

# SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXVIII

## Capítulo 2

# PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

GABRIEL BIEBE MILLAN<sup>1</sup>  
GUSTAVO DE OLIVEIRA BARBOSA<sup>2</sup>  
MELISSA CHAVES KERN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psicólogo – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto – ESPDF.

<sup>2</sup>Terapeuta Ocupacional – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto – ESPDF.

<sup>3</sup>Psicóloga e Tutora – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto – ESPDF.

**Palavras-Chave:** População em Situação de Rua; Saúde Mental; Assistência Integral à Saúde; Cuidado Humanizado.

DOI:

10.59290/2932152203

**P** EDITORA  
**PASTEUR**

## INTRODUÇÃO

No Brasil a população em situação de rua é caracterizada pela extrema pobreza, vínculos familiares fragilizados ou interrompidos e ausência de moradia convencional. De acordo com dados do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, o Distrito Federal é a unidade da federação com maior percentual de PSR com relação à população total, com quase 3 pessoas em situação de rua a cada mil habitantes (BRASIL, 2023)

A população em situação de rua é formada por pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social que incluem fenômenos complexos e que exigem um olhar interdisciplinar. Diversos aspectos precisam ser levados em consideração durante o atendimento desta população, dentre eles podemos citar fatores econômicos, políticos, sociais, psicológicos e de saúde (BRASIL, 2014).

Na literatura científica, em registros clínicos, na mídia e no senso comum, a representação social das pessoas em situação de rua é frequentemente marcada por estigmas que as vinculam à pobreza extrema, ao desemprego, a doenças infecciosas e transtornos psiquiátricos, bem como ao uso de drogas e à violência. Esses estereótipos contribuem para dificultar processos de reintegração familiar e social (BRITO; SILVA 2022).

Na perspectiva da saúde, observa-se elevada incidência de enfermidades como tuberculose, HIV/Aids, dermatites, transtornos mentais e uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA). O consumo de álcool e outras drogas tende a estar associado tanto à permanência das pessoas em situação de rua quanto à sua maior vulnerabilidade à violência. Diante deste cenário, em 2011 a Política Nacional de Atenção Básica estabelece as equipes de consultório na rua (eCR) (BRASIL, 2012).

As eCR são equipes multiprofissionais e tem como objetivo ampliar o acesso de pessoas em situação de rua à rede de atenção e oportunizar o cuidado integral à saúde. Essas equipes têm como principal característica o trabalho itinerante, com destaque ao seu papel de articulação entre os diversos pontos da rede de atenção psicossocial (RAPS) e da rede intersetorial, buscando garantir o acesso dos usuários aos serviços que lhes são de direito (BRASIL, 2012).

Engstrom e Teixeira (2016) destacam que o Consultório na Rua deve ser compreendido como uma porta de entrada essencial para o acesso da população em situação de rua às Redes de Atenção à Saúde e às redes intersetoriais. As autoras ressaltam que sua atuação deve seguir os princípios da Atenção Primária à Saúde, contemplando ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

A partir da experiência da equipe do Consultório na Rua, observa-se que a maioria das pessoas acompanhadas é composta por homens adultos, majoritariamente pretos, com baixa escolaridade e em situação de vulnerabilidade social acentuada. Esse perfil está em consonância com os dados do Relatório Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2023), que aponta que cerca de 87% dessa população é do sexo masculino e mais de dois terços se autodeclararam pretos ou pardos.

Entre as principais demandas observadas, destaca-se o uso problemático de substâncias psicoativas, especialmente o crack, citado com frequência como a droga que mais impacta negativamente a vida cotidiana. Também são recorrentes os relatos de uso de álcool, cocaína e medicamentos psicotrópicos de forma abusiva. Esses padrões refletem em prejuízos significativos nas relações sociais, na saúde física e mental e nas possibilidades de reinserção social, o que é evidenciado por estudos como o de

Nascimento *et al.* (2022), que evidenciam o uso de múltiplas substâncias como um fator central na dinâmica de vida dessa população.

