A discussão do conceito de território nos remete à ideia de complexo, dinâmico, que transita do político ao cultural, do concreto ao subjetivo, do histórico ao contemporâneo, do natural ao construído, dos objetos às ações, dos fixos aos fluxos, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas.

***Bebendo na fonte da geografia!***

Território usado é tanto o resultado do processo histórico quanto a base material e social das novas ações humanas. Impõe uma dimensão totalitária do território, contempla necessariamente todos os usos, todos os interesses, todas as políticas e todas as razões de ser, constituindo assim um recurso analítico pleno de caráter político e humanista (SANTOS; SILVEIRA, 2001; SANTOS, 1996).

Territorialização é fruto de uma estratégia para tomar posse de um espaço geográfico. Desterritorialização seria o abandono espontâneo ou forçado da territorialização e a reterritorialização constitui-se na construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre na mesma localidade (HAESBAERT, 2004).

Territorialidade é compreendida como um atributo humano, condicionado por normas sociais e valores culturais, que variam de sociedade para sociedade, de um período para outro, resultante de processos de socialização, da psicologia coletiva e da interação entre seres (ALBAGLI, 2004).

São duas as dimensões do território: (a) dimensão material: político-econômica/relações de poder; (b) dimensão imaterial: simbólico-cultural/relações sociais que produzem identidade e vínculos (HAESBAERT, 2004; 1995).

O território vivo possui três dimensões, uma ligada ao espaço físico, a segunda associada à dimensão simbólica e a terceira à dimensão existencial, que diz respeito ao modo pelo qual o território ganha sentido. A partir da concepção do território vivo, faz-se necessário oferecer para cada sujeito uma escuta capaz de acolher o seu entendimento particular sobre os acontecimentos de sua vida (GUATTARI, 1992).

> Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras (BRASIL, 2009).

Segundo Mendes (1999), no campo da saúde pode-se observar o termo território sendo utilizado em duas perspectivas: espaço físico ou geopolítico – visão topográfico-burocrática, que considera apenas suas características geofísicas; e território-processo, que pressupõe uma dinâmica social na qual se tencionam sujeitos postos na arena política, um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados, de projetos e sonhos.

Para Monken et al. (2008), o território na saúde deve ser compreendido como suporte à vida da população, território da conformação dos contextos que





prévia EDPOPRUA.indd 242-243 12/12/2025 10:41:36

explicam a produção dos problemas de saúde e de bem estar sendo assim suporte à organização dos serviços e práticas em saúde, e território da responsabilidade e da atuação compartilhada.

Assim, tem como funções ser o território de escuta, no qual se obtém as informações necessárias para que a equidade seja alcançada; ser o território de administração, onde se busca a articulação com outros territórios, instituições e equipamentos que possam disponibilizar recursos mais complexos; e ser o território de realizações, onde a prestação dos serviços no espaço vivido é materializada (BITOUN, 2000).

Diante da complexidade que envolve a organização do processo de trabalho e a condução do cuidado sob a lógica do território vivo, apropriar-se desse território, no sentido de conhecê-lo e evidenciar as necessidades vividas e concebidas, é a expressão máxima nas áreas de responsabilidade da rede de cuidado.

Nesse sentido, propomos subsídios teóricos e pistas práticas para guiar o processo de territorialização nas práticas de cuidado, em especial na atenção básica, fundamentados no referencial teórico que aborda o território usado – território vivo enquanto categoria analítica (proposto por Milton Santos); na sistematização teórico-metodológica dos distritos sanitários enquanto território-processo – espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tencionam sujeitos sociais postos na arena política (proposta por Eugênio Vilaça Mendes e outros autores); bem como na escuta dos trabalhadores da atenção básica (SANTANA, 2013).

A sistematização elaborada considera as dimensões política, simbólico-subjetiva, física e técnica do território, e sugere um elenco de critérios e instrumentos para sua apropriação – do território usado, vivido, dinâmico –, processo no qual a participação efetiva da população é fundamental para a adequada territorialização. Para tanto, se faz necessário recorrer a caminhos metodológicos que contemplem uma participação dialógica, considerando opiniões, concepções, representações, sentimentos e conhecimentos da população, sendo ela o ator principal da ação, que dá sentido e significado à vida no território (SANTANA, 2013).

Para o desenvolvimento da proposta, considera-se que os espaços de vivência e reflexão que criticam a realidade são, ao mesmo tempo, espaços de disputas e conflitos, e espaços de construção de novas possibilidades de cuidar e aprender a cuidar, a partir da ética da alteridade do cuidado (SELLETI; GARRAFA, 2005). De acordo com os autores, a alteridade implica na capacidade de apreender o outro na plenitude de sua dignidade e, sobretudo, de sua diferença, e a ausência da alteridade nas relações humanas e sociais é proporcional à presença de conflitos insolúveis.

No Quadro 1 estão discriminados os critérios e instrumentos propostos para o processo de territorialização:

**Quadro 1** – Critérios e instrumentos para o processo de territorialização na Estratégia de Saúde da Família, segundo dimensões do território.

(continua)

| DIMENSÕES DO TERRITÓRIO | CRITÉRIOS | INSTRUMENTOS |
|---|---|---|
| POLÍTICA | ▪ Conhecer a história da comunidade, resgatando elementos da ocupação daquele território;<br>▪ Caracterizar as redes de poder existentes no território;<br>▪ Caracterizar atores políticos com análise crítica para possibilidades de parcerias;<br>▪ Caracterizar as organizações políticas existentes no território. | ▪ Diário de campo;<br>▪ Entrevistas semiestruturadas com alguns moradores. |
| SIMBÓLICA/ SUBJETIVA | ▪ Caracterizar a representação de vida no território, (identificar o que significa viver naquele lugar);<br>▪ Compreender a concepção que a população tem sobre saúde e sobre doença;<br>▪ Identificar os problemas de saúde na concepção da população;<br>▪ Identificar as potencialidades daquele território na concepção da população;<br>▪ Compreender a expectativa que a população tem a respeito do trabalho da equipe de profissionais;<br>▪ Caracterizar as redes de apoio e solidariedade existentes no território;<br>▪ Identificar e espacializar pessoas potenciais na concepção da população;<br>▪ Caracterizar os aspectos culturais;<br>▪ Identificar o potencial de parcerias dos atores sociais que representam os equipamentos sociais do território. | ▪ Diário de campo;<br>▪ Entrevistas semiestruturadas com moradores;<br>▪ Rodas de conversa com a população, a partir da utilização de roteiro semiestruturado que aborde os temas citados nos critérios;<br>▪ Elaborar cartografia participativa que sintetize a representação da vida no território, a partir dos comunitários (feito pela comunidade). |
| FÍSICAS | ▪ Espacialização da malha viária (avenidas, ruas, becos, escadarias, etc.) com informações qualitativas de sua funcionalidade;<br>▪ Espacialização dos tipos de edificações existentes no território (alvenaria, taipa, material aproveitável, etc.);<br>▪ Espacialização do uso das edificações (residencial, comercial, social, industrial);<br>▪ Espacialização das redes de serviços de infraestrutura (água, luz, esgoto, telefonia);<br>▪ Espacialização dos recursos naturais;<br>▪ Espacialização dos equipamentos sociais (igrejas, escolas, creches, ONGs, terreiros, centros espíritas, quadras esportivas, praças, etc.). | ▪ Visita de campo e diário de campo;<br>▪ Base cartográfica na escala de 1:1000, constando limites de bairros e áreas de coberturas;<br>▪ Entrevistas semiestruturadas com alguns moradores mais antigos;<br>▪ Elaboração do mapa com síntese das condições de vida e saúde da população. |





prévia EDPOPRUA.indd 244-245 12/12/2025 10:41:36

**Quadro 1** – Critérios e instrumentos para o processo de territorialização na Estratégia de Saúde da Família, segundo dimensões do território.

(conclusão)

| DIMENSÕES DO TERRITÓRIO | CRITÉRIOS | INSTRUMENTOS |
|---|---|---|
| TÉCNICA | ▪ Caracterização da população (faixa etária, sexo, raça cor, ocupação, escolaridade, etc.);<br>▪ Caracterização epidemiológica (identificação dos principais agravos à saúde, morbidade referida, condições referidas);<br>▪ Caracterização dos indicadores de desempenho e monitoramento preconizados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;<br>▪ Espacialização das condições referidas do elenco preconizado para atenção básica (criança menor de um ano, gestantes e idosos, alerta no monitoramento diante de sinais de risco);<br>▪ Espacialização dos agravos prioritários do elenco preconizado para atenção básica (cuidado para não expor os usuários nos casos dos agravos estigmatizantes);<br>▪ Espacialização do monitoramento das visitas domiciliares realizadas pelos diferentes profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e saúde bucal, médicos, enfermeiros, odontólogos, equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, agentes de saúde ambiental e controle de endemias, e outros atores que visitem as famílias). | ▪ Visita de campo e diário de campo;<br>▪ Cadastramento ou atualização do E-SUS;<br>▪ Análise dos bancos de dados do SINAN, SIM, SINASC, IBGE. |

Fonte: Atualizado de Santana (2013).
Nota: e-SUS AB = Sistema de Informação da Atenção Básica; SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SIM = Sistema de Informação sobre Mortalidade; SINASC = Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

É preciso fazer destaque à forma de vinculação aos serviços pela comprovação de endereço, medida muito comum adotada por gestores para otimização da rede de atenção à saúde, mas sem respaldo legal. Ressaltamos, na lógica do território vivo, que para o cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas é preciso considerar que muitas vezes se faz necessária a desterritorialização pela influência das relações de poder estabelecidas pela rede do tráfico de drogas.

***O acesso aos serviços de saúde é um direito de todos!***

O acolhimento à demanda deve ser feito em qualquer serviço da rede e encaminhado para um serviço mais próximo da moradia (quando possível), ou para um serviço que não traga riscos eminentes para manutenção da vida, neste caso é preciso avaliar com a pessoa qual o lugar de pertencimento afetivo onde ela possa ser acompanhada.

A leitura do território requer uma sistematização em mapas, o que podemos chamar de tratamento cartográfico. Esse tratamento pode seguir uma via mais técnica, por meio da cartografia tradicional, ou contemplar a leitura da realidade sintetizada de forma subjetiva, que pode ser conhecida por mapas mentais e cartografias participativas, que possuem objetivos diferentes, mas se assemelham por favorecer uma leitura subjetiva do território a partir de quem vive.

O mapeamento permite trabalhar a síntese geográfica, aproximando e (re) construindo sua totalidade, buscando suas expressões territoriais e representando-as através de mapas condicionados pela própria entrada de dados. É importante ressaltar a capacidade pedagógica e comunicativa que os mapas possuem (MONKEN, 2003).

A metodologia de cartografia social é uma alternativa que serve para criar um conhecimento global sobre o território por parte da comunidade, e impulsioná-la para a transformação social em que técnicos e comunidade façam um único mapa, já com suas visões sobre a realidade (HERRERA, 2009). Nas Figuras 3 e 4 são ilustrados exemplos de mapas elaborados a partir da concepção da cartografia social.



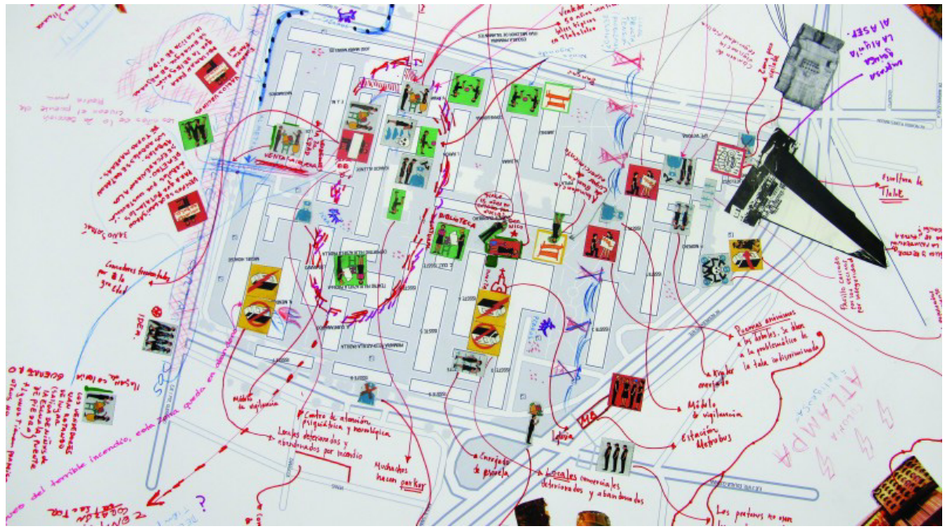


prévia EDPOPRUA.indd 246-247 12/12/2025 10:41:36

**Figura 3**– Representação esquemática da cartografia participativa.

Fonte: TORRE, I. T.; GAONA, S. R.; CORREDOR, D. V. Cartografía social como metodología participativa y colaborativa de investigación en el territorio afrodescendiente de la cuenca alta del río Cauca. Cuad. geogr., Bogotá, v. 21, n. 2, p. 59-73, July 2012.

**Figura 4**– Representação esquemática da cartografia participativa



Fonte: Disponível em http://bit.ly/FAD-cp8b.

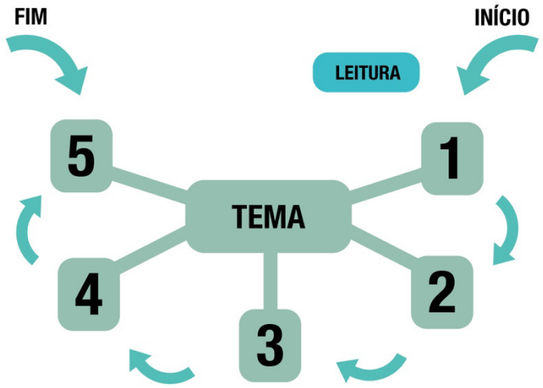






Os mapas mentais são entendidos como uma forma de linguagem que retrata o espaço vivido representado em todas as suas nuances (Figuras 5 e 6), cujos signos são construções sociais. Eles podem ser construídos por intermédio de imagens, sons, formas, odores, sabores, porém seu caráter significativo prescinde de uma forma de linguagem para ser comunicado (KOZEL et al., 2009).

