



ComPAPS

COMUNIDADE DE PRÁTICAS APS
E POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA
NO CONTEXTO DA COVID-19

FIQUE EM CASA?

DESAFIOS E EXPERIÊNCIAS DAS
COMUNIDADES DE PRÁTICAS EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA
POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA
NO CONTEXTO DA COVID-19

ORGANIZAÇÃO
MÁRCIA MUCHAGATA



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



CONASEMS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



FIQUE EM CASA?

**DESAFIOS E EXPERIÊNCIAS DAS
COMUNIDADES DE PRÁTICAS EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA
POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA
NO CONTEXTO DA COVID-19**

ORGANIZAÇÃO
MÁRCIA MUCHAGATA

BRASÍLIA 2023



Comunidade de Práticas APS e Populações em Situação de Rua no Contexto da COVID-19 – ComPAPS.

Fique em casa? Desafios e experiências das Comunidades Práticas em Atenção Primária em Saúde para Populações em Situação de Rua no contexto da Covid-19 / Organizado por Márcia Muchagata. – Brasília: ComPAPS; Fiocruz; CONASEMS; Zabelê Comunicação, 2023.

156 p.; il.

ISBN: 978-65-998251-8-7

I. População em Situação de Rua. 2. Atenção Primária. 3. Pandemia. 4. Saúde Pública. 5. Crise Sanitária. 6. Atendimento. 7. Proteção Social. 8. Desafios. I. Título. II. Muchagata, Márcia. II. Comunidades Práticas em Atenção Primária em Saúde.

CDU 304(81)

Bibliotecária: Tatiane de Oliveira Dias – CRB1/2230

ORGANIZAÇÃO: Márcia Muchagata
COORDENAÇÃO EDITORIAL: Zabelê Comunicação
PROJETO EDITORIAL: Monica Rodrigues
PROJETO GRÁFICO: Gabriel Rizzo Howell
DIAGRAMAÇÃO: Nina Lins
FICHA CATALOGRÁFICA: Tatiane Dias

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Mário Moreira
DIRETORA DA FIOCRUZ BRASÍLIA
Fabiana Damásio
PRESIDENTE DO CONASEMS
Willames Freire Bezerra
SECRETÁRIO EXECUTIVO DO CONASEMS
Mauro Guimarães Junqueira

COMITÊ GESTOR

Fabiana Damásio | Fiocruz
Flávio Alvares | Conasems
Francisco Campos | Fiocruz

COORDENAÇÃO NACIONAL

Márcia Muchagata - Coordenação Geral | Fiocruz
Gabryela Figueiredo - Administração | Fiocruz
Giulia Bedê Bomfim - Coordenação Técnica | Fiocruz
Thiago Pithon - Coordenação Técnica | Fiocruz

APOIO METODOLÓGICO E FACILITAÇÃO

Ariana Frances de Carvalho Souza

MENTORES

Alexandre Trino | Universidade Federal do Rio de Janeiro
Marcelo Pedra | Fiocruz
Rosângela Nascimento | Movimento Nacional da População de Rua
Vanilson Torres | Movimento Nacional da População de Rua
IDEIASUS Valcler Rangel | Fiocruz
Gilvan Mariano | Fiocruz
Thiago Brito | Fiocruz

MEDIADORES ESTADUAIS

ACRE: Thamilla Barbosa | Cosems-AC
ALAGOAS: Larissa Cândido Guimarães | Cosems-AL
AMAPÁ: Elizete Ladislau | Fiocruz
AMAZONAS: Eranilde Silva Mota | Fiocruz
BAHIA: Antonio Brotas | Fiocruz
DISTRITO FEDERAL: Décio de Castro Alves | Fiocruz
ESPÍRITO SANTO: Fabiana Turino | Conasems-ES
GOIÁS: Welingta Tarciany S. Barbosa | Conasems-GO
MARANHÃO: Claudia Carvalho | Conasems-MA
MATO GROSSO: Adriano Bispo Z. de Paula | Conasems-MT
MATO GROSSO DO SUL: Lesly Lidiane L. Abastoflor | Fiocruz
MINAS GERAIS: Paula Miranda de Oliveira | Consultório na Rua de Juiz de Fora
PARÁ: Marlene Reis | Conasems-PA
PARANÁ: Ediane de Fátima Mance | Conasems-PR
PERNAMBUCO: Cecília Gomes e Flora Araújo | Fiocruz
PIAUI: Liana M. Ibiapina do Monte | Fiocruz
RIO DE JANEIRO: Mirna Barros Teixeira | Fiocruz
RIO GRANDE DO NORTE: José Sueldo G. Queiroz | Conasems-RN
RIO GRANDE DO SUL: Fernanda Cardoso S. Feijó | Conasems-RS
RONDÔNIA: Alice Sabatino | Fiocruz
SANTA CATARINA: Priscila de Meira da Silva | Conasems-SC
SÃO PAULO: Brigina Kemp | Conasems-SP
SERGIPE: Edney Vasconcelos | Consultório na Rua de Aracaju-SE
TOCANTINS: Ana Carolina P. Nascimento | Fiocruz

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
Fabiana Damásio	
APRESENTAÇÃO	11
Wilames Freire Bezerra	
PARTE 1	13
COMUNIDADES DE PRÁTICA DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ENFRENTAR AS DESIGUALDADES: REFLETINDO SOBRE A GÊNESE E O DESENVOLVIMENTO DA COMPAPS	
Francisco Eduardo de Campos	
PARTE 2	17
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL	
Márcia Muchagata	
PARTE 3	49
O PERCURSO PERCORRIDO PELA COMPAPS: DESAFIOS METODOLÓGICOS E PRINCIPAIS RESULTADOS	
Márcia Muchagata, Giulia Bedê Bomfim e Thiago Pithon	
PARTE 4	63
A PROPOSTA PEDAGÓGICA DO TRABALHO DE MENTORIA NA COMPAPS	
Alexandre Teixeira Trino e Marcelo Pedra Martins Machado	
PARTE 5	73
A MODERAÇÃO COMO APOIO AO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS MEDIADORES DAS COMPAPS	
Ariana Frances de Carvalho Souza	
PARTE 6	81
ENTRE A REALIDADE DAS RUAS E A BUROCRACIA: A COMPAPS COMO ESPAÇO DE DIÁLOGO PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PANDEMIA	
Vanilson Torres e Rosângela Nascimento	
PARTE 7	89
BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA PANDEMIA	
PRÁTICAS REFERENTES À IMUNIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	93
PRÁTICAS REFERENTES À INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	103
PRÁTICAS REFERENTES AOS CUIDADOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	129

Esta publicação representa mais do que a síntese de um trabalho coletivo. Evidencia a união de esforços para o enfrentamento da maior crise sanitária, humanitária, social, econômica que vivemos: a pandemia da Covid-19. Foi um período em que nos deparamos não só com os problemas de saúde decorrente da doença como também todos os seus impactos para a população brasileira. Destaco aqui, por exemplo, o retorno do Brasil ao Mapa da Fome da ONU, que hoje atinge 33 milhões de brasileiros e brasileiras. Diante das desigualdades sociais históricas crescentes e visíveis nas ruas de todo o país, assumimos o compromisso de contribuir para o fortalecimento das ações realizadas pelos trabalhadores e trabalhadoras do SUS, SUAS e pelos movimentos sociais.

Foram dos diálogos sobre as preocupações e inquietações frente as vulnerabilidades sociais presentes na pandemia que surgiu a ideia de construirmos uma Comunidade de Práticas. Fruto de uma parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Plataforma IdeiaSUS e o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), e com apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e da Fundação Rockefeller, o projeto “Comunidades de Práticas em Atenção Primária à Saúde e População em Situação de Rua no contexto da Covid-19 - COMPAPS” atuou de forma abrangente, em todo o território nacional. Seu propósito foi construir uma rede colaborativa e de troca de experiências entre trabalhadores e trabalhadoras do SUS, SUAS e outras áreas, gestores, gestoras e integrantes dos movimentos que atuam pela defesa dos direitos da população em situação de rua.

A COMPAPS se configurou como um espaço virtual de solidariedade e afeto para viabilizar a partilha das experiências que foram desenvolvidas no território nacional, que tiveram êxito e que foram centrais para a promoção do cuidado das populações em situação de rua. A adesão de todos os envolvidos foi fundamental para a construção efetiva desta iniciativa. Assim, esse livro trouxe, de modo cuidadoso, o perfil da população em situação de rua e suas mudanças ao longo dos últimos 15 anos, destacando o momento atual da pandemia de Covid-19. Em seguida, descreveu em detalhes a metodologia adotada para a construção da COMPAPS, assim como os papéis de cada um dos atores que garantiram o bom funcionamento da comunidade, como os mentores e moderadores.

Por fim, foram descritas as melhores práticas desenvolvidas no país. A proposta de descrição minuciosa se deu para que outras experiências como a que realizamos possam ser replicadas e possibilitem destacar a importância da integração dos processos educacionais com o serviço e com a comunidade aprendida. Esse foi o pressuposto que guiou a Comunidade: a possibilidade de promovermos aprendizado e, principalmente, desvelarmos as dificuldades e os enfrentamentos cotidianos que todos os envolvidos fazem para que o direito de acolhimento à população em situação de rua seja garantido.

FABIANA DAMÁSIO

Diretora da Fiocruz Brasília e coordenadora do Núcleo de Populações em Situações de Vulnerabilidade e Saúde Mental na Atenção Básica (Nupop). É analista de Gestão em Saúde e foi diretora executiva da Escola de Governo Fiocruz-Brasília. É graduada e mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), e doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB).

Aproveito essa oportunidade e felicito todos os trabalhadores e trabalhadoras do SUS, SUAS e outras instâncias afins pela dedicação permanente na oferta de cuidado para que a população em situação de rua pudesse receber assistência de modo afetivo e efetivo. Que esta experiência sirva como exemplo para que outras ações sejam implementadas, reforçando as políticas públicas de cuidado à população em situação de rua.

APRESENTAÇÃO

Os desafios apresentados aos gestores municipais de saúde durante a pandemia de covid-19 não foram simples. Enfrentar uma doença desconhecida em meio ao pânico geral, campanhas de desinformação, ausência de equipamentos de proteção individual para profissionais de saúde, falta de respiradores e de medicamentos, aumento exorbitante dos preços de suprimentos e abuso econômico de fornecedores se constituiu em um cenário desafiador para o Sistema Único de Saúde e para o conjunto da sociedade brasileira. A realidade naquele momento exigiu esforço coletivo baseado em um trabalho intenso para reorganizar a rede de atenção, disponibilizar treinamento para profissionais e cuidar da saúde física e mental das pessoas. Foi um período extremamente difícil e de muito aprendizado.

Naquele contexto, as desigualdades sociais e estruturais do país foram amplificadas, com o passar dos meses o número de pessoas em situação de rua aumentou consideravelmente, ampliando também a responsabilidade sanitária dos gestores municipais, especialmente nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, onde se concentram a maior parte dessas pessoas.

E uma das iniciativas geradas pela situação de emergência foi o projeto Comunidades de Práticas em Atenção Primária em Saúde para Populações em Situação de Rua no contexto da Covid-19, constituindo-se em uma importante ferramenta de apoio aos profissionais de saúde e aos gestores para ampliar o diálogo sobre as práticas, reconhecer melhor as experiências e fragilidades nos territórios com presença da população em situação de rua.

O projeto significou, assim, um grande salto na organização do cuidado e dos processos de atenção voltados a uma população em situação de grande vulnerabilidade. A importância dessa iniciativa, no momento em que as vacinas estavam disponíveis, foi enorme, garantindo um movimento permanente de horizontalidade de práticas e abordagens para contextos específicos voltadas à proteção da saúde coletiva da sociedade e, em especial, das pessoas em situação de rua.

Nós do CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – desejamos que esse movimento de diálogo, construção coletiva e troca de experiências por meio de comunidades de práticas tenha continuidade, que possa aprofundar a mobilização de profissionais, criar vínculos e fortalecer uma rede para aprimorar continuamente as práticas voltadas à população em situação de rua.

Nesse sentido, agradecemos os parceiros do projeto – FIOCRUZ, BID e Fundação Rockefeller – agradecemos também o apoio de todos os COSEMS – Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde – e pontos focais que desenvolveram as ações nos territórios, mobilizando experiências e profissionais; nosso reconhecimento às organizações e pessoas que atuam em algum sentido para enfrentar as desigualdades sociais do país, sem reproduzir os mecanismos de exclusão, que

WILAMES FREIRE BEZERRA

Graduado em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). É secretário municipal da Saúde de Pacatuba-CE e presidente do CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

são muitas vezes intrínsecos a projetos que buscam transformar a realidade.

Esta publicação, que temos a honra de participar, é um registro fundamental a todos e todas interessados e interessadas em construir novas perspectivas para a atuação em campo no atendimento, proteção e cuidado junto à população em situação de rua no Brasil.

Wilames Freire Bezerra

Presidente do CONASEMS

PARTE 1

COMUNIDADES DE PRÁTICA DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ENFRENTAR AS DESIGUALDADES: REFLETINDO SOBRE A GÊNESE E O DESENVOLVIMENTO DA COMPAPS

FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS

FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS
Professor titular da Faculdade de
Medicina da UFMG e especialista em
CTI da Fiocruz.

Tendo participado de vários momentos da Comunidade de Prática sobre Atenção Primária em Saúde e População em Situação de Rua (ComPAPS) é com grande satisfação que contribuo com a publicação do presente livro, que socializa ainda mais essa experiência. Não sendo um perito na área, pois sou um sanitário-professor generalista, ousou fazer uma reflexão que não é acadêmica, mas pessoal tendo como foco a maneira como se conformou essa rica experiência que envolveu mais de 20 estados brasileiros, superando todas as expectativas nela depositadas há três anos. Esta é, portanto, de forma despretensiosa, minha versão de como chegamos a esse movimento que resulta nesta publicação.

Eu havia assistido, em 2004, enquanto fazia um estágio pós-doutoral na Organização Mundial da Saúde (OMS), uma apresentação do próprio Étienne Wenger, uma sumidade suíça no tema das comunidades de práticas, entre as dezenas de eventos que ocorreram na sede da organização em Genebra. O anúncio no mural apresentava o prestigiado acadêmico e dava, como ementa, uma frase que se tornou uma das mais citadas entre os que manejam o conceito: “Communities of practice are groups of people who share a concern or a passion for something they do and learn how to do it better as they interact regularly”. Ou em tradução livre para o português: “Comunidades de prática são grupos de pessoas que compartilham uma preocupação ou uma paixão por algo que fazem e aprendem como fazê-lo melhor à medida que interagem regularmente”.

Não tinha até aquele momento nenhuma familiaridade com a proposta específica, mas tive a intuição de que ela dizia respeito a mim mesmo e a muito do que eu fizera desde a minha graduação até aquele momento na saúde pública, na educação médica e na vida pessoal. Preocupações comuns a um grupo não me eram estranhas, tampouco buscar conhecer o que os outros estavam fazendo para superar esses mesmos problemas. Logo me inscrevi no evento e, ao contrário do que aconteceu em muitos outros simpósios dos quais participei, a fala de Étienne Wenger me pareceu muito familiar; não tive que recorrer a muita literatura para internalizá-la. Então, tive a ideia de quão importante era tomar um conceito como aquele e organizá-lo, dando-lhe ainda mais potência.

A primeira ideia, tosca e primária, que me veio à mente correlacionou-se ao fato de que algumas pessoas de minha família, que apreciavam muito a culinária de minha avó Nita, não a conheciam, além da tradição oral. Então, houve um esforço em recuperar as receitas a partir de alguns ditados que tios haviam feito, anotações e se chegou à edição familiar de uma apostila que logo foi dividida com os familiares. Em seguida, muitos disseram que haviam ouvido aquilo mesmo, mas que haviam melhorado a técnica, tornando a receita mais leve, saborosa etc. Havia na comunidade (os familiares saudosos das receitas da avó) um domínio da quitanda mineira dos meados do século XX e a prática de biscoiteiros mais ou menos habilidosos.

No início de 2020, recebi uma chamada do coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, o grande

amigo Paulo Buss, dizendo que tinha recebido uma solicitação de técnicos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para a criação de um projeto e pedindo minha ajuda, não pessoal, mas em razão da minha experiência da UNASUS com centenas de capacitações online para profissionais de saúde no Brasil. Ele me colocou a par do que sabia e minha resposta foi que deveríamos, sim, participar, como Fiocruz e por meio da Diretoria Regional de Brasília/DF.

Naquele momento, consideramos a existência de três caudais, mas não sabíamos com clareza para qual deles esse projeto específico voltaria suas atenções. De um lado, o motivo do *grant* era a pandemia de covid-19, que já provocava estragos consideráveis no Brasil, piorados pelo negacionismo governamental. Um segundo caudal era a constatação de que a Atenção Primária em Saúde era a forma correta de minorar os prejuízos; e o terceiro era que os processos educativos poderiam ser uma abordagem. Transversalizava todo esse quadro a desigualdade crescente no país, que estava prestes a voltar ao Mapa da Fome das Nações Unidas e que tinha expressão clara em grupos vulneráveis: indígenas, quilombolas, ribeirinhos, pessoas em privação de liberdade, grupos pertencentes ao movimento LGBTQIA+, população atingida por desastres naturais como chuvas torrenciais (Mariana e Brumadinho estavam muito recentes), população em situação de rua... não faltavam exemplos, desafortunadamente.

A Fundação Rockefeller concedera um *grant* para que o BID pudesse identificar, no hemisfério ocidental, experiências que pudessem servir de referências e, nessa região, identificou-se o Brasil e a Fundação Oswaldo Cruz. Isso ocorreu antes que eu tivesse conhecimento da decisão. Após financiar várias abordagens nos EUA, visando minorar o impacto da tragédia provocada pela pandemia de covid-19, centradas em testagem e posteriormente em vacinação, o projeto foi estendido, como se disse, ao Brasil, ao Caribe inglês e à Argentina. A explicação que ouvi foi que, no caso brasileiro, a presença nacional da Fiocruz e a capacidade de ter representatividade regional foram fatores determinantes.

Houve um momento em que foi importante tomar uma decisão: não faltavam problemas, como dito anteriormente, pois o país é enorme (embora tivessem sido mantidos os quatro estados inicialmente propostos pelo BID). Foi necessária, portanto, a redução do escopo, ainda que, de forma valorosa, fora desenvolvida uma parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que ampliou para mais de vinte estados os participantes do projeto. Essencial foi o fato de que havia um grupo de pesquisa vinculado ao tema de População em Situação de Rua, coordenado por Fabiana Damásio, que envolveu os pesquisadores Márcia Muchagata, Giulia Bedê Bomfim e Thiago Pithon, mas sobretudo a presença do Flávio Álvares, que envolveu todo o CONASEMS e a quase totalidade de seus projetos.

Da mesma forma, o fato de não ser feito um projeto isolado dentro da Fiocruz, e sim, articulando-se com as várias comunidades

as práticas existentes, que se valem de instrumental comum por meio da plataforma IdeiaSUS. Esse fato colaborou na criação de um ferramental comum que poderá, de agora em diante, alavancar a utilização do instrumento para minimizar debilidades e desigualdades não só para a população em situação de rua como para outros públicos.

16

PARTE 2

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

MÁRCIA MUCHAGATA

MÁRCIA MUCHAGATA Doutora em Estudos do Desenvolvimento pela University of East Anglia. É integrante da carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG), atualmente em exercício na Fiocruz Brasília e colaboradora do Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social da Fiocruz Minas.

INTRODUÇÃO

O período da pandemia de covid-19 no Brasil foi marcado pelo aumento do desemprego, da pobreza e da fome. O 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 mostra que em 2022, mais de 33 milhões de pessoas passavam fome, enquanto 125 milhões de pessoas estavam com algum grau de insegurança alimentar. O desemprego no país atingia 13,7 milhões de trabalhadores em novembro de 2021. Antes da chegada da pandemia de covid-19, o índice estava abaixo de 12%, saltando para 14,7% no 1º trimestre de 2021 (IBGE, 2021).

Ao menos no caso do Brasil, no entanto, o aumento do desemprego e da fome não foi decorrente apenas da pandemia, mas do esvaziamento de diversas políticas públicas. No combate à extrema pobreza, por exemplo, há uma grande defasagem na cobertura e nos valores do Programa Bolsa Família. A criação do Programa Auxílio Brasil, em 2021, mitigou temporariamente esses efeitos, mas os serviços de assistência social foram enfraquecidos.

Nesse contexto, a população em situação de rua, que já apresentava um crescimento de 140% entre 2012 e 2020 (Natalino, 2020) teve um aumento visível, ainda não adequadamente quantificado, assim como uma mudança no seu perfil: onde antes se via indivíduos isolados, atualmente se verifica com mais frequência famílias inteiras em situação de rua. Existe uma enorme diversidade de situações entre as pessoas que estão nas ruas. Um grupo, por exemplo, é formado por migrantes, especialmente venezuelanos, que apesar de serem inicialmente acolhidos por órgãos públicos e organismos internacionais nas regiões de fronteira, acabam migrando internamente no país, sem recursos e sem acesso à moradia. Dados da Operação Acolhida indicam que mais de 675 mil venezuelanos entraram no Brasil entre 2017 e 2021, e 305 mil permanecem no país (OIM e Casa Civil, 2021). O número de imigrantes estrangeiros nas ruas não é conhecido e os dados disponíveis sobre população em situação de rua, com raras exceções, não consideram este contingente.

As políticas públicas voltadas para a população em situação de rua começaram a ganhar alguma expressão a partir de 2009, com a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua (CIAMP-Rua), tanto em nível federal e como em diversos estados. No entanto, assim como outras políticas



Pessoa em situação de rua em Alagoas é vacinada.
Foto: ComPAPS/AL

18

voltadas para os mais pobres, está enfraquecida, mesmo diante do nítido aumento desta população. Relatório conjunto do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Direitos Humanos denuncia o descaso do governo federal com as pessoas em situação de rua na pandemia (SMDH, 2021) e membros do Movimento Nacional da População de Rua colocam que não houve ampliações de vagas em abrigos e nem projetos de moradias, e que remoções de populações dos espaços públicos continuaram acontecendo em diversos municípios (Gomes, 2021).

A invisibilidade e a ausência de dados confiáveis dificultam a formulação de políticas públicas para este público em qualquer esfera, seja ela municipal, estadual ou federal. Nesse sentido,

Pessoa em situação de rua e seus cães em Cuiabá, MT.
Foto: Prefeitura de Várzea Grande



este texto busca caracterizar, considerando os dados disponíveis, a população em situação de rua em cada uma das cinco regiões brasileiras, assim como identificar quais políticas de apoio a essa população, principalmente relacionadas à saúde, estiveram vigentes durante a pandemia de covid-19.

Inicialmente são apresentados os dados existentes sobre os números de pessoas em situação de rua no Brasil, assim como o perfil dessa população e as principais questões relacionadas aos serviços públicos disponibilizados. As consequências da pandemia de covid-19 para a população em situação de rua são descritas e analisadas. Uma seção é dedicada às questões específicas das mulheres e outra aos imigrantes venezuelanos em situação de rua. Ao final são explicitadas as escolhas do Projeto ComPAPS na formação de comunidades de práticas envolvendo gestores e profissionais da saúde e da assistência social, que estimulam o debate e ações práticas e promovam a melhoria do atendimento à população em situação de rua no contexto da pandemia de covid-19.

19

UMA POPULAÇÃO INVISÍVEL ÀS ESTATÍSTICAS

O Censo Demográfico brasileiro, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é normalmente realizado a cada 10 anos, mas nunca a população em situação de rua foi incluída neste levantamento. O Censo nacional já abrange outras categorias também invisibilizadas até recentemente, como povos e comunidades tradicionais, mas as dificuldades são maiores para contabilizar as pessoas que vivem nas ruas. Em 2014, o IBGE chegou a fazer um pré-teste no município do Rio de Janeiro, no entanto, houve dificuldade de executar a pesquisa com populações sem domicílio, devido à necessidade de metodologias de amostragem, logística de campo e abordagem do entrevistado (EBC, 2018).

O que mais se aproximou de um levantamento nacional da população em situação de rua foi o trabalho realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome entre 2007 e 2008. Denominado “1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua” (MDS, 2009), essa pesquisa se valeu de dados administrativos do Cadastro Único dos Programas Sociais (CadÚnico), das informações prestadas pelos gestores municipais nos levantamentos realizados anualmente pela Secretaria Nacional

20

Equipe de abordagem social no município de Maceió, Alagoas. Foto: ComPAPS/AL

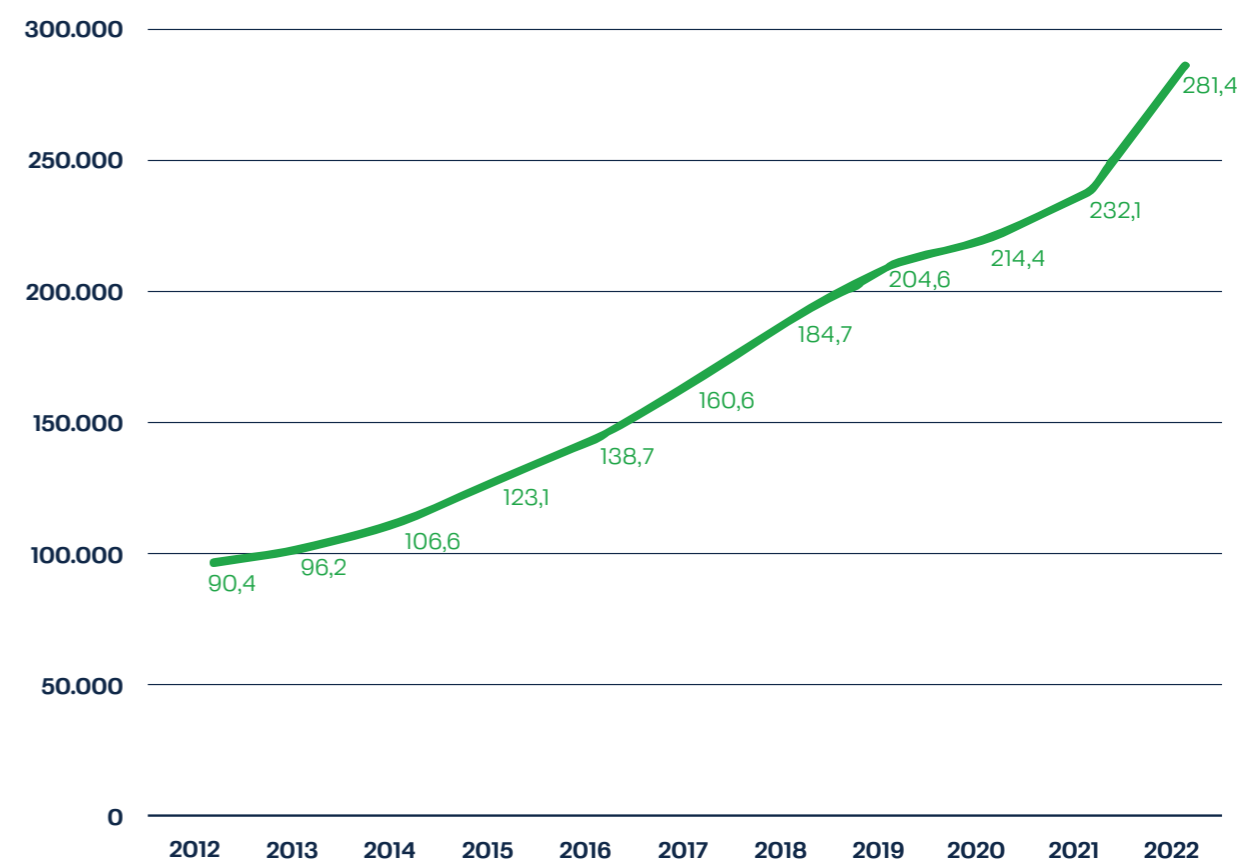


de Assistência Social (Censo SUAS) e realizou levantamento em campo, identificando a população maior de 18 anos em 71 municípios. Essa pesquisa identificou uma população de 31.992 pessoas em situação de rua, isto é, praticamente a mesma população encontrada no Censo 2021 do município de São Paulo (31.834 pessoas), o que demonstra claramente o quanto a população em situação de rua aumentou no período (São Paulo, 2022).