A partir da Política Nacional de Humanização (PNH), podemos destacar a importância do reconhecimento do usuário como sujeito ativo e do estabelecimento da corresponsabilização do cuidado, promovendo a autonomia do usuário sobre o seu próprio processo de saúde-doença. Um dos dispositivos propostos pela PNH para a efetivação deste modelo de cuidado é o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2007).

O PTS é uma ferramenta fundamental no cuidado de casos complexos. Seu objetivo é personalizar o atendimento, considerando as necessidades específicas de cada paciente e promovendo um tratamento integrado e humanizado. A construção do PTS começa com uma avaliação inicial, que inclui entrevista e anamnese para coletar informações detalhadas sobre a história clínica, familiar, social e psicológica do paciente. Com base nessa avaliação, é feito um diagnóstico situacional que identifica problemas, potencialidades, necessidades e desejos do paciente (PINTO *et al.*, 2011).

Em seguida, são definidas metas e objetivos, tanto a curto quanto a longo prazo, estabelecendo objetivos terapêuticos claros, como a estabilização de sintomas, reintegração social ou melhora da qualidade de vida. As intervenções são priorizadas de acordo com as necessidades mais urgentes do paciente. O planejamento das intervenções envolve uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros profissionais. As ações são integradas e podem incluir atividades terapêuticas, consultas, grupos terapêuticos, oficinas e outras intervenções necessárias (PINTO *et al.*, 2011).

A execução e monitoramento do PTS envolvem um acompanhamento regular do progresso do paciente, com ajustes no plano conforme necessário, e o registro de todas as atividades e avanços. Revisões e avaliações periódicas do PTS são realizadas para verificar se os objetivos estão sendo alcançados, com base em reavaliações sistemáticas e no *feedback* do paciente e de seus familiares (PINTO *et al.*, 2011).

A importância do PTS reside na personalização do cuidado, permitindo que o atendimento seja moldado conforme as necessidades específicas de cada paciente, garantindo que as intervenções sejam adequadas e efetivas. Além disso, promove a integração de serviços, articulando diferentes profissionais e serviços para evitar a fragmentação do cuidado e assegurando uma abordagem holística. O PTS também empodera o paciente, encorajando sua participação ativa no processo de tratamento e aumentando o senso de autonomia e responsabilidade sobre sua saúde (BRASIL, 2007).

Outro aspecto importante é a coordenação do cuidado, que facilita a integração entre diferentes níveis de atenção à saúde, como unidades básicas de saúde, hospitais e outros serviços de suporte social. Além disso, o PTS promove transparência e continuidade no atendimento, documentando todas as etapas do cuidado, o que é especialmente útil em casos de transferência entre serviços ou profissionais (ALVES, 2015).

No contexto específico da saúde mental, essas estratégias são ainda mais relevantes, considerando as particularidades do cuidado a pessoas em situação de rua. Este trabalho foi realizado como requisito de avaliação do Programa de Residência em Saúde Mental do Adulto e tem como objetivo relatar a experiência dos residentes junto à uma equipe do Consultório na Rua no Distrito Federal, destacando as potencialidades e desafios do cuidado em saúde men-

tal à população em situação de rua, a partir de vivências concretas no território. O estudo busca refletir sobre estratégias de cuidado, articulações intersetoriais e os limites e possibilidades da clínica ampliada e da atenção psicossocial nesse contexto.

## MÉTODO

As experiências relatadas neste trabalho ocorreram entre setembro de 2024 e fevereiro de 2025, totalizando 6 meses. Como profissionais residentes, nossa carga horária prática no cenário de trabalho é composta de 48 horas semanais, dessa forma foi possível acompanhar os usuários do serviço de forma intensiva na construção do PTS.

O trabalho foi desenvolvido na Região Leste de Saúde do DF, em áreas de grande vulnerabilidade social assistidas pela eCR. Apesar de ter como principal característica o trabalho itinerante, a eCR estava vinculada à uma UBS no território, onde dispunha de um pequeno consultório onde a equipe realizava atendimentos e tarefas administrativas.

