



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Urgência

NOTA TÉCNICA Nº 47/2026-CGURG/DAHUD/SAES/MS

1. ASSUNTO

Orientações às equipes dos serviços de urgência e emergência para o atendimento e manejo às pessoas em situação de rua, no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 e das Portas de Urgência pré-hospitalares e hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Historicamente, os movimentos sociais da população em situação de rua, em suas diferentes formas de organização e representação, têm desempenhado papel fundamental na defesa de direitos e na construção das políticas públicas destinadas a essa população. Sua atuação contribui para a valorização dos saberes e das experiências vivenciadas nas ruas e para a ampliação da participação social nos espaços de formulação, implementação e acompanhamento das políticas públicas. No campo da saúde, destacam-se as reivindicações relacionadas ao acesso aos serviços, à escuta qualificada, ao respeito às singularidades e ao enfrentamento de estigmas e preconceitos que possam constituir barreiras ao cuidado.

De acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, a população em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou com moradia provisória. O Decreto também apresenta, dentre os seus objetivos, assegurar a essa população acesso simplificado e seguro aos serviços que integram as políticas públicas de saúde. O Plano Nacional de Ruas Visíveis - População em Situação de Rua, no eixo 2, destinado às ações na esfera da saúde, propõe a expansão e qualificação da rede de serviços em saúde, capacitação dos profissionais de saúde e a articulação intersetorial entre as políticas, visando à garantia de proteção à população em situação de rua nos territórios.

O arcabouço normativo dos direitos humanos, com destaque para a Declaração Universal dos Direitos Humanos, reconhece o direito à saúde como um direito fundamental inerente a todos os indivíduos, independentemente de suas condições socioeconômicas. Essa perspectiva é crucial para a garantia do acesso equitativo a serviços de saúde, especialmente para grupos historicamente marginalizados, como a população em situação de rua. Ao estabelecer padrões mínimos de proteção e dignidade, os direitos humanos funcionam como um instrumento estratégico para influenciar a tomada de decisões que exijam que os Estados implementem políticas públicas que reduzam as desigualdades sociais em

saúde e promovam a inclusão social.

Diante deste cenário, cabe destacar que a população em situação de rua enfrenta, proporcionalmente, mais situações de urgência, seja em decorrência de condições crônicas não tratadas e acompanhadas adequadamente, seja em razão de fatores externos, como alimentação inadequada, que podem contribuir para maior risco de morte ou de ocorrência de sequelas quando comparada à população que não está em situação de rua.

De modo a contribuir para a organização da RUE e para a qualificação da abordagem e do manejo no atendimento às pessoas em situação de rua pelos serviços do SAMU 192, pelas portas de urgência pré-hospitalares fixas – PA, UPA 24h e PS – e pelo Componente Hospitalar da RUE, incluindo Portas de Entrada e Leitos de Retaguarda, bem como reconhecer as demandas historicamente apresentadas pelos movimentos sociais dessa população, esta Coordenação-Geral de Urgência do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde apresenta esta Nota Técnica.

3. FUNDAMENTAÇÃO

3.1. **Política Nacional da População em Situação de Rua** - Instituída pelo Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, a Política Nacional da População em Situação de Rua tem como objetivos assegurar o amplo, simplificado e seguro acesso aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, bem como fomentar a articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Uma das estratégias é o Consultório na Rua, que faz parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e propõe a ampliação do acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. Este serviço conta com equipes multiprofissionais organizadas em três modalidades, que podem ser compostas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgia-dentista, profissional da educação física e profissional com formação em artes e educação, além de um profissional médico.

3.2. **Política de Saúde Mental** - A atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas é organizada no âmbito do SUS por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em consonância com os direitos e as diretrizes estabelecidas pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Entre os pontos de atenção da RAPS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem serviços comunitários de atenção psicossocial, destinados ao acolhimento e ao acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. O cuidado é desenvolvido por equipe multiprofissional, de forma articulada com os demais pontos da rede e orientado pelas necessidades singulares da pessoa, incluindo a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

3.3. **Política de Redução de Danos** - A Política de Redução de Danos é um conjunto de ações que propõe a redução dos impactos negativos do uso de substâncias psicoativas, sem necessariamente exigir a abstinência imediata. Essa estratégia reconhece que o uso de drogas é uma realidade complexa e multifacetada. A redução de danos busca minimizar os riscos à saúde, proporcionar acesso ao tratamento da dependência, reduzir os danos sociais e promover a autonomia e o respeito, por meio da oferta de apoio social e psicológico, oportunidade de reinserção social e profissional, reconhecendo o indivíduo como protagonista de sua própria vida.