Visando produzir subsídios para a implementação de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) produziu em 2016 um modelo para estimar essa população, considerando os dados do CadÚnico, os dados mensais de registros de atendimentos socioassistenciais, informações do Censo SUAS e fez uma modelagem considerando o aumento da população em geral, os índices de pobreza, o número de pessoas cadastradas, entre outros (Natalino, 2016). Em 2020 este modelo foi aperfeiçoado de modo a introduzir uma análise temporal, considerando a evolução do número de cadastros e produzindo assim uma estimativa que indica a população em situação de rua que o poder público consegue enxergar (Natalino, 2020). A estimativa dessa população e seu crescimento podem ser vistos na Figura 1.

21

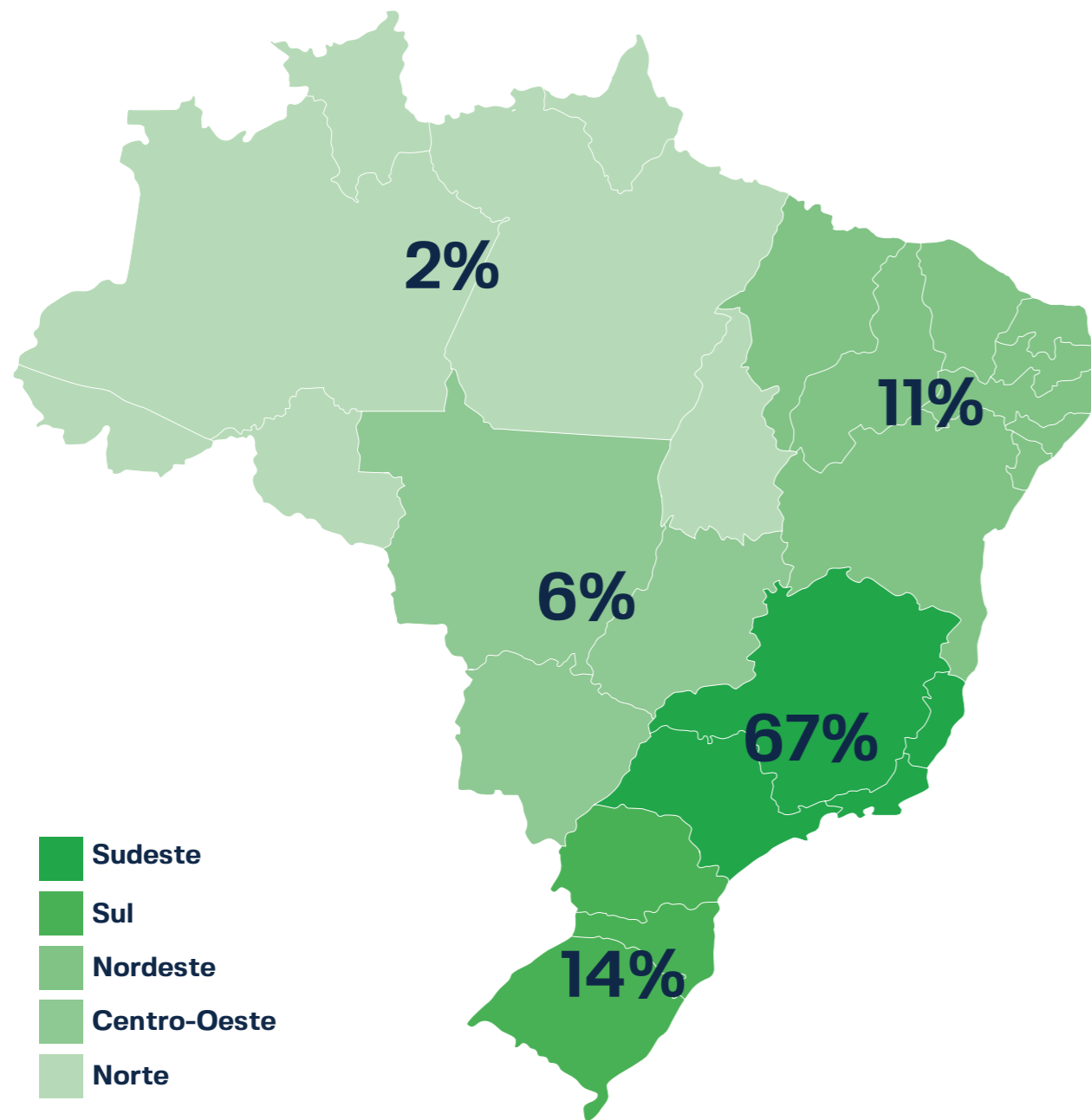
FIGURA 1 NÚMERO ESTIMADO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL (SET/2012-MAR/2020)



Fonte: Natalino, 2020, a partir de dados do Censo Suas, CadÚnico, RMA, IPEA e IBGE

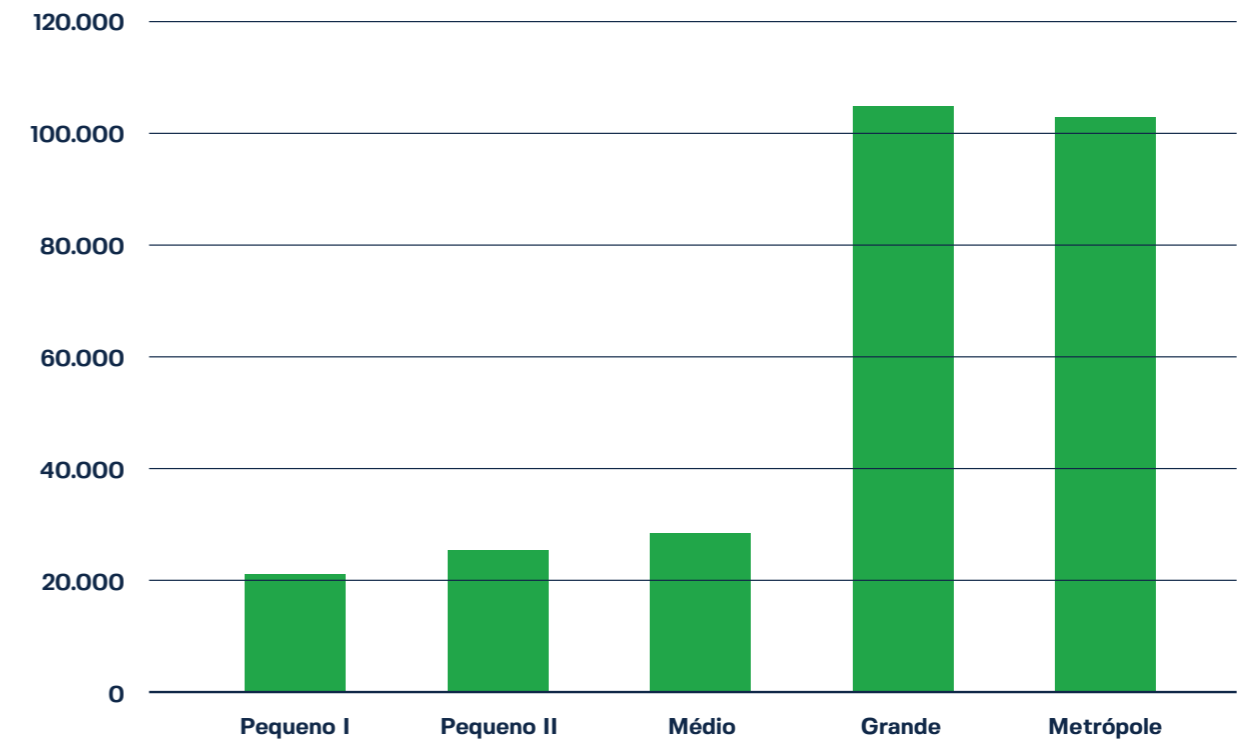
A população em situação de rua é mais numerosa nos grandes centros do sudeste e sul do Brasil, mas segundo os dados do IPEA ela está presente em quase 2.000 municípios de todas as regiões. Cerca de 80% da população de rua se encontra nos municípios com mais de 100 mil habitantes, sendo 40% nas cidades acima de 900 mil habitantes. A Figura 2 mostra a distribuição da população em situação de rua por região do país, enquanto a Figura 3 mostra a distribuição por porte do município (Natalino, 2022).

FIGURA 2 DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL POR GRANDE REGIÃO



Fonte: Natalino, 2022

FIGURA 3 NÚMERO ESTIMADO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA POR PORTE DE MUNICÍPIO EM 2022



Fonte: Natalino, 2022, a partir de dados do Censo Suas, CadÚnico, RMA, IPEA e IBGE

O crescimento nos grandes centros é bem ilustrado pela situação de São Paulo. Naquela cidade, no ano 2000, a população em situação de rua por 100 mil habitantes era de 83, em 2019 era de 199 e em 2021 já era de 257 pessoas, isto é, proporcionalmente à população total, a população de rua mais que triplicou no período (PMSP, 2021).

Considerando a concentração da população em situação de rua nos municípios mais populosos do eixo centro-sul, são estes que mais fortemente são demandados para formulação de políticas e, portanto, com maior necessidade de ter informações sobre a população que vive nas ruas. Alguns realizaram censos e levantamentos utilizando diferentes metodologias que buscam lidar com uma população que se caracteriza por não ter um local de residência ou território fixo e que nem sempre porta documentação.

São Paulo é o município pioneiro no levantamento da população em situação de rua em 1991, abrangendo apenas a área central (Sposati, 2009). Desde então, São Paulo realiza estes levantamentos a cada quatro anos, mas o aumento foi tão expressivo durante a pandemia que um novo censo

foi realizado em 2021. Os levantamentos censitários podem ser vistos na Tabela 1. Apenas sete das 27 capitais brasileiras realizaram o censo desta população em algum momento. Alguns municípios também fizeram levantamentos de caráter qualitativo ou baseados em estimativas, conforme mostra a Tabela 2.

TABELA 1 LEVANTAMENTOS CENSITÁRIOS DA POPULAÇÃO DE RUA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

MUNICÍPIOS	TÍTULO	ANO DE REALIZAÇÃO	REALIZADOR	Nº DE PESSOAS IDENTIFICADAS
São Paulo SP	População de Rua de São Paulo - Censo 2021	2021	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social e Qualitest Inteligência em Pesquisa	31.834
Rio de Janeiro RJ	Censo da População de Rua 2020	2020	Instituto Moreira Passos, Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos e Qualitest Inteligência em Pesquisa	7.272
Brasília DF	Perfil da População em Situação de Rua do Distrito Federal	2022	Companhia de Planejamento do Distrito Federal e Qualitest Inteligência em Pesquisa	2.938
Fortaleza CE	II Censo Municipal da População em Situação de Rua	2022	Prefeitura Municipal de Fortaleza	2.653
Porto Alegre RS	Estudos Quanti-Qualitativos da População em Situação de Rua em Porto Alegre	2016	Fundação de Assistência Social e Cidadania do RS e UFRGS	2.115
Belo Horizonte MG	3º Censo da População de Rua e Migrantes de Belo Horizonte	2014	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte	1.827
Campinas SP	Contagem da População em Situação de Rua	2021	Secretaria de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos	932
Santos SP	Censo da População em Situação de Rua de Santos	2020	Secretaria de Desenvolvimento Social e Universidade Federal de São Paulo	868

Londrina PR	Pesquisa com a População de Rua de Londrina - PR 2017-2019	2019	Ministério Público e Universidade Federal de Londrina	608
Maringá PR	Pessoas em Situação de Rua de Maringá: desconstruindo a invisibilidade	2019	Centro Pop Rua e Universidade Estadual de Maringá	450
Porto Velho RO	Censo Rua 2021	2021	Secretaria Municipal de Assistência Social e Universidade Federal de Rondônia	427
Goiânia GO	Censo e Perfil da População de Rua em Goiânia e Pesquisa sobre o Trabalho realizado nas Ruas em Goiânia	2019	Universidade Federal de Goiás	343
Piracicaba SP	Censo Municipal da População em Situação de Rua	2021	Vigilância Socioassistencial da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social e INDISAT	234
Novo Hamburgo RS	Recenseamento da População em Situação de Rua	2019	Universidade FEEVALE e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social	215
Diadema SP	Censo da População em Situação de Rua do Município de Diadema	2021	Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania	137

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos levantamentos realizados pelos municípios e seus parceiros



Pessoa em situação de rua recebe alimentação em Jaboatão dos Guararapes, PE. Foto: Prefeitura do Jaboatão dos Guararapes

TABELA 2 LEVANTAMENTOS OU PESQUISAS QUE PROCURARAM CARACTERIZAR A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO, ESTADO OU REGIÃO

MUNICÍPIOS	TÍTULO	ANO DE REALIZAÇÃO	REALIZADOR	Nº DE PESSOAS IDENTIFICADAS
Grande Belo Horizonte MG	População em situação de rua: violações de direitos e dados relacionados à aplicação do CadÚnico em Belo Horizonte	2021	Programa Pólos da Cidadania - UFMG	8.374
Brasília DF	Dados do Serviço de Abordagem da Assistência Social	2021	Secretaria de Serviço Social	2.250
Região Metropolitana da Grande Vitória ES	População em situação de rua da Região Metropolitana da Grande Vitória. Perfil, vulnerabilidades e potencialidades	2018	Instituto Jones dos Santos Neves e Secretaria de Estado dos Direitos Humanos	Amostral

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos levantamentos realizados pelos municípios e seus parceiros

Os levantamentos mostram um perfil relativamente semelhante da população em situação de rua em diferentes pontos do país. Para cada uma das variáveis discutidas, serão apresentadas as informações do trabalho realizado pelo MDS, em 2008/09, e atualizadas pelo IPEA, que são os melhores dados nacionais existentes no momento, bem como os dados dos censos do município de São Paulo, em 2019 e 2021. O Censo de São Paulo 2021 apresenta as informações da cidade que concentra a maior população em situação de rua do país e que melhor traduz as dinâmicas em curso, iniciadas ou aprofundadas no período pandêmico. Eventualmente também serão apresentados dados de outros censos.

Quaisquer desses levantamentos apresentam limitações e vieses. Por um lado, o Movimento Estadual da População em Situação de Rua de São Paulo (MEPSR), por exemplo, estima que a cidade tem 66.280 pessoas vivendo em situação de rua (Nexo, 2021), isto é, mais que o dobro de indivíduos em relação ao censo efetuado pela prefeitura. Esses dados são baseados em estimativas que consideram os atendimentos realizados pelo MEPSR, que envolvem alimentação, documentação, busca por emprego, entre outros. Em razão da constante movimentação desse grupo; da utilização de locais de abrigo nas ruas; por vezes de difícil localização; e até por evitar o contato com o poder público, nem toda a população é identificada. Por outro lado, sobre os dados baseados no CadÚnico, deve-se ressaltar que censos que questionaram se os respondentes estavam registrados no cadastro, 38,6% afirmaram que não, no levantamento realizado em Campinas - SP, e 40,8% declararam não ter registro no CadÚnico em Novo Hamburgo - RS, o que indica diferenças importantes entre dados baseados em levantamento nas ruas e dados estimados a partir do CadÚnico.



Mulher em situação de rua mostra a carteira de vacinação em Brasília, UF. Foto: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/Breno Esaki

HOMENS NEGROS, EM IDADE PRODUTIVA E COM BAIXA ESCOLARIDADE

A população em situação de rua é eminentemente masculina, sendo que no censo nacional de 2008/9 os homens perfaziam 82% da população e no censo paulistano eram 83,4%. A maioria também é composta por pessoas negras, com pretos e pardos, totalizando 67% das pessoas em situação de rua identificadas no censo nacional e 70,8% no município de São Paulo em 2021. Quanto à faixa etária, a maior parte é de pessoas em idade produtiva, sendo que 84% tinham entre 18 e 59 anos em São Paulo e mais de 86% têm entre 18 e 55 anos no censo nacional, com as mulheres sendo um pouco mais jovens que os homens. Quanto à escolaridade, a maioria não estudou ou tem o ensino fundamental incompleto (63,5% de acordo com o censo nacional).

Todos os levantamentos mostram que os principais fatores que levaram essas pessoas a residir nas ruas são distintos de acordo com o local e o tempo. Aqui são comparados alguns dados referentes ao censo nacional, ao censo de São Paulo 2019 e ao censo do Rio de Janeiro de 2020. As categorias não são exatamente as mesmas, mas permitem alguma aproximação. Os principais fatores indicados são problemas familiares, alcoolismo ou drogadição e o desemprego, com proporções bastante diferentes em cada levantamento. De toda forma, assim como a pobreza, o fenômeno da população vivendo em situação de rua é multifatorial e seu aumento é decorrente da deficiência de políticas de proteção social.

No município do Rio de Janeiro, 20,4% dos entrevistados relataram ter ido para a rua após a pandemia, sendo que destes 34% o fizeram em função do desemprego, 19,3% em função da perda de moradia e 11,4% em função da perda de renda.

TABELA 3 FATORES QUE LEVARAM À SITUAÇÃO DE RUA

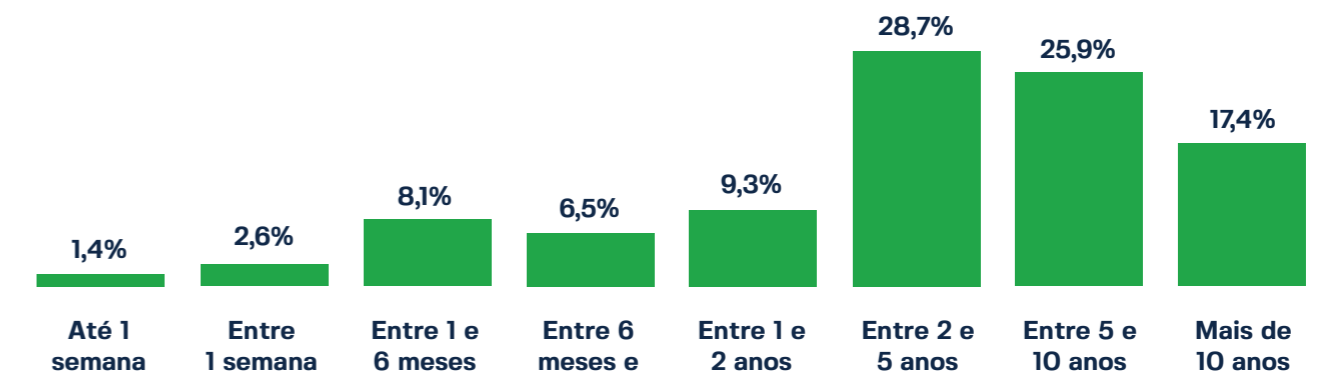
FATORES	CENSO NACIONAL 2008/9	CENSO SÃO PAULO 2019	CENSO RIO DE JANEIRO 2019
Desemprego	29,8%	23,1%	14,6%
Alcoolismo ou drogadição	35,5%	33,3%	17,7%
Problemas familiares	29,1%	40,3%	44,6%
Perda de moradia	-	12,9%	-

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos levantamentos realizados pelos municípios e seus parceiros

TEMPO NAS RUAS E DOCUMENTAÇÃO

Apesar da recente alta significativa de pessoas em situação de rua, a maior parte delas está há bastante tempo nesta condição, com mais de 70% das pessoas há mais de 2 anos, como pode ser visto na Figura 4, para a cidade de São Paulo. Os dados mostram ao mesmo tempo que há uma chegada ininterrupta de novas pessoas a essa situação, com 12,1% de pessoas com até 6 meses de rua. Os dados para o censo nacional de 2008/9 mostravam uma proporção até maior de pessoas com até 6 meses de rua: 22,4%.

FIGURA 4 TEMPO QUE ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



Fonte: Censo da população em situação de rua do município de São Paulo, 2021

O tempo de rua tem implicações para o atendimento de serviços públicos. Inicialmente é importante impedir que essa situação se perenize. Além disso, as pessoas respondem melhor às iniciativas do poder público quando a situação de rua não se tornou ainda crônica.

Quanto à documentação, o censo nacional mostra um percentual significativo de pessoas sem documentos (24,8%), menos da metade possuíam CPF (42,2%) e a maioria possuía ao menos a carteira de identidade (58,9%). Em 2019 em São Paulo, 18% declararam não ter nenhum documento. Dos que possuíam documento, 10,6% disseram que os documentos estavam com suas famílias, 92,8% declararam ter a carteira de identidade, 85,3% o CPF e 70,6% tinham o cartão do SUS. Isto é, embora a falta de documentos fosse problema para muitos, o que os impede de ter acesso a uma série de serviços públicos, uma boa parte deles tem os documentos básicos de identificação.

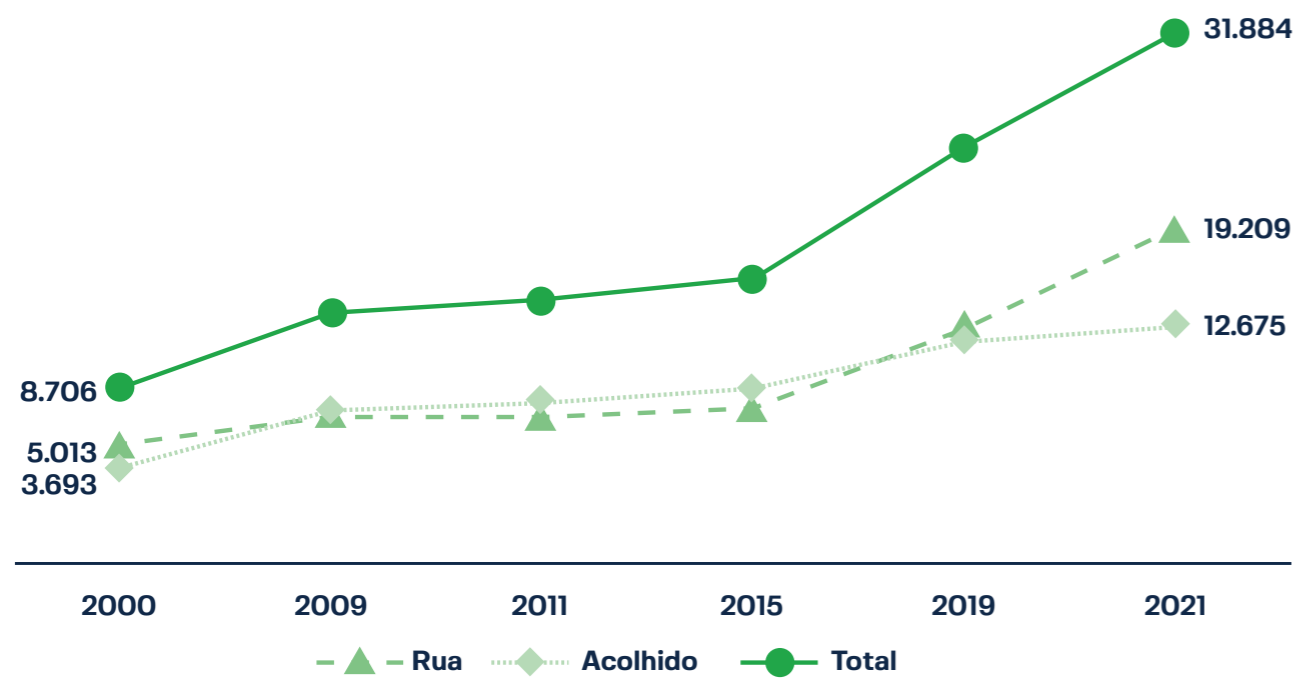
RUAS E ALBERGUES

O poder público tem buscado atender a população em situação de rua por meio da oferta de abrigos. No censo nacional, 43,8% das pessoas dormiam em albergues. Além de não haver vagas para todos, muitos levantam o problema da falta de liberdade nesses espaços, horários e rotinas rígidas. Também há poucos espaços que abrigam casais ou famílias, que permitem animais ou têm espaços para guarda de carrinhos utilizados para coleta de material reciclável.

Para o Padre Júlio Lancellotti, da Pastoral do Povo de Rua de São Paulo, os moradores de rua querem gerir minimamente a própria vida, o que é impossível dentro dos espaços controlados pelo poder público. Segundo ele, vários moradores já disseram que a falta de higiene, a má qualidade da comida e o medo de pegar doenças em albergues os afastam desses espaços (Folha de São Paulo, 2020).

Ao mesmo tempo, a violência nas ruas e a deterioração da saúde de pessoas mais velhas fazem com que muitos prefiram os abrigos. Os dados da evolução dos moradores que dormem nas ruas e que utilizam abrigos mostram que o poder público não está conseguindo atender a demanda por novas vagas em abrigos.

FIGURA 5 EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO DE 2020 A 2021



Fonte: Censo da população em situação de rua do município de São Paulo, 2021

Nos últimos três anos o aumento da população tem sido notado também porque várias organizações têm doado barracas de camping para quem dorme nas ruas. Isso garante mais privacidade e conforto, principalmente nos dias frios e de chuva. Em alguns municípios, no entanto, é comum que o poder público remova as barracas e outros pertences da população de rua (Gomes, L., 2022; Metropolis, 2021).