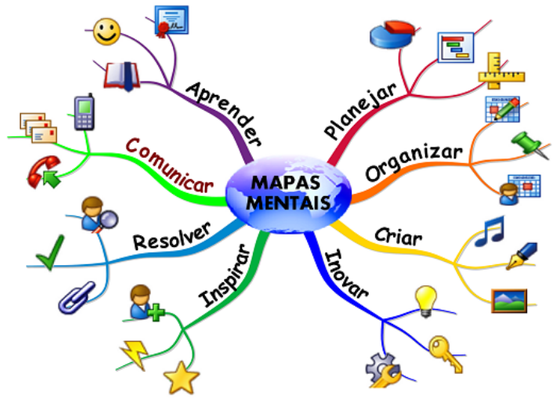
**Figura 5**– Representação esquemática da cartografia participativa.




Fonte: autoria própria.

Fonte: autoria própria.

**Figura 6**– Representação esquemática da cartografia participativa.
Fonte: autoria própria.




Fonte: Disponível em http://bit.ly/FAD-cp8a.



prévia EDPOPRUA.indd 248-249 12/12/2025 10:41:37

Desta forma, a sistematização do processo de territorialização deve contemplar o olhar popular e técnico sobre o território, com a complementaridade do tratamento cartográfico. A partir dos critérios permeados pela concepção e representação social, contemplados basicamente na dimensão política, simbólico/subjetiva e física, pode-se utilizar os recursos da cartografia social ou participativa, tendo como instrumento o mapa mental.

Assim, o trabalho em saúde com vistas ao território vivo está para além de mero levantamento de dados, pressupõe relacionar-se com o outro e compartilhar os dilemas da vida no lugar-comunidade, configura-se num processo de permissão mútua de conhecer e ser conhecido, aproximar-se e construir vínculos de colaboração e parcerias, o que resulta numa responsabilidade coletiva com a transformação da realidade vivenciada, que busca cultivar, nos terrenos da vida, a autonomia dos sujeitos (NEPOMUCENO et al., 2010).

Desta forma, a apropriação do território na perspectiva do cuidado integral em rede, o cuidado aqui compreendido como produtor do projeto de felicidade, de criticidade, e que possa conduzir as pessoas ao empoderamento e à participação social, está sempre pautado em valores democráticos e emancipatórios como o direito e a responsabilidade. Para Honorato e Pinheiro (2007), a ação de saúde que se caracteriza pela via do diálogo e negociação se configura num espaço político, produzida não apenas por técnicos e comunitários, mas, sobretudo, por atores políticos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado integral em rede pressupõe um olhar para o território, o considerando enquanto vivo produtor não somente de problemas, mas, sobretudo, de potência, de vida e de cuidado solidário. A rede de cuidado integral se configura para além dos componentes institucionais.

O que faz necessário optar por lentes que nos permitam enxergar as redes de apoio e solidariedade existentes nos territórios. Geralmente composta por pessoas que se destacam por sua capacidade cuidadora de implicar-se com o outro, de querer contribuir com a melhoria da qualidade de vida do outro.

Estes atores potenciais de cuidado podem ser pessoas comuns, liderança social ou religiosa (freiras, padres, pastores, pai de santo), costureira, mecânico, liga de dominó, liga de futebol, cabeleireiro ou movimento cultural. Enfim, toda e qualquer pessoa que se dispõe a contribuir de forma positiva com a pessoa que naquele momento precisa de ajuda.

É importante destacar que no processo de territorialização para configuração da rede de cuidado integral torna-se imprescindível a participação da comunidade. Pois, são as pessoas que tornam o território vivo.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Prefácio. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2009.

ALBAGLI, S. Território e Territorialidade. In: LAGES, V.; BRAGA. C.; MORELI, G. Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2004.

BITOUN, J. A política de saúde e as inovações na gestão local. Cidadania, cidade é notícia. Recife: Etapas, n. 4. Abril/Maio, 2000.

BRASIL. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 139, n. 112, p.36, 13 jun. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 07 mai. 2017.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 07 mai. 2017.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto. gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 17 junho. 2017.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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





prévia EDPOPRUA.indd 250-251 12/12/2025 10:41:37

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/ prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 10 mai. 2017.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 10 mai. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF.2 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2017.

_____. ABC do SUS. Brasília: Ministério da Saúde - Série F. Comunicação e Educação em Saúde, ed. 3, 2009.

_____. Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2003.

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra, ed. 7, 1983.

GUATTARI, F. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: ed. 34, 1992.

HAESBAERT, R. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, Iná Elias de et al. (Org). Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

_____. O mito da desterritorialização: do 'fim dos territórios' à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HERRERA, C. M. Evolución de las relaciones entre plantas y polinizadores: logros y deficiencias de la agenda darwiniana. Memórias de la Real Academia de Ciencias de Sevilla, 2009. p. 159-174.





HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. Trabalho político: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe de saúde. In: PINHEIRO, R.;BARROS, M. E.; MATTOS, R. A.(Orgs.). Trabalho em equipe sobre o eixo da integralidade. Valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 85-110.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 1. 2003.

KOZEL R. et al. Representações espaciais: mapeando os saberes vernaculares acerca das paisagens rurais. Rio Claro: Geografia, v. 34, n. 1, p. 271-286, 2009.
MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MENDES, E. V. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro:

HUCITEC/ABRASCO. 1999. 302 p.

MONKEN, M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde. 2003, 163 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C; MOREIRA, J. C.;

MONKEN, M. (Org.). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Ed. 1, v. 1, 2008. p. 23-41.

MONTEIRO, M. Hacer para transformar: El método em La psicologia comunitária. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MOTTA, R. P. Desempenho em equipes de saúde: Manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

MUSSO, P. A filosofia da rede. In PARENTE, A. (org). Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2004.





prévia EDPOPRUA.indd 252-253 12/12/2025 10:41:37

NEPOMUCENO, L. B. et al. Territorialização e inserção comunitária na saúde. In: DIAS, F. A. C; DIAS, M. S. A. Território, Cultura e identidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

PERREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, 2006.

SANTANA, M. M. de. Território plataforma da vida e do trabalho vivo em saúde: análise do território trabalhado na ESF do Distrito Sanitário V em Recife/PE. 2013, 197 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. São Paulo: Hucitec, 1996.

SELLETI, J. C.; GARRAFA, V. As raízes cristãs da autonomia. Petrópolis: Vozes, 2005.

TORRE, I. T.; GAONA, S. R.; CORREDOR, D. V. Cartografía social como metodología participativa y colaborativa de investigación en el territorio afrodescendiente de la cuenca alta del río Cauca. Cuad. geogr., Bogotá , v. 21, n. 2, p. 59-73, July 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-215X2012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2017.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO,R.; MATTOS, R. A.(Orgs.) Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.





## TEXTO 3

# TÍTULO

***autoria***

FALTA TEXTO (não veio capítulo 8 e o pdf não da pra copiar o texto)

prévia EDPOPRUA.indd 254-255 12/12/2025 10:41:37

TEXTO 1

# TÍTULO

***autoria***

FALTA TEXTO (pdf não da pra copiar o texto)

TEXTO 1

# VULNERABILIDADES DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: MARCADORES SOCIAIS DE GÊNERO E RAÇA/COR

***Keila Cristina Costa Barros***
***Rita de Cássia Rocha Moreira***
***Jeane Freitas de Oliveira***
***Daine Ferreira Brazil do Nascimento***
***Marília Emanuela Ferreira de Jesus***
***Ricardo Bruno Santos Ferreira***

## RESUMO

**Objetivo:** desvelar as vulnerabilidades de mulheres em situação de rua vinculadas aos marcadores sociais de gênero e raça/cor. Métodos: estudo qualitativo, de-senvolvido com dez mulheres em situação de rua por meio de observação participante, diário de campo e aplicação de questionário sociodemográfico, sistema-tizados com base na análise de conteúdo. Resultados: verificou-se que a identidade de gênero e a raça/cor atuam como potencializadores da situação de vulne-rabilidade das mulheres. Acredita-se que o racismo estrutural e o machismo se retroalimentam nas ruas e se perpetuam em um ciclo perverso de negação de direitos às mulheres, que se potencializa pela omissão do Estado e extensa desigualdade social e econômica. Conclusão: o gênero e a raça/cor potencializam as vulnerabilidades de mulheres em situação de rua que interseccionam as condições sociais precárias, a negação de direitos e favorecem o adoecimento. Contribuições para a prática: apresentar informações que possibilitem reflexões e criação de estratégias de cuidado dispensado às mulheres em situação de rua, compreendidas em suas singularidades.

**Descritores:** Pessoas em Situação de Rua; Vulnerabilidade Social; Estudos de Gênero; Grupos Raciais; Mulheres.

## INTRODUÇÃO

A população em situação de rua é composta por um público heterogêneo, que utiliza espaços públicos e áreas degradadas como formas de habitação. Além disso, o grupo possui inúmeras características co-muns, como a pobreza ex-





prévia EDPOPRUA.indd 256-257 12/12/2025 10:41:37

trema, o rompimento ou fra-gilidade com o vínculo familiar e a ausência de mora-dia convencional(1). Nesse contexto, nota-se que viver no cenário das ruas é uma tarefa complexa, uma vez que se trata de um lócus de conflitos e contradições sociais, sobretudo, pela desigualdade de direitos em relação aos demais que vivem em sociedade(2).

Os dados de caracterização da População em Si-tuação de Rua do I Censo da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua realizado nos anos 2007/2008 em 71 cidades brasileiras, identificaram um total de 31.922 pessoas vivendo nas ruas. O per-fil prevalente desse grupo é composto por homens (82%), de raça/cor negra (67%), com baixa escolari-dade (63,5%), que vivem em situação de rua há mais de dois anos (48,4%)(3). Salienta-se que, apesar de ser minoria numérica, as mulheres em situação de rua se configuram em um grupo que possui vulnerabilidade potencializada pelas questões inerentes tanto em relação à identidade de gênero quanto à raça/cor, uma vez que as mulheres estão expostas a diversas formas de violências e violações, tais como: racismo, estupro, abusos físicos, psíquicos e emocionais(4-6).

Desse modo, a vulnerabilidade, termo que me-diará as análises desse estudo, se configura como um indicador da iniquidade e de desigualdade social que, em um conceito multidisciplinar, inclui não apenas a detecção de fragilidades de grupos e indivíduos, mas também a capacidade de enfrentamento dos proble-mas e/ou agravos, dentre eles, os de saúde(7).

As questões suscitadas neste estudo emer-gem com base em pressupostos teóricos que vão ao encontro de tais questões à medida que fortalecem a necropolítica relacionada à população em situação de rua, população essa hegemonicamente negra. Pessoas periféricas e/ou em vulnerabilidade social são as que mais sofrem pela omissão do Estado, e as mulheres nesse contexto se veem abatidas por inúmeras questões sociais e de saúde, oriundas das questões de gênero e raça/cor, aspectos que tornam esse trabalho relevante por fomentar esses marcadores que impac-tam diretamente o cotidiano de mulheres em situação de rua(8).

Além da questão social, o estudo preenche uma importante lacuna na literatura. Em pesquisa realizada com os descritores “pessoas em situação de rua” e “mulheres” e seus respectivos correspondentes em inglês nas bases *Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrievel System Online (MEDLINE)* foram encontrados 142 es-tudos com temática relacionada, entretanto, nenhum deles abarcou o conteúdo de diário de campo dos pesquisadores, o que reflete o ineditismo do estudo. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo desvelar as vulnerabilidades de mulheres em situação de rua vinculadas aos marcadores sociais de gênero e raça/cor.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvol-vida com mulheres em situação de rua no município de Feira de Santana, considerada segunda maior cidade do Estado da Bahia, Brasil, com população estima-da em 556.642 habitantes(9).

A aproximação com as participantes da pes-quisa ocorreu por meio do projeto social intitulado “Cuidando da Maloca”, o qual se propõe, desde 2017, desenvolver cuidados de Enfermagem de forma voluntária e itinerante para essa população no município estudado, sendo premiado em 2021 pelo Con-selho Federal de Enfermagem do Brasil, passando a compor o conjunto de Iniciativas do *Nursing Now* Brasil. A aproximação se deu também, através do Movimento Nacional da População de Rua núcleo Feira de Santana, o qual uma das pesquisadoras é integrante. Este coletivo da sociedade civil tem como marca a convivência na rua, a participação no controle social, integrando as pessoas em situação de rua junto à ad-ministração pública, com a finalidade de buscar soluções para os problemas sociais das comunidades que vivem nas ruas, construindo a ocupação dos espaços de direitos – como as assembleias e conselhos. Preza pela produção científica, com intuito de ampliar os conhecimentos e pesquisas sobre a temática, e realiza monitoramento da efetivação dos direitos assistidos a essas pessoas.

A produção dos dados ocorreu entre os me-ses de março e maio de 2019 por meio de observa-ção participante com registros em diário de campo e questionário sociodemográfico. A coleta foi realizada por duas pesquisadoras, sendo uma doutora em enfermagem, com vasta experiência em saúde da mulher e uma enfermeira, mestranda, com importante produ-ção de pesquisa e extensão com pessoas em situação de rua.