4. ASPECTOS RELEVANTES NO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Compete a todos os serviços de Urgência e Emergência:

- I - Estabelecer vínculo entre o paciente e o profissional para identificar as necessidades de saúde e promover a adesão ao tratamento, além de evitar peregrinação.
- II - Organizar a classificação de risco, considerando as singularidades da população em situação de rua, evitando que fique exposta no serviço em longas esperas, que podem gerar constrangimento e/ou desistência do atendimento.
- III - Garantir atendimento equânime e sensível para a construção compartilhada do cuidado e das condutas.
- IV - Garantir o acesso aos serviços de saúde, de modo que a ausência ou a não apresentação de documento com número de inscrição no CPF ou no CNS, o desconhecimento desses números ou a impossibilidade de cadastramento ou de consulta no CadSUS não constituam impedimento para o atendimento, conforme disposto no art. 265 do Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017. As atividades de identificação e cadastramento que não tenham sido realizadas no momento do atendimento poderão ser efetuadas posteriormente.
- V - Considerar a presença de animal entre as singularidades do contexto de vida da pessoa em situação de rua, de modo que essa condição não constitua barreira ao acesso ou à continuidade do cuidado, promovendo, quando necessário, articulação com os setores competentes do território para sua proteção ou abrigo.
- VI - Promover ações de educação permanente e continuada para as equipes, visando à qualificação técnica e ética dos profissionais, com a participação de representantes do movimento da população em situação de rua e a inclusão das forças de segurança nas atividades formativas.
- VII - Pactuar apoio matricial para os trabalhadores da rede de urgência, realizado preferencialmente pelo Consultório na Rua, ou pelo serviço/equipe da RAPS em melhores condições para tal.
- VIII - Estabelecer Centro de Saúde ou Equipe Estratégia Saúde da Família de referência no território onde a pessoa em situação de rua estabeleceu moradia, visando à continuidade do cuidado.
- IX - Pactuar com órgãos da assistência social uma grade de referência, estabelecendo uma rede articulada entre assistência e saúde, possibilitando o acionamento oportuno das instituições para apoio à equipe assistencial.
- X - Durante a transferência do paciente, atentar-se às formas de apresentar o caso às demais equipes, para que não se fomentem estigmas que possam atrapalhar a condução do caso pela equipe assistencial que o receberá nos demais serviços de referência.
- XI - Articular com o serviço de assistência social a entrada no serviço de acolhimento institucional. Caso não esteja disponível na rede, pactuar garantias de acesso a locais que proporcionem a continuidade do cuidado.
- XII - Interlocução com os Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), para que seja pactuado o acesso da população em situação de rua que esteve em serviços de saúde a essas unidades, cujo objetivo é promover a inclusão social e econômica.

O vínculo entre profissional de saúde e o paciente está diretamente relacionado a melhores resultados de adesão e à eficácia do tratamento. Essa relação de confiança contribui para uma comunicação mais eficaz, o que facilita a identificação das necessidades e a tomada de decisões conjuntas sobre o plano terapêutico. Ressalta-se a importância de que os trabalhadores dos componentes da RUE estejam orientados quanto à necessidade de **estabelecer vínculo**, usando ferramentas como a oferta de alimento, água e/ou cuidados mínimos. O vínculo permite que a aproximação entre o serviço e os pacientes seja de escuta qualificada, diálogo e respeito.

É sabido que muitos profissionais são receosos ao estabelecer vínculo, por acreditarem que essa relação pode gerar dependência. Entretanto, quando se trata do atendimento de pessoas em situação de rua, o vínculo torna-se imprescindível para que o profissional atue sobre o sofrimento e auxilie na resolução do problema. Para isso, as equipes devem ser instruídas quanto ao fato de que a relação deve ser baseada no autocuidado e na autonomia do sujeito. Para que se obtenham resultados exitosos, é imprescindível considerar as singularidades da população em situação de rua e garantir que, no horizonte de atuação das equipes, o atendimento seja humanizado, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa, sem imprimir estigmas e/ou constrangimentos.

Embora algumas pessoas em situação de rua peregrinem pela cidade, é comum que eles estabeleçam um território por onde mais circulam e dormem. Dessa forma, é necessário pactuar a **referência assistencial da Atenção Primária** no território onde a pessoa em situação de rua estabeleceu moradia, a fim de garantir o cuidado integral. Destaca-se a importância da organização da rede para um atendimento humanizado e efetivo, mesmo nos municípios onde não haja cobertura das equipes de Consultório na Rua. O serviço organizado em rede inclui a interlocução com outros serviços de saúde, assim como com serviços de Assistência Social, que garantem acesso à proteção social básica.