Pessoa em situação de dorme em uma marquise na cidade de Natal, RN. Foto: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte

AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Nenhum dos levantamentos realizados encontrou mais que 20% de mulheres entre as pessoas vivendo em situação de rua. O ambiente das ruas é bastante violento e o menor número de mulheres na rua pode ser um indicativo que elas optam por permanecer em outras situações de pobreza e opressão onde, apesar da violência constante, ainda assim estão menos vulneráveis que nas ruas (Quiroga e Novo, 2009). A liberdade, frequentemente valorizada pelos homens que vivem nas ruas, não existe para as mulheres. Embora existam programas para a proteção de mulheres em situação de violência em diversas regiões do Brasil, as mulheres de rua em situação de acolhimento são minoria. Por exemplo, apenas 18,8% das mulheres em situação de rua em Porto Alegre utilizam frequentemente os abrigos.

O censo de São Paulo 2019 questionou as pessoas de sexo feminino se no período menstrual utilizavam absorventes ou coletores: 57,4% relataram que utilizavam absorventes ou coletores; 27,8% responderam que não menstruavam; 5,5% responderam que utilizavam absorventes, mas que às vezes utilizavam também pedaços de pano ou papéis; 4,8% responderam que não utilizavam nada e 2,4% responderam que não utilizavam absorventes, mas pedaços de pano ou papéis. Das que utilizam absorventes ou coletores 36,1% pegam nos centros de acolhida, centros de convivências ou projetos, 35,5% compravam e 24% pediam nas ruas ou recebiam doações.

Embora as mulheres em situação de rua sejam minoria, as pessoas que participam das ações de linha de frente no atendimento à população em situação de rua são predominantemente do sexo feminino: assistentes sociais, enfermeiras, gestoras de serviços, médicas. Em São Paulo, algumas dessas profissionais constataam a centralidade que questões referentes à gestação, parto e cuidado das crianças ocupam na vida de muitas mulheres (Gomes et al., 2017).

“Há um paradoxo entre a visibilidade e a invisibilidade feminina: enquanto mulher, essas vulnerabilidades muito provavelmente passaram invisíveis. Entretanto, a partir do momento em que ficaram grávidas essas mulheres se tornaram visíveis, principalmente aos julgamentos de uma sociedade que está mais propensa a condenar moralmente do que oferecer acolhimento e cuidado” (Rios, citada por Gomes et al., 2017).

Os censos de São Paulo e Rio de Janeiro abordaram a questão da gestação e do acompanhamento pré-natal. Em São Paulo, 7,2% das entrevistadas declararam estar grávidas, das quais 61,9% afirmaram estar fazendo pré-natal,

enquanto no Rio, o percentual de mulheres grávidas foi de 5,8% e 100% delas estavam fazendo acompanhamento pré-natal. No censo de Porto Alegre, 21,8% das mulheres afirmaram não utilizarem métodos para prevenir a gravidez e um terço das entrevistadas afirmaram ter realizado aborto, enquanto 40% das entrevistas tiveram abortos. Nesse município a incidência de HIV é quase três vezes maior nas mulheres que entre os homens.

É comum que após o parto, as mulheres em situação de rua sejam separadas de seus filhos. A situação de rua ou drogadição, muito frequentemente, significa encaminhamento direto para a Vara da Infância e da Juventude. Após a separação de seus bebês, muitas mulheres voltam às ruas em piores condições, em estado puerperal e traumatizadas pela perda das crianças. Mudança para outros locais da cidade ou optar pelo parto na própria rua são indicativos do medo de perda dos filhos (Gomes et al., 2017). Os profissionais de saúde frequentemente não se envolvem nesta questão e encaram este problema como de competência dos serviços de assistência social (Gomes et al., 2017), sendo exceções quando o atendimento é feito pelos Consultórios na Rua.

É importante notar que nenhum dos censos identificados traz informações específicas sobre saúde da mulher.

Equipe do Consultório na Rua faz abordagem a uma mulher em situação de rua durante a pandemia na cidade de Porto Alegre, RS. Foto: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/ Cristine Rochol



IMIGRANTES E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Os imigrantes venezuelanos entram no país principalmente pela fronteira em Roraima e, embora esta tenha ficado fechada por vários meses em função da pandemia, o fluxo nunca foi totalmente paralisado e se manteve por meio de várias rotas clandestinas.

Os venezuelanos, assim como os imigrantes de quaisquer outras nacionalidades, podem ser atendidos pelos sistemas públicos brasileiros, como os de saúde e de assistência social e na sua entrada são apoiados na confecção de documentos e outras medidas para apoiar a sua estadia no Brasil. No entanto, dos 305 mil venezuelanos que entraram e permaneceram no país, apenas 50 mil receberam status de refugiados e 66 mil pessoas passaram pelos processos de interiorização, isto é, voluntariamente aceitaram receber suporte do governo para fixação em outros estados (OIM, 2021).

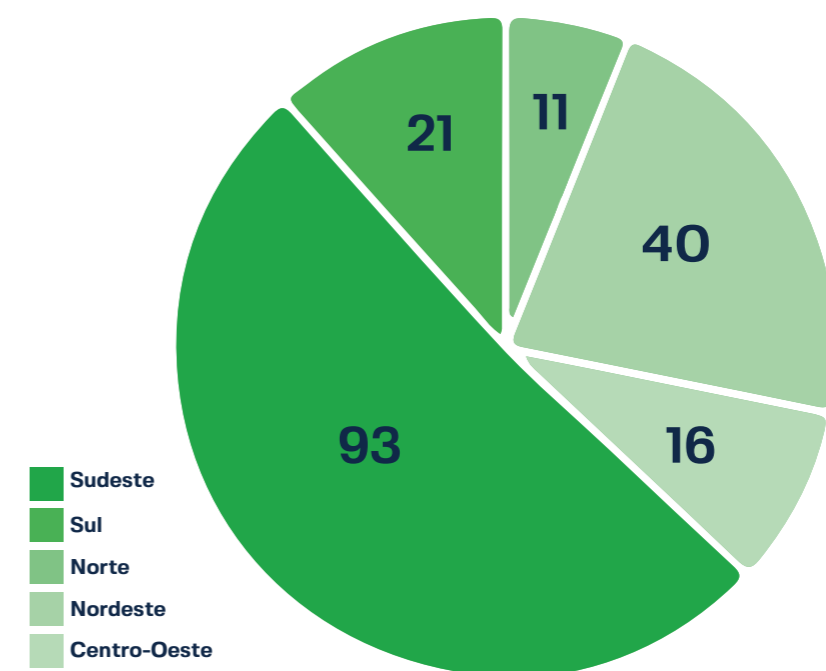
A falta de vagas nos abrigos, assim como dificuldades em se submeter às rigorosas regras de funcionamento destes estabelecimentos, fazem com que muitos permaneçam nas ruas ou espaços improvisados pela cidade roraimenses. Em janeiro de 2022, um total de 2.182 venezuelanos estavam fora dos abrigos em Boa Vista e 2.483 em Pacaraima (OIM e Ministério da Cidadania, 2022a e 2022b). Outros treze municípios de Roraima receberam venezuelanos. Importante salientar que Roraima é o estado menos populoso do Brasil, tem o menor PIB estadual e nem de longe tem a estrutura necessária para receber tantos imigrantes e refugiados simultaneamente.

Para além das ruas de Roraima, a população venezuelana está presente em todos os estados brasileiros e mais de 645 municípios receberam venezuelanos oficialmente, por meio de negociação entre os entes federados. Nem mesmo os imigrantes, que foram oficialmente interiorizados, encontraram as condições mínimas para sobreviver adequadamente. Destes, 37% foram acolhidos por amigos já instalados no país, 22% se encontram em acolhida institucional, principalmente em abrigos, 16% se reuniram com familiares e apenas 8% puderam viajar em função de vaga de emprego sinalizada. Para outros 17% não há informação (OIM e Ministério da Cidadania, 2022b). Cerca de outros 200 mil venezuelanos não passaram por este processo de interiorização e fizeram o que estava ao seu alcance para sobreviver no país. Hoje, praticamente todas as maiores cidades da Amazônia têm venezuelanos vivendo nas periferias e nas ruas, assim como nas capitais nordestinas. Apenas São Paulo tem dados sobre venezuelanos em situação de rua, que perfazem 3,8% do total de moradores de rua (Censo de São Paulo, 2019).

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

A política específica de Consultórios na Rua é voltada para desenvolver ações de atenção básica, de forma itinerante e integradas às Unidades Básicas de Saúde, aos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) e a outros pontos de atenção. Foram definidas três modalidades de consultórios, sempre com equipes multidisciplinares e que variam na sua composição, de acordo com o número de profissionais. As equipes devem cumprir carga horária de 30 horas, que definem seu horário de trabalho de forma a se adequar às demandas da população em situação de rua. Atualmente no Brasil, são 181 Consultórios na Rua, que recebem apoio com custeio do governo federal. Em 2021, o governo federal (Conasems, 2021) liberou recursos extras para essa modalidade de atendimento, reconhecendo o aumento do número de atendimentos necessários. Mais de 50% destes consultórios estão na região Sudeste. Boa Vista é a única capital não atendida por essa política.

FIGURA 6 DISTRIBUIÇÃO DOS CONSULTÓRIOS NA RUA EM 2021



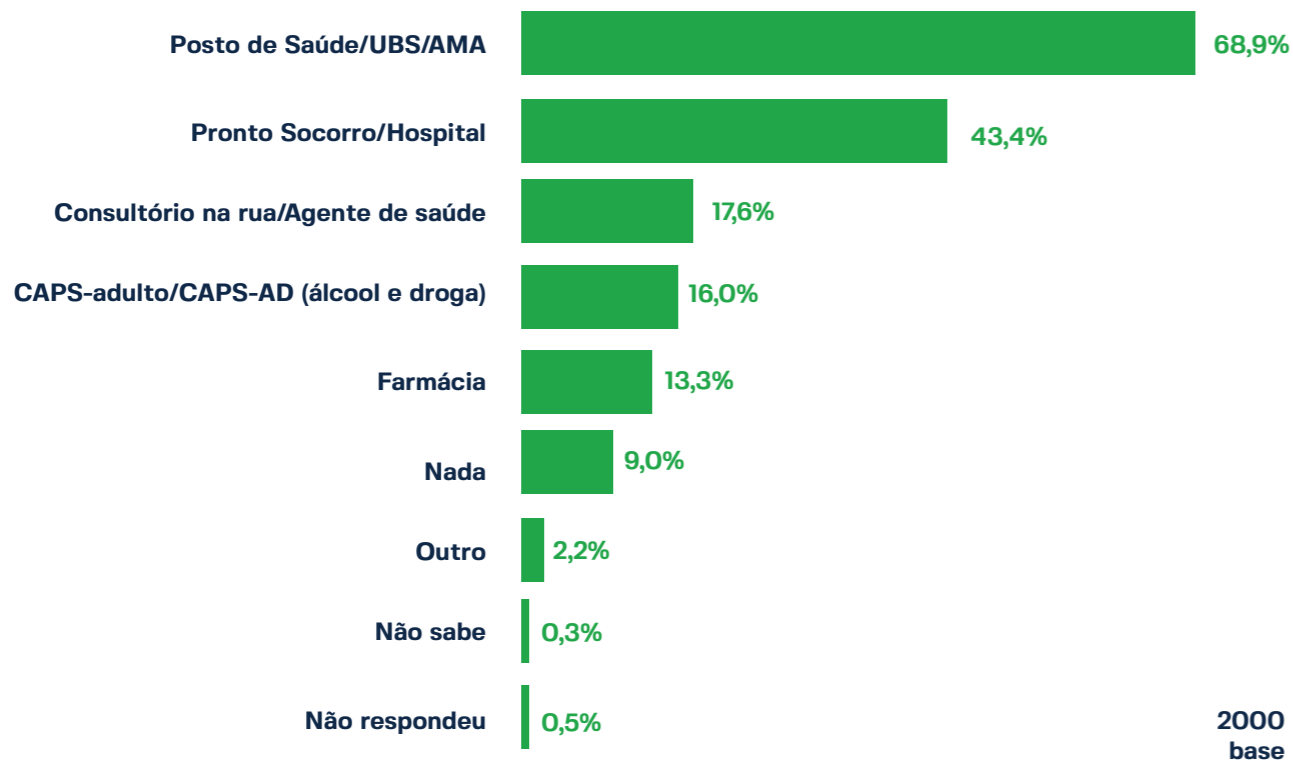
Fonte: Ministério da Saúde, 2021

O trabalho nos Consultórios na Rua é extremamente desafiante, pois para alcançar a população de rua é necessário adequar horários de atendimento, conviver com a violência das ruas e lidar com situações absolutamente delicadas, onde é frequente que as pessoas recusem a assistência.

A política que instituiu os Consultórios na Rua é de 2011, portanto, posterior à realização do censo nacional de 2008/09. Neste levantamento, 44% dos entrevistados disseram buscar hospitais com emergência quando estão doentes, 27% apontaram o posto de saúde e 18% relataram terem sido impedidos de receber atendimento na rede de saúde. Ainda, apenas 20% da população em situação de rua faz uso de medicamentos, sendo a proporção muito maior entre os albergados (40%) em relação aos que dormem na rua (12%). Estes medicamentos eram obtidos nos postos de saúde, doados (28%), em hospitais (13%) ou pela compra (6%).

O censo de São Paulo identificou que 68,9% das pessoas em situação de rua procuram postos de saúde quando precisam de atendimento médico, 43,4% buscam hospitais, 17,6% buscam consultório na rua ou agentes de saúde, ou então os Centros de Assistência Psicossocial (16%). O questionário permitia múltiplas respostas.

FIGURA 7 LOCAL ONDE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE SÃO PAULO BUSCA ATENDIMENTO MÉDICO



Fonte: Censo da População de Rua de São Paulo, 2019

A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A COVID-19

A pandemia de covid-19 trouxe à tona problemas estruturais relacionados à população em situação de rua. Medidas como distanciamento social e lavagem das mãos não são possíveis para quem vive nas ruas. Mesmo na situação de acolhimento, com alojamentos coletivos é bastante difícil promover o isolamento, mas em alguns municípios o trabalho da assistência social em conjunto com os serviços de saúde conseguiu trabalhar com testagem e outras medidas para impedir surtos de covid-19 nestes espaços.

Os dados sobre a incidência e a mortalidade pela covid-19 entre a população em situação de rua são escassos. A inexistência de um marcador de população em situação de rua nos registros de casos e óbitos na maioria dos municípios impede qualquer tipo de análise. Nos poucos dados existentes é notória a subnotificação, ainda mais que a subnotificação e eventuais “apagões” de dados são uma constante dos registros da pandemia de covid-19 no país todo e o nível de testagem é baixo. Dessa forma, é quase impossível afirmar se os casos entre a população de rua foram mais altos ou equivalentes ao da população em geral.

Mais uma vez é no município de São Paulo que informações sobre população de rua e covid-19 estão minimamente disponíveis, ao menos para óbitos. Os dados disponibilizados pelas equipes de Consultórios na Rua informaram 953 casos de covid-19 e 49 óbitos em novembro de 2021 (Marino *et al.*, 2022). Por outro lado, base de dados obtidos pelo Projeto Recovida, que reúne pesquisadores da USP e da Clínica de Direitos Humanos Luiza Gama, identificaram 96 óbitos, sendo 35 pessoas que se encontravam em situação de calçada e 61 que estavam em sistema de acolhimento. Destes, 77,08% eram do sexo masculino e 78,13% tinham mais de 50 anos de idade. Assim como na população em geral, a prevalência de comorbidades e fatores de risco são importantes: pelo menos 75% apresentavam ao menos uma condição debilitante. Dentre esses, 27,08% possuíam alguma doença cardiovascular, 17,71% tinham problemas respiratórios e 12,5% eram fumantes. Ao analisarmos somente o grupo “situação de calçada”, 17,14% tinham tuberculose e 25,71% eram dependentes de álcool e/ou drogas (Marino *et al.*, 2022).

O censo 2021 de Campinas perguntou aos entrevistados sobre a doença. Destes, 12,1% afirmaram ter tido covid-19. Pesquisa realizada pela PUC/RJ identificou que 6,9% das pessoas em situação de rua no Rio de Janeiro tiveram covid-19, enquanto os atendimentos realizados pela organização Médicos Sem Fronteiras indicaram testes positivos em 11% dos casos de pessoas em situação de rua (Nunes *et al.*, 2021).

Dados levantados pelo Ministério Público do Espírito Santo indicam que, de maio de 2020 a 15 de março de 2021, foram notificados 5.733 casos de pessoas em situação de

rua com suspeita de covid-19 no estado, com 1.686 casos confirmados e 35 mortes. Destas, 443 pessoas apresentavam comorbidades, sendo 13 delas com problemas renais crônicos, 29 com obesidade, 80 com histórico de diabetes, 43 com doenças pulmonares e 224 com cardiopatias, além de 54 tabagistas. Todos os municípios capixabas apresentaram casos com pessoas em situação de rua com covid-19. Contrariando tendências de outros locais, o relatório identificou um número maior de mulheres contaminadas: 905 mulheres, o correspondente a 53,72% da somatória de casos confirmados. Entre os homens, foram 781 casos confirmados de contaminação, o que representa 46,28% do total (A Gazeta, 2021).

Pessoa em situação de rua é vacinada contra a covid-19 na cidade de Florianópolis, SC.
Foto: Prefeitura Municipal de São José



POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO DE RUA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Ainda no início da pandemia, o IPEA (Silva, Natalino e Pinheiro, 2020) realizou um levantamento em 13 capitais do Sudeste e do Nordeste sobre as políticas emergenciais postas em prática para a população em situação de rua durante a pandemia. Os autores apontam que as ações mais reportadas foram abrigo (12), medidas de higiene (9) e alimentação (8). A maior ausência encontrada foi justamente quanto a adoção de medidas de saúde, que foram identificadas em apenas 6 capitais, que envolveram triagem nos abrigos, intensificação das ações dos Consultórios na Rua ou criação de equipamentos emergenciais. Honorato e Oliveira (2020) realizam levantamento na mesma direção que o IPEA, procurando identificar ações adotadas pelo poder público em diferentes níveis. Eles identificaram como ações mais comuns a adaptação de pontos de acolhimento já existentes ou a criação temporária

de novos equipamentos. Quanto às estratégias de prevenção e conscientização, destacaram-se como ações mais frequentes a distribuição de itens de higienização e alimentação, bem como a orientação sobre a existência da doença e formas de prevenção.

Honorato e Oliveira (2020) observaram que a maioria das iniciativas tomadas nos municípios não decorrem de orientações oficiais do governo municipal, mas dos próprios profissionais que atuam na linha de frente junto à população em situação de rua, que demandam da gestão os meios para implementar as medidas propostas. Por outro lado, é importante ressaltar que as raras orientações emanadas do governo federal não foram acompanhadas de novos aportes orçamentários. O trabalho do IPEA (Silva, Natalino e Oliveira, 2020) também mapeou essas orientações.

Por parte do governo federal, as principais medidas adotadas foram a emissão de orientações específicas para atendimento da população em situação de rua, tais como a vacinação da população de rua, que consta do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (Nota Técnica nº 768/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS), assim como outra nota do Ministério da Cidadania que orienta o atendimento da população em situação de rua por parte dos serviços de assistência social, mas que não foram acompanhadas de dotação orçamentária.

Ainda que sejam datadas de 2020 é importante ressaltar que até 2021 nenhuma delas era emanada diretamente do Ministério da Saúde e que desde então não foram emitidas novas recomendações, exceto às relativas ao Plano Nacional de Imunizações, que colocou a população de rua como público prioritário e uma nota técnica que reviu o número de vacinas disponibilizadas para esse grupo, a Nota Técnica nº 768/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS.

As sucessivas ondas de covid-19, as características de cada uma delas e a ocorrência de sintomas de covid longa ainda não foram consideradas na adoção de políticas voltadas para a saúde da população em situação de rua até o momento. Por fim, é importante ressaltar que, por parte do governo federal, as poucas recomendações oficiais não foram acompanhadas de aumento de dotação orçamentária.

VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Conforme exposto anteriormente, o Plano Nacional de Imunização incluiu a população em situação de rua entre o público prioritário para vacinação. No entanto, em função da incerteza quanto ao tamanho deste grupo, inicialmente foram disponibilizadas 66 mil doses e, posteriormente, por meio da Nota Técnica nº 768/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS, a população em situação de rua, entre 18 e 59 anos, foi estimada em 140.559 para fins de distribuição de vacinas, uma vez que as pessoas com mais de 60 anos já fazem parte do grupo prioritário. Essa nota técnica também orienta que os serviços de saúde devem vacinar essa população independentemente de portarem documentos pessoais ou não e reconhece que esse é um desafio para o registro e controle do número de doses. Nesse sentido, orienta que as pessoas sem documentos sejam encaminhadas pelos serviços de saúde aos serviços de assistência social para que possam fazer seus documentos e serem inseridas no CadÚnico.

Poucos estados disponibilizam os dados de vacinação para a população em situação de rua e a imprecisão das informações faz com que, por exemplo, o Painel da Vacinação do Espírito Santo (Espírito Santo, 2022) registre que 100% da população de rua, ou seja 2.462 pessoas foram vacinadas com a primeira dose e que 2.545 indivíduos, ou seja 103% do público recebeu a segunda dose. Esse registro incorre em dois erros: o primeiro é a estimativa de público; e o segundo, que indica que o número de vacinados com a primeira dose (ou com a segunda) estava incorreto. Este tipo de inconsistência faz com que mesmo estratégias de busca ativa de não vacinados sejam falhas.

Ainda no primeiro momento de vacinação, justamente para buscar garantir o ciclo vacinal completo, municípios como Recife e Brasília optaram por utilizar a vacina Janssen na população em situação de rua. Recife, em novembro de 2021 (Prefeitura do Recife, 2021) acusava a vacinação de 80% das pessoas em situação de rua no município, enquanto no Distrito Federal foram vacinados 1.769 moradores de rua. Campanhas perguntou aos respondentes do censo de 2021 se foram vacinados contra a covid-19. Destes, 70,1% afirmaram ter sido vacinados, mas não foi especificado o número de doses.

Com o avanço da pandemia e o surgimento de novas variantes, a estratégia de vacinação com a Janssen caiu por terra e um dos grandes desafios da saúde da população em situação de rua diz respeito a como planejar e monitorar a vacinação, já que serão necessárias novas doses.



Pessoa em situação de rua é imunizada na cidade de São Paulo, SP. Foto: Prefeitura Municipal de Cajamar

CONCLUSÃO

Como foi visto, as dificuldades para lidar com o fenômeno da população em situação de rua são inúmeras, porque não é apenas a situação econômica, embora ela seja preponderante, que leva as pessoas para a rua. O poder público demorou a implementar políticas específicas para esse segmento, e estas são muito fragmentadas. Além disso, geração de trabalho e renda, acesso à moradia, aos benefícios sociais, à saúde e à educação, além de precisarem ser articuladas, são ações muito mais difíceis de serem ofertadas para uma população que é itinerante. A rigidez das estruturas públicas não é capaz de lidar com essa itinerância e não consegue ter a flexibilidade necessária para implementar políticas que mais do que tentar proteger, promovam a emancipação dessa população.

A partir de 2016 o governo federal diminuiu sobremaneira a capacidade de articulação de políticas e de coordenação dos entes federados. A melhoria da qualidade de vida dos mais pobres saiu da lista de prioridades e a pandemia de covid-19 aprofundou os problemas já existentes. Logo no início da pandemia, alguns serviços, principalmente os de assistência social, foram descontinuados e o aumento da pobreza, de maneira geral, colocou mais pressão sobre o que já estava sobrecarregado. Na saúde, a demanda por atendimento durante a pandemia fez com que inúmeras ofertas fossem reduzidas, para todos os públicos. Tudo isso contribuiu para mais pessoas nas ruas e uma enorme disputa por agendas de políticas públicas.

Embora a criação de comunidade de prática não seja recente, o desenvolvimento das tecnologias da informação e comunicação (TIC) permitiu a existência não somente de comunidades físicas, mas também de comunidades virtuais que utilizam ferramentas tecnológicas para propagar informações e ações sobre práticas. Na área da saúde, o próprio Ministério da Saúde vem estimulando a criação de comunidades de práticas na área de atenção básica (de Vasconcelos *et al.*, 2020) utilizando meios digitais. O contexto da pandemia de covid-19 mostrou não apenas a importância dos sistemas públicos de saúde, mas mostrou resiliência do Sistema Único de Saúde, como um sistema vivo, dinâmico e estratégico, sendo imprescindível o seu fortalecimento. Por meio do desenvolvimento e da integração de redes colaborativas virtuais,



Veículo utilizado pela equipe do Consultório na Rua na cidade de Caxias do Sul, RS. Foto: Prefeitura de Caxias do Sul



assim como da sua gestão em redes do conhecimento é possível promover o fortalecimento do SUS e alcançar territórios e indivíduos vulneráveis. (Fernandes *et al.*, 2020).

A opção do projeto “Apoio às Comunidades de Práticas de Atenção Primária em Saúde no Contexto da Pandemia de Covid-19” por trabalhar com a população em situação de rua é decorrente da leitura que essa população, que além de viver sob condições inaceitáveis, tem estado bastante desassistida e durante a pandemia, embora tenham tido uma atenção especial no início, logo ficariam esquecidas, não fossem as milhares de barracas e tronchas estruturas que brotam diariamente nas ruas dos grandes centros.

Membros do Movimento Nacional da População de Rua exibem faixa do Consultório na Rua de Natal, RN. Foto: Prefeitura de Natal

A GAZETA. **Mais de 1.600 pessoas em situação de rua tiveram Covid no Espírito Santo e 35 morreram.** 2021. Disponível em: <<https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/mais-de-1600-pessoas-em-situacao-de-rua-tiveram-covid-no-es-35-morrem-0421>>. Acesso em 16 de fevereiro de 2022.

GATTI, Bruna Papaiz; PEREIRA, Camila Potyara (Orgs.) **Projeto Renovando a Cidadania:** pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Brasília: Gráfica Executiva, 2011.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Perfil da População em Situação de Rua no Distrito Federal.** 2022. Disponível em <<https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/Relatorio-Perfil-da-Populacao-em-Situacao-de-Rua-no-Distrito-Federal.pdf>>. Acesso em 30 de novembro de 2022.

CORTIZO, R. M.; SANTORO, A. **População em situação de rua no Brasil:** o que os dados revelam. Brasília, Ministério de Cidadania, 2019. Disponível em <<http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2019/09/Popula%C3%A7%C3%A3o-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-no-Brasil-O-que-os-dados-revelam.pdf>>. Acesso em 18 de março de 2022.

DANTAS, Janaína. **Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo:** relatório de pesquisa. São Paulo: Lampião Conteúdo e Conhecimento, 2017.