O diário de campo se configura como um registro pessoal de observações que pode ser utilizado em pesquisas para registrar todos os achados inerentes às interações sociais, ambientais, comportamentos, reações e sentimentos(10). Dessa forma, configurou-se um instrumento fundamental para observação e anotação sistemática acerca do cotidiano das mulheres em situação de rua. Já o questionário sociodemográfico teve como finalidade primária a caracte-





prévia EDPOPRUA.indd 258-259 12/12/2025 10:41:37

rização do grupo estudado com relação às seguintes variáveis: raça/cor, estado civil, escolaridade, número de filhos e tempo que vive nas ruas.

O *lócus* da pesquisa contava com 237 pessoas em situação de rua. No momento do recrutamento houve aproximação com 13 mulheres em situação de rua, as quais foram convidadas a participar da pesquisa e, destas, 10 mulheres aceitaram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A não aceitação por três mulheres para a participação da pesquisa foi decorrente da dinâmica do contexto das ruas as quais vivenciavam no momento, impossibilitando sua participação. Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que vivenciavam a situação de rua. Foram excluídas as mulheres que aparentavam sinais de alterações psíquicas e/ou emocionais que as impossibilitasse de estabelecer interação com a pesquisadora.

Os dados sociodemográficos foram tabulados em planilha do Microsoft Excel, modelo 2020, e as ano-tações do diário de campo foram transformadas em textos "gerando informações uniformes e padroniza-das"(10:558). A sistematização dos dados ocorreu segundo a proposta da análise temática durante as etapas de pré-análise, descrição analítica e interpretação in-ferencial(11). A análise do material empírico foi guiada pelo aporte teórico de vulnerabilidade relacionada aos marcadores sociais de gênero e raça/cor. Assim, os processos discriminatórios não são compreendidos dicotomicamente e nem se propõem mera adição de discriminações, mas sim, abarcar as complexidades dos atravessamentos dessas discriminações, possibi-litando a compreensão das condições específicas que delas decorrem(12).

A fim de manter o anonimato, foi assegurado às participantes o direito de escolha do codinome, que contemplou nomes de praças do município de Feira de Santana-BA, Brasil, com as quais elas pudessem se identificar pelas convivências, singularidades, relações e afetos que construíram nesses espaços. Para diferenciação daquelas que escolheram o mesmo co-dinome, utilizou-se, de forma complementar, números em ordem crescente.

O estudo respeitou resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e a declaração de Helsinque, que versam sobre o envolvimento de seres humanos em pesquisas. Dessa forma, o projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o pa-recer 2.686.905/2018 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 9615815.0.0000.0053.

## RESULTADOS

A maioria das participantes se autodenominou: raça/cor negra; solteira; com idade entre 24 a 46 anos; economicamente ativas; com escolaridade do ensino fundamental; ter mais de um filho; nascidas e moradoras em Feira de Santana-BA; e vivendo em si-tuação de rua há mais de nove anos. As características sociodemográficas das participantes estão apresenta-das na Figura 1.

| Participantes | Raça/Cor | Estado civil | Escolaridade | Número de filhos | Tempo que vive nas ruas (anos) |
|---|---|---|---|---|---|
| Kalilândia 1 | Preta | Outro | Ensino fundamental até o 9º ano | 1 | ≥ 9 |
| Kalilândia 2 | Preta | Outro | Ensino fundamental até o 9º ano | 3 | ≥ 9 |
| Kalilândia 3 | Preta | Solteira | Ensino fundamental até o 5º ano | 1 | ≥ 9 |
| Bandeira 1 | Branca | Outro | Ensino fundamental até o 5º ano | 7 | ≥ 5 e ≤ 8 |
| Bandeira 2 | Preta | Solteira | Ensino fundamental até o 9º ano | 2 | ≥ 9 |
| Bandeira 3 | Branca | Solteira | Ensino fundamental até o 9º ano | 4 | ≥ 9 |
| Matriz 1 | Preta | Solteira | Ensino médio incompleto | 2 | ≥ 9 |
| Matriz 2 | Parda | Solteira | Ensino médio incompleto | 1 | ≥ 9 |
| Matriz 3 | Preta | Solteira | Ensino fundamental até o 9º ano | 5 | ≥ 5 e ≤ 8 |
| Matriz 4 | Branca | Solteira | Ensino fundamental até o 5º ano | 5 | ≥ 9 |

Figura 1 – Aspectos sociodemográficos das mulheres em situação de rua (n=10). Feira de Santana, BA, Brasil, 2019

As anotações de campo e a aplicação do ques-tionário possibilitaram a apreensão das características sociodemográficas, sendo possível cruzar os dados e lançar um olhar qualitativo em relação ao existir dessas mulheres. Dessa forma, emergiram três catego-rias para análise: Mulheres em situação de rua: desa-fios enfrentados; e Raça/cor como potencializador da vulnerabilidade de mulheres em situação de rua.

## MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS ENFRENTADOS

Com base nas anotações no diário de campo, percebe-se que, para as participantes, viver na rua implica enfrentamento de desafios, sobretudo, para alcançar direitos básicos como encontrar locais segu-ros para dormir, vestir e comer e exposição ao álcool e outras drogas: ***Kalilândia 1, 36 anos, nascida em Salvador-BA, informa que já esteve em vários estados. Hoje se fixou em Feira de Santana, por causa de um companheiro. Mas conta, que viver na rua sempre foi muito ruim, difícil e desagradável. Um dos maiores problemas encontrados é a dormida. Disse que certa vez ficou dormindo escondido dentro de um carro quebrado, em uma oficina, mas o dono a descobriu***





prévia EDPOPRUA.indd 260-261 12/12/2025 10:41:37

*e colocou para correr, e passou a dormir na rua. Passados alguns dias, encontrou outro carro quebrado e usou como local para dormir, foi novamente expulsa. Depois disso passou a dormir em uma igreja (Anotações de campo 20/04/2019). Kalilândia 3, 43 anos, chorosa, conta que foi viver nas ruas devido o desemprego, e assim começou a morar em casas abandonadas, mas devido a dívidas com traficantes, teve que sair dessa casa, perdendo todas as suas coisas, inclusive as documentações. Relata que viver nessa vida é horrível, pois precisa depender das pessoas, para comer, se vestir, e que por esse mo-tivo começou a beber descontroladamente. Hoje informa que faz uso do álcool de forma controlada (Anotações de campo 10/05/2019).*

As anotações no diário de campo apontaram que ser do sexo feminino por si só, impõe vulnerabilidades para agravos e danos à saúde, as quais ficam, ainda mais evidentes no contexto da rua, tornando-se frequentemente situações de violências de diversas formas: ***Encontrei Matriz 4, mulher, 36 anos, na rua de um dos bairros do município de Feira de Santana. Aparentemente abatida, aparentando mais idade, seu semblante reflete tristeza. Está com o braço esquerdo engessado. Questionada se precisava de ajuda com a situação do braço, informou que não, e começou relatar que seu ex-companheiro, que também vive em situação de rua, quebrou seu braço por não aceitar a separação, que não respeita ela por ser mulher e frequentemente sofre agressões por parte dele. Questiona a atuação da justiça na proteção das mulheres diante de discriminação por parte dos homens, que se acham donos das mulheres e que é obrigada a ficar com o companheiro mesmo sem querer. Informa ainda que está passando as noites na Rodoviária e bastante temorosa de encontrar seu ex-companheiro e sofrer novas situações de violência. Teme, também, pelas violências presentes nas ruas (violência conjugal, sociais). Que dormir com os dois olhos fechados para quem mora na rua não é uma opção (Anotações de campo 10/04/2019). Matriz 3 é uma mulher de 27 anos com um histórico de uso abusivo de substâncias psicoativas, mãe de 5 filhos, os quais encontram-se sob guarda de uma tia.  Semblante triste. Começou a relatar que a mulher que vive na rua enfrenta muitas dificuldades, muitas vezes precisa se prostituir, tem que se "virar nos trinta", que é muito ruim. Diz que para os homens é mais fácil, para ele correr atrás, mas para a mulher não, que o povo sempre quer alguma coisa em troca, quer comprar o nosso corpo (Anotações de campo 20/03/2019). Em uma terça feira chuvosa, desenvolvendo atividades no contexto de rua, Bandeira 2, mulher de 33 anos, me chama, informando que gostaria de conversar. Encontrava-se machucada, olhos com manchas vermelhas, presença de edema e roxidão. Frequentemente a encontrava nas convivências. Relata que havia brigado com o companheiro, pois ele estava achando que ela estava o traindo. Que estava cansada dos homens só querer saber de bater e humilhar as mulheres e começa a chorar (Anotações de campo 15/05/2019). Nas atividades do Cuidando da Maloca observo Bandeira 3, mulher de 41 anos. Estava de turbante, e ao me aproximar e identificarme como enfermeira, ela relata que o companheiro a agrediu, batendo com uma faca na sua cabeça. Tirou o turbante, que estava servindo para esconder o ferimento, o qual se apresentava infectado. E revoltada diz: Esse homem (aponta para o companheiro) me bate, me morde, fala que tenho outro e fica me humilhando, e dizendo que vai me matar. Realizamos a limpeza do ferimento e curativo e ficamos ali, eu e a equipe, escutando seus desabafos (Anotações de campo 05/04/2019).***

## RAÇA/COR COMO POTENCIALIZADOR DA VULNERABILIDADE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Nessa última categoria, foi possível perceber que, no contexto de rua, as mulheres são majoritariamente negras e pobres, logo, estão sujeitas a desdobramentos do racismo e pobreza: a discriminação, acometimento de doenças crônicas e a falta de acesso aos serviços de saúde, conforme os registros a seguir:***Kalilândia 2, mulher negra, 28 anos, que vive nas ruas a mais de nove anos. Trabalha nas ruas vendendo doce e como "flanelinha" (atividade de "olhar", "guardar" os carros). É uma mulher conhecida por grande parte das pessoas em situação de rua do município, por apresentar-se destemida e enfrentar tudo e todos, não tem "papa na língua". Como ela mesma diz: pra viver nas ruas tem que ter "sangue no olho". Num encontro anterior mostrava-se revoltada, com o braço engessado em decorrência de ação da segurança pública que a agrediu verbalmente e fisicamente, chamando de neguinha sacizeira, neguinha vagabun-da, realizando uma abordagem truculenta, que resultou na fratura do seu membro. (Anotações de campo 05/05/2019). Matriz 1, mulher negra, 46 anos, considerada a "mãe da maloca". É muito respei-tada pelas pessoas em situação de rua, do município. É uma mulher de muitas histórias pelas vivências nas ruas. Refere várias patologias, consequente desse contexto de vida: glaucoma, hipertensão arterial, diabetes, problemas no coração, já teve tuberculose e problemas respiratórios por causa do pó do papelão. Relata dificuldades de acesso aos serviços de saúde por conta de olhares e atitudes preconceituosas e discriminatórias, como privilegiar nos atendimentos pessoas brancas, tratar de forma diferente, com mais respeito (Anotações de cam-po 22/03/2019).***





prévia EDPOPRUA.indd 262-263 12/12/2025 10:41:38

## DISCUSSÃO

Sob a influência do movimento feminista, com base na interseccionalidade, as características sociodemográficas revelaram diversas vulnerabilidades individuais, como a prevalência de mulheres de raça/cor negra; com pouca escolaridade; elevado número de filhos; e longo tempo residindo na rua. Trata-se de um contexto complexo, alimentado historicamente pelo racismo estrutural que determina as condições de vida de pessoas negras, marcadas por adoecimento físico e mental, uso abusivo de substâncias psicoativas e doenças crônicas quando comparado à população que não vive nas ruas(13). É também representada por um elevado número de mães solteiras, responsabiliza-das socialmente de forma exclusiva pela criação dos filhos(14).

A interseccionalidade construiu um modelo teórico para a compreensão das condições de subordinação e de opressão das mulheres bem como apontou as estratégias de superação da dominação a partir da luta feminista(12). Nesse sentido, pensar na interseccionalidade com base na vivência de mulheres em situação de rua perpassa pelos marcadores sociais de gênero e raça de forma imbricada e simultânea, possibilitando analisar os múltiplos e concomitantes siste-mas de opressão.

No Brasil, o enfoque da categoria gênero ligado à saúde surgiu em meados dos anos 1990 quando se discutia a qualidade da assistência à saúde da mulher como também a eliminação das desigualdades de acessos aos bens de serviços de saúde pelas mulheres e grupos excluídos da sociedade(12). Nesse sentido, ao analisarmos as vulnerabilidades de mulheres em situação de rua diante dos marcadores sociais de gênero e raça/cor com base nos dados nas cenas observadas e nos registros do diário de campo, fica evidentes a exposição a diversos tipos de violências físicas, psicológicas e sexuais. A hegemonia e dominação masculina potencializam o repertório de agressões quando dizem respeito à vida social feminina no cenário da rua(15).

Destacam que a ida das mulheres para as ruas está relacionada a experiências progressivas vivenciadas desde a infância, como abuso físico e emocional, maus tratos, exploração financeira, intimidação sexual, estresse ambiental, exposição ao crime e subjugação sistêmica(16). Nota-se, assim, que independentemente do país onde a mulher se encontra, os marcadores de raça, classe e gênero se mostram-se presentes e a subjugação do seu corpo está enraizado de forma hegemônica.

Em face de violências, vulnerabilidades e opressões muitas mulheres preferem informar que são solteiras, o que é salientado na identificação sociodemográfica, mesmo possuindo um companheiro como observado na convivência com essas mulheres e registrado em diário de campo. Essa característica, também é oriunda de laços familiares rompidos, situação muito comum entre as pessoas em situação de rua, o que faz com que algumas mulheres nessa condição de rua não considerem seu estado civil como união estável(2). Neste estudo, foi revelada a separação mãe/filho por ação do Conselho Tutelar. Para mulhe-res em contexto de rua, essa ocorrência de filhos que vivem em instituições do Estado ou com parentes é comum(6), fazendo com que, muitas vezes ocorra a per-da do vínculo mãe-filho(17).

