



DOI: <https://doi.org/10.58871/ed.academic18092023.18.v3>

**HISTÓRICO DOS DIREITOS PARA ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM  
SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL**

**HISTORY OF RIGHTS FOR THE CARE OF THE HOMELESS POPULATION IN  
BRAZIL**

**CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA**

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)  
Doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da  
Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ)

**RESUMO**

O objetivo do estudo foi traçar o histórico dos direitos para atenção à população em situação de rua no contexto brasileiro. Foi realizado uma revisão de literatura, com uma seleção dos estudos por meio da pesquisa nas bases de dados. Após a leitura dos estudos, uma análise foi feita traçando o percurso histórico de atenção à população em situação de rua, considerando as políticas públicas brasileiras. Com a seguinte pergunta norteadora “Como se deu o processo histórico dos direitos para atenção à população em situação de rua no contexto brasileiro?”. Os resultados e discussões abordam desde surgimento das lutas pelos direitos das pessoas em situação de rua, com destaque ao papel de grupos religiosos e movimentos sociais ao longo das décadas. O texto também discute a criação de políticas e serviços específicos na área de saúde e assistência social, como o Consultório na Rua e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). Além disso, são discutidas as questões relacionadas à distribuição espacial da população em situação de rua nas grandes cidades brasileiras e os desafios enfrentados na prestação de serviços de saúde a essa população. O capítulo destaca a importância da Lei 13.714 de 2018, que facilitou o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Foram abordadas questões de intersetorialidade na oferta de serviços públicos e a necessidade de uma abordagem ampla para atender às complexas demandas dessa população. O capítulo conclui que a atenção à população em situação de rua tem evoluído, especialmente na área da saúde, mas ainda existem desafios a serem superados para garantir a efetividade das políticas e serviços direcionados a essa população.

**Palavras-chave:** Ações integradas de saúde; Políticas públicas; Proteção social; Política social; Pessoas em situação de rua.

**ABSTRACT**

The aim of this study was to trace the historical trajectory of rights related to the care of the homeless population within the Brazilian context. A literature review was conducted, involving the selection of relevant studies through database searches. Following the examination of these studies, an analysis was performed to outline the historical development of care for the homeless population, taking into consideration Brazilian public policies. Guided by the



following research question: 'How has the historical process of rights related to the care of the homeless population evolved in the Brazilian context?' The results and discussions encompass the emergence of advocacy for the rights of homeless individuals, with a particular emphasis on the role of religious groups and social movements throughout the decades. The text also delves into the creation of specific healthcare and social assistance policies and services, such as the 'Street Clinic' and the 'Specialized Reference Center for the Homeless Population' (Centro POP). Furthermore, issues related to the spatial distribution of the homeless population in major Brazilian cities are discussed, along with the challenges encountered in providing healthcare services to this population. The chapter underscores the significance of Law 13,714 of 2018, which facilitated homeless individuals' access to healthcare services. Intersectoral aspects of public service provision are addressed, as well as the necessity for a comprehensive approach to meet the complex needs of this population. The chapter concludes that care for the homeless population has evolved, particularly in the realm of healthcare, but challenges still remain to ensure the effectiveness of policies and services tailored to this population.

**Keywords:** Integrated healthcare actions; Public policies; Social protection; Social policy; Homeless individuals.

## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR) define população em situação de rua como um grupo populacional heterogêneo que têm em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, ausência de moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento de modo permanente ou temporário, além de unidades de acolhimento pernoite ou moradia provisória (BRASIL, 2009).

Em 2020, estimou-se que existiam cerca de 222 mil pessoas vivendo em situação de rua no Brasil. Com uma grande escassez de políticas públicas, essa população esteve sempre às margens, sofrendo com a repressão e ações higienistas (NATALINO, 2020; BARBOSA, 2018).

Devido às mobilizações da sociedade civil em busca da garantia de direitos das pessoas em situação de rua, tiveram diversas pressões dos movimentos sociais nos últimos trinta anos que incentivaram a construção da PNPR, implementação de portarias e serviços específicos na Saúde e na Assistência social, como o Consultório na Rua (CnaRua) e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP).