EBC. **População de rua deve ficar fora do Censo 2020.** 2018. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2018-09/populacao-de-rua-deve-ficar-fora-do-censo-2020>>. Acesso em 16 de dezembro de 2022.

ESCOREL, S. A saúde das pessoas em situação de rua. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Rua:** Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População da Situação de Rua. Brasília, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009, pp 11-138.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Painel de vacinação contra a Covid-19 no estado do Espírito Santo.** 2022, Disponível em <<https://coronavirus.es.gov.br/painel-vacinacao-aplicacao>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2022.

FERNANDES, V. R.; AMORIM, A. C. D.; SILVA, J. P. V. D.; SERGIO, J. V.; JARDINEIRO, J. C.; SILVA, G. M. D. Plataforma Colaborativa IdeiaSUS/Fiocruz: experiências e práticas na parceria Conass e Conasems. In: **IdeiaSUS:** saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde. 2020,. pp. 25-46.

FASC, UFRGS, LABORS. **Estudo dos Perfis e Mundo da População em Situação de Rua na Cidade de Porto Alegre, Relatório Final.** 2008. Disponível em <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/relatorioafrobrasileirosjun08.pdf>. Acessado em 16 de dezembro de 2022.

FOLHA DE S. PAULO. **Moradores de rua ficam sem censo nas capitais durante a pandemia.** 2021. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/12/moradores-de-rua-ficam-sem-censo-nas-capitais-durante-a-pandemia.shtml>>. Acesso em 26 de janeiro de 2022.

FOLHA DE S. PAULO. **Alta de moradores de rua após pandemia exigirá resposta de prefeito de SP em diversas áreas.** 2020. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/10/alta-de-moradores-de-rua-apos-pandemia-exigira-resposta-de-prefeito-de-sp-em-diversas-areas.shtml>>. Acesso em 27 de janeiro de 2022.

GATTI, B. P.; PEREIRA, C. P. **Projeto Renovando a Cidadania:** pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Brasília: Gráfica Executiva, 2011. Disponível em <http://lproweb.procompa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/relatorioafrobrasileirosjun08.pdf>. Acesso em 2 de fevereiro de 2022.

GOMES, L. **Entidades denunciam política de higienização em despejos forçados de moradores de rua.** 2021. Disponível em <<https://sul21.com.br/noticias/geral/2021/06/entidades-denunciam-politica-de-higienizacao-em-despejos-forcados-de-moradores-de-rua/>>. Acesso em 16 de fevereiro de 2022.

HONORATO, B.F.; OLIVEIRA, A.C.S. **População em situação de rua e COVID-19.** 2021. Disponível em <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/81903>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2022.

IBGE. **Desemprego.** 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2022.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **População em Situação de Rua da Região Metropolitana da Grande Vitória:** perfil, vulnerabilidades e potencialidades. Vitória, 2018, 148 p.

MARINO, A. *et al.* **A invisibilidade da população de rua e de suas mortes por covid-19 parece ter sido uma escolha.** 2021. Disponível em <<https://cdhluizgama.com.br/a-invisibilidade-da-populacao-de-rua-e-de-suas-mortes-por-covid-19-parecer-sido-uma-escolha/>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2022.

METRÓPOLES. **DF legal recolhe pertences de moradores de rua no Distrito Federal.** 2021. Disponível em <<https://www.metropoles.com/distrito-federal/videos-df-legal-recolhe-pertences-de-moradores-de-rua-do-setor-comercial>>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Matriz de monitoramento de deslocamento (DTM) nacional sobre a população indígena refugiada e migrante venezuelana [livro eletrônico].** Brasília, Organização Internacional, 2021. Disponível em <<https://www.r4v.info/sites/default/files/2021-12/Relatorio%20DTM%20-%20POPULA%C3%87%C3%83O%20IND%C3%8DGENA%20REFUGIADA%20E%20MIGRANTE%20VENEZUELANA%20-%20nov-2021.pdf>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2022.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Censo Suas 2021.** 2021b. Disponível em <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/censosuas/status_censo/relatorio.php>. Acesso em 12 de fevereiro de 2022

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Rua:** Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População da Situação de Rua. Brasília, MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO; UNIVERSIDADE FEDERAL DE LONDRINA. **Pesquisa com a População em Situação de Rua Londrina-PR (2017-2019).** 2019. Disponível em <<http://repositorio.londrina.pr.gov.br/index.php/menu-assistencia/dpse/centro-pop/36734-relatoriofinalondrinapesquisapoprua/file>>. Acesso em 4 de fevereiro de 2022.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (Nº. 2246).** Texto para discussão. Brasília: Ipea, 2016.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2022).** Brasília: Ipea, Disponível em <[://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf)>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.

NEXO. **População de rua de SP quase triplicou desde 2019, diz ONG.** 2021. Disponível em <<https://www.nexojornal.com.br/extra/2021/10/10/Popula%C3%A7%C3%A3o-de-rua-de-SP-quase-triplicou-desde-2019-diz-ONG>>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

NUNES, N. **População em situação de rua em tempos de pandemia da Covid-19 [recurso eletrônico].** Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2021. Disponível em <http://www.editora.puc-rio.br/media/Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua_book.pdf>. Acesso em 17 de fevereiro de 2022.

OIM; CASA CIVIL. **Informativo migração venezuelana 2017-2021.** 2021. Disponível em <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/transparencia/informativos/informe-migracao-venezuelana-jan2017-dez2021-1-1.pdf/view>>. Acesso em 15 de janeiro de 2022.

OIM; MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **População venezuelana refugiada e migrante fora de abrigos em Boa Vista.** 2022a. Disponível em <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/oim-0122-informe-desabrigados-boa-vista-rodoviaria-acolhida-1_0.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2022.

OIM; MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **População venezuelana refugiada e migrante fora de abrigos em Pacaraima.** 2022b. Disponível em <<https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/oim-0122-informe-desabrigados-pacaraima-acolhida-1.pdf>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2022.

OIM; MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Disponível em subcomitê federal para acolhimento e interiorização de imigrantes em situação de vulnerabilidade deslocamentos assistidos de venezuelanos abril 2018 - janeiro 2022. 2022c. Acesso em 15 de fevereiro de 2022.

PENSSAN, R. (2022). **2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: Rede Penssan. <https://pesquisassan.net.br/2o-inquerito-nacional-sobre-inseguranca-alimentar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil/>

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Censo de População em Situação de Rua 2020**. 2020. Disponível em <<https://www.data.rio/apps/PCRJ::censo-de-popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua-2020-1/explore>>. Acesso em 2 de fevereiro de 2022.

PREFEITURA DE FORTALEZA. **Prefeitura de Fortaleza divulga Censo da População de Rua**. 2022. Disponível em <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-de-fortaleza-divulga-censo-da-populacao-de-rua>>. Acesso em 16 de fevereiro de 2022.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Pesquisa Censitária Da População Em Situação De Rua, Caracterização Socioeconômica Da População Adulta Em Situação De Rua. Relatório Temático De Identificação Das Necessidades Desta População Na Cidade De São Paulo**. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, 2021. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_socioassistencial/pesquisas/index.php?p=18626>. Acesso em 16 de dezembro de 2022.

PREFEITURA DO RECIFE. **Recife ultrapassa 80% da população de rua vacinada com a Covid-19**. 2021. Disponível em <<http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/08/11/2021/recife-ultrapassa-80-da-populacao-em-situacao-de-rua-vacinada-contra-covid-19>>. Acesso em 15 de janeiro de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE; CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA EM DROGAS/UFMG. **Terceiro Censo de População de Rua e Migrantes de Belo Horizonte**. 2014. Disponível em <https://issuu.com/geel/docs/2014_censo_de_populacao_de_rua>. Acesso em 03 de fevereiro de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Contagem da População de Rua 2021**. Secretaria de Assistência, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos, 2021. Disponível em <<https://drive.campinas.sp.gov.br/index.php/s/2Exk2ARRAg4wz6S>>. Acesso em 29 de janeiro de 22.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIADEMA. **Censo da População em Situação de Rua do município de Diadema 2021**. Secretaria de Assistência Social e Cidadania, 2021. Disponível em <[diadema.sp.gov.br/attachments/article/26638/CENSO%20DA%20POPULAÇÃO%20EM%20SITUAÇÃO%20DE%20RUA%20RESULTADOS%20versão%20final%20\(2\).pdf](https://diadema.sp.gov.br/attachments/article/26638/CENSO%20DA%20POPULAÇÃO%20EM%20SITUAÇÃO%20DE%20RUA%20RESULTADOS%20versão%20final%20(2).pdf)>. Acesso em 4 de fevereiro de 2022.

PROGRAMA POLOS DA UFMG. **População em situação de rua: Violações de direitos e dados relacionados à aplicação do CadÚnico em Belo Horizonte - MG**. 2021. Disponível em <<https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/09/Nota-Tecnica-inedita-elaborada-pelo-Programa-Polos-de-Cidadania-da-UFMG-sobre-o-CadUnico-em-Belo-Horizonte.pdf>>. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

QUIROGA, J.; NOVO, M. **Elas da rua: População em situação de rua e a questão de gênero**. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População da Situação de Rua**. Brasília, MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009, pp 157-172.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Censo da população em situação de rua de Santos**. 2020. Disponível em <https://www.unifesp.br/reitoria/dci/images/DCI/Relatorio_Censo_Santos_2020.pdf>. Acesso em 2 de fevereiro de 2022.

SILVA, T. D.; NATALINO, M.; PINHEIRO, M. B. **População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais**. In: **População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais**. Ipea: Brasília, 2020.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS. **Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil** [recurso eletrônico]. Sociedade Maranhense de Direitos Humanos – Passo Fundo: Saluz, 2021. Disponível em <<https://sr-upsd-savein.cdn.edgeport.net/wp-content/uploads/sites/120/2021/11/denuncia-de-violacoes-dos-direitos-a-vida-e-a-saude-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil-documento-denuncia-final-19-11-2021.pdf>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2022.

SPOSATI, A. **O caminho do reconhecimento dos direitos da população em situação de rua: de indivíduo a população de rua**. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População da Situação de Rua**. Brasília, MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009, pp 193-222.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ E CENTRO POP/SASC. **Pessoas em situação de rua de Maringá - desconstruindo a invisibilidade**. 2019. Disponível em <https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio-2015_a_2019.pdf>. Acesso em 4 de fevereiro de 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÂNIA. **Censo e perfil da população de rua em Goiânia e Pesquisa sobre o trabalho realizado nas ruas de Goiânia**. 2019. Disponível em <<https://www.goiania.go.gov.br/wp-uploads/2019/12/Necrivi-Pop-Rua-2019.pptx>> Acesso em 4 de fevereiro de 2022.

UNIVERSIDADE FEEVALE. **Cartilha População Adulta em Situação de Rua Novo Hamburgo**. 2019. Disponível em <https://www.feevale.br/Comum/midias/381f0435-88af-4ecb-85d-5-df358a020b6a/CARTILHA_final.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2022.

VASCONCELOS DUARTE, V.; GAZQUEZ, A. H.; MASSUDA, E. M.; DA SILVA MACUCH, R. **Comunidades de prática em saúde-análise da plataforma online do Ministério da Saúde Brasileiro**. In: *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 9(2), p. 303-318, 2020.

VIGILÂNCIA SOCIOASSISTENCIAL DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL DE PIRACICABA E INDISAT. **Censo Municipal População em Situação de rua**. 2021. Disponível em <http://smads.piracicaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/CensoPopRua_Piracicaba2021.pdf>. Acesso em 4 de fevereiro de 2022.

PARTE 3

O PERCURSO PERCORRIDO PELA COMPAPS: DESAFIOS METODOLÓGICOS E PRINCIPAIS RESULTADOS

MÁRCIA MUCHAGATA
GIULIA BEDÊ BOMFIM
THIAGO MONTEIRO PITHON

MÁRCIA MUCHAGATA Doutora em Estudos do Desenvolvimento pela University of East Anglia. É integrante da carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG), atualmente em exercício na Fiocruz Brasília e colaboradora do Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social da Fiocruz Minas.

GIULIA BEDÊ BOMFIM Psicóloga, mestra em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa de Saúde e Justiça Social, pela Fiocruz Brasília. Integrante do Núcleo de Populações em Situações de Vulnerabilidade e Saúde Mental na Atenção Básica/Nupop, da Fiocruz Brasília.

THIAGO MONTEIRO PITHON Psicólogo, com residência multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fiocruz. É integrante do Núcleo de Populações em Situações de Vulnerabilidade e Saúde Mental na Atenção Básica/Nupop, da Fiocruz Brasília.

Após mais de dois anos de pandemia de covid-19 no Brasil, apesar da grande adesão da população à vacinação, os diferentes grupos vulneráveis se encontram mais vulneráveis do que jamais estiveram nos últimos anos. Dentre esses milhões de vulneráveis, temos uma população em situação de rua, estruturalmente invisibilizada, para quem as mensagens “fique em casa” ou “lave as mãos” fizeram pouco ou nenhum sentido. As limitações decorrentes das já precárias formas de subsistência do povo que vive nas ruas durante a pandemia aprofundam o abismo social deste grupo (Silva *et al.*, 2020).

Desde 2006, o país tem políticas voltadas para a assistência a pessoas em situação de rua e em 2011 foi desenhada uma política específica no âmbito da Saúde Básica, que é a de Consultórios na Rua, que são formados por equipes multidisciplinares, que exercem suas atividades de forma itinerante nos locais de concentração de moradores de rua, em geral, tendo por retaguarda as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território. O trabalho das equipes de Consultórios na Rua é extremamente desafiante, pois para alcançar os moradores nas ruas é necessário adequar horários de atendimento, conviver com a violência de certas áreas da cidade e lidar com situações extremamente delicadas, onde é frequente que as pessoas recusem a assistência e tenham, indistintamente, quaisquer agentes públicos. Apesar da importante política de Consultórios na Rua, não raro o acesso aos serviços de saúde é limitado por fatores como preconceito e exigências descabidas, como comprovantes de endereço e documentos pessoais, mesmo que já existam normativos regulamentando o atendimento à população em situação de rua (Silva *et al.*, 2020).

A pandemia impôs limites e desafios para um trabalho que por si só é extremamente complexo. As relações federativas tiveram enormes impactos sob a forma como foi conduzida a crise sanitária. Apesar da existência de um sólido e capilarizado Sistema Único de Saúde (SUS), o momento de pandemia foi marcado pela ausência de uma coordenação entre a esfera federal e os governos subnacionais, o que levou a conflitos e descoordenação intergovernamental em praticamente todas as medidas que incidem sobre o controle da pandemia, desde distanciamento social e *lockdowns*, passando pela gestão da informação, recomendações para tratamento e ações de imunização. Obviamente, não foi diferente para as ações relacionadas à população em situação de rua. Estados e municípios agiram, cada um a seu modo, considerando prioridades políticas locais, recursos financeiros e capacidades estatais, e pouca ou nenhuma orientação federal sobre procedimentos, fluxos etc.

É nesse contexto, que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), e com apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e da Fundação Rockefeller, desenvolveu o projeto “Comunidades de Práticas em

Atenção Primária à Saúde e População em Situação de Rua no contexto da Covid-19”. O projeto, inicialmente previsto para durar apenas oito meses, teve por objetivo implementar comunidades de práticas em todos os 26 estados e Distrito Federal brasileiros, buscando fomentar a colaboração e o intercâmbio de conhecimento online entre gestores, trabalhadores e outros atores identificando, adaptando e disseminando as melhores práticas de atenção primária à saúde de populações em situação de rua. A criação de comunidades de práticas em todo o país, tendo como domínio a Atenção Primária à Saúde (APS) para a população em situação de rua é uma iniciativa que foi muito bem recebida desde o início, em função dos poucos espaços de diálogo sobre essa tarefa, de cuidados e proteção social voltada para a população em situação de rua durante a pandemia, trabalho esse muitas vezes também invisibilizado. Este texto descreve a metodologia utilizada, apresenta o perfil e a dinâmica das comunidades, fala dos seus principais debates e dos seus vários e distintos resultados.

Abordagem de rua em Vitória, ES. Foto: Prefeitura de Cachoeiro de Itapemirim



OS PRIMEIROS PASSOS E A METODOLOGIA

A ComPAPS previa a organização de seis encontros em cada estado para o intercâmbio de experiências em torno de um problema selecionado, relacionado à APS e população em situação de rua. Cada comunidade seguiu caminhos próprios, considerando sua composição, os contextos locais e o momento da pandemia. As comunidades foram moderadas por profissionais ligados aos Conasems ou à Fiocruz, que eram responsáveis por identificar e convidar potenciais membros das comunidades, organizar, facilitar e sistematizar as reuniões e iniciativas.

Esses moderadores passaram por um processo de capacitação inicial que procurou abranger o planejamento – com o mapeamento de atores e organização dos convites –, a preparação do ambiente remoto, a organização de roteiros para os encontros, a metodologia para seleção de problemas e construção de soluções, e a documentação desse processo, com inserção de registro de práticas e soluções em uma plataforma digital, a Comunidade da ComPAPS no IdeiaSUS.

Como a interface entre saúde e ações da assistência social são necessárias para promoção do atendimento integral à população em situação de rua, as comunidades de práticas estaduais procuraram reunir gestores e profissionais da atenção primária em saúde, principalmente das equipes de Consultórios na Rua, técnicos e gestores da assistência social, outras instituições que atuam junto a população em situação de rua, bem como representantes dos movimentos de pessoas em situação de rua.

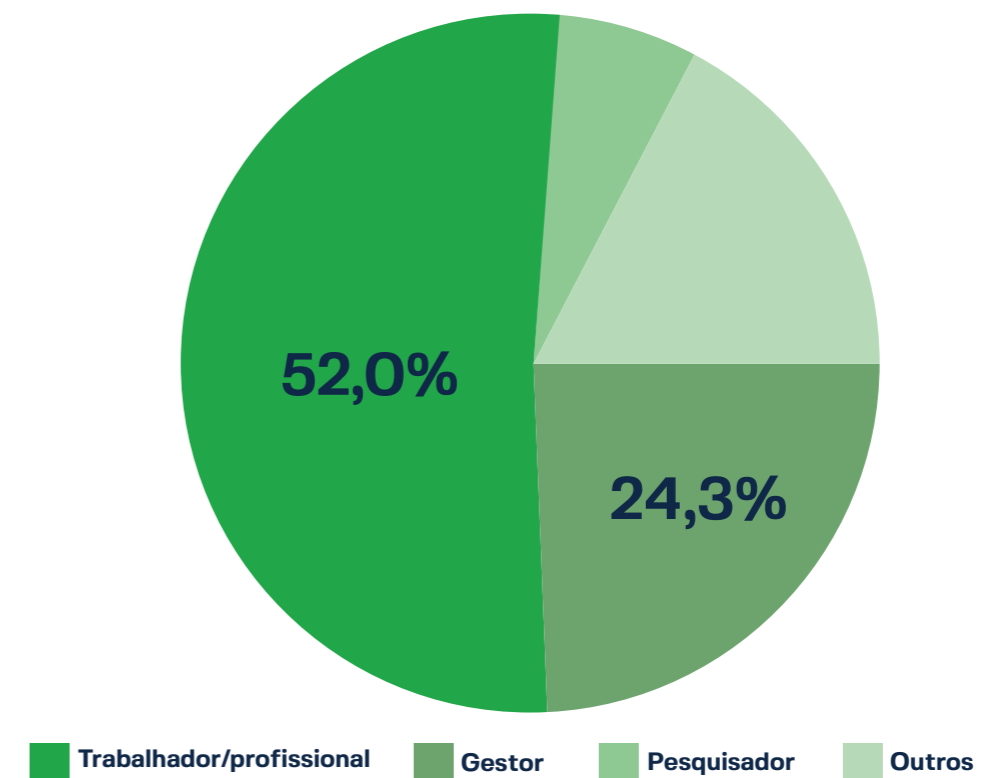
A coordenação nacional do projeto reunia-se periodicamente com o conjunto dos moderadores e das moderadoras, tanto para discussão das atividades como também promovendo o processo de formação contínua, uma vez que o projeto apresentava novos desafios à medida que avançava. Em função da necessidade de discutir mais a fundo as questões relacionadas à APS e população em situação de rua, foram agregados mentores ao projeto, sendo dois especialistas na área de saúde e dois membros do Movimento Nacional de População de Rua. Estes mentores se reuniam individualmente com moderadores, participavam de algumas reuniões com as comunidades e indicavam outros técnicos para tratar temas específicos.

Além dos encontros estaduais, cada um obedecendo seu calendário próprio, foram organizados três encontros nacionais, reunindo os membros de todas as comunidades e trazendo especialistas que trataram de temas comuns à comunidade mais ampla.

OS PARTICIPANTES DAS COMUNIDADES DE PRÁTICAS

As comunidades de práticas foram formadas principalmente por profissionais que atuam nas políticas de saúde (68,5%), e em menor grau da assistência social (27,1%), mas envolvem outras áreas, como direitos humanos e educação (Figura 1). Os participantes são principalmente os trabalhadores da saúde, assistência e outras políticas (52%), seguidos por gestores (24%) e pesquisadores (7%) (Figura 2). Outra informação relevante sobre atuação dos membros das comunidades é que 83,41% deles trabalham no atendimento direto ou com políticas voltadas para a população em situação de rua.

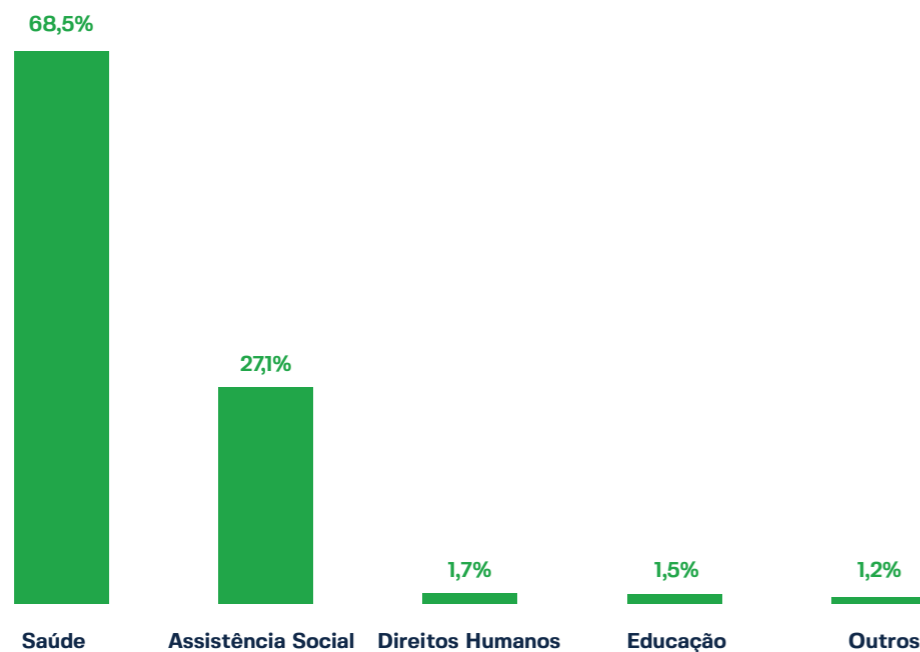
FIGURA 1 ÁREA DE ATUAÇÃO DO RESPONDENTE



Fonte: Surveys ComPAPS

FIGURA 2 POLÍTICA NA QUAL ATUA O RESPONDENTE

54



Fonte: Surveys ComPAPS

Em todo o mundo, 70% das equipes de trabalho em saúde e serviço social (Hernandes e Vieira, 2021), são compostas por profissionais do sexo feminino e no Brasil as mulheres estão na linha de frente do combate à pandemia. No caso das Comunidades de Prática não foi diferente: as mulheres são maioria entre os participantes, com 79,2%. Houve uma predominância de pessoas negras, 54,1% (15,2% pretas e 38,9% pardas) e com faixa etária entre 30 a 39 anos, com 40,8% dos membros, seguida por pessoas de 40 a 49 anos. Com relação à escolaridade, a maioria tem nível superior com especialização (Figura 3).



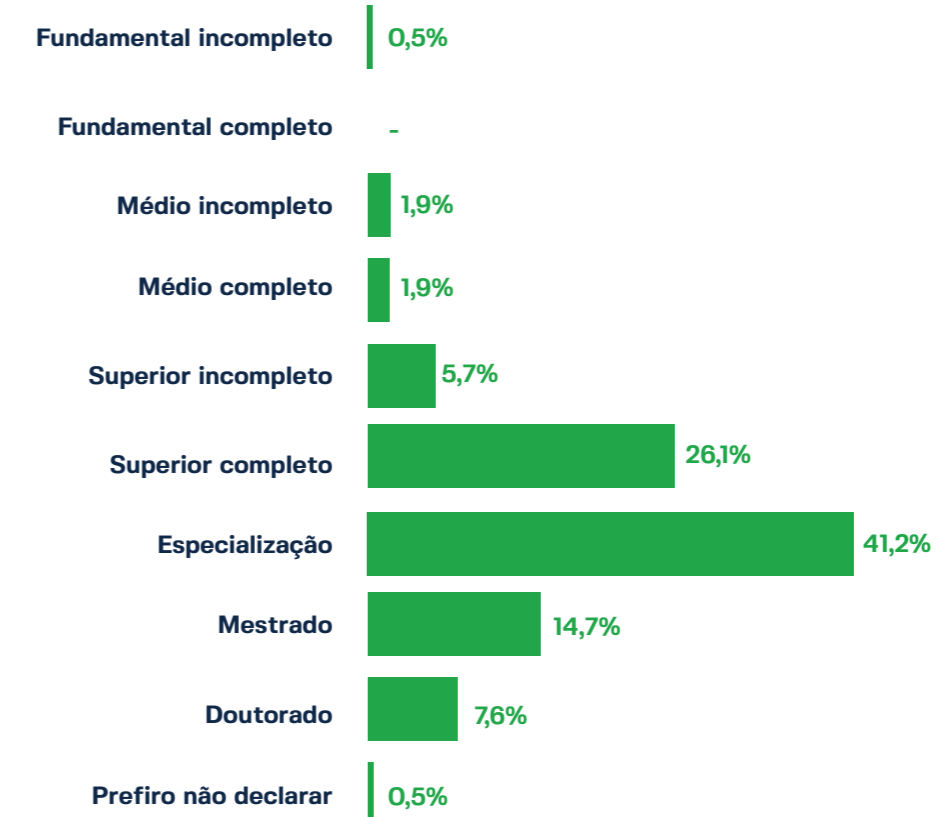
Equipe do CREAS do município de Anápolis, GO, distribui alimentação para pessoas em situação de rua durante a pandemia. Foto: Prefeitura de Anápolis

55



Equipe do Consultório na Rua conversa e imuniza pessoas em situação de rua em Olinda, PE. Foto: Prefeitura Municipal de Olinda

FIGURA 3 ESCOLARIDADE DOS MEMBROS DAS CDPS



Fonte: Surveys ComPAPS

No total foram estabelecidas 24 comunidades de práticas, com tamanhos que variaram entre 8 e 30 membros. Tendo mais de 300 participantes em um total de 111 municípios.