O Estado, sob a penumbra do “cuidado”, usa da prerrogativa dos direitos humanos e proteção dos menores e vulneráveis para adquirir a guarda da criança. Implicitamente, interpretam essas mulheres como um peso para a sociedade e redirecionam crianças para o sistema de acolhimento institucional, inserindo-as em novas famílias, distanciando-as de suas mães biológi-cas(16). Assim, faz-se necessário pensar em políticas públicas e de saúde intersetoriais, que possam aten-der essas mulheres de forma integral, que sejam ca-pazes de garantir o direito de maternar nas ruas com todos os cuidados necessários e legítimos pela Cons-tituição Federal.

As relações de gênero estabelecem inserções que se entrelaçam e interseccionam com outros marcadores que demarcam as condições de opressão. As-sim, outro marcador social que impacta, com relevância, as mulheres em situação de rua é a raça/cor, uma vez que 89% das pessoas em situação de rua em Feira de Santana são de raça-cor negra(2). Foi possível constatar que o racismo permeia toda a condição de viver na rua. Trata-se de uma ferramenta de exclusão e violência que, ao lado das questões de gênero, coisificam os corpos e a vida das mulheres negras em situação de rua.

Acredita-se que racismo evidenciado tem ca-racterística estruturante, uma vez que reproduz um sistema de opressão cuja ação transcende a mera for-matação das instituições, perpassando desde a apreensão estética a todo e qualquer espaço nos âmbitos público e privado(18). A violência materializada nas ações truculentas das forças de segurança pública durante a tentativa de garantia de subsistência é um exemplo a ser citado.

O racismo estruturante está presente na con-figuração da sociedade e, por ela, é naturalizado. Por corresponder a uma estrutura, é relevante destacar





prévia EDPOPRUA.indd 264-265 12/12/2025 10:41:38

que a discriminação racial não está apenas no plano da consciência, mas também intrínseco ao inconsciente. Assim, o racismo está imbricado socialmente, sendo apropriado para manter, reproduzir e recriar desigualdades e privilégios, revelando-se como mecanismo para perpetuar o atual estado das coisas(18).

Além disso, o racismo, ao criar barreiras para acesso aos bens e serviços, contribui para o fortale-cimento de diversas outras formas de desigualdades. Dessa forma, o racismo atua como um determinante social da saúde, expondo as mulheres negras a situações de vulnerabilidades que culminam em adoecimento e morte(18). No que tange às questões de saúde, dados levantados pela Política Nacional de Saúde In-tegral da População Negra pontuam que a população negra apresenta maior prevalência de inúmeras do-enças crônicas como hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%), quando comparadas à população branca (22,1% e 6,2% respectivamente). O mesmo acontece em relação às doenças cardíacas, a asma e as doenças negligenciadas, como, por exemplo, a tuberculose(19). Dessa forma, pode-se inferir que a vivência em situação de rua se constitui em mais um fator de agravo para vida e saúde de mulheres, sobretudo, as mulhe-res negras que, além de possuírem carga de doença crônica associada à sua raça/cor, sofrem com as ini-quidades no acesso aos serviços de saúde.

Acrescenta-se, ainda que essas questões levan-tadas de raça e gênero são potencializadas pela variável classe. No Brasil, os indicadores sociais mostram que as pessoas de raça/cor negra apresentam os pio-res indicadoresde educação, saúde, renda, habitação, e maior taxa de mortalidade por causas evitáveis, e residem em áreas desprovidas de infraestrutura bá-sica(18).

No que se refere à escolaridade, evidenciou-se que as mulheres em situação de rua possuem apenas o ensino fundamental (incompleto ou completo). Acredita-se que a baixa escolaridade intensifica a con-dição de pobreza, uma vez que dificulta o acesso ao emprego e à renda. Além disso, a escola também se configura como um potente espaço de convivência e sociabilidade, contribuindo para o empoderamento desses indivíduos sobre os seus direitos de cidadão. Observa-se também, como no estudo realizado em Go-vernador Valadares, no Estado de Minas Gerais, com pessoas em situação de rua, que muitas dessas pesso-as desejam voltar a estudar, o que evidencia a necessidade de inclusão dessas pessoas nas escolas pelas redes de assistência e de apoio do município e Estado(20).

No que tange ao tempo que vive nas ruas, a identificação dos aspectos sociodemográficos mostra que as participantes possuem mais de nove anos de vivência nas ruas. O I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua(3) vai ao encontro dos resultados obtidos nesta pesquisa, apontando a cro-nificação desse fenômeno. Cronificação essa que, em muitos casos, provoca a deterioração dos vínculos fa-miliares, comprometendo as relações de trabalho for-mal, estudo, como também dos cuidados dos filhos(1).

As anotações trazidas contextualizam a preca-rização na qual essas mulheres estão inseridas, demonstrando uma vida indigna de ser vivida. É nesse contexto que essas mulheres em situação de rua estão inseridas, configurando uma condição de vida degradante, fincadas em uma classe desfavorecida da sociedade. E, a partir das intersecções dessa condição social, atravessada com questões de gênero e raça, estrutura-se uma sociedade baseada em pilares de in-justiças e de relações dominantes.

Desta forma, torna-se relevante ampliar pesquisas com pessoas em situação de rua, sobretudo, com mulheres, visando minimizar as vulnerabilidades vivenciadas pelas mesmas. Ademais, fica evidente a necessidade de implementar e/ou implantar estratégias de cuidado, especialmente, em relações às práticas de saúde, que contemplem as especificidades individuais e coletivas de pessoas que vivem em situação de rua.

Espera-se que essa pesquisa possa alcançar di-ferentes profissionais da área de saúde, entre eles, as enfermeiras, e a sociedade de um modo geral, como forma de possibilitar reflexões para o cuidado, acolhimento e assistência das mulheres em situação de rua.

## LIMITAÇÕES DE ESTUDO

Podemos elencar como limitação do estudo, o fato de ter sido desenvolvido em um contexto específico, uma vez que a coleta de dados foi restrita às mulheres em situação de rua residente em Feira de Santana-Ba. Dessa forma, os resultados são específicos para esse grupo de mulheres, o que impossibilita generalizações para outros contextos. Contudo, apesar dessa limitação, os achados podem servir de subsídios para que estratégias mais efetivas de cuidado sejam dispensadas, chamando a atenção tanto da comunidade científica para a necessidade de elaboração de estudos em outros contextos quanto dos gestores públicos para garantia do direito à cidadania.





prévia EDPOPRUA.indd 266-267 12/12/2025 10:41:38

## CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Apresentar informações que possibilitem reflexões e criação de estratégias de cuidado dispensado às mulheres em situação de rua, compreendidas em suas singularidades. É preciso conhecer para acolher. Sem dúvidas, as informações aqui apresentadas poderão contribuir para a formulação de ações que viabilizem o cuidado de pessoas em situação de rua, em especial, as mulheres.

Acredita-se que os achados podem contribuir para a apreensão dos atravessamentos que perpassam a vida das mulheres em situação de rua, identificando os processos de opressão, vulnerabilidade, violência e violação de direitos que marcam suas vivências.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que para as mulheres em situação de rua, o gênero e a raça/cor potencializam suas vulnerabilidades, repercutindo em condições sociais precárias e negação de direitos. Para o existir dessas mulheres, tais vulnerabilidades se interseccionam num contexto de sistemas de opressão que é potencializado pela omissão do Estado e que, em um cenário de ampla desigualdade social e econômica, promove adoecimentos de várias ordens.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão critica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada e acordo em ser responsável por todos os aspectos do trabalho para garantir que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Barros KCC, Moreira RCR, Oliveira JF, Nascimento DFB, Jesus MEF, Ferreira RBS.

## REFERÊNCIAS


Pereira LI, Mattos DL. Somos humanos na rua, não somos lixo": análise da Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua e o caso do município do Rio de Janeiro. Rev Programa Pós-Grad Di-reito UFC. 2019;39(1):243-64. doi: https://doi. org/10.1590/1678-460X2019350413

Barros KCC, Moreira RCR, Leal MS, Bispo TCF, Aze-vedo RF. Maloca women: experiences in the context of the streets Rev Enferm Bras. 2020;19(5):394-402. doi: http://doi.org/10.33233/eb.v19i5.4025

Sicari AA, Zanella AV. Homeless people in Brazil: a systematic review. Psicol Ciênc. 2018;38(4):662-79. doi: 10.1590/1982-3703003292017

Ceccon RF, Meneghel SN.Gender inequities: wom-en with hiv/sida in situation of violence. Phy-sis. 2017;27(4):1087-103. doi: https://dx.doi. org/10.1590/S0103-73312017000400012

Catoia CC, Severi FC, Fimino IFC. "Alyne Pimen-tel" case: gender violence and intersectionalities. RevEstudFem. 2020;28(1):e60361. doi: https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361

Barros KCC, Moreira RCR, Leal MS, Bispo TCF, Azevedo RF. Healthcare experiences of homeless pregnant women. Rev Rene. 2020;21:e43686. doi: ht t ps:/ / doi.org/ 10.15253/ 2175-6783.20202143686

Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Clinical and social vulnerabilities in crack users according to housing status: a multicenter study in six Brazilian state capitals. Cad Saúde Pública. 2017;33(6):e00037517. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00037517

Cassal M, Fernandes T. A população negra em situ-ação de rua e a covid-19: vidas negras importam?Rev Antrop Arqueo [Internet]. 2020 [cited Jun 14, 2022];8(1):97-104. Available from: https://peri-odicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/tessituras/article/view/18911

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [Internet]. 2010 [cited May 16, 2022]. Available from: http://cidades.ibge. gov.br

Kroef RFS, Gavillon PQ, Ramm LV. Field dia-ry and the researcher's relationship with the theme-field in intervention research. Estud Pesq Psicol. 2020;20(2):464-80. doi: https://dx.doi. org/10.12957/epp.2020.52579

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

Kyrrilos GM. Uma análise crítica sobre os an-tecedentes da interseccionalidade. Rev Estud Fem. 2020;28(1):e56509. doi: https://dx.doi. org/10.1590/






prévia EDPOPRUA.indd 268-269 12/12/2025 10:41:38

1806-9584-2020v28n156509

Omerov P, Craftman AG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health - and social care: a systematic integrative review. Health Soc Care Community. 2020;28(1):1-11. doi: https://doi.org/10.1111/hsc.12857

Esmeraldo AFL, Ximenes VM. Homeless women: psychosocial implications of stigmas and preju-dices. Psicol Cienc Prof. 2022;42:e235503. doi: http://doi.org/10.1590/1982-3703003235503

Nardes S, Giongo RC. Homeless women: memories, daily life and access to the public policies. Rev Estud Fem. 2021;29(1):e66011. doi: https://doi. org/10.1590/1806-9584-2021v29n166011

Schuck AL, Gesser M, Beiras A. Dialogues between gender and experiences with the street popula-tion. Rev Psicol Polít [Intenet]. 2020 [cited May 16, 2022];20(48):279-94. Available from: http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/rpp/v20n48/v20n48a03.pdf

Siqueira PM, Hernandez ML, Furtado LAC, Feuer-werker LCM, Moreno HV, Santos HE. "Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...". Saúde Redes. 2018;4(supl1):51-9. doi: https://dx.doi. org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suple-mp51-59

Bersani H. Aportes teóricos e reflexões so-bre o racismo estrutural no Brasil. Extrapren-sa. 2018;11(2):175-96. doi: https://dx.doi.org/10.11606/extraprensa2018.148025

Silva TO, Araújo EM, Freitas KS, Silva SSB. Políti-ca nacional de saúde integral da população negra: uma proposta de avaliação. Saúde De-bate. 2021;45(129):354-65. doi: https://doi. org/10.1590/0103-11042021129102

Novaes ED, Souza SAB, Pereira W. O direito à ed-ucação e as possibilidades deressignificações: um relato de experiência com pessoas em situação de rua. Rev InSURgência. 2020;5(2):190-214. doi: http://doi.org/10.26512/insurgencia.v5i2.29081





## TEXTO 2

# SAÚDE DA MULHER TRANSGÊNERA EM SITUAÇÃO DE RUA

***Keila Cristina Costa Barros***
***Andréia Vanessa Carneiro de Morais***
***Edméia de Almeida Cardoso Coelho***
***Marília Emanuela Ferreira de Jesus***
***Ranna Danielle Doria de Araújo***
***Jeane Freitas de Oliveira***

**RESUMO**

**Objetivo:** Identificar a abordagem sobre a saúde das mulheres transgêneras em situação de rua nas produções científicas. Métodos: Revisão integrativa realizada nas seguintes fontes: Scientific Electronic Library Online, Medical Literature Analysis and Retrievel System Online e Biblioteca Virtual de Saúde. Utilizou-se como descritores: "transgender persons", "health" e "Homeless persons" em português, inglês e espanhol. A pesquisa foi realizada seguindo às recomendações do fluxograma Prisma e suporte do software EndNote Web, submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Resultados: 7 artigos que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão, no qual a vulnerabilidade social e seu impacto à saúde se mostrou mediante a falta de habitação, vivência de violências físicas e verbais e exclusão social. Considerações Finais: Essa revisão integrativa abordou majoritariamente a vulnerabilidade e a discriminação interseccional relacionados ao tema da saúde da mulher transgênera em situação de rua, sendo necessário estratégias de cuidado, oferecendo assim a essas mulheres meios para que tenham a oportunidade de uma vida saudável.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher, Pessoas Transgênero, Pessoas em Situação de Rua.





prévia EDPOPRUA.indd 270-271 12/12/2025 10:41:38

## INTRODUÇÃO

A transgeneridade é um termo guarda-chuva que engloba as inúmeras possibilidades de identificar-se com um gênero diferente do atribuído ao nascimento (JAMES SE, 2016). Assim, pessoas transgêneras ou trans englobam homens e mulheres transexuais, travestis e outras expressões que subvertem a linearidade entre a anatomia genital e a expectativa de papel social de gênero (SOUZA ES e TANAKA LH, 2022).