No atendimento à população em situação de rua, devem ser consideradas as diferentes condições e singularidades que integram seu contexto de vida, entre elas a presença de animais com os quais possam existir vínculos de convivência e companhia. Essa condição deve ser considerada no planejamento e na organização do cuidado, de forma a não constituir barreira ao acesso, à assistência ou à continuidade do cuidado em saúde. Nesse contexto, destaca-se a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) na Medida Cautelar da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 976, que determinou, de forma independente, a garantia de atendimento médico hospitalar a essa população e a obrigatoriedade de estados e municípios disponibilizarem o apoio das vigilâncias sanitárias (VISA) para o abrigo de seus animais. Os serviços devem articular, conforme os recursos disponíveis no território, alternativa para proteção ou abrigo do animal, priorizando, quando viável, responsável indicado pela própria pessoa e registrando a conduta na ficha de atendimento.

É adequado que os serviços **elejam pessoas de referência nas equipes**, com a atribuição de ser um ponto focal que fará a ponte entre o serviço de urgência e os outros equipamentos envolvidos no cuidado à população de rua, estabelecendo fluxo de referência e contrarreferência. Nos locais em que não existam equipes de Consultório na Rua, destaca-se a necessidade de pactuar fluxos que contemplem a assistência, considerando as singularidades de cada indivíduo, garantindo a oferta de assistência e recursos adequados em tempo oportuno para cada caso, e assegurando o acompanhamento compartilhado com o serviço de assistência social local e/ou CAPS.

5. ORIENTAÇÕES NO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM CADA UM DOS COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para qualificar o cuidado à população em situação de rua no âmbito da Rede de Urgência e Emergência (RUE), apresentam-se, a seguir, orientações específicas para os diferentes componentes da Rede, considerando as particularidades do atendimento e as necessidades de saúde dessa população, com vistas à qualificação da resposta assistencial, desde a identificação da situação clínica até a definição do cuidado adequado e da continuidade da atenção.

5.1. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

Cabe ao SAMU 192, responsável pelo atendimento pré-hospitalar, que muitas vezes será o primeiro contato da pessoa em situação de rua com os serviços de saúde, chegar ao local em tempo oportuno, garantir uma cena segura para abordagem, estabelecer vínculo, prestar o primeiro atendimento, fazer registro da evolução do atendimento com sinais vitais, comorbidades, alergias e intervenções conforme regulação médica e achados, em ficha de atendimento pré-estabelecida. Também é responsabilidade do SAMU 192 encaminhar o paciente para o serviço de referência, conforme regulação médica, compartilhar o caso com a equipe assistencial que irá recebê-lo e coletar a assinatura com registro do profissional que receber o caso, para garantir a continuidade do atendimento e da assistência.

Destaca-se a importância de capacitação e treinamento periódico para a equipe multidisciplinar que atua no SAMU 192, de modo a atender as ocorrências envolvendo essa população, com boas práticas de comunicação, abordagem e manejo adequado, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa. Isso inclui a criação de um ambiente seguro e acolhedor, onde a pessoa se sinta respeitada, ouvida e sem estigma.

5.2. PORTAS DE URGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR - Pronto Atendimento - PA, Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h e Pronto Socorro - PS

Cabe aos serviços de atendimento pré-hospitalar fixo de urgência organizar o fluxo para o acolhimento e atendimento das pessoas em situação de rua. A avaliação deverá considerar outras necessidades de saúde identificadas durante o atendimento e, quando indicada a realização de exames ou procedimentos, deverá assegurar as informações necessárias à pessoa para a obtenção do devido consentimento.

Deverão ser consideradas, ainda, as especificidades de crianças e adolescentes, mulheres, gestantes e puérperas, pessoas em uso de álcool e outras drogas, bem como situações de violência e de interrupção gestacional nos casos previstos em lei, assegurando abordagem adequada às necessidades identificadas e à integralidade do cuidado. Nos casos de identificação de gestantes ou puérperas sem acompanhamento pré-natal, deverá ser adotada postura ativa para acionar o serviço de saúde de referência do território e favorecer sua inserção na rede de atenção à saúde.

A assistência deverá ser prestada de forma respeitosa, segura e livre de estigmas, com o devido registro da evolução do cuidado multiprofissional no prontuário.

O serviço deverá identificar o território de referência ou de convivência da pessoa em situação de rua e, conforme as necessidades identificadas, articular-se com a equipe de referência da Atenção Primária à Saúde, do Consultório na Rua, quando disponível, e/ou da Assistência Social, de modo a favorecer a continuidade do cuidado e a tomada de decisão compartilhada quanto às intervenções necessárias, ao encaminhamento para serviço de maior complexidade ou ao acesso

a espaço protegido que possibilite o cuidado adequado.

5.3. **COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE URGÊNCIA**

Cabe às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência estabelecer protocolos de acolhimento, buscando qualificar o quadro clínico em emergência, urgência e não urgência, utilizando as técnicas semiológicas adequadas. A avaliação deverá considerar também o risco social e as condições que possam interferir na assistência e na continuidade do cuidado, incluindo, quando pertinente, as especificidades de crianças e adolescentes, mulheres, gestantes e puérperas, pessoas em uso de álcool e outras drogas, situações de violência e interrupção gestacional.