Os problemas que as comunidades selecionaram para discussão e propostas de soluções foram bastante diversos e, embora estivessem totalmente relacionados aos desafios decorrentes da pandemia, tratavam também de questões que permeiam o atendimento à população em situação de rua em quaisquer contextos. Entre os principais problemas, listamos:

- Imunização com a incompletude do ciclo vacinal, decorrente da fragilidade ou ausência de registros, da desconfiança do público frente às reações à vacina, circulação de *fake news*, tanto as que circulavam entre o público em geral, como específicas para a população em situação de rua, com boatos de que a vacina buscava a eliminação desta população e até mesmo coerção de forças de segurança pública, que dificultavam a concentração dos moradores de rua em seus pontos tradicionais de dormida;
- Impossibilidade de acesso às medidas sanitárias, como uso de máscaras, não acesso a materiais de higiene básica, a impossibilidade material de adoção dessas medidas por parte da população ou mesmo a não aceitação, em alguns casos;
- Ausência de estratégias municipais para atendimento à população em situação de rua durante a pandemia, o que aconteceu na maioria dos municípios, com raras e honrosas exceções;
- Fragilidade da intersetorialidade, que prejudicou por exemplo, o direcionamento dos serviços de saúde para abrigo por parte da assistência social, havendo mesmo a dificuldade intrasetorial na saúde, para encaminhamento de pessoas para serviços de maior complexidade;
- Maior demanda por serviços frente ao aumento da população em situação de rua, necessitando rever planejamentos já existentes em meio a escassez de recursos financeiros e limitação de recursos humanos;
- Descontinuidade dos serviços, em função da precariedade de contratos de profissionais e de aquisição de insumos;
- Necessidade de humanização dos serviços;
- Agravamento dos casos de saúde mental;
- Não inclusão dos movimentos de pessoas em situação de rua na definição de medidas de prevenção;
- Ausência de capacitação continuada para os servidores da atenção primária em saúde população em situação de rua.

Com o uso de metodologias ágeis de inovação, diversas comunidades conseguiram planejar ou mesmo implementar ações para lidar com os problemas elencados, o que foi surpreendente, considerando o pouco tempo de existência das comunidades e a potência desse espaço de trocas. Entre os principais resultados, podemos citar:

- Campanhas de vacinação organizadas e implementadas a partir da Comunidade de Práticas, como feito no estado de Alagoas;
- A criação de um sistema de informações, reunindo dados da saúde, assistência social e outros órgãos no Espírito Santo;
- Melhoria dos registros e esforço dos municípios para completar ciclo vacinal, usando reserva técnica de vacinas no Rio Grande do Norte;
- Normatização dos fluxos entre assistência social e serviços de saúde para hospitalização/abrigo da população em situação de rua em São Paulo-SP;
- Sensibilização das autoridades públicas para a vacinação e outras medidas por meio da organização de uma audiência pública na Assembleia Legislativa em Pernambuco;
- Busca ativa e mapeamento dos locais de concentração de pessoas em situação de rua para vacinação no estado de Goiás;
- Mudanças na forma de atendimento da população de rua nos serviços em Atenção Primária à Saúde, como explicação dos serviços ofertados e avaliação integral das condições de saúde da população em situação de rua em Mato Grosso do Sul;
- A Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania do município de Manaus, em parceria com o estado do Amazonas, se comprometeu a instalar banheiros públicos para uso da população em situação de rua. E a Comunidade de Práticas estabeleceu uma comissão para acompanhamento do projeto.

Uma contribuição importante da ComPAPS foi a proposição de novas estruturas de diálogo intersetorial. Por exemplo, em Rondônia foi criado o Fórum de Territórios para construir estratégias de intersectorialidade e em Aracaju foram desenvolvidas as Rodas de Conversas nos equipamentos de APS para discussão do acesso integral à população em situação de rua.

A invisibilidade da população em situação de rua e do trabalho que é feito para dar algum suporte a esse público foi um tema que mobilizou comunidades para a produção de conteúdos escritos e audiovisuais. Em Mato Grosso do Sul, em parceria com a TV Educativa, foi produzido um vídeo para exibição em TV aberta, e houve a produção de um podcast com vários episódios. Em Alagoas, a campanha de vacinação organizada no interior da ComPAPS foi alvo de um vídeo e o moderador de Sergipe produziu algumas músicas sobre a comunidade e a população em situação de rua.

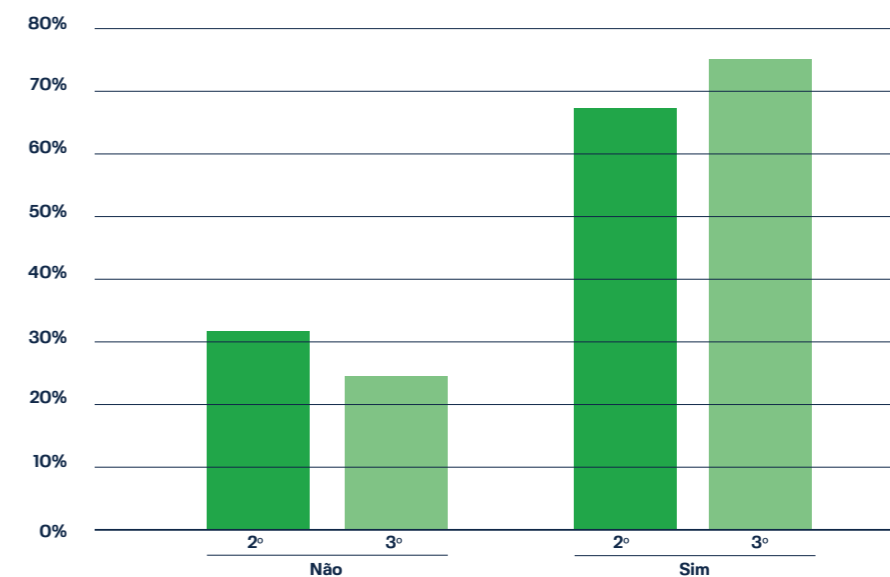
A **plataforma IdeiaSUS** é o repositório de todo esse material. Além dos registros de cada reunião e outros produtos de cada estado, foram identificadas e sistematizadas boas práticas que estão acessíveis na plataforma, sendo que parte delas também está registrada na última seção desta publicação. Ainda, cada estado produziu uma síntese do trabalho de sua comunidade, que foi diagramado para ampla divulgação e foram produzidos dois vídeos sobre a experiência, disponibilizados tanto no IdeiaSUS quanto no site e redes sociais da Fiocruz.

Durante todo o desenvolvimento do projeto houve uma grande preocupação em avaliar em que medida o trabalho realizado estava contribuindo com os propósitos previstos para as comunidades, isto é, promover a troca e contribuir para uma melhor articulação de ações. Todos os encontros e momentos de formação foram gravados e ao final sempre foi realizada uma avaliação, utilizando-se a ferramenta *Mentimeter* ou outras.

Logo no começo do projeto todos os participantes foram convidados a preencher um formulário com informações básicas sobre seu perfil, o conhecimento do tema, das políticas relacionadas à população em situação de rua e sobre o funcionamento das Comunidades de Prática. Esse primeiro levantamento se constituiu como linha de base, sendo que posteriormente, em dois momentos distintos, os participantes foram demandados a avaliar a contribuição da ComPAPS para suas práticas. Esse levantamento junto aos membros das comunidades revelou que a ComPAPS permitiu que 75,3% dos participantes adaptassem ou modificassem suas estratégias ou práticas (Figura 4).

FIGURA 4 VOCÊ ADAPTOU OU MODIFICOU ALGUMA DE SUAS ESTRATÉGIAS E/OU PRÁTICAS COMO RESULTADO DE PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE DE PRÁTICAS?

RESPOSTAS DOS MEMBROS NOS 2º E 3º SURVEYS

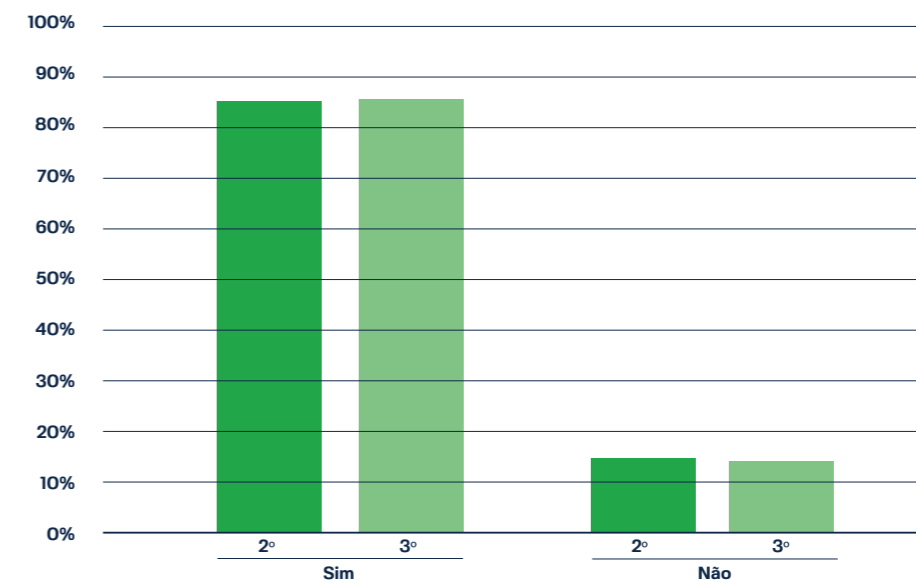


Fonte: Surveys ComPAPS

Ainda, 85,8% dos participantes consideraram que o seu trabalho com a população em situação de rua e a pandemia de covid-19 está mais articulado e/ou menos fragmentado em decorrência dessa participação (Figura 5) e 95,7% disseram que a participação na comunidade contribuiu para a realização de um trabalho de forma mais intersectorial (Figura 6).

FIGURA 5 VOCÊ CONSIDERA QUE O SEU TRABALHO COM A PSR E COVID-19 ESTÁ MAIS ARTICULADO E/OU MENOS FRAGMENTADO EM DECORRÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE DE PRÁTICAS?

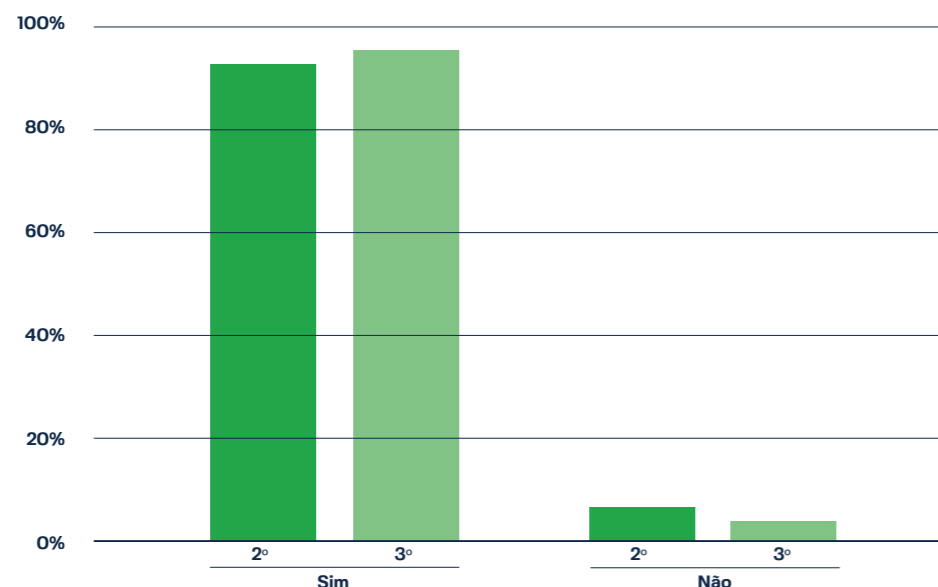
RESPOSTAS DOS MEMBROS NOS 2º E 3º SURVEYS



Fonte: Surveys ComPAPS

FIGURA 6 VOCÊ ACREDITA QUE SUA PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE DE PRÁTICAS CONTRIBUIU PARA A REALIZAÇÃO DE UM TRABALHO DE FORMA MAIS INTERSETORIAL NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA? **60**

RESPOSTAS DOS MEMBROS NOS 2ºE 3ºSURVEYS

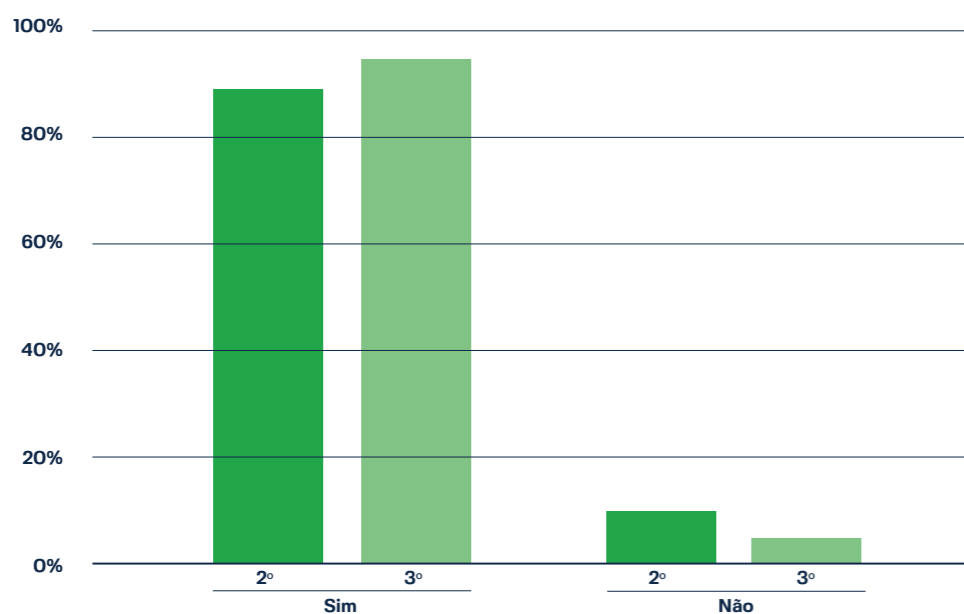


Fonte: Surveys ComPAPS

Um dos aspectos mais importantes da formação das comunidades, a troca entre pares, está bem demonstrada pelo fato de que 95,3% dos participantes identificaram ao menos uma conexão entre os membros, o que influenciou positivamente a sua estratégia ou prática.

FIGURA 7 VOCÊ É CAPAZ DE IDENTIFICAR AO MENOS UMA CONEXÃO ENTRE OS MEMBROS DE SUA COMUNIDADE QUE INFLUENCIOU POSITIVAMENTE SUA ESTRATÉGIA OU PRÁTICA?

RESPOSTAS DOS MEMBROS NOS 2ºE 3ºSURVEYS



Fonte: Surveys ComPAPS

DESAFIOS

A oferta e a qualidade dos serviços públicos, em especial da saúde, são muito heterogêneas, assim como é distinta a situação da população em situação de rua em cada região do país. Em geral, políticas para a população em situação de rua são mais antigas e consolidadas nos estados do centro-sul, ao mesmo tempo em que foi ali que houve o aumento mais visível da população em situação de rua. O trabalho da ComPAPS prossegue na compreensão que os serviços de saúde são essenciais, mas que é fundamental impedir a cronificação das pessoas nessas condições e promover outras políticas que contribuam para o fim desta situação inaceitável, de pessoas vivendo involuntariamente nas ruas, sem acesso a seus direitos mais básicos.

A principal contribuição da ComPAPS foi a possibilidade de reunir um conjunto de atores e discutir as questões relacionadas à população em situação de rua em um contexto de grande isolamento das equipes e ausência de dispositivos de coordenação federativa. Os resultados alcançados são surpreendentes, considerando o curto tempo da iniciativa. A realização de trabalho exclusivamente online não foi simples. O acesso à internet é muito heterogêneo no país, bem como a proficiência digital. Uma coisa é participar de um evento online, outra coisa é moderar uma comunidade, atrair os membros e manter o engajamento em um ambiente de enorme demanda de trabalho da APS e outros serviços. A ausência de dados e informações básicas também são um importante limitante para a ação.

Apesar das dificuldades vivenciadas, não resta a menor dúvida de quão potentes podem ser as comunidades de práticas, principalmente quando atuam de forma focalizada. Em um momento em que o governo federal retome o seu poder articulador, o estímulo à formação de comunidades de práticas pode contribuir muito para a formulação de políticas e disseminação de boas práticas. Estas comunidades mostraram ter um enorme potencial para melhorar a coordenação das emergências em saúde em nível local/regional e devem ter criação estimulada para lidar com grupos vulneráveis em contextos de crises em saúde.

REFERÊNCIAS

HERNANDES, Elizabeth Sousa Cagliari; VIEIRA, Luciana. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. In: PRUDENTE, L., MUCHAGATA M., PONTUAL, P. H. (org.) **Políticas Públicas: Análises e Respostas para a Pandemia**. Brasília: Anesp, 2020.

SILVA, T. D.; NATALINO, M.; PINHEIRO, M. B. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. In: **População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais**. Brasília: IPEA, 2020.

62

PARTE 4

A PROPOSTA PEDAGÓGICA DO TRABALHO DE MENTORIA NA COMPAPS

ALEXANDRE TEIXEIRA TRINO
MARCELO PEDRA MARTINS MACHADO

ALEXANDRE TEIXEIRA TRINO Doutor em Informação e Comunicação em Saúde, professor do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ.

MARCELO PEDRA MARTINS MACHADO Doutor em Saúde Coletiva, integrante do Núcleo de Populações em Situações de Vulnerabilidade e Saúde Mental na Atenção Básica/Nupop, da Fiocruz Brasília.

Este texto escrito a quatro mãos é o relato da experiência do trabalho de mentoria junto aos mediadores da Comunidade de Práticas da Atenção Primária à Saúde e Populações em Situação de Rua no contexto da covid-19 (ComPAPS).

A ComPAPS é uma comunidade virtual de compartilhamento de experiências de profissionais e gestores que trabalham com População em Situação de Rua (PSR) no contexto da Covid-19 no Brasil.

O objetivo principal desta Comunidade de Práticas é promover encontros e trocas, com o intuito de construir soluções locais em rede para o fortalecimento do cuidado e da proteção social da PSR, além de dar visibilidade para as ações já existentes, nos diferentes territórios pelo país, no trabalho com esse público.

A ComPAPS foi desenvolvida por meio de parceria entre a Fiocruz e o Banco de Desenvolvimento Interamericano (BID), com apoio da Fundação Rockefeller e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). O projeto contou com a participação ativa de 24 unidades da federação, ao longo de 8 meses de trabalho. Desde o início das atividades pretendeu-se que as comunidades formadas em âmbito estadual pudessem ter continuidade após o período previsto para o projeto, desdobrando-se em uma estratégia de fortalecimento e aprimoramento das políticas e dos serviços destinados ao cuidado das populações em situação de rua.

A ComPAPS teve participação ativa de mediadores distribuídos nos 24 estados (1 mediador por estado) e que tinham um papel fundamental de ativar, fomentar e mediar o debate e a reflexão junto aos participantes sobre temas ligados à Atenção Primária à Saúde (APS) e populações em situação de rua no contexto da covid-19, em especial, discutindo o papel dos Consultórios na Rua, como principal ponto de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento integral à saúde dessa população vulnerável, refletindo, sobretudo, sobre a função destas equipes na articulação intersetorial com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Além dos mediadores, a ComPAPS também contou com o processo de mentoria. O objetivo do processo de mentoria foi o de trazer para a ComPAPS mentores com expertise no tema da PSR para apoiar o desenvolvimento do projeto e oferecer suporte aos mediadores das Comunidades de Prática na abordagem do tema da população em situação de rua no contexto da covid-19. Em síntese, a função principal dos mentores foi contribuir para a qualificação das discussões nos grupos, na definição dos problemas prioritários, levantamento de evidências, sistematização das soluções e organização das práticas.

A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL E SUAS CARACTERÍSTICAS NO MOMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Construir e operar políticas públicas que envolvam a PSR no Brasil, baseando as mesmas em evidências, ainda é um desafio, tendo em vista a falta de dados em âmbito nacional. O dado nacional mais recente é o do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), de 2020 (anterior à pandemia de covid-19), que aponta uma estimativa de 222.000 pessoas vivendo nas ruas. Pesquisas recentes realizadas nas cidades do Rio de Janeiro (2020) e no Distrito Federal (2022) indicam uma tendência de aumento em torno dos 30% dessa população, a partir da pandemia de covid-19. Porém, a ausência de dados nacionais indica a invisibilidade deste recorte populacional para as políticas públicas no país.

O CONCEITO DE COMUNIDADE DE PRÁTICAS

O criador do conceito de comunidade de práticas, Etienne Wenger, define a mesma como um grupo de pessoas que compartilha de um interesse, um conjunto de problemas, ou uma paixão por um tópico, e que seus membros aprofundam seus conhecimentos e especialidades nesta área por meio da interação contínua.

Quando falamos de comunidade de práticas, ressaltamos que estas são formadas pelo agrupamento de atores participativos e engajados no que sabem e fazem, no âmbito de sua atuação profissional. Essas comunidades podem ser fortalecidas pela troca contínua de experiências e saberes e devem ser sempre ativadas por metodologias pedagógicas ativas que favoreçam a construção coletiva, a geração de novos conhecimentos e práticas inovadoras e exitosas, com sua publicização em rede.

Uma comunidade de práticas depende da força de três pilares: domínio, comunidade e prática. E podem ser entendidos como: 1) Domínio - o grupo compartilha de uma paixão ou interesse em comum; 2) Comunidade - constrói-se com as relações e interações baseadas no aprendizado conjunto e o compartilhamento de informações; 3) Prática - os membros desenvolvem seu repertório próprio recorrente da prática compartilhada.

A partir destas premissas buscou-se fomentar a colaboração e o intercâmbio de conhecimento para identificar, adaptar e ampliar as melhores práticas de suporte à população em situação de rua, com o objetivo de melhorar as práticas atuais, facilitar a adoção de iniciativas promissoras, contribuindo para a promoção de uma resposta mais integrada.

CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS E EXPECTATIVAS DA COMPAPS

O objetivo principal do projeto foi o de contribuir para que iniciativas promissoras e boas práticas na APS, relacionadas ao atendimento à população em situação de rua, fossem identificadas, compartilhadas e aperfeiçoadas no processo de intercâmbio entre gestores, trabalhadores, pesquisadores e sociedade civil, que atua com a população em situação de rua, nos campos da saúde e da assistência social.

No caso da ComPAPS, seus objetivos específicos se constituíram em criar e implementar uma Comunidade de Práticas em APS voltada para população em situação de rua, em âmbito nacional e desenvolver um repositório online de práticas na gestão de políticas e de organização de processos de trabalho voltados à população em situação de rua, no enfrentamento à covid-19, tendo a Plataforma IdeiaSUS como repositório da produção, além de espaço virtual para a continuidade do compartilhamento de experiências.

A organização, fomento e mediação dos debates, além da sistematização das discussões e das práticas foram realizadas pelos mediadores. Estes, por sua vez, foram selecionados, em parte, entre profissionais das diversas unidades da Fiocruz espalhadas pelo país e por profissionais dos Cosems.

Os mediadores tinham a atribuição específica de criar e implementar uma Comunidade de Práticas, com foco na atuação na APS e voltada para o trabalho com a população em situação de rua, a partir da realização de seis encontros estaduais com a participação de, ao menos, 15 atores locais que atuam com a população em situação de rua. Ao final deste processo, os mediadores construíram (em colaboração com o grupo) dois produtos: uma boa prática que interagisse com o problema principal levantado pela CDP estadual e; uma sistematização do conhecimento produzido pelo grupo ao longo dos seis encontros, que incluiu a síntese da discussão sobre o problema central levantado, as soluções mapeadas, os recursos da literatura utilizados, entre outros elementos, para compor o que foi nomeado como produto do conhecimento da CDP.

Os participantes das Comunidades de Práticas estaduais foram selecionados a partir de critérios que objetivavam a pluralidade de perspectivas e trocas entre os participantes. Trabalhadores, gestores, acadêmicos, pessoas ligadas a movimentos sociais, de serviços públicos e não públicos, que atuassem com a população em situação de rua. A ênfase foi para atores da APS, mas fortalecendo, especialmente, a intersetorialidade com o SUAS, tais como equipes de Consultórios na Rua, Centros Pop, CREAS, abrigos, instituições da sociedade civil organizada, universidades e instituições de ensino e pesquisa. Cada Comunidade de Práticas teve a participação de aproximadamente 15 participantes.

Os seis encontros seguiram uma ordem na qual os primeiros encontros tiveram o objetivo de levantar discussões sobre as principais questões que perpassam a atuação com a população em situação de rua no estado, para em seguida, o grupo definir qual seria o problema principal definido como o objeto da Comunidade de Práticas (em média esta etapa aconteceu nos encontros 1 e 2). Os encontros 3 e 4 objetivaram levantar as experiências locais que interagiram com o problema principal definido pelo grupo, além de construir propostas coletivas como alternativas às experiências locais, aproveitando os acúmulos dos participantes sobre problemas semelhantes na busca de novas soluções para o problema principal da Comunidade de Práticas. Por fim, nos encontros 5 e 6 aconteceram as sistematizações das soluções propostas e escrita coletiva das “boas práticas” que abordavam o problema principal da Comunidade de Práticas.

As especificidades regionais produziram perfis e características bem peculiares nas Comunidade de Práticas estaduais. Uma das formas de materialização dessa heterogeneidade foi o perfil dos participantes. A diversidade de perfis de atores envolvidos e suas diferentes inserções em relação à atuação com a população em situação de rua, fez variar também o levantamento de problemas e o planejamento para as soluções propostas.

Além dos encontros das Comunidade de Práticas estaduais, foram realizados 3 encontros nacionais (com a participação de todos os atores envolvidos das CDP estaduais), que contou com a participação de especialistas convidados, que apresentaram e discutiram temas que se fizeram presentes em boa parte das Comunidade de Práticas estaduais.