As mulheres transgêneras experimentam várias iniquidades em saúde, incluindo altas taxas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), hipertensão, dislipidemia, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, depressão e suicídio. Essas iniquidades estão relacionadas às situações discriminatórias que pessoas transgêneras enfrentam tanto nos espaços sociais, quanto nos espaços de saúde, repercutindo no adiamento e até na recusa a acessar cuidados à saúde (JESUS JG, 2012). Na prática, romper com os regimentos cisheteronormativos e considerar os diferentes modos de subjetivação é extremamente difícil (SOUZA ES e TANAKA LH, 2022) apesar de ser urgente e necessário.

As mulheres transgêneras transitam por ambientes sociais em que a transfobia é registro permanente de suas vulnerabilidades (JOHNS EA, et al., 2017). Desse modo, Além das vulnerabilidades em saúde as quais essa comunidade perpassa, como negligencias no atendimento, desrespeitos, discriminação, há também a vulnerabilidade simbólica, em que algumas dessas mulheres vivenciam o contexto do abandono social e familiar, que podem as colocar em situação de rua. A população transgênera em situação de rua nos Estados Unidos da América (EUA) é representada por 40% (JAMES SE, 2016). A Pesquisa Censitária da população em situação de rua de 2019 do município de São Paulo estimou a existência de 24.344 pessoas vivendo em situação de rua, destes são 386 pessoas transgêneras vivendo neste contexto, correspondendo a 1,6% do total de pessoas. Essa estimativa inclui mulher transgênera (55,5%), travesti (10,5%) e homens transgêneros (9,5%), sendo predominante pessoas negras (67%) e idade entre 31 e 49 anos (BRASIL, 2019).

A situação de rua é um problema de saúde pública estabelecido, a qual as mulheres transgêneras experienciam de forma muito próxima. As pessoas em situação de rua configuram-se por um público heterogêneo que utiliza espaços públicos e áreas degradadas como formas de habitação. Nesse contexto, possuem como características comuns a pobreza extrema, o rompimento ou fragilidade com o vínculo familiar e a ausência de moradia convencional (PEREIRA LI e MATTOS DL, 2019). Desse modo, existem que protegem os direitos humanos das Pessoas em Situação de Rua, sobretudo em relação a orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2020). No entanto, a realidade das mulheres transgêneras, especialmente as negras, vivenciam um acesso diferenciado a serviços relacionados à habitação, como a discriminação nos abrigos e também enfrentam uma grande variedade de obstáculos para obter cuidados à saúde de qualidade de forma integral (GLICK JL, et al., 2019). Entendendo que saúde não versa apenas sobre a ausência de doenças, mas também sobre as condições de vida, como habitação e as relações sociais torna-se importante considerar esses fatores ao pensar em saúde (ALMEIDA FILHO NA, 2018).

Destarte, urge conhecer evidências das demandas de saúde de mulheres transgêneras em situação de rua para fornecer apoio necessário para essa população e aprimorar a conduta dos profissionais de saúde. Assim, o incremento de estudos acerca desta temática, a partir dessa revisão narrativa, poderá favorecer os cuidados às mulheres transgêneras, em diversos setores, possibilitando que profissionais, familiares e toda a sociedade amplie a gama de conhecimento acerca da temática, por meio dos artigos já publicados sobre esse tema.

Nessa perspectiva, ressalta-se que as demandas de saúde da mulher transgênera se tornam potencializadas quando estão vivenciando a situação de rua. A partir deste cenário, nota-se a importância do fomento de estudos com enfoque nessa população. O presente estudo objetivou identificar a abordagem sobre a saúde das mulheres transgêneras em situação de rua nas produções científicas.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, no qual a pesquisa foi desenvolvida em seis etapas: estabelecimento da questão da pesquisa; busca de publicações em bases de dados; seleção dos estudos; categorização dos artigos incluídos na revisão; interpretação e apresentação dos resultados (MENDES KDS, et al., 2008).





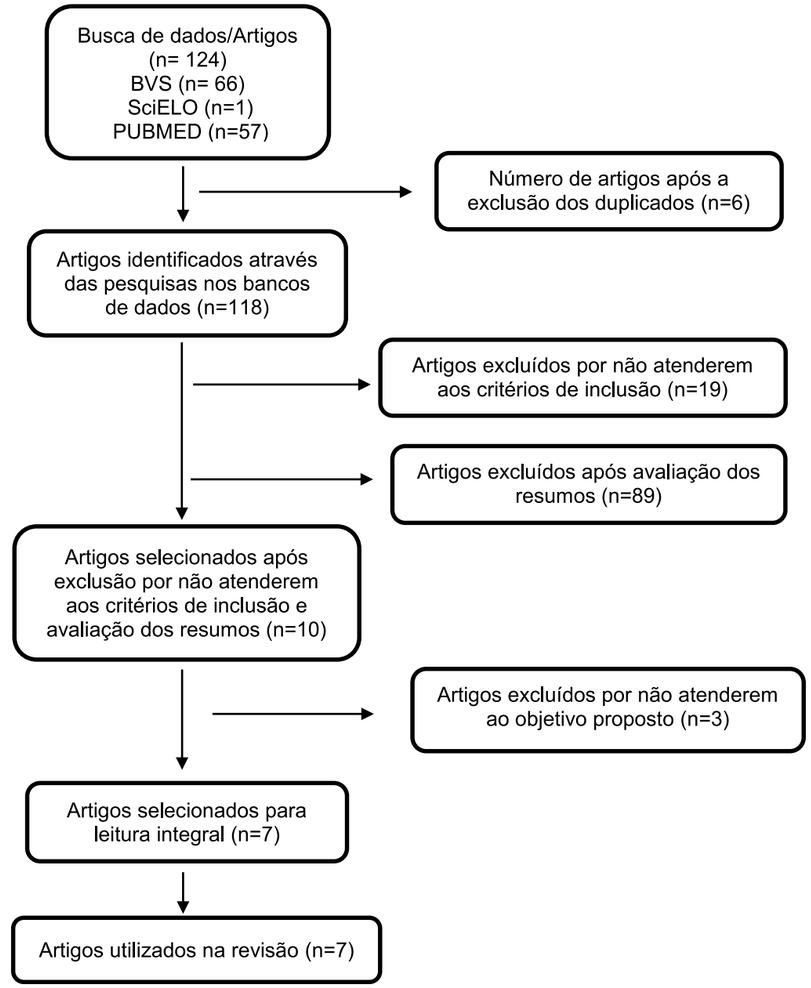
prévia EDPOPRUA.indd 272-273 12/12/2025 10:41:38

Na primeira etapa ocorreu a formulação da questão norteadora utilizando a estratégia PICo. Assim, definiu-se que para a formação da estratégia PICo seria necessário a utilização dos seguintes termos: (P) População: mulheres transgênera ("Transgender persons"); (I) Interesse: saúde ("Health"); e (Co) Contexto do estudo: população em situação de rua ("Homeless Persons"). Desta maneira, formulou-se a seguinte questão norteadora: como a saúde da mulher transgênera em situação de rua é abordada na produção científica nacional e internacional?
Na segunda etapa foram adotados os critérios de inclusão: publicações que contemplavam o objetivo desta revisão, estar em língua portuguesa, inglesa ou espanhol, nos últimos cinco anos (2016-2021), e artigos originais. Optou-se pelos últimos 5 anos para buscar os artigos mais atuais que abordam a temática. E como critérios de exclusão: artigos em outros idiomas, anos anteriores a 2016 e superiores a 2021, tipo de estudo: revisão, editorial, reflexão, comentário, e os que não se enquadram na temática e objetivo do estudo. Tendo em vista que a coleta foi realizada em 2021, não foi possível selecionar os manuscritos publicados após esta data.

Na terceira etapa o levantamento de dados ocorreu no mês de outubro de 2021 a partir de artigos contidos no banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrievel System Online (MEDLINE) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sem filtro por bases dados, almejando contemplar o maior número de artigos.

Realizou-se cruzamentos dos descritores padronizados com a combinação de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e seus respectivos em inglês Medical Subject Heading (MESH), com utilização do operador boleano AND. A estratégia de busca escolhida foi "Transgender Persons and Health and Homeless Persons", pois foi a combinação com mais artigos indexados. Na quarta etapa duas pesquisadoras realizaram a seleção dos artigos por título e resumo, atendendo os critérios de inclusão. Os artigos foram sistematizados por cada uma das pesquisadoras com auxílio do software EndNote Web, que permite compartilhar e separar os artigos em pastas em "válidos" (atendiam aos objetivos da pesquisa), "duplicados" (se encontravam em mais de uma base de dados) e "excluídos" (não se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa). Foram selecionados 124 artigos para leitura na íntegra, dentre os quais, 7 compuseram a Revisão Integrativa. A seleção dos artigos seguiu o fluxograma adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), demonstrado na ilustração da Figura 1 a seguir:

**Figura 1** - Fluxograma da produção científica identificada nas bases de dados.




Fonte: Barros KCC, et al., 2023.

Na quinta etapa ocorreu a análise de conteúdo temática (BARDIN L, 2016), a saber: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os achados foram discutidos com base na literatura nacional e internacional acerca do tema. Ainda na análise, foram criados quadro, figura que, ao serem condensados, destacaram as informações neste estudo. Na sexta e última etapa foi realizada a Revisão, emergindo a categoria: vulnerabilidade social e seu impacto à saúde.





prévia EDPOPRUA.indd 274-275 12/12/2025 10:41:38

## RESULTADOS

Os artigos foram selecionados utilizando o critério de especificidade que o tema exigia. Os estudos encontrados foram publicados no período de 2016 a 2021, todos eram do idioma inglês. Sendo duas publicações no ano de 2016, uma publicação no ano de 2017, duas publicações do ano de 2019, uma publicação do ano de 2020 e 2021. Três estudos apresentaram abordagem quantitativa e quatro de abordagem qualitativa. No Quadro 1, as publicações foram dispostas seguindo a ordem: autores, ano, local, amostra, tipo de estudo e principais resultados. Os dados das publicações encontram-se compilados no Quadro 1 descrito abaixo:

**Quadro 1** – Síntese dos estudos selecionados na amostra.

| Autor/Ano/Local | Amostra/Tipo de Estudo | Principais Resultados |
|---|---|---|
| Lyons T, et al. (2016)<br><br>Canadá | Pesquisa qualitativa. Entre junho de 2012 e maio de 2013, foram realizadas entrevistas com 32 mulheres trans e indivíduos bi-espirituais que acessaram serviços de saúde e/ou habitação específicos para mulheres. | A exclusão de serviços específicos para mulheres tinha consequências adversas potencialmente graves, como falta de moradia e violência sexual. A vulnerabilidade ao HIV por meio da redução do acesso aos serviços de prevenção do HIV e pela falta de moradia e exclusão social que são fatores de risco estruturais para o HIV. |
| Flentje A, et al. (2016)<br><br>San Francisco, CA. | Pesquisa quantitativa. Os dados usados neste estudo foram coletados como parte da pesquisa bienal de moradores de rua de São Francisco, obtida da Agência de Serviços Humanos de São Francisco. Em fevereiro de 2015, com 1.027 moradores de rua, incluindo aqueles que residem nas ruas ou abrigados. | Descobriu-se que homens transexuais sem teto corriam risco especial de ter problemas de saúde física, mental e violência ou abuso doméstico. Mulheres transgênero eram mais propensas a relatar transtorno de estresse pós-traumático. |
| Johns EA, et al. (2017)<br><br>San Francisco, CA | Análise secundária dos dados coletados com 250 mulheres trans com idades entre 16 e 24 anos na área da Baía de São Francisco de 2012–2014. | Ter um histórico de habitação instável foi associado a chances significativamente maiores de problemas de acesso a cuidados médicos e cuidados de saúde mental devido à identidade de gênero. Por outro lado, identificar-se como genderqueer/genderfluid, Latina ou morar em moradia dependente foi associado ao acesso a cuidados médicos ou mentais. |
| Beltran T, et al. (2019)<br><br>EUA | Pesquisa quantitativa realizada com 629 mulheres trans com pelo menos 18 anos de idade residentes na área da Baía de São Francisco. | Este estudo revelou que a discriminação interseccional onera desproporcionalmente as mulheres trans e pode aumentar o risco de vivenciar a instabilidade habitacional. |
| Glick JL, et al. (2019)<br><br>New Orleans, LA | Este estudo utilizou etnografia direcionada, um método etnográfico rápido, consistindo em entrevistas em profundidade com membros das comunidades T / GNC em New Orleans, coletadas entre março e maio de 2017, com 17 participantes, com idade entre 23 a 39 anos, com um participante de 70 anos. | Vulnerabilidade foi destacada com base na intersecção de identidades. Identidade e expressão de gênero foram discutidas, destacando os obstáculos exacerbados enfrentados pelas pessoas transfemininas. Destacaram a interseção de classe e raça com a não conformidade de gênero e a instabilidade habitacional. |
| Abramovich A, et al. (2020)<br><br>Canadá | Pesquisa qualitativa do tipo estudo realizada com uma mulher trans. | Os prestadores de cuidados de saúde podem fornecer cuidados significativos para jovens transgêneros com histórico de trauma que estão vivenciando a situação de rua, abordando os determinantes sociais da saúde, objetivos relacionados à transição e quaisquer condições médicas e psiquiátricas simultaneamente. |
| Eastwood EA, et al. (2021)<br><br>New York, USA | Pesquisa quantitativa, com levantamento multi-site, através do Projeto Especial de Significância Nacional (SPNS). Com 102 mulheres transsexuais, entre 2013 e 2017. | Os dados sugerem que o apoio social de amigos transgêneros é crucial e pode ajudar a amenizar os desafios relacionados à falta de moradia. |

Os estudos apontam que a produção científica nacional e internacional acerca da temática, está direcionada para a relação entre a falta de habitação e a identidade de gênero. Após a análise dos dados, os resultados extraídos apontaram a categoria temática: vulnerabilidade social e seu impacto à saúde. Nesta categoria os estudos sintetizam que a vulnerabilidade é existente muitas vezes mediante a falta de habitação, discriminação interseccional, vivência das violências e exclusão social como fator de risco para exposição ao HIV e problemas de saúde mental, os quais, fazem interseção com a saúde. Neste contexto, o apoio de pessoas e amigos transgêneras podem contribuir positivamente nos desafios enfrentados pela ausência de moradia.