Em relação à distribuição espacial nos centros urbanos, a população em situação de rua no Brasil vive nas grandes cidades, pela maior circulação de pessoas e possibilidade de trabalho informal. Os censos populacionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não apresentam dados reais dessa população porque as pesquisas são realizadas apenas em domicílios (BRASIL, 2019; NATALINO, 2016).



Em síntese, a relevância do estudo está relacionada à urgência da defesa dos direitos da população em situação de rua, os direitos de muitas pessoas em situação de rua são violados, por meio da exclusão do mercado de trabalho formal, a ausência de renda e a falta de acesso aos direitos básicos os expõem à miséria. Ao buscar acesso aos serviços de saúde encontram barreiras e preconceitos recorrentes por parte da equipe de saúde, dificuldades na formação de vínculos com os profissionais de saúde que impossibilitam a prevenção de doenças, promoção e assistência à saúde (BRASIL, 2009; 2019). Portanto, o estudo teve como objetivo traçar o histórico dos direitos para atenção à população em situação de rua no contexto brasileiro.

## **2. MÉTODO**

Trata-se uma revisão bibliográfica em formato de análise integrativa (SOUSA, SILVA, CARVALHO, 2010) na temática: histórico dos direitos para atenção à população em situação de rua no contexto brasileiro. Com a seguinte questão norteadora: “Como se deu o processo histórico dos direitos para atenção à população em situação de rua no contexto brasileiro ?”.

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (PubMed) e SCIELO por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os descritores foram definidos a partir dos DeCS foram: ações integradas de saúde, políticas públicas, proteção social, política social, pessoas em situação de rua.

Para a combinação de descritores foram considerados os termos booleanos: AND, OR. A estratégia de busca foi adaptada para cada base ou repositório eletrônico. A pesquisa foi realizada nos idiomas português e publicadas entre 2000 e 2021.

As buscas foram feitas entre os meses de abril de 2020 a maio de 2021, período no qual todas as publicações foram acessadas. Para a seleção dos estudos, foi realizada a leitura criteriosa do título, resumo e palavras-chave, seguido de leitura do estudo na íntegra. Na análise crítica dos estudos selecionados, ainda foram acrescentados livros e documentos oficiais que dialogavam com a pergunta de pesquisa.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O início das lutas pelos direitos das pessoas em situação de rua remete aos grupos católicos da cidade de São Paulo e Belo Horizonte em meados de 1950 tais grupos são marcados como serviços de caridade; já no início da década 1980 os grupos religiosos desenvolvem



métodos e formas de trabalhar com a população. Assim, passando a entender que as pessoas em situação de rua são aliadas do trabalho conjunto, a mudança de visão abre portas para projetos como Casa de Oração que era chamada de igreja dos excluídos pois as pessoas em situação de rua eram expulsas das igrejas da cidade com perfil político e lúdico. Tais experiências motivaram e marcaram a memória dos integrantes do Movimento Nacional do Povo da Rua (MNPR) (MELO, 2016).

Contudo, é apenas na década de 1990 que demandas da população em situação de rua começam adentrar no debate público-institucional com iniciativas políticas que foram protagonizados por entidades de apoio e defesa da População em Situação de Rua.

Os movimentos precursores iniciados em Belo Horizonte e São Paulo possuem como semelhanças às articulações das entidades religiosas, estreitamento com as políticas em gestões municipais do Partido dos Trabalhadores (PT), realização de fóruns para debater ações de intervenção e possíveis políticas e criação de diálogo entre governos e sociedade civil, além de pesquisas para identificar número e demandas da população (MELO, 2016).

Já na década de 2000 em São Paulo, há uma virada nas organizações da população em situação de rua com fortalecimento dos movimentos sociais sendo protagonistas de Fórum de São Paulo, Conselho de Monitoramento da Política de Atendimento à População de Rua, Plenária Fala Rua. Dessarte, pode-se concluir que a população em situação de rua tornou-se nos últimos 25 anos protagonistas e sujeitos de direitos para à produção e manutenção de políticas públicas (MELO, 2016).

Entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004 no centro de São Paulo aconteceu uma série de assassinatos chamado de Massacre da Praça da Sé, onde 15 pessoas em situação de rua receberam golpes na cabeça enquanto dormiam que causou a morte de 7 pessoas em situação de rua. As suspeitas foram que o caso foi executado por grupo de extermínio de agentes da polícia e/ou agentes da segurança privada dos comerciantes do entorno da Praça, impulsionados pelo mal-estar causado pela permanência da população em situação de rua no centro de São Paulo (MELO, 2016).

Ao longo das últimas três décadas percebeu-se a mudança de tratamento social da população em situação de rua acontecendo de maneira gradual, com o aumento da teia de atendimento para essa população, favorecendo a visibilidade política e social. Com a maior visibilidade das pessoas em situação de rua as estratégias começam ser pensadas por gestores públicos de grandes centros a fim de criar ferramentas de identificar e abordar as demandas. (FRANGELLA, 2004).



O CnaRua foi instituído a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e representa uma conquista para a população em situação de rua, no que tange os direitos em saúde. Com objetivo de garantir o acesso da população aos serviços de saúde e o cuidado integral da população através de estratégias de busca ativa, cuidado territorial e móvel, através do fortalecimento de vínculo e equipe multiprofissional.

O trabalho do CnaRua tem papel fundamental para a rede de saúde através da articulação de diferentes autores e serviços de serviço mental, serviços de urgência e rede de atenção básica (BRASIL, 2012a).

Em 1999, na cidade de Salvador, Bahia inicia-se experimentações do Consultório de Rua (CdeR) coordenado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Criado a partir de projeto de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) pelo Prof. Antônio Nery Filho no início 1990 com objetivo de acompanhar as crianças em situação de rua e uso de substâncias psicoativas (SPA) (BRASIL, 2012b).

Em 2004, o CdeR é vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e outras drogas (CAPS Ad) de Salvador, tal serviço cria possibilidades de encaminhamentos a rede. Este trabalho desenvolvido de 1999 a 2006 e avaliado por uma comissão técnica do Ministério da Saúde (MS) que o reconheceu como facilitador da adesão da população em situação de rua aos serviços de saúde comparado aos serviços tradicionais (BRASIL, 2012b; MARTINEZ, 2016).

A experiência CdeR na cidade de Salvador em 1997 serviu como referência para a implantação das equipes de CdeR pela Coordenação Nacional de Saúde Mental posteriormente vinculada a Coordenação Nacional de Atenção Básica em 2011, nasce o CnaRua, como um novo modelo de atenção à saúde da população em situação de rua, visando abordar suas diferentes necessidades e demandas, o CnaRua amplia o acesso dessa população, ofertando in loco e de forma itinerante a atenção integral à saúde (BRASIL, 2012b, 2014a).

O MS ao definir diretrizes para criação do CnaRua propõe um modelo articulado entre as diretrizes da atenção básica e dos princípios de Redução de Danos (RD) que já vinha sendo realizado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o conjunto de experiências que vinha sendo desenvolvidas a fim de favorecer o cuidado integral no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) para população em situação de rua.

A PNAB da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece a criação do CnaRua, a Atenção Básica realiza ações de monitoramento, tratamento e redução de danos no contexto de prevenção e promoção à saúde, além de oferecer uma atenção integrada e tem como premissa o cuidado integral valorizando a singularidade a partir do contexto dos usuários no



sistema de saúde orientados pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2012a).

A formação do CnaRua se dá por equipes multiprofissionais com o objetivo de prestar o cuidado integral de saúde as pessoas em situação de rua in loco, as suas atividades acontecem de modo itinerante e de como integrado com uma Unidade Básica de Saúde (UBS). As equipes podem contar com enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, professor de educação física, profissional com formação em arte e educação (BRASIL, 2014b).