O planejamento da alta deverá considerar as condições clínicas, sociais e territoriais da pessoa, inclusive fatores ambientais, como baixas temperaturas e chuvas, que possam comprometer sua segurança e a continuidade do cuidado. Nos casos de sofrimento ou transtorno mental, deverão ser avaliadas as necessidades de acompanhamento e a disponibilidade de retaguarda na RAPS, compreendendo a alta segura como processo de transição e continuidade do cuidado, e não apenas de desospitalização. Na ausência de local de referência, deverão ser articuladas, junto às redes de saúde e socioassistencial, alternativas de cuidado, acolhimento e proteção disponíveis no território. O Programa Melhor em Casa poderá ser considerado quando houver indicação para atenção domiciliar e forem atendidos os critérios de elegibilidade previstos na normativa vigente.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR), no âmbito de suas atribuições, deverá contribuir para a organização da internação, transferência e alta, favorecendo a continuidade do cuidado. As situações de ausência ou insuficiência de retaguarda identificadas deverão ser comunicadas às instâncias responsáveis pela organização da rede, de modo a subsidiar, quando pertinente, projetos-piloto regionais destinados a testar fluxos e estratégias de desospitalização e continuidade do cuidado.

6. **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, a Coordenação-Geral de Urgência do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde considera importante que a RUE esteja preparada para a abordagem e o manejo no atendimento às pessoas em situação de rua, de forma humanizada, preservando a integridade das pessoas atendidas e das equipes, adotando boas práticas clínicas e terapêuticas de maneira respeitosa e garantindo atendimento equânime e sensível, bem como a construção compartilhada do cuidado.

Ressalta-se a necessidade de qualificar a abordagem às especificidades de crianças e adolescentes, mulheres, especialmente gestantes e puérperas, e pessoas em uso de álcool e outras drogas, de modo a assegurar respostas integrais e adequadas às necessidades de cada pessoa.

Recomenda-se que os serviços fortaleçam a articulação com a rede de referência da saúde e da assistência social, mapeando os recursos disponíveis no território e considerando as condições sociais e as necessidades específicas de cada pessoa, inclusive quando estiver acompanhada de animal, de modo a evitar que essas circunstâncias constituam barreiras ao acesso, ao atendimento e à continuidade do cuidado.

Por fim, reafirma-se que o cuidado no SUS deve ser assegurado de forma oportuna e articulada, sem barreiras de acesso, com garantia de continuidade do cuidado e de transição segura entre os diferentes pontos de atenção.

7. REFERÊNCIAS

- 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 5 set. 2024.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017, com alterações posteriores.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017, com alterações posteriores.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017, com alterações posteriores.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017, com alterações posteriores.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do F de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017, com alterações posteriores.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.236, de 2 de setembro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Cadastro Nacional de Usuários do SUS e o uso do CPF como forma preferencial de identificação das pessoas na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar e do Programa Melhor em Casa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Plano Nacional Ruas Visíveis: Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023.
- BRASIL. 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 a

População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 976 MC-Ref. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Julgamento em 22 ago. 2023. Diário da Justiça Eletrônico, 21 set. 2023.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, p. 131-135, 2010.

FORD, S. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method. Health Expectations, v. 7, n. 2, p. 181-182, jun. 2004.

LEAL, Bruna Molina; DE ANTONI, Clarissa. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersectorialidade. Aletheia, n. 40, 2013.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 33, p. 580-595, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas por meio da Resolução 217 A (III), em 10 de dezembro de 1948. Paris: Nações Unidas, 1948.

SICARI, Aline Amaral; ZANELLA, Andrea Vieira. Movimento Nacional de População de Rua: a complexa luta por direitos. Psicologia em Revista, v. 26, n. 3, p. 1058-1079, 2020.

8. CONTATOS

[Coordenação-Geral de Urgência - CGURG/DAHUD/SAES/MS](mailto:cgurg@saude.gov.br)

Endereço eletrônico: cgurg@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9210

FELIPE AUGUSTO REQUE

Coordenador-Geral

Coordenação-Geral de Urgência - CGURG/DAHUD/SAES/MS

FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS

MOZART JULIO TABOSA SALES

Secretário

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Augusto Reque**, **Coordenador(a)-Geral de Urgência**, em 15/09/2026, às 18:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 15/09/2026, às 18:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mozart Julio Tabosa Sales, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 17/09/2026, às 18:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0058062747** e o código CRC **549844A8**.

Referência: Processo nº 25000.140452/2026-00

SEI nº 0058062747

Coordenação-Geral de Urgência - CGURG
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br