## DISCUSSÃO

Esta revisão demonstrou carência de estudos nacionais tangentes à temática da saúde da mulher transgênera em situação de rua. Porém, nos países de língua inglesa, mesmo com idiomas, costumes, tradições e localizações diferentes, apresentaram artigos que discutem a temática, sendo os estudos concentrados em países como Canadá e EUA.

As razões as quais as mulheres transgêneras acabam vivenciando a situação de rua incluem: conflito familiar, desaprovação da orientação sexual ou experiências estressantes, como abuso sexual na infância. Ou seja, os motivos pelos quais mulheres transgêneras vão parar no contexto das ruas, estão em muitos casos relacionados aos impactos dos traumas vivenciados, de violências e violações, desde a infância, recorrendo às ruas como uma alternativa de abrigamento (FLENTJE A, et al., 2016).

Assim, observamos que a integração dos resultados elege a vulnerabilidade social, como um fator principal, com várias repercussões na saúde das mulheres transgêneras, apontam que o preconceito, falta de moradia, pobreza, dificuldade para acessar o mercado de trabalho se tornam presentes por conta das transidentidades.

A taxa de desemprego para as mulheres transgêneras é maior do que a de homens transgêneros com características semelhantes; esses resultados revelam a existência de uma penalidade adicional no mercado de trabalho por ser mulher, além de uma penalidade por ser transgênero (JAMES SE, 2016). Diante disso, mulheres transgêneras, frequentemente recorrem ao trabalho sexual para o sustento e compra de serviços de afirmação de gênero, como hormônios e outros produtos que aumentam a feminização. Também, expe-





prévia EDPOPRUA.indd 276-277 12/12/2025 10:41:39

rimentam um risco aumentado de compartilhamento de agulhas no bombeamento ilícito de silicone. Taxas altas de sexo anal sem preservativo entre mulheres transgêneras ocorrem durante o trabalho sexual, envolvendo-se em comportamentos sexuais de maior risco por aumento de salário, comportamento como um dos focos principais o risco de contraírem HIV. Globalmente, as chances de infecção pelo HIV são 49 vezes maiores entre mulheres transgêneras, em comparação aos indivíduos heterossexuais ou cisgêneros (EASTWOOD EA, et al., 2021).

Nesse contexto, estar em situação de rua é uma grande preocupação para as mulheres transgêneras, pois, a falta de habitação contribui para a ocorrência de vulnerabilidades, como: violência, violações, uso abusivo de substâncias psicoativas. Cabe ressaltar que a escassez de estudos sobre esta população, bem como a inexistência de políticas públicas específicas sobre sua saúde (DIAS ALF, et al., 2015), refletem um contexto de vulnerabilidades que se retroalimentam, definindo um ciclo de pobreza-estigmatização-exclusão-adoecimento (SOUZA ES e TANAKA LH, 2022).

As identidades transfemininas, se encontram em posição de estigma e preconceito por não atenderem a uma normatividade de gênero. A partir disso, discorre acerca de processos de exclusão social, estigmas, marginalização e estereótipos que essas identidades sofrem. Os movimentos de exclusão fazem com que ocorra a anulação das transgeneridades, bem como de suas práticas discursivas e suas particularidades ocasionando vulnerabilidades, além da própria transfobia que sofrem cotidianamente (JESUS JG, 2015).

O caminho de auto-reconhecimento da identidade de gênero dessas pessoas tem implicações em múltiplas dimensões, sejam elas físicas (cirurgias plásticas e terapia hormonal), psicossociais, familiares, jurídico-legais. A temática mulheres transgêneras em situação de rua, lança luz sobre a importância da compreensão das possibilidades de combinações entre gênero, raça, classe social e outras categorias de análise na determinação do processo saúde-doença e cuidado dessas pessoas (JAMES SE, 2016).

A vulnerabilidade dessas mulheres é agravada pelo marcador social: raça. As mulheres transgêneras negras enfrentam muitos desafios de vida relacionados à discriminação por marginalização racial e étnica, pobreza, bullying, baixos níveis de educação, e oportunidades de emprego (EASTWOOD EA, et al., 2021; OLIVEIRA MRG, 2018). Estudos apontam que as mulheres transgêneras negras possuíam maiores índices de instabilidade habitacional e isso não só acarreta a ida à rua, mas também em dificuldades de realizar acompanhamento médicos, acessar medicações e de exposição a abusos sexuais e, consequentemente, IST's (GLICK JL, et al., 2019; EASTWOOD EA, et al., 2021; LYONS T, et al., 2016).

No Brasil não há dados oficiais acerca da população de mulheres transgêneras em situação de rua, e escassas pesquisas sobre a trajetória dessas mulheres e as discriminações relacionadas à cor. A exclusão da mulher transgêneras negra perpassa inclusive pela produção científica, denunciando que faltam pesquisas sobre esta população na ótica das mulheres e que demonstram suas trajetórias de vida e enfrentamentos às inúmeras exclusões (OLIVEIRA MRG, 2018).

As mulheres transgêneras negras possuem mais dificuldades de acessar os serviços de saúde e sofrem mais preconceitos, de tal modo, que a participação em coletivos de auto-organização é uma estratégia para driblar e enfrentar essas vulnerabilidades (SIQUEIRA GC e MARCOLINO MA, 2021). No que tange à mulher transgêneras negra, em situação de rua, um estudo apontou que essas mulheres experimentam níveis extremos de pobreza e carecem das necessidades humanas mais básicas - comida e abrigo. Essas experiências de pobreza extrema podem ser uma das causas de marginalização social e isolamento da sociedade (EASTWOOD EA, et al., 2021).

Os achados desta revisão apontam que nos abrigos, as mulheres encontram dificuldades para acessar banheiro e possuem maiores riscos de sofrer transfobia institucional. Essas situações acarretam maiores agravos à saúde mental como traumas, estresse, depressão e maior vulnerabilidade ao HIV/AIDS (FLENTJE A, et al., 2016; ABRAMOVICH A, et al., 2020). Nota-se, a partir dos achados, que nas ruas, as mulheres transgêneras precisam lidar com os preconceitos por estarem em situação de rua e as discriminações relacionadas à identidade de gênero.

O acolhimento institucional a partir do sexo designado no nascimento se configuram como violência institucional na medida em que não se respeita a identidade de gênero da pessoa, configurando transfobia institucional. As vulnerabilidades se agravam diante das precariedades e violências relacionadas ao viver nas ruas.

Uma estratégia utilizada por mulheres transgêneras para lidar com as dificuldades vividas nas ruas e nos centros de acolhimento é estar no grupo





prévia EDPOPRUA.indd 278-279 12/12/2025 10:41:39

de iguais, sentindo-se mais protegidas, inclusive dos demais usuários, sendo também uma forma de se fortalecerem para viabilizar suas demandas (MENDES LG, et al., 2019). O apoio social dos amigos e a união com outras mulheres transgêneras que vivenciam a mesma realidade correspondem como fatores de proteção para agravos à saúde diante das vulnerabilidades da/na rua, vinculadas à identidade transgênera (EASTWOOD EA, et al., 2021).

Mulheres transgêneras são vistas como violadoras das normas de gênero e estão sujeitas ao policiamento de gênero contínuo, sendo consideradas enganadoras (não mulheres "reais") e isso é usado para justificar a violência e a exclusão. Mulheres transgêneras em situação de rua são proibidas de adentrar em abrigos para homens e mulheres cis se não estiverem tomando hormônios ou se não tivessem uma expressão de gênero feminina (LYONS T, et al., 2016). Tendo em vista que a sociedade estabelece regras de comportamentos sociais esperados, o conceito de passabilidade está relacionado aos diferentes espaços sociais em que é condicionada a mulher transgênera se aproximar da expressão de gênero socialmente construída do que é ser uma mulher cis, ou seja, pelo tipo de cabelo, unhas, vestimentas, físico e afins. Assim, a passibilidade torna-se para muitas um mecanismo de defesa diante da cisheteronormatividade, onde as pessoas trans com passabilidade estão menos expostas à violência física e simbólica porque não são reconhecidas como papéis de gênero desviantes (LUCENA SG, 2018). Dessa forma, para algumas mulheres transgêneras "neste submundo sobreviver na rua é uma luta diária, constante e dolorosa... morar na rua e ser trans é duas vezes mais preconceito" (MENDES LG, et al., 2019).

A maior cirurgia que perpassa a vida cotidiana de uma pessoa transgênera não diz respeito ao cardápio de cirurgias plásticas que ela possa submeter-se, mas sim, refere-se àquela que ela está implicada a realizar no outro, no tecido social, nos enfrentamentos cotidianos, na ruptura diária de discriminações e preconceitos, nas reivindicações pelos direitos subtraídos pelo próprio Estado, o que a autora denomina de "cirurgia social" (MENDES LG, et al., 2019).

Nesse sentido, é fundamental a proteção social e de saúde advinda das políticas públicas estatais. O Sistema único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que possuem programas de incentivo e acolhimento às demandas dessa população, todas elas sabiam e acessavam algum serviço do SUS, no entanto, também foi unanime a vivência de violência institucional, sexual e de discriminação como desrespeito ao nome social, falta de privacidade nos banheiros coletivos e não reconhecimento da identidade transgênero nos serviços públicos (MENDES LG, et al., 2019).

Desse modo, é perceptível que a violência é uma experiência muito presente na vida dessas mulheres, e devido a isso, apontam que as formas de violências e seus agentes podem repercutir diretamente na saúde física, mental e social dessas mulheres, colocando-as em situação de rua e/ou até mesmo levando-as a buscar abrigo em outros países (ABRAMOVICH A, et al., 2020; BELTRAN T, et al., 2019). Para além das violências físicas e verbais cotidianas das mulheres transgêneras, existem ainda as demandas psicológicas e emocionais dessas violências "silenciosas" conhecida por todos, mas invisíbilizada pelo sistema. O constante sentimento de perigo, onde precisam estar preparadas para enfrentar comentários desairosos e tentativas de agressão física. Essas mulheres sabem que a qualquer momento, podem tornar-se alvo de agressão verbal e/ou violência física por parte daqueles que se sentem ofendidos pela simples presença de mulheres transgêneras nesse espaço (KULICK D, 2008).

A situação de rua para mulheres transgêneras afeta bidirecionalmente os comportamentos e resultados relacionados à saúde, bem como outros determinantes sociais da saúde. Se faz necessário estratégias de cuidado, que forneça meios possíveis para que essas mulheres tenham a oportunidade de uma vida saudável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos dessa revisão integrativa abordaram majoritariamente a vulnerabilidade e a discriminação interseccional relacionados ao tema da saúde da mulher transgênera em situação de rua, onde as vivências de violências são cotidianas na vida dessas mulheres, como também as demandas psicológicas e emocionais oriundas dessas violências "silenciosas" conhecida por todos, mas invisibilizada pelo sistema. Considera-se limitante o número de publicações identificadas diante da complexidade da temática, sinalizando para a importância de inclusão e/ou ampliação de discussões no processo formativo de profissionais de saúde, assim como em atividades de educação permanente, visando práticas de cuidado acolhedoras e respeitosas tanto a nível do SUS, quanto SUAS. Assim, se faz necessário estratégias de cuidado, oferecendo assim a essas mulheres meios para que tenham a oportunidade de uma vida saudável.





prévia EDPOPRUA.indd 280-281 12/12/2025 10:41:39

## REFERÊNCIAS


ABRAMOVICH A, et al. A transgender refugee woman experiencing posttraumatic stress disorder symptoms and homelessness. CMAJ, 2020; 6; 192(1): E9-E11.

ALMEIDA FILHO NA. O que é saúde? Rio de janeiro: Editora Fiocruz; 2018; 160p.

BARDIN L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2016; 279p.

BELTRAN T, et al. Intersectional Discrimination Is Associated with Housing Instability among Trans Women Living in the San Francisco Bay Area. Int J Environ Res Public Health, 2019; 16(22).

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Resolução Nº 40, de 13 de outubro de 2020. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção, e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. Brasília (DF): Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos Humanos; 2020.

BRASIL. Prefeitura Municipal de São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo. São Paulo (SP): Prefeitura Municipal de São Paulo; 2019.

DIAS ALF, et al. On the fringes of the city: invisibility paths and exclusion of transvestites on the street. Gerais: Rev Interinst Psicol., 2015; 8: 214-233.

EASTWOOD EA, et al. Young Transgender Women of Color: Homelessness, Poverty, Childhood Sexual Abuse and Implications for HIV Care. AIDS Behav., 25(Suppl 1): 96-106.

FLENTJE A, et al. Mental and Physical Health among Homeless Sexual and Gender Minorities in a Major Urban US City. J Urban Health, 2016; 93(6): 997-1009.

GLICK JL, et al. “Housing Insecurity Seems to Almost Go Hand in Hand with Being Trans”: Housing Stress among Transgender and Gender Non-conforming Individuals in New Orleans. J Urban Health, 2019; 96(5): 751-759.

JAMES SE, et al. The report of the 2015 U.S. transgender survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.

JESUS JG. Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos. Brasília: Autor; 2012. 24p.

JESUS JG. Transfeminismo: Teorias e Práticas. Rio de Janeiro: Editora Metanoia; 2015. 206p.