A rua deveria ser o principal local de trabalho da equipe (BRASIL, 2012), no entanto, a falta de motoristas, a extensão territorial da região leste de saúde, o clima de Brasília e as forças da natureza demandavam flexibilidade na forma de organizar o trabalho, por isso a equipe alternava entre atendimentos na UBS e atendimentos realizados na Rua.

A região leste de saúde é composta por 4 regiões administrativas do DF e compreende uma vasta extensão territorial, o que dificulta de maneira significativa o alcance da equipe a todos os usuários em situação de rua destes territórios. Dessa forma, no período em que este trabalho foi realizado, a maior parte dos atendimentos se deram nas 2 regiões administrativas localizadas próximas à UBS de referência para a eCR.

A eCR na qual fomos inseridos era formada por uma terapeuta ocupacional, dois enfermeiros, um médico, um dentista e um agente comunitário de saúde. A equipe contava também com 4 residentes, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um assistente social e uma enfermeira do programa de saúde mental da ESPDF. Além disso, durante o semestre a equipe também contou com alguns estagiários de enfermagem da UNB.

Dentre as diversas atividades que a eCR realiza estão o acolhimento inicial, cadastro dos usuários, atendimentos individuais, atendimentos em grupo, reuniões de matriciamento com outras equipes de saúde e discussões de caso com outros serviços da rede intersetorial. O cuidado é compartilhado entre os membros da equipe e é realizado de forma interdisciplinar, visando a integralidade do cuidado diante das múltiplas demandas apresentadas pela população em situação de rua.

Diferentemente das outras equipes de saúde, o perfil do usuário atendido pela eCR é caracterizado por múltiplas vulnerabilidades, pela fragilidade dos vínculos e pela transitoriedade no território, uma vez que os usuários não têm endereço fixo e muitos deles vivem como andarrilhos. Estes aspectos dificultam o acesso e a continuidade do cuidado longitudinal em saúde.

Em nossa experiência, a grande maioria dos usuários buscou o serviço de saúde com queixas de dores físicas, problemas dermatológicos, preocupações com a saúde sexual, intoxicação por uso de substâncias ou sintomas de abstinência alcoólica. Diversos usuários também buscaram o serviço com queixas de saúde mental, como sintomas depressivos e ansiosos, pensamentos persecutórios e audição de vozes, entre outros. Além disso, muitos deles chegavam ao serviço apresentando sintomas indicativos de transtornos mentais e comportamentais por uso

de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

Para cada novo usuário, é registrada uma ficha durante o acolhimento, contendo dados pessoais e de identidade, histórico de vida, tempo em situação de rua, uso de substâncias psicoativas ou medicamentos, comorbidades prévias, locais frequentados, condição alimentar, histórico de tratamento em saúde mental, rede de apoio, escolaridade, entre outras informações coletadas por meio de uma avaliação multidimensional. Esses registros permitem à equipe compreender o contexto singular de cada indivíduo e organizar intervenções mais adequadas.

O primeiro contato com o usuário é frequentemente desafiador, pois muitos carregam experiências de estigmatização e preconceito, o que pode gerar desconfiança em relação aos serviços de saúde. Essa etapa inicial é fundamental para a construção do vínculo, favorecendo a adesão às estratégias de cuidado e possibilitando que indivíduos em risco, muitas vezes sem condições de buscar atendimento por iniciativa própria, possam acessar suporte adequado.

Frente a variedade de demandas apresentadas pela população em situação de rua, a eCR precisa lançar mão de tecnologias leves, leves e duras. Entendemos a partir de Merhy e Onocko (2007), tecnologias leves como comunicação, acolhimento, vínculo e escuta; tecnologias leves duras como epidemiologia e outros saberes estruturados e as tecnologias duras como equipamentos e máquinas, material utilizado no ato de cuidado em saúde.

O trabalho da equipe funciona a partir do constante mapeamento do território e a identificação dos principais pontos de concentração da população em situação de rua, incluindo praças, viadutos e áreas próximas a centros comerciais. Isto é essencial para aproximar a equipe dos usuários e compreender as especificidades

de cada local, como dinâmicas de convivência, uso de substâncias e redes de apoio informais. Nossas visitas ocorreram em duplas ou trios, sempre acompanhadas por um agente comunitário de saúde, visando tanto à segurança da equipe no território quanto o fortalecimento da relação de confiança com os usuários.