Mutirão de imunização do Consultório na Rua em Maceió, AL. Foto: ComPAPS/AL



A FUNÇÃO MENTORIA NA COMUNIDADE DE PRÁTICAS POP RUA

A inclusão dos mentores se deu no contexto de uma oferta de apoio aos mediadores, oferta que consistia em algumas funções, entre elas, o manejo da escuta aos mediadores, para fazer do espaço da mentoria um momento de trocas de experiências; o apoio com recursos pedagógicos e metodológicos para a facilitação das atividades da Comunidade de Práticas; o suporte na definição das estratégias e nas formas de abordar as questões e demandas que emergiam de cada Comunidade de Práticas estadual; e o apoio técnico do tema principal relacionado à ComPAPS, da atenção integral à saúde da população em situação de rua na pandemia de covid-19.

Importante destacar que, no primeiro momento deste processo, a atribuição do mentor foi acompanhar junto aos mediadores dos estados os estágios de desenvolvimento da Comunidade de Práticas em que atua, e não diretamente nos encontros junto aos municípios. Via de regra, o papel do mentor acontece diretamente com os mediadores no processo de qualificação da discussão do tema principal que é a pandemia de covid-19 e seu enfrentamento junto à população em situação de rua.

O processo de mentoria contou com a participação de dois representantes do Movimento Nacional da População de Rua, que atuaram agregando seus conhecimentos sobre o tema, bem como com a participação de dois pesquisadores com experiência na clínica e na gestão dos Consultórios na Rua, Centro Pop e Centros de Atenção Psicossocial, contribuindo com suporte acadêmico, técnico e operacional para auxílio aos mediadores. A frequência das ações de mentoria eram quinzenais.

As ferramentas pedagógicas de trabalho na mentoria se deram pela troca horizontal com os mediadores das ComPAPS através da orientação teórico-prática sobre o tema da população em situação de rua, pela veiculação de textos acadêmicos e manuais técnicos referentes às demandas de temas trazidos pelos representantes das ComPAPS.

Salienta-se, ainda, a função da mentoria no manejo das expectativas, inexperiência, inseguranças e ansiedades dos mediadores na interlocução das ComPAPS. No decorrer de todo o processo, observou-se uma certa impermanência de participação dos integrantes das Comunidades de Práticas nos encontros, e a mentoria foi fundamental para articular alternativas e métodos para aglutinar e atrair participantes para a ComPAPS, por estratégias de mobilização e fortalecimento da rede local em torno dos objetivos do trabalho que foi realizado.

A QUESTÃO DE DEFINIR UM OBJETO, OBJETIVO E MÉTODO COMUM PARA A COMPAPS

Um ponto central no trabalho da mentoria foi o de contribuir para que os mediadores pudessem trabalhar com as Comunidades de Práticas na definição do objeto específico e o problema que seria a questão central, a partir da qual o grupo se mobilizou para pensar os acúmulos de experiências do coletivo sobre a questão central e as possíveis soluções para interagir com a mesma.

O processo de mentoria na ComPAPS se deparou com uma questão importante, que foi na definição do objeto/problema central de cada comunidade. Praticamente todas as comunidades tiveram dificuldades para definir coletivamente o objeto/problema central, que seria discutido e trabalhado durante os encontros, com o objetivo final de mapear soluções já experimentadas pelos membros das comunidades, ou para que novas soluções fossem propostas pelo grupo.

A ausência frequente de espaços de discussão sobre a temática da população em situação de rua fez com que os encontros da ComPAPS se tornassem grandes fóruns de debate e apresentação dos mais diversos problemas que se relacionam com esta população, muitas vezes desafios estruturais, que se relacionam com a forma como a sociedade brasileira se organizou social, política e economicamente, e que certamente condicionam e determinam causas e também consequências para a população em situação de rua.

Porém, tendo em vista os objetivos da ComPAPS estas questões fugiam completamente da governabilidade dos participantes e traziam muito mais uma imobilidade para os grupos, do que possibilitaram que os objetos/problemas centrais das comunidades estaduais pudessem se relacionar com o trabalho e ação direta dos trabalhadores e gestores participantes.

Assim, uma das contribuições da mentoria, em especial nos primeiros encontros, foi a de trabalhar com os mediadores algumas estratégias e ferramentas para que os grupos (comunidades estaduais) se sentissem acolhidos em suas angústias diante de problemas, muitos deles “insolúveis” em relação à população em situação de rua, fazendo deste acolhimento uma ferramenta de construção de vínculo e respeito entre os membros da comunidade, para que os mesmos pudessem conseguir olhar para outras questões mais próximas dentro de sua governabilidade e com isso fomentar um processo de mais responsabilização pelos problemas levantados, assim como pelas propostas de solução.

Um ponto que merece destaque no processo de mentoria foi a diferença entre os mediadores que possuíam experiência na atuação com a população em situação de rua e os

que não tinham essa experiência. Notou-se claramente que as comunidades de práticas mediadas por profissional com experiência junto à população em situação de rua, apresentavam maior desenvoltura de discussão e reflexão acerca dos problemas elencados, dado que com mais expertise sobre o tema, esse mediador provocava mais o grupo com temáticas afins e mais propositivas aos objetivos da ComPAPS.

Outra singularidade foi a participação nas comunidades de mediadores ligados aos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e as comunidades com mediadores ligados às unidades locais (estaduais) da Fiocruz. Notou-se que a representatividade institucional destes mediadores foi um facilitador para a ativação destas Comunidades de Práticas, no sentido de promover a articulação local de estratégias para incluir mais participantes alinhados com a prática junto às ComPAPS.

As diferenças entre as comunidades com predominância de trabalhadores do SUS e do SUAS e as com atores da sociedade civil, também promoveram questões interessantes para a atuação da mentoria e dos mediadores. Observou-se o maior desafio de adequar os objetivos da ComPAPS com as temáticas e pautas propostas pelos diversos participantes, nem sempre alinhados e apropriados com o objeto central que a metodologia propunha, fato que exigia dos mediadores uma maior ênfase nos objetivos propostos no sentido de não desviar o foco da comunidade para temas que fugissem da proposta inicial. Os mentores tiveram influência no sentido de sempre orientarem os mediadores para o resgate da pauta prioritária, sempre que perceberam atravessamentos de temas que se desviassem do que a própria comunidade traçou como prioritário.

Não poderíamos deixar de mencionar as diferenças regionais do país (em suas 5 regiões e suas especificidades). Esse fator também demonstrou a diversidade de desafios e de problemas vividos pelas comunidades. Essa heterogeneidade ficou demonstrada nas trocas de conhecimento e nas experiências exitosas relatadas na ComPAPS.

Também vale mencionar as comunidades que se ligaram às universidades locais para adensar os debates durante o processo de construção coletiva, fato que foi importante para fortalecer a troca de conhecimentos e também um elo fundamental para aprofundamento de temáticas da população em situação de rua na ComPAPS.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ComPAPS foi uma importante experiência de formação de Comunidades de Práticas sobre o tema da população em situação de rua na pandemia. Os atores participantes produziram contribuições relevantes quanto à atuação prática de trabalhadores e gestores do SUS/SUAS neste contexto, e se fortaleceram intersetorialmente com agenciamentos e articulações necessárias. O convívio permanente e a aproximação contínua em um mesmo espaço virtual de trocas e compartilhamentos, possibilitaram estratégias na busca por solucionar problemas comuns e que demandam a participação ativa de diversos setores.

A proposta pedagógica da mentoria e da mediação na ComPAPS foi determinante para agregar conhecimento com metodologias ativas de informação e de comunicação que fizeram a diferença, no sentido de fortalecerem as comunidades em torno dos objetivos esperados e dos produtos a serem entregues pela ComPAPS, no transcurso desta experiência exitosa.

Atendimento social realizado nas ruas de Aparecida de Goiânia, GO. Foto: Prefeitura de Aparecida de Goiânia

MATERIAIS DE REFERÊNCIA UTILIZADOS PELOS MEDIADORES

Materiais, relatos e discussões referentes às experiências de aproximação entre SUS e SUAS, no trabalho com a PSR, no contexto da covid-19:

1. Cartilha Fiocruz com recomendação para os Consultórios na Rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua, no contexto da pandemia de covid-19: shre.ink/khJL
2. Curso de Vacinação para Covid-19 com módulos específicos para populações vulneráveis: protocolos e procedimentos técnicos - Campus Virtual Fiocruz: shre.ink/khjc
3. Livro Fiocruz Brasília - Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19: shre.ink/NcMwgb
4. Live da Fiocruz Brasília - Orientações aos Consultórios na Rua e Cuidados para a Pop. Privada de Liberdade: shre.ink/khjt
5. Lives do Lappis IMS/UERJ sobre População em Situação de Rua & Consultórios na Rua - Experiências das cidades de São Paulo/SP e Niterói/RJ: shre.ink/khjf e Jacarei/SP e Juiz de Fora/MG: shre.ink/khjr
6. Live Fiocruz Brasília - Conexão Fiocruz Brasília - Novo Coronavírus e as populações em situação de vulnerabilidade e de rua: shre.ink/khjp
7. Live OPAS - Reorganização da Rede de Atenção Primária para enfrentamento da covid-19 (incluindo as populações vulneráveis): shre.ink/khjd
8. Podcast Fiocruz Brasília - Como fazer a ciência chegar até os mais vulneráveis?: shre.ink/khn6
9. Podcast Fiocruz Brasília - Pós-pandemia e a população em situação de rua: shre.ink/khnT
10. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA [Ipea]. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Brasília: Ipea, 2020.
11. NÚCLEO DE PESQUISA POP RUA - FIOCRUZ BRASÍLIA - NuPop - 2021: shre.ink/khnE
12. PACHECO, J. População em situação de rua tem sede de quê?: relato da implantação do consultório na rua da cidade de Joinville, 2015.
13. Snyder, W. M., Wenger, E., & de Sousa Briggs, X. (2003). Communities of practice in government: Leveraging knowledge for performance. *The Public Manager*, 32(4), 17-21. Retirado de: shre.ink/khnm
14. CENSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO RIO DE JANEIRO. 2020. Acesso em: shre.ink/khnZ
15. COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL [CODEPLAN]. Perfil da População em Situação de Rua no Distrito Federal, 2022. Disponível em: shre.ink/khnX

PARTE 5

A MODERAÇÃO COMO APOIO AO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS MEDIADORES DAS COMPAPS

ARIANA FRANCES CARVALHO DE SOUZA

ARIANA FRANCES CARVALHO DE SOUZA
Analista de Políticas Sociais, formada em Direito/USP, pós-graduada em Direito Público e mestranda de Governança e Desenvolvimento pela UnB. Tem atuação em gestão de políticas públicas, com habilidade na utilização de métodos ágeis e facilitação de grupos.

O Projeto Comunidades de Práticas em Atenção Primária à Saúde e Populações em Situação de Rua no contexto da Covid-19 foi concebido e implementado pela Fiocruz, em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a Fundação Rockefeller, durante a pandemia. Realizá-lo, portanto, totalmente à distância significou um grande esforço e, nesse contexto, o processo de organizar uma formação para os futuros mediadores das Comunidades de Práticas (ComPAPS) teve como grande desafio o ambiente remoto, somado aos fatores tempo, pois o projeto estava previsto para ser executado em oito meses, e a heterogeneidade dos participantes, uma vez que envolvia representantes de todos os estados brasileiros.

Desse modo, optou-se por ancorar a estruturação do preparo aos mediadores por meio da facilitação, que aqui é compreendida como um conjunto de técnicas, metodologias e abordagens relacionadas à condução de conversas, organização de ideias e mediação de conflitos tendo por objetivo realizar diálogos produtivos.

Para lidar com o desafio do ambiente remoto foi importante introduzir inicialmente os mediadores às ferramentas básicas que seriam utilizadas ao longo do processo de formação e que também seriam aplicadas por eles nos seus encontros em cada estado. Escolhemos por ter uma capacitação organizada em cinco encontros e que neles houvesse espaço para a prática síncrona, permitindo tanto a troca entre os participantes quanto o suporte técnico da facilitação, para deixá-los cada vez mais à vontade com as ferramentas propostas. Para estruturar os encontros, foram utilizados roteiros detalhados de agenda e ferramentas, slides compartilhados, vídeos e documentos com orientações de cada etapa do processo.

BASE DA METODOLOGIA PARA DEBATER PROBLEMAS E CONSTRUIR SOLUÇÕES

Para agilizar o acesso ao conteúdo e a uma ferramenta simples, utilizamos como base o material produzido pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap) e aberto ao público, o Design Ágil para Inovação Social e Desenvolvimento. A escolha proporcionou embasamento teórico para aqueles perfis de participantes que desejavam aprofundar leituras sobre o processo de moderação e também material prático, com o *toolkit*, que foi adaptado e trazido para o ambiente da sala de aula virtual do Classroom, em um esforço de apoiar os mediadores na construção de seus próprios roteiros de encontros que viriam a seguir.

ACOMPANHAMENTO DA COMUNIDADE: ADAPTAÇÃO DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE MEDIADORES

Com a realização de apenas cinco encontros, que totalizaram 13h30min de aulas, não foi possível alinhar teoria e prática de forma plena e assegurar a condução dos encontros. Assim, foi necessário desenvolver um cronograma de acompanhamento da comunidade dos mediadores, que tanto sustentou tecnicamente a atuação deles, como trouxe a percepção para o próprio grupo de que este estava se constituindo enquanto uma Comunidade de Práticas. Dessa forma, estruturaram-se encontros coletivos, que fizeram a comunidade pulsar, trocar experiências, tirar dúvidas e encontrar soluções, bem como aprofundar cada etapa dos seis encontros que cada mediador conduziria posteriormente na construção da Comunidade de Práticas de seu estado. Além disso, foram disponibilizados horários de atendimento coletivo, com dúvidas específicas que foram também aproveitadas por quem pôde estar no encontro. Com o avançar do projeto, esses atendimentos foram se tornando mais personalizados, com a facilitação apoiando a especificidade de cada estado, revisando roteiros e até preparando conjuntamente sequências de slides com ferramentas que seriam aplicadas. Isso trouxe agilidade e segurança para que os mediadores exercessem seu papel de forma mais plena.

14/11 - ENCONTRO INICIAL

- Apresentar projeto
- Iniciar conexão dos participantes
- Alinhar expectativas e apresentar o percurso dos quatro encontros do curso

18/11 - CONTEXTO COVID E CONCEITO DAS COMUNIDADE DE PRÁTICAS

- Apresentar contexto da população de rua durante a pandemia de covid-19
- Conceituar Comunidade de Práticas

21/11 - IDEIASUS E PLANEJAMENTO DAS COMUNIDADE DE PRÁTICAS

- Apresentar plataforma IDEIASUS
- Planejar o início da Comunidade de Práticas e o convite

25/11 - MODERAÇÃO REMOTA

- Apresentar os desafios e práticas da moderação remota
- Roteirizar os encontros

28/11 - DEBATE DO PROBLEMA E DA SOLUÇÃO

- Debater o problema
- Debater a solução
- Próximos passos

ENCONTRO INICIAL

Com o objetivo de apresentar o Projeto Comunidade de Práticas envolvendo gestores com foco na população em situação de rua no contexto da covid-19 e contextualizar participantes da pauta e das ferramentas que serão usadas ao longo do curso, este encontro inicial teve 1h30min de duração, com a seguinte programação:

09h Boas vindas

09h10 Quem somos? (apresentação de painel Menti-meter respondido previamente)

09h15 Chegada (duplas em salas menores se apresentaram)

09h25 Apresentação do projeto por equipe de coordenação técnica

09h40 Apresentação da capacitação

10h Debates

10h30 Encerramento

No encontro inicial era fundamental nos conectarmos com as pessoas indicadas para a posição de moderadores, tanto pela explicação do projeto como pela comunicação do apoio para que desenvolvessem as atividades de moderação no ambiente remoto.

GRUPO DE WHATSAPP

O grupo de WhatsApp foi mais uma ferramenta de conexão entre mediadores, que trocaram referências, dúvidas, relatos de cada encontro, além de agilizar a conversa com a coordenação técnica do projeto. Por esse meio, foram enviados vídeos, cards em formatos variados, que também foram replicados em alguma medida nas ComPAPS estaduais. Tivemos a preocupação de demonstrar a relevância do planejamento e diversificação da comunicação em um grupo de Whatsapp.

AGENDA DO ENCONTRO INICIAL

AULA 1

09h Boas vindas e check-in

09h15 Falas institucionais

09h40 Fala de especialista no contexto covid-19 para população em situação de rua

10h40 Painel sobre os desafios apresentados (Jamboard)

11h Fala de especialista em Comunidades de Práticas

11h45 Avaliação

Fechamento

AULA 2

09h Boas vindas e check-in

09h20 Apresentação da plataforma ideiaSUS e Comunidades de Práticas

10h20 Atividade: mapa convite e engajamento desafios e soluções

11h20 Apresentação dos grupos

11h50 Avaliação e fechamento

AULA 3

09h Boas vindas e check-in

09h15 Diretrizes para convite para as Comunidades de Práticas e cronograma do projeto

09h40 Repertório da moderação remota

10h15 Atividade: roteiro dos encontros

11h20 Integração das atividades: como foi roteirizar em pequenos grupos?

11h50 Avaliação e encerramento

AULA 4

09h Boas vindas e check-in

09h15 Como debater o problema e construir a solução: referencial de design ágil para inovação social

09h40 Simulação do debate do problema e da solução

11h30 Esclarecimento de dúvidas

12h Relato de dois participantes que já iniciaram os encontros

12h15 Avaliação do curso e encerramento

FERRAMENTA	APLICAÇÃO	PERCEPÇÃO PELO GRUPO
Mentimeter	Para captar as avaliações	Fácil absorção pelo grupo
Zoom	Local remoto de encontro das comunidades	Dificuldade inicial para explorar divisão de salas, levantar as mãos, compartilhar tela e som, mas ao longo do projeto os participantes foram se familiarizando
Jamboard	Mural colaborativo para captar participação das pessoas	Bem recebido pela simplicidade
Slides compartilhados	Para estruturar o roteiro dos encontros e atividades	Bem recebido pela simplicidade e por ser ferramenta já utilizada pela maioria dos mediadores
Vídeos do Loom	Dinamização de conteúdos como tutoriais ou resumos de conteúdos	Bem recebido para a comunicação, mas não observamos replicação na comunidade de mediadores
Vídeos TikTok	Convites para encontros mais dinâmicos	Bem recebido pela comunidade, pouco replicado pelos mediadores
Toolkit Inovação Social	Base para as metodologias referenciadas como simples para sustentar as etapas da jornada que mediadores precisariam percorrer com suas comunidades	Bem recebido pela comunidade, que foi se apropriando do conteúdo, entendendo que poderia adaptar conforme seus repertórios e necessidades
Google Classroom	Repositório de materiais	Grupo considerou um mecanismo prático para encontrar materiais

SÍNTESE DO CURSO DE FORMAÇÃO PARA MODERADORES

1 PLANEJAMENTO	2 PREPARAR AMBIENTE REMOTO	3 ROTEIRO DOS ENCONTROS
Mapear atores, organizar convite Usar planilha de roteiro - Aba "Passo a passo"	Seguir planejamento, preparar o link de Zoom, lista de presença, avaliação inicial e de cada encontro, guia de participação com todas as informações para seus convidados, organizar plataforma de registro (slide compartilhado do Google, Jamboard...). Usar materiais de apoio: Planilha de roteiro Guia de facilitação Enap Guia do Zoom Tutorial de Ferramentas Trocas com colegas da CdP de moderadores	Preparar roteiro de cada um dos 6 encontros na estrutura: boas-vindas, check-in, agenda do dia, momento sala principal, momento atividade (avaliar salas menores), integração da atividade, como saímos hoje?, avaliação do dia. Usar: Planilha de roteiro Guia de Facilitação Enap Slides do Curso de Formação
4 MODERAR CADA ENCONTRO	5 SELECIONAR O PROBLEMA E CONSTRUIR SOLUÇÃO	6 REGISTRAR A SOLUÇÃO NA PLATAFORMA IDÉASUS
Realizar os encontros, com atenção à energia do grupo. Lembrar de não deixar ninguém de fora dos debates. Acolher dúvidas e dificuldades. Trocar ideias com outros colegas moderadores. Declarar qualquer vulnerabilidade. Pedir apoio para algum participante co-facilitar com vocês, caso não tenham apoio. Faça checklist para não esquecer todos os detalhes. Não precisa ser perfeito! Precisa ser acolhedor, ocorrer um debate e o seu registro. E lembrem-se: peçam ajuda para colegas moderadores e equipe gestora!	Precisamos passar por algumas etapas para esse debate: mapear problemas, priorizar um deles, entender melhor o problema (dados, contexto), mapear possíveis soluções, priorizar uma solução, prototipar (eventualmente testar ou registrar a prática já existente), registrar a solução, subir na plataforma. Usar: Toolkit do guia Design ágil para inovação social Enap	Descrever a solução seguindo orientações de padronização da equipe gestora. Subir na plataforma o registro. Seguir com os debates na sua CdP e também na CdP dos moderadores.

ACOMPANHAMENTO DO GRUPO

Foram realizados dez encontros coletivos, em que diversas ferramentas abordadas no curso tiveram a oportunidade de serem repassadas e relembradas. Conforme os mediadores foram avançando em suas comunidades, as dúvidas tomaram corpo e foi mais fácil adaptar o conteúdo de cada encontro a cada etapa do processo.

Para cada encontro com os moderadores, ocorreram reuniões prévias com a equipe técnica para estruturá-los, de acordo com as necessidades mapeadas pela coordenação técnica. Além disso, foram criados slides-guia, avaliações no Mentimeter, frames para estruturar os exercícios práticos e roteiro de cada encontro. Os encontros foram gravados em vídeos, o que permitiu que outras pessoas da comunidade de mediadores tivessem contato com o conteúdo, de forma assíncrona.

Os momentos de check-in foram bem relevantes, pois permitiram que moderadores trocassem suas perspectivas pessoais a cada encontro, pedindo apoio, trocando referências e até combinando participação em encontros de Comunidades de Práticas de outros estados. Vale destacar o último encontro coletivo, repetido em dois horários diferentes para atender ao maior número de moderadores.

Foi organizada uma oficina de redação dos produtos do conhecimento, para que os participantes usassem o encontro para a produção, seguida de apreciação da equipe técnica. Como este encontro também foi gravado, mesmo quem não conseguiu participar sincronicamente pôde aproveitar a estrutura e as observações para sua elaboração assíncrona. A atividade foi muito bem recebida pelos moderadores.

APRECIÇÃO SOBRE A JORNADA

Ao longo dos encontros iniciais do curso, foi possível mapear as dificuldades que os mediadores apresentavam e adaptar conteúdos e dinâmicas como resposta. Quando se optou pelo acompanhamento da facilitação ao longo do processo, ganhou-se maior confiança do grupo de moderadores, que compreenderam que havia uma equipe técnica para sustentar a atuação deles.

Todos os encontros foram utilizados para apoiar tanto na técnica da facilitação quanto em questões do próprio projeto, sendo fundamental a presença da equipe de coordenação técnica em todos os momentos coletivos. Isto garantiu a conexão necessária para gerar mais segurança de atuação.

Um processo de facilitação parte da premissa de que a inteligência está no grupo. Desenhamos experiências que fossem capazes de instigar o grupo a olhar, debater e registrar as expectativas, as certezas, os riscos e também as diversas dúvidas. Do convite inicial de mergulho nas ferramentas e das boas práticas da moderação de uma Comunidade de Práticas surgiram *insights* que foram revisitados em toda a execução do projeto. Ao longo dos meses, os mediadores perceberam a si próprios e praticaram uma série de atividades em que se constituíram como uma Comunidade de Práticas, em um processo formativo e de iteração muito rico.

Os materiais disponibilizados pela facilitação, com guias, tutoriais em texto e vídeos atenderam tanto a perfis que procuravam mergulhos de maior fôlego como aos que procuravam algo para uma consulta mais ágil. Por último, foi fundamental captar e registrar as necessidades do grupo a cada encontro por meio de avaliações estruturadas. Ao longo de todo o processo, tivemos espaço cuidadoso de escuta e orientação em reuniões com grupos menores, para que o acolhimento fosse contínuo. O processo de formação ampliou o repertório dos moderadores, permitindo um ambiente de experimentação seguro, em que puderam experimentar todas as ferramentas propostas, além de tirar dúvidas de forma coletiva e individual.

REFERÊNCIAS

RIZARDI, Bruno; VICENTE, Tomaz. **Design ágil para inovação social e desenvolvimento**. Brasília: PNUD; Enap, 2020.

PARTE 6

ENTRE AS RUAS E A BUROCRACIA: A COMPAPS COMO ESPAÇO DE DIÁLOGO PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PANDEMIA

VANILSON TORRES
ROSÂNGELA NASCIMENTO

VANILSON TORRES Membro da Coordenação Nacional do Movimento Nacional de População de Rua e representa o movimento em diversos conselhos e colegiados, entre eles, o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Direitos Humanos.

ROSÂNGELA NASCIMENTO Técnica em enfermagem, educadora social e Coordenadora do Movimento Nacional de População de Rua no Espírito Santo.

Se, antes da pandemia, as pessoas em situação de rua já viviam socialmente isoladas e na invisibilidade, a covid-19 escancarou as questões enfrentadas por essa população. Ainda assim, a burocracia e a falta de dados, além da ausência de vontade política, fizeram com que a população em situação de rua ficasse em 16º lugar no Plano Nacional de Imunização. Isto é, ela ficou fora das medidas de proteção porque não há dados epidemiológicos a nível nacional dessa população. Mas de quem é a culpa? É das pessoas que já estão lá fragilizadas nas ruas? Ou é do governo brasileiro e, conseqüentemente, dos estados e municípios, que não dão importância para essas pessoas e não produzem esses dados, essenciais para o desenho de ações públicas?

Será que uma realidade tão cruel, como deitar a cabeça sobre um paralelepípedo, dormir sob as marquises ou embaixo de um viaduto, não ter máscaras para usar, acesso à água potável, segurança alimentar e nutricional, nem sequer uma casa, não seria o bastante para que essa população tivesse prioridade na vacinação? Ou será que a burocracia dos relatórios de dados epidemiológicos é maior que essa realidade vivenciada por essa população?

Quando estoura a pandemia, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça o pedido para todos ficarem em casa. Mas e quem está em situação de rua, que transforma em casa a marquise, a praça, como faz? Essa população necessita de apoio externo para prover alimentação, água, banho e roupas. Com as incertezas da pandemia, a maioria dos brasileiros deixou de ir para a rua, e mais dificuldades apareceram.

Mas quem faz parte do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), em vários estados, não ficou em casa nenhum minuto, apesar de muitos estarem morando de aluguel social. O Movimento foi para as ruas.