JOHNS EA, et al. Sociodemographic Factors Associated With Trans female Youth’s Access to Health Care in the San Francisco Bay Area. J Adolesc Health, 2017; 61(2) :259-261.

KULICK D. Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 280p.

LUCENA SG. Análise da passabilidade como mecanismo de proteção as experiências trans. E-book CONQUEER... Campina Grande: Realize Editora. 2018; 156-156.

LYONS T, et al. Experiences of Trans Women andTwo-Spirit Persons Accessing Women-Specific Health and Housing Services in a Downtown Neighborhood of Vancouver, Canada. LGBT Health, 2016; 3(5): 373-378.

MENDES KDS, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto -enferm., Florianópolis, 2008; 17(4): 758-764.

MENDES LG, et al. Social protection and production of care for transvestites and transgender women in homeless situation in the city of Belo Horizonte (MG). Saúde em Debate, 2019; 43(8): 107-119.

OLIVEIRA MRG. “Transexistências negras: O lugar de travestis e mulheres transexuais negras no Brasil e em África até o século XIX”. In: Ribeiro PRC, Magalhães JC, Seffner F, Vilaça T. Corpo, gênero e sexualidade: resistência e ocupa(ações) nos espaços de educação. Rio Grande: EDFURG; 2018.






prévia EDPOPRUA.indd 282-283 12/12/2025 10:41:40

## TEXTO 3

# SAÚDE DAS MULHERES E MATERNAGEM DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

***Keila Cristina Costa Barros***

A saúde da mulher em situação de rua é marcada por um contexto de vulnerabilidades sociais, econômicas e institucionais que atravessam seus corpos e experiências de forma intensa. Essas mulheres, enfrentam desafios cotidianos para acessar os serviços de saúde, muitas vezes atravessados por preconceitos de classe, raça e gênero. Casos de negativa explícita de atendimento em unidades de saúde, ausência de escuta qualificada, exigência de documentos pessoais e julgamentos morais por parte de profissionais são recorrentes, sobretudo em contextos de pré-natal, parto, saúde mental e uso de substâncias (Gomes et al., 2017).

Esses entraves institucionais não apenas violam direitos constitucionais, como também desestimulam a procura por cuidados, resultando em agravamento de condições clínicas e no rompimento precoce de vínculos com serviços. No entanto, algumas estratégias e espaços têm se mostrado mais acolhedores e efetivos, como os Consultórios na Rua (CnaR), as equipes de Redução de Danos, os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP), as Casas de Acolhimento para gestantes e puérperas, além de ações articuladas entre Saúde, Assistência Social e Defensoria Pública. Esses dispositivos, quando bem estruturados e orientados por práticas antiproibicionista, antirracistas e centradas no cuidado, conseguem promover não apenas o acesso, mas o pertencimento dessas mulheres aos espaços institucionais (Gomes et al., 2017).

Nesse contexto, é urgente tamb no ém lançar um olhar sensível e interseccional sobre as meninas e adolescentes em situação de rua, considerando os atravessamentos geracionais que afetam suas vivências. A adolescência, marcada por transformações físicas, psíquicas e sociais, torna-se ainda mais complexa quando vivida sob condições extremas de vulnerabilidade. Meninas e adolescentes em situação de rua estão expostas a múltiplas formas de violência, incluindo abusos sexuais, gravidez precoce, exploração do trabalho informal e envolvimento com drogas, muitas vezes como estratégia de sobrevivência. Essas vivências impactam diretamente sua relação com o corpo, a sexualidade e a possibilidade de exercer futuramente a maternagem com autonomia e dignidade. Ao mesmo tempo, observa-se que a ausência de políticas públicas direcionadas a essa faixa etária perpetua ciclos intergeracionais de exclusão e marginalização, o que exige estratégias específicas de cuidado e proteção (Castro, 2014).

Além dos fatores estruturais, a saúde dessas mulheres é diretamente afetadas pelas violências simbólicas e institucionais que enfrentam. O uso de álcool e outras drogas, frequentemente associado a essas mulheres, é interpretado pela sociedade como sinal de negligência e incapacidade materna, desconsiderando os contextos de sofrimento psíquico e exclusão social que motivam esse comportamento (Almeida; Quadros, 2016). A responsabilização individual das mulheres em situação de rua por sua condição de vida é reflexo de uma lógica moralizante e patriarcal que ignora as raízes estruturais da desigualdade, como o racismo e o sexismo (Davis, 2016; Collins, 2019). Assim, o estigma e a discriminação acabam por afastá-las ainda mais dos serviços públicos de saúde, tornando o cuidado mais fragmentado e excludente. A precarização da vida nas ruas expõe essas mulheres a riscos como a violência física e sexual, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), gestações não planejadas e complicações no ciclo reprodutivo. A maternagem, nesse contexto, surge como um ponto central da saúde da mulher em situação de rua, pois está associada tanto ao cuidado de si quanto ao cuidado de outros.

A maternagem, tradicionalmente ligada ao vínculo afetivo entre mãe e filho/a, passou por transformações significativas a partir de suas construções sociais e culturais (Gradvohl; Osis; Makuch, 2014). Na história, os conceitos de maternagem, infância e família se articulam com os contextos sociais, culturais e econômicos de cada época (Ariés, 1986; Poster, 1979). Com a ascensão do capitalismo e da burguesia, entre os séculos XVII e XIX, instaurou-se a divisão entre o espaço público e o privado, com a mulher sendo responsável pelo cuidado familiar (Winnicott, 2000; Scavone, 2001).

Durante a modernidade, a figura materna foi idealizada como natural e instintiva, reforçando o mito do instinto materno e a maternagem como dever exclusivo da mulher (Badinter, 1985; Correia, 1998). No século XIX, essa função ganhou status social, com a mulher sendo exaltada como "rainha do lar" (Freire, 2008). O Estado, por sua vez, passou a regulamentar a maternagem como parte de um projeto patriótico e moralizante, principalmente após a Primeira Guerra Mundial, visando a reprodução de cidadãos saudáveis (Gradvohl; Osis; Makuch, 2014).





prévia EDPOPRUA.indd 284-285 12/12/2025 10:41:40

Essa idealização resultou em pressões sociais sobre as mulheres, especialmente àquelas que não desejavam maternar ou exerciam dupla jornada (Correia, 1998; Moura, 2004). O discurso médico reforçava esse ideal sagrado da mãe, normatizando os cuidados infantis (Moreira, 2009). No século XX, os movimentos feministas trouxeram críticas a essa imposição. Enquanto o feminismo radical questionava a maternidade como submissão, o maternalista a defendia como trabalho social merecedor de remuneração (Szapiro, 2008; Bock, 1991). A partir daí, emergiu a maternagem como escolha, desvinculada da obrigação biológica (Scavone, 2001; Badinter, 2011).

Avanços tecnológicos, como contraceptivos e mamadeiras, permitiram à mulher maior autonomia sobre a fecundidade e divisão dos cuidados (Scavone, 2001). A medicina reprodutiva e as novas configurações familiares, como casais homoafetivos e mães sociais, ampliaram o conceito de maternagem para além do modelo tradicional (Freire, 2008; Passos, 2005).

Atualmente, muitas mulheres optam por adiar ou não ter filhos/as, priorizando projetos pessoais (Barbosa; Rocha, 2007). A maternagem, nas classes mais altas, é muitas vezes terceirizada para instituições, enquanto em contextos de vulnerabilidade, como entre mulheres em situação de rua, ocorre com apoio de redes familiares ampliadas — a chamada “terceirização do cuidado” (Andrade; Mishima-Gomes; Barbiere, 2012).

A maternagem nas ruas desafia os modelos normativos. Muitas mulheres são estigmatizadas e criminalizadas, especialmente se negras, pobres e usuárias de substâncias psicoativas (SPA) (Santos; Baptista; Constantino, 2021). Esse cenário revela a aporofobia (aversão, repulsa ou hostilidade contra pessoas pobres, em situação de miséria ou vulnerabilidade social) estrutural que atinge mulheres pretas e pobres, marcadas por múltiplas violências (Santos et al., 2020).

É nesse ponto que se insere a necessidade de historicizar o maternar da mulher negra. Dados do CadÚnico (Brasil, 2023) apontam que mais de 68% das pessoas em situação de rua são negras. Assim, a análise da maternagem deve considerar os atravessamentos de raça, classe e gênero, que geram hierarquias reprodutivas (Collins, 2019; Mattar; Diniz, 2012). No Brasil escravocrata, mulheres negras foram privadas de maternar seus próprios filhos/as, sendo usadas como amas-de-leite ou para reprodução forçada (Davis, 2016; Kilomba, 2019).

Apesar da negação de seus direitos reprodutivos, essas mulheres resistiram por meio de redes de solidariedade e cuidado compartilhado, inspiradas nas tradições africanas de parentalidade coletiva (Dos Reis, 2018; Collins, 2019). Tais redes, chamadas de maternagem cooperativa, seguem sendo formas de resistência frente à pobreza e à violência estrutural (Richwin; Zanello, 2022). O racismo estrutural, herdado da colonização, ainda impede o acesso equitativo à maternagem, especialmente quando essas mulheres se encontram em situação de rua (Almeida, 2018).

Merece também destaque a vivência da maternagem por meninas e adolescentes em situação de rua, marcada por gravidezes precoces, frequentemente não planejadas, associadas a contextos de violência sexual, relações abusivas, ausência de vínculos familiares estáveis e evasão escolar. A adolescência, etapa de desenvolvimento que deveria ser protegida, é abruptamente interrompida, e essas meninas são forçadas a assumir responsabilidades maternas em meio à extrema vulnerabilidade. A precariedade das condições de vida, somada ao estigma social, torna o exercício da maternagem ainda mais difícil, submetendo essas adolescentes a julgamentos morais que desconsideram suas histórias de sofrimento e exclusão. Apesar disso, muitas constroem formas singulares de cuidado, mobilizando estratégias de sobrevivência, solidariedade entre pares e desejo de proteger seus/suas filhos/as, ainda que sem apoio institucional adequado (Souza; Amorim, 2020; Marcolino; Moraes, 2015).

A maternagem exercida por mulheres em situação de rua é marcada por múltiplas formas de cuidado, profundamente atravessadas por questões sociais, culturais, econômicas e raciais (Santos et al., 2024). Muitas dessas mulheres mantêm vínculos afetivos fragilizados com familiares e amigos, mas, ainda assim, buscam apoio nessas redes ou em instituições para garantir o bem-estar de seus/suas filhos/as. Outras, mesmo em extrema vulnerabilidade, expressam desejo de manter a guarda e o cuidado de seus filhos/as, enquanto algumas, por circunstâncias adversas, acabam por abandoná-los, demonstrando a diversidade de experiências (Costa et al., 2015; Martins, 2010).

O exercício da maternagem na rua impõe desafios significativos, entre eles a dificuldade de acesso ao trabalho remunerado, especialmente porque o cuidado com os/as filhos/as exige tempo e presença. Essa realidade força muitas mulheres a trabalhos precários ou mesmo à prostituição, o que acarreta desgaste físico e psicológico (Benbow; Forchuk; Ray, 2011; Kennedy et al., 2014; Almeida; Quadros, 2016). O uso de álcool e outras drogas por mulheres acar-





prévia EDPOPRUA.indd 286-287 12/12/2025 10:41:40

reta uma pesada carga emocional, marcada por sentimentos de desgosto e temor diante do julgamento social. Em uma sociedade proibicionista, racista e sexista, esse comportamento é frequentemente associado à transgressão, e essas mulheres acabam sendo vistas de forma desumanizada, como se fossem indignas de exercer a maternagem (Oliveira; Paiva, 2007; Malheiro, 2020)

A violência física, institucional e obstétrica é frequente, incluindo agressões durante a gravidez (Coldibeli; Paiva; Batista, 2021). O temor da perda da guarda dos/as filhos/as é constante entre essas mulheres, o que muitas vezes impede que busquem apoio no pré-natal ou em serviços públicos. A separação precoce, muitas vezes institucionalizada por hospitais, retira delas o direito à maternagem e à construção do vínculo materno, mesmo em casos em que a mulher deseja e tem condições de cuidar (São Paulo, 2017; Siqueira et al., 2018). Essa prática afeta profundamente tanto a saúde mental das mães quanto o desenvolvimento psíquico das crianças (Boing; Crepaldi, 2004).

A Nota Técnica Conjunta n.º 001/2016 estabelece que a situação de rua, por si só, não deve justificar a destituição do poder familiar. Tal decisão deve ser tomada apenas como última alternativa, após esgotadas todas as possibilidades de convivência familiar e com análise de equipe multidisciplinar (Brasil, 2016). Frente a isso, é essencial repensar práticas assistenciais, a fim de garantir um cuidado mais humanizado, justo e efetivo à maternagem nas ruas.

O objetivo deste texto foi analisar criticamente a maternagem e a saúde/cuidado das mulheres em situação de rua, evidenciando como as desigualdades sociais, raciais, de gênero e institucionais afetam negativamente o acesso a direitos reprodutivos, ao cuidado e à saúde dessas mulheres e seus/suas filhos/as. Diante disso, o questionamento refletido neste texto: De que forma as desigualdades sociais, raciais, de gênero e institucionais impactam a saúde/cuidado e o exercício da maternagem por mulheres em situação de rua?

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da saúde das mulheres em situação de rua, com ênfase na maternagem, revela uma realidade marcada por múltiplas opressões e vulnerabilidades. A vivência da maternidade nas ruas é profundamente atravessada por determinantes sociais, como o racismo estrutural, o sexismo, a pobreza e a violência institucional. Tais fatores não apenas dificultam o acesso aos serviços de saúde, como também desumanizam essas mulheres, negando-lhes o direito ao cuidado, à maternagem e ao vínculo com seus/suas filhos/as.