As equipes de CnaRua podem ser compostas em três diferentes modalidades: MODALIDADE 1, MODALIDADE 2 e MODALIDADE 3. Na modalidade 1 possuem quatro profissionais, sendo dois de ensino superior e dois de nível médio. Já a equipe de modalidade 2 contam com seis profissionais, sendo três com ensino superior e três de ensino médio. E a modalidade 3 é formada por profissionais da modalidade 2 adicionado um profissional médico (BRASIL, 2012b).

Em cada modalidade pode ter no máximo dois profissionais exercendo a mesma profissão seja de nível superior ou de nível médio. O agente social ocupa o nível médio desempenhando a função de garantir os direitos das pessoas em situação de rua, fortalecer sendo necessário ao agente social possuir experiência anterior com população em situação de rua ou ter vivenciado situação de rua. Cada equipe de CnaRua deverá atender até mil pessoas em situação de rua, cumprindo de no mínimo 30 horas com funcionamento flexível segundo o território e às demandas da população em situação de rua, sendo em período diurno ou noturno em qualquer dia da semana.

Dado a complexidade do trabalho com um grupo heterogêneo, o CnaRua conta com desafios de cuidar das necessidades de saúde da população em situação de rua, compartilhando responsabilidade com equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos de Urgência e Emergência além de outros serviços presentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS) dependendo da necessidade dos usuários.

Até 2020 o país contava apenas com 164 equipes de Consultório na Rua (eCR) implementadas em diferentes cidades brasileiras o que significa dizer que a cobertura do serviço de saúde ainda é menor do que a necessidade da população em situação de rua (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2020).

Roraima não conta com eCR, ademais, apenas dez estados apresentam mais que dez eCR. A PNPR que além de definir população em situação de rua, vem reforçar os princípios do SUS de igualdade, equidade e universalidade; e o respeito à dignidade humana, direito à



família e comunidade, o respeito ao cuidado humanizado, universal com respeito as diferenças sociais, de origem, raça e gênero (BRASIL, 2009).

Considerando que as situações de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, existe também as situações psicossociais que favorecem os sofrimentos psíquicos e físicos que de fato é um agravante a efetivação de ações e políticas públicas para a população em situação de rua dada a sua complexidade. (BRASIL, 2012b).

A PNPR preconiza também fortalecimento do processo de acolhimento das pessoas em situação de rua, bem como, possibilita a equidade no atendimento em saúde da população em maior vulnerabilidade. A ampliação e fortalecimento dos serviços de assistência social torna-se relevante no que concerne o cenário da população em situação de rua no Brasil (BRASIL, 2009, 2012b).

Entretanto, é só com a Lei 13.714 de 2018, proíbe a recusa de atendimento no SUS mesmo na ausência de comprovante de residência ou inscrição no cadastro do SUS, assegurando o atendimento de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social. A Lei inclui a dispensação de medicamentos e outros itens de interesse à saúde. Significa dizer que é a partir dessa lei que o acesso da população em situação de rua ao serviço de saúde é facilitado (BRASIL, 2018).

Com a Constituição Federal de 1988, o Brasil estabeleceu o sistema de proteção social e, na sequência, a implementação do SUS em 1990 e em 2005 no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A criação destes sistemas foi fundamental para começar a pensar no trabalho interdisciplinar, ou seja, com equipes de diferentes áreas profissionais (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

A partir disso, a saúde passou a ser vista de forma ampla, sendo necessária a criação de políticas capazes de promover a saúde da população e incentivar a participação social. Posto isso, fica explícito que para transformar os determinantes sociais e os condicionantes para garantir a qualidade de vida da população, é fundamental um olhar além do setor sanitário (BRASIL, 2012b).

As intervenções em saúde devam acontecer de forma ampla, ou seja, a organização da assistência e do cuidado contemplem ações que perpassem os serviços e sistemas de saúde. A ampla perspectiva acerca da organização dos serviços de saúde busca sensibilizar a participação social para auxiliar na captação de recursos políticos, humanos e financeiros que vão além do âmbito da saúde. O desafio da intersetorialidade está posto como uma nova forma de organização da estrutura municipal (WESTPHAL; MENDES, 2000).