A partir desse primeiro contato, eram coletadas informações básicas para o cadastro e elaboração de um diagnóstico situacional, considerando fatores como histórico de saúde, uso de substâncias, vínculos familiares, tempo em situação de rua e condições de autocuidado. Essa escuta ampliada permitiu compreender o sujeito em sua integralidade, rompendo com o olhar fragmentado do cuidado tradicional.

Nos casos em que havia necessidade de atendimento imediato, como ferimentos, sintomas de abstinência ou infecções, a equipe realizava intervenções no próprio território. Profissionais de enfermagem realizavam curativos, aferição de sinais vitais e aplicação de medicamentos de uso rápido, quando disponíveis. Testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis também eram ofertados, com orientações sobre prevenção e autocuidado. Paralelamente, o médico da equipe realizava avaliações clínicas, prescrevia medicamentos e emitia encaminhamentos via regulação para exames e especialidades, conforme a necessidade.

Além dos atendimentos individuais, a equipe desenvolveu ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à construção de vínculos. Foram realizadas rodas de conversa sobre autocuidado, sexualidade, prevenção de infecções, saúde mental e uso consciente de substâncias. Nessas atividades, buscou-se estimular o protagonismo dos usuários e a troca de experiências entre eles, valorizando saberes populares e fortalecendo laços de solidariedade. A grupalização mostrou-se um recurso potente para reduzir

o isolamento social e favorecer a adesão ao cuidado.

A construção do PTS foi uma das principais estratégias de trabalho da equipe. Cada PTS era elaborado de forma conjunta com o usuário, e compartilhado em reuniões internas e intersetoriais, com a participação dos diferentes profissionais. As metas eram definidas de maneira realista e contextualizada, contemplando objetivos de curto e médio prazo, como o controle de sintomas, o fortalecimento da autonomia e a retomada de vínculos familiares ou comunitários. A proposta é de acompanhamento contínuo, com reavaliações periódicas e ajustes conforme as mudanças no quadro clínico e social.

A articulação intersetorial foi outro eixo estruturante do nosso trabalho. A eCR manteve diálogo constante com serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), unidades de acolhimento, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS e CREAS) e organizações da sociedade civil. Essa articulação possibilitou encaminhamentos mais efetivos e ampliou as possibilidades de cuidado, sobretudo em casos que exigiam suporte para moradia, alimentação ou documentação. O trabalho em rede também favoreceu o compartilhamento de responsabilidades e a continuidade do acompanhamento, na tentativa de evitar rupturas no processo terapêutico.

Durante todo o período, a equipe utilizou tecnologias leves como principais ferramentas de trabalho. A escuta, o acolhimento e o vínculo foram compreendidos como dispositivos terapêuticos fundamentais, capazes de promover cuidado mesmo na ausência de recursos materiais. A construção de uma relação empática e horizontal com o usuário mostrou-se essencial para a adesão ao tratamento. O reconhecimento do sujeito e de sua história de vida foi o ponto de partida para toda intervenção.

As tecnologias leve-duras e duras também foram mobilizadas de forma complementar. Foram utilizados instrumentos como o prontuário eletrônico, fichas de cadastro, genogramas e ecomapas para sistematizar as informações e favorecer o planejamento das ações. Materiais de higiene, preservativos, kits de saúde bucal e porta-comprimidos improvisados foram distribuídos, com o objetivo de estimular o autocuidado e facilitar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Por fim, o monitoramento das ações foi realizado por meio de reuniões semanais de equipe, onde eram discutidos os casos em andamento, as estratégias de intervenção e os desafios enfrentados. Esses encontros funcionavam como espaços de reflexão coletiva, permitindo o aprimoramento das práticas e a construção de um cuidado mais integrado e humanizado, marcado por um compromisso ético, político e social.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência junto à equipe do Consultório na Rua (eCR) revelou a complexidade do cuidado à população em situação de rua, caracterizada por múltiplas vulnerabilidades e necessidades que ultrapassam o campo biomédico. O cotidiano do trabalho evidenciou a centralidade das tecnologias leves, como o vínculo, a escuta e o acolhimento, conforme proposto por Merhy e Onocko (2007), reafirmando que o cuidado em saúde, sobretudo no território da rua, depende fundamentalmente da qualidade da relação estabelecida entre profissionais e usuários.