É fundamental superar visões moralizantes e punitivistas que responsabilizam individualmente essas mulheres por suas condições de vida, ignorando o contexto de exclusão e abandono do Estado. A maternagem em situação de rua desafia os modelos normativos e revela a potência das redes de cuidado compartilhado como forma de resistência. Ao mesmo tempo, evidencia a urgência de políticas públicas intersetoriais, humanizadas, antiproibicionista e antirracistas, que garantam acesso integral à saúde, à moradia, à renda e à proteção social.

Reconhecer a maternagem como um direito, e não como um privilégio condicionado à adequação a padrões sociais, é essencial para promover justiça reprodutiva e equidade. Nesse sentido, torna-se imprescindível escutar essas mulheres, respeitar suas trajetórias, singularidades e diversidades, e assegurar que nenhuma maternagem seja negada pela condição de estar nas ruas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.; QUADROS, M. F. Trabalho, violência e drogas entre mulheres em situação de rua. Revista Psicologia Política, v. 16, n. 38, p. 91-104, 2016.

ALMEIDA, Silvio. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen, 2018.
ARIÉS, Philippe. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, Regina Maria; ROCHA, Gilvânia Maria da. Corpo e gênero. In: VELHO, Gilberto (org.). Antropologia urbana: cultura e sociedade no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. p. 137-158.

BENBOW, N.; FORCHUK, C.; RAY, S. Mothers experiencing homelessness: mental health and well-being. Journal of Advanced Nursing, v. 67, n. 7, p. 1446–1455, 2011.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês: a maternagem como fator de proteção. Psicologia em Estudo, v. 9, n. 1, p. 109-117, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta Nº 001/2016: Diretrizes,





prévia EDPOPRUA.indd 288-289 12/12/2025 10:41:41

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CASTRO, C. R. Aconteceu, aí eu deixei vir...a gravidez em meninas de rua. Curitiba: Appris, 2014.

COLDIBELI, R.; PAIVA, I. L.; BATISTA, L. C. A maternagem de mulheres em situação de rua: desafios no cuidado e no reconhecimento. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, supl. 6, p. e20201461, 2021.

COLLINS, Patricia Hill. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Boitempo, 2019.

CORREIA, Maria do Desterro. As representações sociais da maternidade: o discurso médico e jurídico no século XIX. São Paulo: EDUC, 1998.

COSTA, S. M. et al. Ser mãe em situação de rua: vínculos e singularidades. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 8, p. 2437-2446, 2015.

DAVIS, Angela. Mulher, raça e classe. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DOS REIS, Ana Flávia Magalhães Pinto. Revoltas, resistências e poder feminino nas lutas por liberdade no Brasil escravista. Revista O Menelick 2º Ato, São Paulo, n. 18, 2018.

FREIRE, Eliane Lucia de Oliveira. Família e sociedade no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

GOMES, R. M. et al. Maternidade e situação de rua: desafios enfrentados por mulheres. Interface, v. 21, supl. 1, p. 1129-1140, 2017.

GRADVOHL, Sônia Maria Alves; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yury Ichihara. Padrões de cuidado à saúde de mulheres e recém-nascidos: perspectivas históricas e contemporâneas. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra Regina (org.). Gênero, saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Campinas: Ed. da Unicamp, 2014. p. 115-142.

KENNEDY, A. C. et al. The impact of homelessness on parenting and children's health. Children and Youth Services Review, v. 46, p. 25–33, 2014.

KILOMBA, Grada. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MALHEIRO, L. S. B. Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e políticas de drogas. Rio de janeiro. Telha, 2020.

MARCOLINO, T. Q.; MORAES, M. C. Maternidade precoce e invisibilidade: desafios de adolescentes em situação de rua. Revista Katálysis, v. 18, n. 2, p. 284–293, 2015.

MARTINS, M. R. V. O cuidado de mães em situação de rua com seus filhos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 26, n. 2, p. 233-241, 2010.

MATTAR, Ana; DINIZ, Debora. Hierarquias reprodutivas e direitos sexuais. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 415-426, maio/ago. 2012.

MOREIRA, Maria Inês Batista. Maternidade e subjetividade. In: DIMENSTEIN, Gilberto; SCAVONE, Lucila (org.). Família: valores e mudanças. São Paulo: Summus, 2009. p. 87-101.

OBPOPRUA/POLOS-UFMG. Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua. Dados da população em situação de rua. 2022. Disponível em: https://polos.ufmg.br/obpoprua/. Acesso em: 6 mai. 2025.

PASSOS, Eduardo. Família e homossexualidade: uma análise psicossocial. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

POSTER, Mark. Família, discurso e sexualidade. São Paulo: Perspectiva, 1979.

RICHWIN, Priscila; ZANELLO, Valeska. Maternidade, racismo e pobreza: o cuidado compartilhado como resistência. Cadernos Pagu, Campinas, n. 64, e216411, 2022. Disponível em: https://periodicos.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/216411. Acesso em: 5 mai. 2025.

ROUDINESCO, Élisabeth. A família em desordem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.









prévia EDPOPRUA.indd 290-291 12/12/2025 10:41:41

SANTOS, K. C. C.; MARQUES, L. S. S.; GONÇALVES, M. T. et al. Maternidade e maternagem em situação de rua: revisão integrativa. Revista Ciências e Saúde Coletiva, v.29, n.10, p. 1-13, 2024.

SANTOS, Cecília Vieira dos; BAPTISTA, Ana Maria; CONSTANTINO, Patrícia. Mulheres em situação de rua e a maternagem: resistências e disputas de saberes. Revista Temas em Educação e Saúde, Araraquara, v. 17, n. 1, p. 1-17, 2021.

SARMENTO, Maria João. Famílias africanas e modelos de parentalidade: uma perspectiva sócio-cultural. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2020.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. Estudo sobre a retirada de bebês de mães em situação de rua. São Paulo: SMDHC, 2017.

SCAVONE, Lucila. Gênero e trabalho: novas abordagens. In: LOMBARDI, José Claudinei; SAVIANI, Dermeval (org.). História e Historiografia da Educação no Brasil. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 187-203.

SIQUEIRA, K. et al. Mulheres em situação de rua e a retirada de seus filhos recém-nascidos: experiências e reflexões. Revista Direito e Práxis, v. 9, n. 4, p. 1979-2003, 2018.

SOUZA, M. F.; AMORIM, K. N. V. A maternidade na adolescência em contextos de exclusão social: uma análise interseccional. Revista Feminismos, v. 8, n. 2, p. 145–165, 2020.

SZAPIRO, Marília. Feminismos e maternidade: uma discussão a partir do movimento de mulheres. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 123-141, 2008.

TELLES, Vera da Silva. Metrópole e violência: novas configurações do espaço urbano. São Paulo: Humanitas, 2018.
WINNICOTT, Donald W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 2000.





## TEXTO 4

# "O MASSACRE NÃO ACABOU", ALERTA VANILSON TORRES 21 ANOS APÓS CHACINA DA SÉ

***Jana Sá***

"O massacre não acabou." É assim que Vanilson Torres, coordenador do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), define a realidade de quem vive sem teto no Brasil, 21 anos após o Massacre da Sé. Na madrugada de 19 de agosto de 2004, sete pessoas foram assassinadas e oito ficaram feridas enquanto dormiam na Praça da Sé, em São Paulo. O episódio deu origem ao Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua, lembrado na próxima segunda-feira (19).

Segundo Vanilson, o país avançou em alguns marcos, como a criação do MNPR, a instituição da Política Nacional da PopRua pelo decreto 7.053/2009, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 976 no STF, que obriga União, estados e municípios a elaborarem planos de ação, e a instalação do Plano Ruas Visíveis pela União em 2023. Mas ele alerta que essas medidas estão longe de atender às necessidades reais.

***"O Ruas Visíveis está muito aquém das nossas necessidades. Poucos estados e municípios instalaram seus planos."***

Para o coordenador, a violência contra a população em situação de rua é cotidiana e assume múltiplas formas. "Todos os dias temos massacres, quando não temos acesso à saúde, moradia digna, trabalho e renda. Essas ausências também nos matam. Infelizmente, parte da sociedade e o Estado ainda nos criminalizam pelo viés do álcool e das drogas, quando sabemos que são vários fatores que nos levam à situação de rua."

Os dados confirmam a gravidade. Em março deste ano, o Cadastro Único registrava 335.151 pessoas em situação de rua no Brasil — 14% delas no Nordeste. No Rio Grande do Norte, levantamento da Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social (Sethas-RN) identificou 2.202 pessoas nessa condição, sendo 67,71% apenas na capital, Natal. Entre 2020 e 2024, o Disque 100 recebeu 46.865 denúncias de violações contra essa população, muitas ocorrendo em locais que deveriam oferecer acolhimento e proteção.





prévia EDPOPRUA.indd 292-293 12/12/2025 10:41:41

Vanilson relaciona o crescimento desse contingente a fatores estruturais como “as deformações trabalhista e previdenciária, a má distribuição de renda, crimes ambientais como os de Brumadinho e Mariana, a pandemia da Covid-19 e a alta do custo de vida”. Para reverter o quadro, defende um conjunto de políticas públicas estruturantes. “Precisamos de moradia, trabalho e renda, saúde, educação, entre outras áreas. E principalmente, de um Censo Nacional da PopRua para sabermos quem somos e onde estamos.”

As ações de mobilização também seguem ativas. “No mês de agosto, temos a semana de luta em todos os estados onde o MNPR está presente. Estamos organizando uma marcha nacional para denunciar o descaso e as violências contra a PopRua, além das incidências políticas que faremos em nossos estados e municípios”, diz Vanilson.

Para ele, o 19 de agosto é um dia de memória e resistência. “O massacre da Sé não terminou. Seguimos lutando para que nossas vidas sejam reconhecidas como vidas que importam, com direitos garantidos e dignidade assegurada.”

## ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO NO RN

No Rio Grande do Norte, o enfrentamento à realidade das ruas passa também pelo trabalho de acompanhamento e monitoramento das políticas públicas. A vice-presidenta do Conselho Regional de Serviço Social do RN (CRESS-RN), Lívia Gomes, explica que, para a maioria das pessoas, chegar à rua é resultado de um processo de abandono social. “O poder público e a sociedade civil têm negado a esta população vários direitos humanos e sociais previstos constitucionalmente”, afirma.

Ela observa que a omissão estatal se traduz na dificuldade de acesso a políticas públicas e na invisibilidade histórica dessa pauta. “Vivemos em uma lógica que prioriza os lucros dos grandes capitalistas em detrimento da proteção social”, avalia. Segundo Lívia, as trajetórias que levam à situação de rua são diversas e multifatoriais, envolvendo determinantes familiares, econômicos e até geográficos, como secas e enchentes.

O trabalho cotidiano do Serviço Social junto a essa população envolve a atuação em diferentes políticas — de saúde, assistência social e previdência, a programas de transferência de renda, educação e segurança alimentar. “É nosso papel lutar para que os direitos fundamentais dessa população sejam efetivados. O Serviço Social historicamente se comprometeu com a construção de uma sociedade igualitária, sem discriminação e voltada à emancipação humana”, pontua.

Nesse contexto, o CRESS integra o Comitê Estadual Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para a População em Situação de Rua (CIAMP/Rua), vinculado à Secretaria de Estado das Mulheres, da Juventude, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (SEMJIDH). O colegiado atua na formulação e no monitoramento das políticas para essa população, realiza visitas a equipamentos e serviços e participa de espaços de controle social, como as conferências de direitos humanos.

De acordo com Jéssica Morais, representante do CRESS no CIAMP/Rua, uma das ações programadas é a Conferência Livre da População em Situação de Rua, prevista para setembro. O objetivo é reunir demandas e propostas que subsidiem a construção da Política Estadual para o setor. “A construção e o monitoramento dessas políticas são essenciais para garantir a participação e a inclusão dessa população nos espaços de decisão e nos debates políticos locais”, ressalta.

## POEMA COMO DENÚNCIA

Além da atuação política, Vanilson também expressa sua luta por meio da poesia. Para ele, o 19 de agosto é um dia de luto e de mobilização, mas também de afirmação de memória. No poema abaixo, escrito por ele, o coordenador recorda o Massacre da Sé e reforça a resistência do movimento:

### Dia 19 de agosto de Luto e Luta

**I**
No dia 19 de agosto de 2004
Um triste fato ocorreu
7 pessoas em situação de rua
Na Praça da Sé morreu

**II**
Brutal e covardemente
Sem dar nenhuma defesa
Mataram 7 brasileir@s
Que viviam na incerteza





prévia EDPOPRUA.indd 294-295 12/12/2025 10:41:41

**III**
Na incerteza de um dia
Na incerteza de um dia
Mas vieram os meliantes
Pra suas vidas ceifar

**IV**
Após aquela macabra noite
Algo começou a mudar
Surgiu o Movimento População de Rua
Por seus direitos lutar

**V**
Começou em 2 estados
São Paulo e Minas Gerais
Hoje estamos em 19 estados
Lutando por direitos sociais

**VI**
Mas não pensem que é fácil
O massacre continua
Quando é negado direitos
À população em situação de rua

**VII**
Alguns estados conquistaram
Direito à saúde, trabalho e habitação
Porém em outros lugares, inclusive em Natal
É negado até dormir no chão

**VIII**
Por isso sigamos na luta
Pois nesse país nada é de graça
Se não temos moradia digna
Vamos ocupando os espaços de debates, viadutos,
marquises, ruas e praças

**IX**
Dia 19 de agosto no Brasil, América Latina e Caribe
É o dia de luto e luta do povo da rua
Nós não vamos nos calar jamais, sabe por quê?
Porque nossa luta e resistência continuam.





prévia EDPOPRUA.indd 296-297 12/12/2025 10:41:42

“

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não podem dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria

-Paulo Freire

Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Paz e Terra, 1996.



prévia EDPOPRUA.indd 298-299 12/12/2025 10:41:47