No Rio Grande do Norte, por exemplo, o Movimento lançou a campanha “A solidariedade não pode entrar em quarentena” para arrecadar e entregar insumos e alimentos ao longo de 2020. Buscou também levar informação sobre o contágio e especificidades da doença, tendo identificado como um dos grandes erros, não só para a população em situação de rua, mas para a população em geral, a lacuna de informações. Foi lançado, no estado, um informativo, que foi distribuído nas ruas e nos abrigos. Ações também foram feitas em Alagoas, com distribuição de alimentos. Em Minas Gerais, cozinheiros alimentavam a população em situação de rua e faziam serviços de assistência social. Em Porto Alegre (RS) também houve cozinheiros solidários. Em Curitiba (PR) foi feita uma parceria com o MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra) e, diariamente, foi distribuída alimentação para a população em situação de rua. Em quase todos os estados houve uma organização que proporcionou atendimento à população em situação de rua. As ações do Movimento não foram só assistencialistas, mas também de luta por direitos sociais e em defesa da população. O Movimento não parou, tanto no auxílio direto

a essa população como também buscando formas de garantir institucionalmente os direitos sociais e estruturantes para a população em situação de rua no Brasil.

As políticas públicas para esse grupo precisam enfrentar o desafio do nomadismo e o processo de cronificação das pessoas nas ruas. Além disso, as *fake news* têm chegado com força a essa população. Esses obstáculos devem ser superados para avançarmos, por exemplo, na imunização. Sofrer com as reações adversas dos imunizantes vivendo nas ruas é extremamente complicado. Isso foi determinante para que, em muitos casos, não houvesse retorno das pessoas em situação de rua para a segunda dose do imunizante, especialmente no caso da AstraZeneca. Muitos disseram que não voltariam porque ficaram com o corpo mole, com febre e não conseguiam se levantar do chão. Nós já estamos hoje na quarta dose de reforço, mas essa população ainda é negligenciada – e não só no processo de vacinação.

É muito difícil alguém em situação de rua ir a uma UBS (Unidade Básica de Saúde), a uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), a um serviço de saúde, a um hospital geral, e não sofrer algum tipo de preconceito. Até mesmo passar pelos seguranças é um desafio. Isso porque se criou, na mentalidade de parte da população brasileira, a ideia de que essa população é perigosa, marginal, drogada. Mas somos parte da população brasileira e temos garantido pela Constituição Federal o acesso à saúde. No entanto, esse acesso é negado, não por culpa do SUS (Sistema Único de Saúde), mas por um sistema perpassado pela aporofobia, o ódio aos pobres. Grande parte da sociedade vê essa população como pessoas sem direitos.

O processo de proteção contra a covid-19 tem sido muito desafiador. Tivemos em 29 de abril de 2020 a Portaria Federal nº 369, do Ministério da Cidadania, que dispunha sobre o atendimento do CadÚnico durante a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional declarada pela OMS. Ela garantia “repasso financeiro emergencial de recursos federais para a execução de ações socioassistenciais e estruturação da rede do SUAS, no âmbito dos estados, Distrito Federal e municípios”. Com isso, seria possível adquirir Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais das unidades públicas de atendimento do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e “alimentos, prioritariamente ricos em proteína, para pessoas idosas e com deficiências acolhidas no Serviço de Acolhimento Institucional e em atendimento no Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias”, além de cofinanciar “ações socioassistenciais que visem ao alojamento, ao isolamento, a provisões e a outras demandas de pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade e risco social afetados pela pandemia” (Pinheiro *et al.*, 2020). Contudo, poucos estados e municípios usaram, de fato, esses recursos para abrigamento. As gestões, de modo geral, não têm compromisso com o social, não criam políticas estruturantes para garantir moradia ou abri-

gamento para essa população. Assim, temos que disputar espaços com ratos e gábirus.

Alguns querem culpar o frio por mortes. Mas não é o frio, é a negligência do Estado e a ausência de políticas públicas. Temos um País historicamente opressor. Um número gigantesco de famílias vive nas ruas e é cada vez maior num contexto de crise sanitária e econômica. Pessoas novas chegam às ruas, sem experiência com esse desafio, trazendo mais necessidades para o SUAS. Na contramão, há a retirada de recursos tanto do SUS quanto do SUAS.

Dessa forma, é extremamente importante a Comunidade de Práticas APS e Populações em Situação de Rua (ComPAPS), projeto realizado em 26 estados e no Distrito Federal, pela Fiocruz, com patrocínio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e da Fundação Rockefeller, em parceria com CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e Cosems (Conselho de Secretários Municipais de Saúde). Enquanto a população em situação de rua estava à deriva, a ComPAPS veio olhar para as problemáticas que esse grupo vivenciava.

Ainda colheremos frutos no futuro, mas se nada mais viesse a acontecer, já seria um ganho somente o fato de juntar profissionais de saúde que trabalham com a população em situação de rua, gestores, gestoras, pessoas em situação de rua, movimentos sociais e Conasems e Cosems se aproximarem dessa pauta já é um avanço.

É muito mais exitoso que se façam essas conversas junto com a população em situação de rua. Em todo o debate sobre essa temática nos envolvemos porque temos um lema que é “Nada sobre nós sem nós”. Temos que ocupar todos os espaços, sejam de projeto, de política pública, seminários, conferências.

Então a ComPAPS reuniu essas pessoas, incluindo algumas que podiam ter preconceito com a população em situação de rua por não a conhecerem, mas que, a partir do momento em que ouvem nossas falas, assistem a vídeos e começam a discutir essas questões, mudam seus pensamentos. Não é o que a mídia, ou parte dela, diz, nem o que a sociedade replica. Pessoas em situação de rua são, simplesmente, pessoas que tiveram alguma intempérie na vida e estão em situação de rua. São pessoas com história. Em alguns estados, muitas pessoas tiveram dificuldade ao realizar o debate. Diziam que era uma população muito complexa, quando na verdade difícil é lidar com o ser humano em geral. É preciso se aproximar e ter um olhar mais sensível.

Essa população é parte da classe trabalhadora que, por algum motivo, perdeu a condição de trabalhador e de trabalhadora. Em 2020, isso ficou latente diante da crise econômica e sanitária. Muitas pessoas perderam seu trabalho e não podem mais pagar seus aluguéis, se alimentar, sustentar suas famílias. Vale lembrar, porém, que, bem antes da

pandemia, já estava em curso esse processo de opressão social com a classe trabalhadora, principalmente da periferia, fazendo com que muitos perdessem sua condição de trabalhador/a. Contribuíram para isso a Reforma da Previdência, a Emenda Constitucional 95 e a Reforma Trabalhista – com a terceirização e a precarização do trabalho. Essa população que está na rua é o padeiro, é o pintor, é o limpador de carro, são aqueles que trabalhavam, muitos até na informalidade, e perderam essa condição.

Nós vemos esse crescimento a olho nu. À primeira vista, pareciam ser famílias com moradia, que estavam indo para as ruas buscar alimentação, insumos, formas de proteção, seja máscara, álcool em gel, material de higiene pessoal, de limpeza. Porém, com o passar do tempo, com a crise aprofundando, essas pessoas acabaram indo viver em situação de rua. No Brasil, nós não temos políticas públicas para que as pessoas em condições de extrema pobreza continuem a ter sua moradia, para que continuem a pagar seus aluguéis. Consequentemente, isso aumenta ainda mais o número de pessoas nas ruas. Esse ciclo não vai acabar, pelo menos não tão cedo. Daqui a um ano, teremos muito mais pessoas, muitas famílias indo para a situação de rua.

Inicialmente, pretendia-se debater nos encontros da ComPAPS a Atenção Primária à Saúde no contexto da Covid-19, mas as demandas da população em situação de rua são tão gigantescas que outros temas surgiram, de moradia à água potável. E essa, infelizmente, é a nossa realidade.

Voluntários distribuem alimentação para pessoas em situação de rua em Curitiba, PR. Foto: Câmara Municipal de Curitiba



A ComPAPS não veio para resolver problemas estruturais, mas para abrir uma discussão que nunca aconteceu nesse país, a nível nacional, dentro da Atenção Primária à Saúde. O projeto trouxe vários elementos, perspectivas e realidades através das falas, inclusive do movimento social, fazendo com que propostas fossem construídas. Isso fez com que obtivéssemos um relatório robusto, a partir do qual estados e municípios poderão buscar alternativas para propiciar políticas públicas para a população em situação de rua.

A troca entre os estados também foi essencial. Foi possível perceber que as pessoas estavam bastante afinadas, sensíveis e dominando a temática da população em situação de rua, não só na questão da saúde, mas em outras esferas – assistência social, direito à moradia e intersectorialidade, por exemplo. A ComPAPS se mostrou relevante também por reforçar a luta dos movimentos que defendem a pauta e por mostrar que a questão é social e da política pública de saúde.

Dessa maneira, a ComPAPS é um marco disparador para o acesso à saúde da população em situação de rua no Brasil. Cabe agora às gestões municipais, estaduais, se apropriarem do que foi produzido e colocá-lo em prática, através de políticas públicas efetivas, inclusivas e com diálogos intersectoriais, para termos mudanças estruturais e estruturantes para a população em situação de rua. Se estamos nas ruas não é porque somos perigosos ou porque queremos, mas porque somos um país historicamente violador dos direitos sociais e humanos. Que seja só o início de uma longa caminhada e que isso possa contagiar as mentes, corações e iniciativas de todas, todos e todes para que a população em situação de rua tenha acesso à saúde e garantia de uma vida digna.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 369, de 29 de abril de 2020. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, n. 82. 30 abr. 2020. Seção 1, p. 17. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-369-de-29-de-abril-de-2020-254678622>>. Acesso em 29 jun. 2022.

PINHEIRO, M. *et al.* **O financiamento federal dos serviços socioassistenciais no contexto da covid-19**. Nota técnica do IPEA. Jun. 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10106/1/NT_80_Disoc_O%20financiamento%20federal%20dos%20servi%C3%A7os%20socioassistenciais.pdf>. Acesso em 29 jun. 2022.

CORDEL VANILSON TORRES

I
A covid chegou ao mundo pra trazer muitas reflexões
Como também para mudar pensamentos, conceitos,
atitudes,
mudar gerações

II
Pra quem está em situação de rua no Brasil
como faz pra não sair?
Ficar em casa?

Nossa realidade é cruel
Pra nós, essa ordem não adianta,
só atrasa

III
Estar nas ruas é difícil
e, agora com a pandemia,
ficou muito mais complicado

Pois, habitação, saúde, educação, dentre outras
são direito do povo brasileiro
e é dever do Estado

IV
Nos oferecem abrigos
na modalidade de isolamento,
mas quando essa pandemia passar
teremos que voltar pras ruas?
Para o tormento?

V
Fico aqui pensando que,
durante e após o coronavírus,
quem mais padecerá
é a poprua, a periférica, a preta, as mulheres,
LGBTQIAP+, povos ciganos, povos indígenas,
de terreiros,
crianças e adolescentes em situação de rua,
a população pobre

VI
Acorda povo brasileiro,
pois a luta por direitos
persiste e continua

Vamos juntos e juntas
mudar essa realidade
pois ela também é minha
é nossa
e é sua

VII
Quando esse pesadelo passar
e tudo parecer que voltou ao normal,
teremos muitos de nós sem emprego informal e formal

VIII
E só aí nos daremos conta
que teremos um exército de
pessoas desempregadas

Vivendo uma realidade
triste, nua e crua
E com certeza aumentará
o batalhão de pessoas
vivendo em situação de rua

fim

Natal, 19 de abril de 2020.



PARTE 7

BOAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA PANDEMIA VOLTADAS À IMUNIZAÇÃO, INTERSETORIALIDADE E CUIDADOS

APRESENTAÇÃO

As evidências existentes mostram que a pandemia abateu o Brasil de forma mais dura em função da política negacionista que foi coordenada pelo governo federal, que desestimulou o distanciamento social, o uso de máscaras e a preocupação com os cuidados básicos para evitar o contato com o SARS-CoV-2.

De acordo com Werneck *et al.* (2021), pelo menos “120 mil mortes, até o final de março de 2021, poderiam ter sido evitadas se uma política efetiva de controle baseada em ações não farmacológicas tivesse sido implementada”. E conforme Castro *et al.* (2021), houve uma falha geral na implementação de respostas rápidas, coordenadas e equitativas em um contexto de fortes desigualdades locais, que contribuiu para a disseminação da covid-19.

O país perdeu a capacidade de coordenação do maior sistema público de saúde do mundo em meio uma emergência global em saúde, que ceifou milhões de vidas e enfraqueceu economias em todos os continentes. Quando os recursos são escassos, os mais vulneráveis são sempre as primeiras e maiores vítimas.

Foi extremamente desafiador prover serviços de saúde e proteção social à invisibilizada população em situação de rua em meio à crise gerada pela pandemia. Felizmente, em função da resiliência do próprio povo da rua e dos profissionais do SUS e do SUAS, das igrejas, das organizações de direitos humanos e de outras iniciativas, foi possível ofertar, ao menos para parte desta população, os cuidados básicos e os atendimentos em saúde, em particular a vacinação contra a covid-19. A crise da pandemia fez com que localmente, ao menos, muitas equipes buscassem atuar de forma intersetorial, já que era fundamental, ao menos provisoriamente, oferecer abrigo e cuidados aos doentes.

A vacinação, como direito básico, indispensável à continuidade da própria vida, não foi percebida assim por inúmeros brasileiros. Quantos morreram por que não puderam ou não entenderam que era necessário se vacinar? O quadro de desinformação se juntou ao de desorganização do processo vacinal. Faltaram diretrizes e comandos e nesse contexto os serviços se organizaram da melhor forma que podiam.

Sabemos que outras pandemias e emergências globais em saúde são bastante prováveis em função da velocidade com que vivenciamos os impactos das mudanças climáticas. É fundamental diminuir a vulnerabilidade de todos e nos prepararmos melhor para futuras emergências. Um olhar sobre a forma com que equipes de saúde e assistência se organizaram pode contribuir para ajustar práticas de outras equipes e até mesmo no desenho e no aperfeiçoamento de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua.

90



91

O propósito principal da ComPAPS é justamente promover a troca, a possibilidade das comunidades encontrarem soluções para problemas em comum. Para isso, cada moderador e cada moderadora da ComPAPS buscou, junto com sua comunidade, identificar e sistematizar algumas boas práticas que pudessem permitir a troca de aprendizados e valorizar as experiências em curso.

Enfermeiro vacina mulher em situação de rua de Guarapuá, PR. Foto: Prefeitura de Guarapuá

As práticas identificadas foram agrupadas em três temáticas, as principais que surgiram no âmbito dos debates das comunidades estaduais:

- 1. práticas para organização da imunização**, em um contexto de alta desinformação e receios associados à vacinação por parte da população em situação de rua;
- 2. práticas relativas à intersetorialidade**, que promoveram uma melhor integração dos serviços públicos;
- 3. práticas de cuidados**, de forma de organizar o atendimento em saúde em meio à pandemia, como o atendimento em saúde mental, por exemplo.

Aqui são apresentadas apenas uma parte das experiências que foram identificadas. Também em função da limitação de espaço, a maior parte das experiências foi editada para maior concisão. Todas as experiências sistematizadas pelas comunidades e os relatos integrais estão disponíveis na Plataforma IdeiaSUS.

REFERÊNCIAS

Castro, M. C., Kim, S., Barberia, L., Ribeiro, A. F., Gurzenda, S., Ribeiro, K. B., & Singer, B. H. (2021). **Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil**. *Science*, 372(6544), 821-826.

Werneck, Guilherme Loureiro *et al.* **Mortes Evitáveis por Covid-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: IBDC/Oxfam Brasil, 2021

IMUNIZAÇÃO

Práticas referentes à
imunização da população
em situação de rua

Contribuição da utilização de tecnologias de informação e comunicação para o acesso, registro e monitoramento das informações das pessoas em situação de rua vacinadas contra covid-19 no município de Goiânia

Eulange de Sousa, Cristina Maria Gusmão de Moura e Pytia Kálita N. Noletto, equipes do Consultório na Rua de Goiânia, equipe da Unidade de Saúde Terciária Deputado João Natal, Assessoria Técnica da Gerência de Equipes da Diretoria de Atenção em Saúde da Secretaria de Saúde de Goiânia e Gerência de Imunização da Secretaria de Saúde de Goiânia.

TEMA IMUNIZAÇÃO ESTADO GOIÁS

INTRODUÇÃO Apresentamos neste relato a experiência da gestão da Secretaria de Saúde de Goiânia e suas equipes do Consultório na Rua na utilização de tecnologias de informação e comunicação como estratégias para que as pessoas em situação de rua do município tivessem acesso à imunização contra a covid-19. Goiânia é a capital do estado de Goiás e possui uma população estimada de 1.555.626 habitantes.

METODOLOGIA Quando foram disponibilizadas vacinas contra a covid-19 para a população, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde e as equipes do Consultório na Rua construíram estratégias para garantir acesso à vacinação para as pessoas em situação de rua de Goiânia, sendo executadas as seguintes atividades:

- Definição de grupo de trabalho composto por educadores sociais enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem das equipes do consultório na rua para organização da vacinação contra covid-19 em pessoas em situação de rua no município de Goiânia;
- Criação de grupo no WhatsApp para comunicação do grupo de trabalho;
- Elaboração de um guia de análise situacional para atualização cadastral dos usuários com informações sobre covid-19;
- Reunião com todas as equipes do CNR para definição de fluxograma de trabalho para realização da vacinação;

e. Elaboração de planilha no Google Drive com alimentação diária de informações sobre usuários vacinados (vacina, lote, nome do usuário, dia da próxima dose, data de aplicação, lote, data de nascimento, CPF ou CNS, nome da mãe). Os dados foram organizados em planilha impressa e online;

f. Acesso ao SIPNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) nas duas bases do CNR para alimentação do sistema, acompanhamento e disponibilização de informações sobre os usuários. Este acesso possibilitou autonomia da equipe na alimentação de dados da vacinação no sistema, além de contribuir com informações de usuários, quanto: se já havia vacinado; se sim, qual a vacina e a data realizada. Entretanto isto só era possível nas bases das equipes, o que impedia o acesso imediato a tais informações, o que compromete o trabalho, tendo em vista o perfil da população, que não possui documentos, o que dificultou o acesso à vacina, pois para tal é necessário o número do CPF ou do cartão SUS;

g. Disponibilização de um *tablet* com internet para cada equipe do CNR. Esse dispositivo proporcionou o acesso ao SIPNI, à planilha do Google Forms e ao cadastro do usuário no CELK (sistema de registros de informação de usuários atendidos nos serviços da Secretaria Municipal de Saúde), em todos os locais de atendimento. Os *tablets* foram adquiridos com recursos do Ministério da Saúde e o acesso à internet viabilizado por meio

de um convênio com a Universidade Federal de Goiás. Outra ação facilitada pelos *tablets* foi o acesso imediato ao SIPNI, que permitiu às equipes o controle das doses que o usuário tinha recebido. Devido às características dessa população, eles nem sempre sabem informar quantas doses receberam, qual o tipo de vacina ou mesmo se receberam a vacina. Para acesso a muitos locais da cidade é exigido o comprovante de vacinação. Com os *tablets* foi possível às equipes a emissão de comprovantes em todos os espaços.

DESCRIÇÃO DO RELATO O desafio de garantir o acesso à vacinação para as pessoas em situação de rua foi pauta de muitas reuniões de equipe que buscaram soluções práticas para a execução da imunização considerando as características dos usuários. A utilização de ferramentas de tecnologia da informação e comunicação sempre foi uma premissa das equipes visando a agilidade e monitoramento nos processos relacionados à imunização, bem como o acesso dos usuários à vacinação. Inicialmente foram utilizadas uma ferramenta de livre acesso (planilha do Google Drive) que os profissionais acessam em seus aparelhos celulares e nos computadores das bases do CNR; constituição de um grupo de WhatsApp entre os profissionais envolvidos e a disponibilidade de acesso para alimentação e consulta ao SIPNI nas duas bases do CNR. Estas ferramentas, embora tenham contribuído, não eram suficientes para a realidade encontrada pelas equipes durante o trabalho na rua, pois precisavam de informações imediatas para a realização da imunização e do fornecimento dos comprovantes de vacina aos usuários. Com a disponibilização dos *tablets* para as equipes, essas ações passaram a ser realizadas em todos os locais de atendimento, a busca pelo registro de vacinados em tempo real otimizou o trabalho das equipes e viabilizou o registro das doses.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO A utilização de ferramentas de tecnologias de informação e comunicação resultaram no melhor acesso, registro e monitoramento de informações das pessoas em situação de ruas vacinadas contra a covid-19 no município de Goiânia, proporcionando aos serviços de saúde agilidade nas respostas tanto aos usuários quanto aos sistemas de informação. Além disso, contribuiu para melhores condições de traba-

lho aos profissionais envolvidos para a realização de suas ações de maneira prática e eficiente.

Campanha de imunização de pessoas em situação de rua contra covid-19 por meio de articulação entre SUS e SUAS no Distrito Federal

Carolina Sampaio Vaz e Décio de Castro Alves

TEMA IMUNIZAÇÃO ESTADO DISTRITO FEDERAL

INTRODUÇÃO A atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua constitui-se como grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) e são recentes as ações de saúde direcionadas às necessidades específicas deste grupo populacional. A extrema vulnerabilidade social, os hábitos e condições decorrentes da vivência na rua, o histórico abandono institucional, a discriminação e o processo de invisibilidade contribuem para que o acesso da população em situação de rua aos serviços e à oferta do sistema de saúde sejam frequentemente negligenciados, dificultados e até mesmo negados.

Fatores como a pobreza extrema, ausência de documentação civil, precariedade na satisfação de necessidades básicas, as percepções dos grupos e indivíduos sobre cuidado e adoecimento, alta incidência de transtornos mentais e abuso de substâncias psicoativas, devem ser considerados no planejamento e execução de ações direcionadas à população em situação de rua, sob pena de resultarem em pouco ou nenhum impacto nas condições de saúde e na qualidade de vida.

A imunização da população em situação de rua configura entre os principais desafios. Afora as situações já descritas acima, as ações devem considerar a grande dispersão e a ausência de recursos para locomoção e acesso aos serviços de saúde tradicionais, de modo que parte importante da assistência a esse público inclui ações no território, busca ativa e estratégias intersetoriais. A emergência sanitária instituída pela pandemia de covid-19 ampliou tanto os problemas já existentes quanto a urgência para uma solução rápida e eficiente adaptada às necessidades dos usuários. No Distrito Federal, parte importante da estratégia de imunização envolveu os setores da saúde e da assistência social, de modo a enfrentar os complexos desafios.

METODOLOGIA Por meio das discussões na ComPAPS, o grupo identificou a centralidade da imunização, tanto pela sua importância para saúde da população em situação de rua quanto pelos desafios impostos pela condição de vulnerabilidade social extrema.

DESCRIÇÃO DO RELATO As articulações para realização da campanha deram início com o planejamento conjunto pela gestão das secretarias de saúde e assistência social, que compartilharam dados disponíveis e necessários para dimensionamento e operacionalização por meio do cruzamento de dados do SUS com dados do SUAS. No Distrito Federal foi priorizada a oferta da vacina Janssen, de dose única, considerando a suposta dificuldade de realização de uma segunda dose.

A articulação para a vacinação envolveu níveis diversos de gestão: gerências técnicas, vigilância sanitária, áreas especializadas e serviços necessários. O planejamento foi realizado com a participação dos trabalhadores da saúde e da assistência social que executaram as ações, que permitiu a melhor organização e previsão de necessidades e problemas.

A ação ocorreu em todo DF com maior mobilização nas regiões que contam com equipes de Consultórios na Rua, que também são as áreas de maior concentração da população em situação de rua, a exemplo do Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia. A campanha foi realizada de 28 de junho a 02 de julho de 2021. Antes da campanha já estava em andamento a vacinação de grupos específicos de forma pontual, a ideia da campanha foi ampliar o acesso por meio da concentração de esforços, bem como reforçar a importância da vacinação entre a população em situação de rua. Foram criados pontos de vacinação descentralizados nos serviços de assistência social que atendem pessoas em situação de

rua – Centro Pop, Creas e Abrigos. Equipes de abordagem social fizeram busca ativa nos territórios e levaram usuários para vacinação. Um ponto importante foi a participação de voluntários, principalmente estudantes de faculdades na área de saúde. Foi realizada ampla divulgação com apoio de parceiros da rede como instituições da sociedade civil e diversos serviços públicos e presentes nos territórios.

Nos dias de campanha foram organizadas estações de atendimento e a equipe de assistência social ficou responsável pela recepção e identificação dos usuários e organização de dados de cadastro. Trabalhadores da saúde realizaram inserção da vacina no SIPNI; o preenchimento do cartão de vacina; orientações e coleta de dados de saúde; vacinação.

Pessoas sem documento e cadastro eram cadastradas na hora. Na impossibilidade de realização do cadastro, os usuários eram vacinados mesmo assim e todos os dados disponíveis eram coletados para cadastro posterior. A prioridade era a vacinação, sem restrições. Apesar disso, a coleta de dados é de grande importância para dar visibilidade às necessidades da população em situação de rua.

Equipes de saúde utilizaram formulário do Google Forms para registro das ações e coleta e informações importantes como raça/etnia e gênero. Também foi perguntado se o usuário já havia sido diagnosticado com covid-19, uma forma de superar a subnotificação que afeta a população em situação de rua. A utilização do Google Forms permitiu o monitoramento em tempo real da vacinação, bem como a produção automática de planilhas e gráficos.

Em uma semana foram vacinadas 1.372 pessoas em situação de rua no Distrito Federal, o que segundo o último censo disponível representa aproximadamente 52% da população em situação de rua vivendo no DF.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO As ações da campanha demonstraram o grande potencial de alcance e eficiência das ações articuladas no território. Por meio da atuação intersetorial garantimos a vacinação de mais da metade da população em situação de rua que vive no DF, o que tem grande impacto não só para as condições de saúde desse grupo, mas para a saúde coletiva como um todo, considerando que somente a vacinação massiva de toda

população tem potencial para aplacar os danos provocados pela pandemia.

O enfrentamento da covid-19 no contexto das populações em situação de vulnerabilidade do Rio Grande do Norte: relato de uma experiência

Ana Luíza Barbosa Lima, Antonio Francisco Silva Nunes, Cinthia Laise da Silva Assis, Frankleide Moraes de Matos Mota, Lúcia Maria Dantas Sipião, Paula Érica Batista de Oliveira, Shimene Cristina Scheid Dias, Sônia Maria Fernandes de Andrade e Verônica Borges Burgos.

TEMA IMUNIZAÇÃO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

INTRODUÇÃO O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas que levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual e atender para as necessidades específicas e graus de vulnerabilidades das populações.