A fragmentação dos serviços é algo perceptível tanto na área da saúde quanto nos equipamentos de assistência social, assim se torna necessário buscar ações intersetoriais para o atendimento à população como um todo. Este processo culminou na articulação das políticas públicas por meio de ações conjuntas, voltadas para a proteção social, à inclusão e à superação de desigualdades sociais (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013).

É importante que os serviços públicos funcionem em forma de sistemas, visto que todos tenham relações entre si. O serviço de assistência social e de saúde devem funcionar articulados, para que cada serviço possa oferecer ações complementares e, assim, melhorar a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2009; 2014a).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em síntese, à atenção à população em situação de rua vem se aprimorando em relação à assistência em saúde, uma vez que o processo saúde-doença ocorre de modo dinâmico e envolve diversos fatores que podem favorecer ou não o adoecimento. Portanto, o desenvolvimento de uma enfermidade não envolve apenas fatores de ordem biológica, mas também fatores de ordem social que devem ser considerados no momento de analisar o processo de adoecimento.

Desta forma, a estratégia de atenção à saúde resgata as ações de promoção da saúde, as quais possuem enfoque no processo saúde-doença, tais como: violência, desemprego, habitação inadequada, fome, qualidade do ar e da água, possibilitando a autonomia dos indivíduos e coletividade em optarem por determinado modo de vida, novos caminhos para a satisfação de seus interesses e da necessidade de saúde.

O desenvolvimento de políticas públicas e equipamentos direcionados à população em situação de rua, deixam novas lacunas sobre a efetividade das ações de atenção para esta população, além de como diferentes serviços e políticas buscam se articular para atender as complexas demandas de saúde, assistência social, habitação, emprego e inserção social.

Esse capítulo constitui-se como um recorte da pesquisa de dissertação: “Implementação do Consultório na Rua em um município do interior de São Paulo”, do Mestrado em Ciências da Saúde concluído em 2021, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, que teve como objetivo geral analisar o processo de implementação do Consultório na Rua em um município do interior paulista. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.



## REFERÊNCIAS

BARBOSA, J. C. G. Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2018.

BRASIL. Decreto n. 7.053, de 23 de dez. de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Brasília, DF, dez 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. v. I. Disponível em:  
<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília; 98p., 2012b.

BRASIL. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília; v. 45, n.2., 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014b. **Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências**. Diário Oficial da União n.95. Seção 1, p.55. Publicado em: 21 maio 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. **Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde**. Diário Oficial da União. Edição 165, seção 1, p.3. Publicado em: 27 ago 2018.

CAVALCANTI, P. B.; BATISTA; K. G. S.; SILVA, L. R. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. **Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias**. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em:  
<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/9.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

FRANGELLA, S.M. **Corpos Urbanos Errantes: Uma Etnografia da Corporalidade de Moradores de Rua em São Paulo. Tese de Doutorado em Ciências Sociais apresentada ao Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas**, 2004.

MARTINEZ, M.. O Consultório na Rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: o caso de São Bernardo do Campo. In: **Novas faces da vida nas ruas**. (org.) RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. Coleção: Marginalia de Estudos urbanos. Vol. 1, 2016. p.281-302.

MELO, T. “Da rua pra rua”: novas configurações políticas a partir do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). In: **Novas faces da vida nas ruas**. (org.) RUI, T.; MARTINEZ,



M.; FELTRAN, G. Coleção: Marginalia de Estudos urbanos Vol. 1, 2016. p.45-66.

NATALINO M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil [Internet]. Brasília: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2016. 36 p. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28819](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819). Acesso em: 10 set. 2023.

NATALINO, M. A. C.; PINHEIRO, M. B. Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia: algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**: Disoc, 2020. (Nota Técnica, n. 67).

SILVA T. D.; NATALINO M.; PINHEIRO, M. B. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**: Disoc. 2020. (Nota técnica, n. 74).

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. M.F.F. Política Social e Psicologia: Uma trajetória de 25 anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. esp., p. 9-24, 2010.