O processo de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) mostrou-se um instrumento essencial de organização do cuidado, permitindo à equipe articular práticas integradas e contextualizadas. Tal constatação dialoga com Pinto *et al.* (2011), que apontam o PTS como estratégia potente para personalizar inter-

venções e promover corresponsabilização. No entanto, a operacionalização do PTS em campo exigiu adaptação constante, devido à alta mobilidade dos usuários e à imprevisibilidade das situações vivenciadas.

Os resultados indicaram que a adesão ao cuidado estava fortemente associada à capacidade da equipe em estabelecer vínculo e oferecer respostas imediatas às demandas apresentadas. Muitos usuários relataram experiências prévias de rejeição e discriminação nos serviços de saúde, o que reforça a importância de uma abordagem humanizada. De acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), o acolhimento deve ser compreendido como um dispositivo ético e político, que rompe com práticas excludentes e reconhece o usuário como sujeito de direitos.

A utilização de rodas de conversa e atividades coletivas representou uma estratégia eficaz de grupalização e fortalecimento de vínculos sociais. Essas ações favoreceram a construção de redes de solidariedade entre os usuários, configurando-se como espaços de escuta e elaboração simbólica da experiência da rua. Tal achado converge com Amarante (2007), que destaca o potencial terapêutico dos espaços coletivos na clínica ampliada, por possibilitarem trocas intersubjetivas e reconstrução de sentidos de pertencimento.

O trabalho itinerante, embora potente, apresentou limites práticos. As dificuldades de deslocamento, a ausência de motoristas e a escassez de recursos materiais dificultaram a presença da equipe em todas as regiões da área de abrangência. Essa limitação reflete um desafio estrutural das políticas públicas de atenção à população em situação de rua, conforme salientado por Engstrom e Teixeira (2016), que apontam a fragilidade das condições de trabalho como fator que compromete a efetividade das ações.

Outro aspecto relevante foi a constante tensão entre as demandas emergenciais e o acompanhamento longitudinal. A necessidade de responder a situações agudas — como ferimentos, abstinência ou crises psicóticas — muitas vezes interrompia o seguimento de casos em andamento. Tal dinâmica evidencia a coexistência entre o modelo biomédico e o paradigma da atenção psicossocial, exigindo da equipe um equilíbrio entre urgência e cuidado contínuo (YASUI, 2010).

A articulação intersetorial configurou-se como um eixo estruturante das práticas observadas. O diálogo entre saúde, assistência social e sociedade civil permitiu ampliar as possibilidades de cuidado, sobretudo em demandas relacionadas à moradia e documentação. No entanto, as redes nem sempre se mostraram acessíveis, revelando entraves burocráticos e comunicação precária entre serviços — um desafio recorrente apontado por Tenório (2002) ao discutir a necessidade de redes mais horizontais e colaborativas.

As reuniões de equipe e os momentos de matriciamento funcionaram como espaços de reflexão crítica e construção compartilhada do saber. Nessas instâncias, a diversidade de formações profissionais se mostrou um recurso valioso, permitindo a análise dos casos sob múltiplas perspectivas. Essa prática interdisciplinar materializa o conceito de clínica ampliada (CAMPOS & AMARAL, 2007), que propõe a superação de fronteiras disciplinares em prol de um cuidado integral.

Dentre as dificuldades observadas, destacaram-se a alta rotatividade dos usuários, a ausência de documentação civil e a falta de adesão a tratamentos prolongados. Tais fatores dificultaram o acompanhamento sistemático e o alcance de metas traçadas nos PTS. Além disso, as barreiras institucionais, como a limitação de acesso a exames e medicamentos, reforçaram a desi-

gualdade estrutural que marca a experiência da população em situação de rua (BRASIL, 2023).

Apesar dos desafios, a atuação da eCR evidenciou diversas potencialidades. O caráter itinerante e o vínculo com o território possibilitaram o acesso a pessoas que, de outro modo, permaneceriam invisíveis às políticas públicas. O reconhecimento da singularidade de cada sujeito e o trabalho pautado na redução de danos favoreceram a construção de relações terapêuticas horizontais, nas quais o cuidado emergia como coautoria entre equipe e usuário.

Outra potencialidade foi a utilização de instrumentos como genogramas e ecomapas, que auxiliaram na visualização das redes de apoio e nas possibilidades de reinserção social. Essas ferramentas reforçaram a importância de compreender o sujeito em sua dimensão relacional e comunitária, em consonância com a perspectiva sistêmica e com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2001).

A dimensão ética também se destacou como elemento transversal às práticas observadas. A exposição cotidiana à vulnerabilidade e ao sofrimento social exigiu da equipe uma postura reflexiva e empática, capaz de sustentar intervenções pautadas no respeito e na autonomia. Essa atitude ético-política, segundo Ayres (2009), é o que diferencia o cuidado como tecnologia relacional e não apenas como aplicação de saber técnico.

As experiências de cuidado mostraram que, além de um instrumento técnico, o PTS é um dispositivo de negociação e responsabilização. Ao envolver o usuário na definição de metas e estratégias, o plano terapêutico contribuiu para o fortalecimento da autonomia e para a reconstrução da autoestima. Assim, o PTS se reafirma como uma ferramenta fundamental na efetivação dos princípios da humanização e da atenção psicossocial.

Do ponto de vista crítico, os resultados evidenciam a necessidade de maior investimento estrutural e de formação permanente das equipes. O trabalho com populações em vulnerabilidade extrema demanda preparo técnico e emocional, bem como políticas institucionais de suporte. Sem essas condições, corre-se o risco de reproduzir práticas assistencialistas e de curto prazo, distanciando-se da proposta emancipatória do SUS.

Por fim, a experiência demonstrou que o cuidado à população em situação de rua exige um olhar que transcenda o campo da saúde, articulando dimensões sociais, afetivas e políticas.

## CONCLUSÃO

A vivência junto à equipe do Consultório na Rua permitiu compreender, de forma concreta, os limites e as possibilidades do cuidado à população em situação de rua a partir do uso do PTS. Observou-se que, embora os obstáculos estruturais e institucionais sejam expressivos, há potência nas práticas que priorizam o vínculo, a escuta e a responsabilização. O trabalho coletivo e interdisciplinar, aliado à articulação intersetorial, mostrou-se fundamental para garantir o cuidado integral e ampliar o acesso aos direitos.

O PTS, nesse contexto, se consolidou como uma ferramenta viva, flexível e capaz de se adaptar às singularidades do território. Sua construção participativa reafirmou o compromisso do SUS com a integralidade e a humanização da atenção, evidenciando que o cuidado em saúde mental precisa estar ancorado em práticas ético-políticas, sensíveis à realidade dos sujeitos e às desigualdades sociais que os atravessam.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. F. Projeto Terapêutico Singular: uma construção desafiadora do sujeito, família e equipe de saúde na realidade do CAPS ad Samambaia-DF. 2015. 49 f., il. Monografia (Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AYRES, José Ricardo C. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao.pdf). Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf). Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_ rua.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf). Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. Relatório Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh>. Acesso em: 15 dez. 2025.

BRITO, C.; SILVA, L. N. da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 1, p. 151–160, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 4, p. 849–859, jul. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe 'Consultório na Rua' de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 6, p. 1839–1848, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>.

NASCIMENTO, V. F. do *et al.* Relações de pessoas em situação de rua com uso de substâncias psicoativas. Revista Sociais e Humanas, v. 35, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5902/2317175843479>.

PINTO, I. C. *et al.* Projeto terapêutico singular: instrumento para o cuidado integral. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 1, p. 153–160, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100022>.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.