Irrefutavelmente, existem grupos com elevado grau de vulnerabilidade social e, portanto, suscetíveis a um maior impacto ocasionado pela covid-19. Dessa forma, a Unidade de Políticas Transversais e Promoção à Saúde (UPTPS/DPIPS/SESAP-RN), articulou junto a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS/SESAP-RN), demais setores e órgãos do estado, unidades regionais de saúde, municípios, comitês técnicos e principais lideranças dos segmentos sociais, para que a vacina chegasse a todas essas populações como prioridade. O presente trabalho visa relatar a experiência, por meio de análise descritiva de dados, da Unidade de Políticas Transversais e Promoção à Saúde no contexto da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte frente à pandemia de covid-19.

METODOLOGIA Estudo de corte seccional, de natureza quantitativa, por meio de análise descritiva de dados secundários derivados da Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica (SUVIGE). O levantamento de informações acerca das populações indígena, quilombola e em situação de rua foi realizado pela UPTPS em parceria com as lideranças dos movimentos sociais, bem como junto aos órgãos que prestam assistência à estas populações. Os

dados consolidados foram socializados com a SUVIGE para que se fizesse as devidas justificativas para as doses de vacinas. Por conseguinte, após a execução da vacinação, foi realizada uma análise descritiva da relação entre número de doses recebidas e doses aplicadas, por população. Ademais, para a consolidação da informação, foram produzidas planilhas para orientação acerca da etapa que se encontrava a vacinação.

DESCRIÇÃO DO RELATO Frente ao cenário pandêmico e ao crescente número de notificações de casos de covid-19 no estado do RN em 2020, a SESAP, por intermédio da condução da UPTPS, desenvolveu sete planos destinados às populações em situação de vulnerabilidade. Os planos foram desenvolvidos com o intuito de orientar as gestões municipais, bem como a própria gestão estadual de saúde, na condução e resposta à pandemia, atentando às particularidades destas populações. As articulações para construção envolveram diversos setores da SESAP-RN, bem como universidades, representações dos movimentos sociais e especialistas na temática de outros estados. Foram desenvolvidos planos específicos para a população LGBTQIA+; para a população cigana; para a população dos campos, águas e florestas; para a população indígena; para a população negra, quilombola e da periferia; para povos tradicionais de matriz africana, afro-brasileira e afro-ameríndia; e para a população em situação de rua, refugiados e apátridas, que é descrito aqui em mais detalhe.

Estes documentos orientadores objetivaram definir medidas necessárias e eficazes para proteger e prevenir as populações em situação de vulnerabilidade do contágio pelo

coronavírus, descrevendo estratégias de identificação oportuna de casos suspeitos, no sentido de controlar e reduzir a disseminação da covid-19 no Rio Grande do Norte.

Inegavelmente, a assistência e cuidado da população em situação de rua é um grande desafio para o Sistema Único de Saúde. Os determinantes sociais do processo de adoecimento tornam-se muito significativos. A população em situação de rua apresenta condições sociais e de saúde bastante precárias. A expropriação de direitos constitucionais básicos como acesso à renda, moradia, educação e saúde favorece as formas de apresentação social, a partir das quais se constroem imagens sociais negativas dos sujeitos tornando um ciclo vicioso a negação de seus direitos, podendo levar, inclusive, a práticas de eugenia e higienismo no que diz respeito aos cuidados a esta população.

A população em situação de rua, pela dificuldade crônica de acesso aos serviços de saúde, bem como pela falta de políticas de amparo, muitas vezes sequer conhece suas condições de saúde pré-existentes, além de ter muitas vezes o acesso a tratamento dificultado. Sob esse viés, não se consegue a identificação de pacientes sob maior risco de agravamento, para além das falhas de tratamento contínuo de condições de saúde pré-existentes, tais como doenças infectocontagiosas, e doenças crônico-degenerativas com maior risco de agravamento pela covid-19. Há poucos dados sistematizados sobre as condições de saúde que acometem a população em situação de rua no RN e a ausência de um Censo Estadual da População em Situação de Rua que traria dados epidemiológicos e determinantes sociais dessa população.

Além de todos os determinantes citados e demais agravos houve um surto em espaços de cuidado nos equipamentos sociais observados no município de Natal em fevereiro e março de 2021, quando mais da metade dos usuários foram infectados pela covid-19. Assim, o Governo do RN decidiu iniciar a imunização dessa população a partir de 29 de março de 2021, utilizando a reserva técnica de imunizantes do estado. Após uma semana de ações para sensibilização e conscientização das pessoas em situação de rua acerca do processo de imunização, em parceria com os projetos sociais que já realizam trabalhos destinados a esses

usuários, a imunização dessa população se iniciou pelo município de Natal, no Centro Pop e no abrigo 24h.

De acordo com o CadÚnico do Estado do Rio Grande do Norte, há 1.313 pessoas em situação de rua, e a SESAP/RN, por meio de Formulário do Google enviado aos municípios, estimou um contingente de 1.500 pessoas, levando em consideração o que as realidades locais e o aumento dessa população que segue crescente. Inicialmente, 21 municípios haviam sinalizado ter essa população, e após novo levantamento, vimos que desse quantitativo, seis municípios não apresentavam essa população. Outros municípios que não haviam relatado inicialmente, entraram em contato relatando que atualmente apresentam pessoas em situação de rua. Dos 15 municípios, apenas dois não fizeram a imunização em seus usuários.

Dessa forma, por meio da articulação da Unidade de Políticas Transversais e Promoção à Saúde (UPTPS/DPIPS/SESAP-RN), em parceria com a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS/SESAP-RN), com a Secretaria de Estado das Mulheres, da Juventude, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (SEMJI-DH), com a Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTAS), com a Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS), e os projetos sociais e organizações não governamentais, até o dia 09/04/2021, aproximadamente 450 pessoas em situação de rua foram vacinadas, isto é, cerca de um terço dessa população, sendo a maior ação realizada na Fraternidade Toca de Assis no município de Natal.

A partir de uma judicialização do Ministério Público do RN, que exigiu que o Estado não inserisse grupos populacionais no Plano Estadual de Imunização que não viessem de recomendações ou determinações da União, a SESAP/RN precisou suspender a imunização dessa população e, no dia 12/04/2021, recolheu todas as doses específicas para esses usuários que ainda não haviam sido imunizados, devolvendo-as para a reserva técnica. Naquele momento, garantimos a segunda dose das mais de 450 pessoas em situação de rua já imunizadas, entretanto, como ainda não houve uma aprovação da defesa apresentada para a determinação judicial, seguimos com a imunização da população em situação de rua suspensa.

No entanto, alguns municípios concluíram a imunização de todas as pessoas em situação de rua por apresentarem baixo quantitativo de usuários, e outros que apresentam maior demanda já iniciaram mas não concluíram. Após semanas de articulações, houve a continuação da imunização da população em situação de rua do estado do Rio Grande do Norte. No primeiro momento, houve a semana de sensibilização dessa população vulnerabilizada, para explicar a importância da vacina. Já no dia 23/06, no Toca do Assis, aconteceu a vacinação com a primeira dose, e no dia 30/06, a segunda dose. No dia 21/06 foram aplicadas a segunda dose, no Centro Pop e no Albergue. As demais doses foram aplicadas no dia 01/08.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Estar inserido no contexto das populações vulnerabilizadas no âmbito do SUS traz muitos desafios, principalmente, no tocante à promoção da equidade, princípio fundamental que precisa permear a condução das práticas, políticas e ações de promoção à saúde a nível intra e intersectorial. Historicamente atravessados pela desigualdade e exclusão social, as populações aqui apresentadas também vêm enfrentando durante a pandemia um processo doloroso de segregação e invisibilidade nas políticas de enfrentamento à covid-19. Fome, desemprego, condições sanitárias precárias, falta de acesso a uma comunicação democrática, inacessibilidade às vacinas no Plano Nacional de Imunização, inacessibilidade à moradia, entre outros agravantes, têm fortalecido ainda mais o paradoxo social latente no Brasil, reproduzindo a pobreza que cresce desenfreadamente nos últimos anos, sobretudo desde a pandemia.

Portanto, embora a DPIPS, por meio da UP-TPS, traga na sua estrutura a articulação junto ao controle social, representados pelos comitês técnicos e demais secretarias diretamente relacionadas às populações do estado do RN, ainda há muito a alcançar interna e externamente para que consigamos promover a proteção à saúde e à vida de todos os segmentos.

Para isso, se faz necessário a construção de uma nova cultura acerca da promoção à saúde, em que as co-responsabilidades sejam alinhadas de forma responsável e comprometida com a vida, a voz dos territórios seja priorizada e, sobretudo, onde o controle social tenha seu lugar assegurado na transversalidade das ações em todos os âmbitos.

Débora Rodrigues, Gustavo Vargas, Laís Gabriela Ramires de Souza Lima, Ana Cláudia da Rosa Ribeiro e Rosângela Nery Barreto.

TEMA IMUNIZAÇÃO ESTADO RIO GRANDE DO SUL

INTRODUÇÃO O processo de trabalho em saúde no Brasil situa-se em um momento de construção de práticas voltadas às necessidades sociais da população e para tal, foram idealizados arranjos de trabalho que procuram aproximar-se do tecido social de forma mais intensiva, através da escuta sensível das narrativas existentes no território. Um exemplo é a idealização das equipes de Consultórios na Rua com ênfase na inserção processual territorial e comunitária. Isto tem ocasionado mudanças nos processos pedagógicos, propondo atividades que se constituem em ato, mediadas pela prática, considerando o território vivo com seus processos sociais, ambientais e biológicos. A pandemia de covid-19 produziu um contexto de atuação complexo devido às dificuldades ainda existentes na afirmação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a ausência de acesso a outros direitos sociais, especialmente para as pessoas em situação de rua, resultando em um quadro epidemiológico preocupante e em uma rede social de apoio desgastada. Nesse cenário, a ação de vacinação foi a estratégia prioritária ao longo do ano de 2021, considerando um quantitativo de pessoas em situação de rua estimado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre de 1.974 pessoas. Buscou-se aumentar a cobertura vacinal para covid-19 da população em situação de rua, fortalecer o processo de trabalho da equipe dos Consultórios na rua do Centro, a garantia do direito à saúde frente ao desafio da pandemia de covid-19 e desenvolver estratégias de inserção territorial na perspectiva do fortalecimento da estratégia de campanha de vacinação para covid-19.

METODOLOGIA Reconheceu-se a situação epidemiológica preocupante da covid-19 e ausência de estratégias organizadas para a interrupção do circuito de contágio na população em situação de rua. Tais medidas incluem:

déficit de espaços de moradia e isolamento na cidade de Porto Alegre e repriorização do acesso aos serviços de saúde convencionais, devido às condições impostas pela pandemia. Nesse sentido, a estratégia vacinal tornou-se de extrema importância para esse grupo. Foram realizados encontros de educação permanente em serviço, procurando garantir aos/trabalhadores/as meios para a estruturação do processo de campanha de vacinação. Além disso, foram garantidos insumos necessários para a realização dos procedimentos, tanto nas dependências da UBS onde se encontra a base da equipe, quanto a partir de visitas aos espaços da rua no território e Centros Pop. A inserção nestes espaços para a realização da vacinação contou com o conjunto de profissionais da equipe com a participação de trabalhadores de outras instituições visitadas que ajudaram na organização do processo de vacinação. Além disso, tiveram papel importante as próprias pessoas em situação de rua envolvidas no processo de mobilização, atuando enquanto mediadores importantes no convencimento e localização de pessoas a serem atendidas.

DESCRIÇÃO DO RELATO Foram administradas 1.088 primeiras doses, 217 segundas doses e 14 doses de reforço pela equipe do Consultório na Rua do Centro (dados preliminares de 2021). Tais doses somam-se àquelas administradas por outros serviços da rede de saúde de Porto Alegre que alcançaram o número de 1.809 primeiras doses, 1.239 segundas doses e 386 doses de reforço (dados até março de 2022). Tais números denotam a significância da atuação da equipe no conjunto do esforço da rede municipal. Além disso, devemos destacar a efetividade da estratégia desenvolvida pela equipe, que conseguiu acessar a população de forma expressiva a partir de sua inserção territorial, administrando vacinas desde o âmbito de outras instituições, até os espaços comunitários em que circulam as pessoas a

serem vacinadas, muitas vezes de difícil acesso, tais como taludes de canais de escoamento de água, zonas de mata fechada, locais com terreno irregular, inclusive mediando situação de violência urbana que se interpõe no contexto da vacinação.

Para tal, foi de extrema importância as pessoas em situação de rua que atuavam como mediadores do processo, bem como ao longo trabalho já desenvolvido pela equipe que a referenciou em sua entrada no território. Tais situações acabam por mobilizar a equipe no que se refere a sua atenção desde a perspectiva da integralidade propiciando a mobilização de recursos e ofertas de cuidado em saúde, bem como a garantia de acesso a serviços da política de assistência social.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Foram desenvolvidas atividades que possibilitaram a vinculação dos trabalhadores com o território enquanto um território vivo, ampliando a percepção dos saberes a serem incorporados na formação em saúde e contribuindo concretamente com a complexidade dos desafios vivenciados pela população em situação de rua. Fortaleceu-se a estratégia vacinal para esse público na cidade de Porto Alegre, minimizando os impactos da pandemia de covid-19.

INTERSETORIALIDADE

Práticas referentes à
intersectorialidade das
políticas para a população
em situação de rua

Integralidade da atenção à população em situação de rua de Niterói na pandemia de covid-19

Raimundo Nonato, Laurimar Lopes, Jorge Pereira, Weliton Ramos, Fabíola Miranda, Philipe Rocha, Alexandre Trino, Maria Martins e Daniel Noro de Lima.

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO RIO DE JANEIRO

INTRODUÇÃO Essa prática surge diante da necessidade de buscar estratégias de cuidado e proteção social junto à população em situação de rua de Niterói durante a pandemia, com a adoção de medidas preventivas, curativas e de promoção de saúde para o controle epidemiológico e o cuidado junto aos usuários atendidos pelo Consultório na Rua de Niterói. Inicialmente foi percebido uma desarticulação das redes intrasetorial e intersetorial no cuidado à população em situação de rua. Com isso, a partir de acompanhamento diário em todos os equipamentos da rede de Secretaria de Assistência Social, que incluem 3 abrigos e dois hotéis sociais, as equipes do Consultório na Rua realizaram busca ativa para rastreamento de usuários sintomáticos de covid-19 e através de controle epidemiológico. A partir de critérios referenciais de relato do primeiro dia de sintoma criou-se estratégias de enfrentamento da covid-19 de forma intersetorial.

METODOLOGIA A iniciativa foi implementada para desconstruir barreiras de acesso da população em situação de rua, realizando ações de enfrentamento à pandemia. As ações foram planejadas a partir de políticas públicas intersetoriais que priorizaram a promoção e continuidade do cuidado pela rede formal e informal da população em situação de rua, para que assim ocorresse o controle epidemiológico da covid-19. As etapas adotadas foram organizadas na seguinte ordem: 1º) testagem dos usuários sintomáticos com suspeita de diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda, incluindo covid-19, através de PCR, com resultado no mesmo dia; 2º) isolamento dos casos de covid-19, com a estratégia de testagem e resultado no primeiro dia, facilitou o isolamento imediato dos casos positivos, evitando, assim, surto epidêmico nos equipamentos da assistência social. Com vistas a minimizar o risco de contaminação e a prevenção de surtos no interior dos hotéis foram priorizados isolamen-

tos no último andar em local mais arejado. Nos abrigos foram adaptados quartos específicos para o isolamento.

DESCRIÇÃO DO RELATO Essa experiência compreende o período de 10 de maio de 2020 a 10 de maio de 2021 e inicia-se com 102 usuários e funcionários sintomáticos pela covid-19 dos equipamentos da assistência social de três abrigos e de dois hotéis sociais com suspeita de diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda, incluindo covid-19. Destes 102 usuários, 33 testaram positivo e 69 com resultado negativo para covid-19. Dos 33 usuários que testaram positivo, 31 usuários tiveram sintomas leves, sem necessidade de internação e 2 casos tiveram sintomas graves com necessidade de internação em UTI e intubação, mas com recuperação posterior. O grande desafio desta experiência foi a articulação entre os serviços intersetoriais da rede formal e informal de cuidado para a população em situação de rua para conter a covid-19.

Com os casos de covid-19 atingindo a população em situação de rua foi necessário que fosse revisto o manejo de trabalho de toda rede formal e informal e se garantisse o controle epidemiológico da doença. Para que ocorresse a testagem rápida e, assim, garantir logo uma decisão eficaz, precisou ter o treinamento para a testagem. Foram qualificados os profissionais da equipe do Consultório na Rua de Niterói. Os enfermeiros, os dentistas e o coordenador da equipe faziam os testes nos próprios equipamentos da Secretaria Municipal de Assistência Social. Os testes foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e a análise dos testes de RT-PCR foram realizadas pelo laboratório da Universidade Federal Fluminense (UFF). Somente com essa articulação e com parceria feita pela gestão do Consultório na Rua de Niterói, os resultados dos testes eram fornecidos no mesmo

104

dia da coleta, o que garantia um cuidado em tempo oportuno.

Os casos positivos de covid-19 eram informados prontamente pela equipe do Consultório na Rua junto à gestão dos abrigos e hotéis sociais. Os sintomáticos leves foram levados e estruturados em espaços de isolamento para prevenir surtos epidêmicos da doença nestes equipamentos. Os profissionais do Consultório na Rua acompanhavam diariamente esses casos, avaliando o grau de saturação de oxigênio, temperatura e outros sintomas importantes para a continuidade do cuidado. Quando havia agravamento de sintomas dos usuários, o SAMU era acionado e o usuário era transferido para a rede hospitalar.

O início deste trabalho foi muito complexo, principalmente pela dificuldade inerentes à população em situação de rua em entender as medidas de prevenção e cuidado adotadas. As equipes do Consultório na Rua tiveram intenso trabalho de orientação e educação em saúde, para sensibilização e corresponsabilidade para o autocuidado da covid-19. Toda essa articulação foi realizada desde o primeiro ano da pandemia, entretanto, foi melhor estruturada no segundo ano, com o início da vacinação contra a covid-19, potencializando assim maior proteção e controle epidemiológico.

A parceria com os dois hotéis sociais da Secretaria de Assistência Social iniciou-se em 2019, com capacidade para acolher até 100 usuários. A inclusão dos usuários nos hotéis era realizada pelo Centro Pop. A articulação com o Consultório na Rua ocorreu, por meio da abertura deste equipamento de cuidado voltado para a população em situação de rua, junto aos gestores do Centro Pop. Estes poderiam sugerir prioridades, por risco e vulnerabilidade, onde as gestantes, idosos e usuários imunossuprimidos e pessoas com comorbidades eram inseridas prontamente nos hotéis. O fluxo de entrada e saída nos hotéis seguia regras de funcionamento sob gestão da Secretaria de Assistência Social. Essas regras eram consideradas muito rígidas, como ter que chegar no equipamento antes das 22 horas e alguns usuários não se adaptavam a elas. Vale ressaltar que as pessoas que estavam nos hotéis e abrigos recebiam 4 refeições diárias, além de seus aposentos para hospedagem.

A parceria intersetorial da equipe do Consultório na Rua com os hotéis e abrigos possibilitou

a adoção de medidas de prevenção à covid-19 e promoção do melhor acompanhamento da atenção integral destes usuários, tendo em vista que o acompanhamento ocorria semanalmente, permitindo a continuidade do cuidado para outras doenças e agravos em saúde.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Essa experiência demonstrou a importância do fortalecimento intersetorial entre a “saúde” e a “assistência social” para o cuidado e a proteção social da população em situação de rua. Esse fortalecimento permitiu, sobretudo nos hotéis, uma ambiência muito mais humanizada e a possibilidade de acolhimento com maior construção de vínculos.

Um desafio não resolvido foi a necessidade de desconstrução de regras de acolhimento para que sejam menos rígidas e que se pautem em estratégias de baixa exigência para sustentabilidade da permanência por mais tempo dos usuários nestes equipamentos. Esse foi um fator importante que gerou muitos afastamentos dos usuários dos hotéis, e é um dos aprendizados que destacamos, com a necessidade de construção coletiva ou pelo menos discutida junto com os usuários dessas regras dos abrigos/hotéis, de modo que haja maior adaptação da população em situação de rua a esses equipamentos da assistência social.

No período mencionado não houve nenhum caso de óbito de pessoa em situação de rua dentre os 102 usuários com suspeita de covid-19 acompanhados pelo Consultório na Rua de Niterói. Houve uma baixa taxa de letalidade comparada à população em geral do município. Importante também destacar que foram detectadas suspeitas de surto de covid-19 em diversas ocasiões, sendo prontamente prevenidos através da quarentena e isolamento das pessoas positivadas.

As mudanças observadas após a implementação dessa prática de controle da situação epidemiológica de covid-19 na população em situação de rua produziram maior integração das equipes do Consultório na Rua de Niterói com os equipamentos da assistência social. Isso demonstra que as ações de cuidado à população em situação de rua devem passar por articulações intersetoriais, sendo necessário que haja esforços conjuntos para que a consolidação do cuidado não seja pautada em

105

esforços individuais, alcançando resultados que respondam não somente aos problemas de saúde desta população, mas a várias outras dimensões, como a cultural, política e econômica – que se configuram no cotidiano da população em situação de rua.

Os resultados desta experiência foram significativos também na continuidade do cuidado. Entretanto, um desafio ainda a ser superado perpassa pelo maior alinhamento conceitual entre as políticas públicas de saúde e de assistência social para a atenção integral à saúde da população em situação de rua, assim como sua proteção social.

Recomenda-se que novas parcerias entre redes formais e informais de cuidado voltado à população em situação de rua sejam reproduzidas e adaptadas a cada realidade. Apesar dos desafios relacionados a demandas de rotina dos abrigos/hotéis sociais ligados aos serviços de assistência social, essa experiência apresenta-se de forma muito positiva para a integralidade do cuidado para pessoas em situação de rua.

Considera-se que o fortalecimento intersetorial dessa rede formal de cuidado – articulando consultório na rua, abrigos e hotéis sociais, equipamentos da área da saúde e assistência social – possibilitou não somente o acesso à saúde, assim como a integralidade do cuidado.

O atendimento à população em situação de rua na ausência do dispositivo do Consultório na Rua: uma articulação intersetorial no âmbito da pandemia de covid-19 no Rio de Janeiro

Coordenadoria Geral de Atenção Primária do Rio de Janeiro - Área de Planejamento 2.1 - Jane Cruz, Raquel Silva, Alexandra Amorim, Natália Muniz, Bruno Lopes, Elza Cristina, Juliana Pimenta, Solanne, Leandro Pacheco, Renata Teixeira, Cristiane Brasil, Vânia Nogueira, Rogério Vilella, Zilmar Saraiva, Karen Bello, Leandro, Luzia Seta, Angélica Souza e Lorene Donda.

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO RIO DE JANEIRO

INTRODUÇÃO A implementação da prática surge com a necessidade de discussão do caso de um adolescente que ficava em situação de rua e fazia uso abusivo de drogas. Desta forma, com o objetivo de elaborar um plano de cuidado para este adolescente foi formado o Grupo de Trabalho Intersetorial da Zona Sul, com a participação de equipes da Saúde Coordenadoria Geral de Atenção Primária do Rio de Janeiro - Área de Planejamento 2.1 e 2º Coordenação de Assistência Social do Rio de Janeiro (2º CAS).

METODOLOGIA Essa experiência se deu a partir da organização de um grupo de trabalho com diversos atores da saúde e da assistência social para o cuidado da população em situação de rua em uma área que não existia a equipe de Consultório na Rua. Com isso, as equipes que participavam inicialmente eram do CAPS Carim e Creas Maria Lina, que se reuniam semanalmente para elaborar esse cuidado. Logo depois, o Conselho Tutelar da Zona Sul também passou a integrar o grupo. O GT surge antes da pandemia e se reúne semanalmente, às terças-feiras, um dia antes das ações de abordagem com os seguintes objetivos: discussão dos casos, planejamento das ações de abordagem composta por todas as equipes do GT, elaboração do plano de cuidado dos usuários em situação de rua. Nestas reuniões as equipes listam todas as pessoas que necessitam de cuidados, seja por demanda espontânea, por meio de encaminhamentos da rede socioassistencial, encaminhamentos das promotorias, solicitação da ouvidoria (canal telefônico 1746) e das pessoas que

são identificadas por meio das abordagens realizadas por todos os equipamentos de saúde que compõem o GT. Inicialmente, a abordagem ocorria às quartas-feiras, mas as equipes sentiram a necessidade de incluir mais um dia para atuação da frente de trabalho. As abordagens são realizadas na parte da tarde, pois as equipes avaliaram que neste horário existe uma probabilidade maior de encontrar os usuários acordados.

DESCRIÇÃO DO RELATO Conforme planejamento, as equipes percorrem um roteiro estabelecido pelas ruas da zona sul para atender as pessoas em situação de rua. Na oportunidade dessa assistência, quando há necessidade de saúde, tentam levar o usuário ao atendimento na UBS próxima para referenciá-lo. Aqueles que não desejam ir ao serviço de saúde, o atendimento é realizado no mesmo momento da abordagem na rua. Entretanto, as equipes da assistência social, por meio de um planejamento secundário das equipes retornam ao local para que possa trabalhar sobre o eixo da sensibilização e vinculação, referenciando o usuário no equipamento mais próximo no qual ele fica em situação de rua. Apesar deste público ser itinerante, as equipes buscam este referenciamento como forma de conseguir sempre encontrar o usuário e assim conseguir manter o cuidado à saúde e o acompanhamento social no território que ele mais frequenta. A partir desse mapeamento territorial, são também programadas outras ações. As atividades do grupo de trabalho se intensificaram durante a pandemia, procurando atender tanto adultos quanto crianças e adolescentes.

A vacinação fez com que as ações se fortalecessem e ganhassem capilaridade. As equipes que compõem o GT e clínicas da família da região, elaboraram e organizaram planilhas no Google Drive que foram compartilhadas com todas as equipes de saúde da família, incluindo as informações do plano vacinal da covid-19 de cada usuário (data, tipo e local da vacina). Este instrumento foi criado devido os usuários não lembrarem ou perderem o comprovante de vacinação. Esta planilha foi elaborada a partir de uma outra planilha que as equipes também utilizam, que possui informações básicas do usuário (nome, data de nascimento, data e local de abordagem, data de vacinação, tipo de vacina, entre outras).

Além das ações de plano vacinal, por meio da abordagem intersetorial realizada em conjunto com as equipes da assistência social e saúde e do vínculo estabelecido entre as equipes e a população adulta em situação de rua, o GT também teve acesso a uma ocupação irregular de território, conhecida como “predinhos”, na comunidade da Santa Marta. Neste local, residem alguns dos adolescentes e população adulta em situação de rua que o GT atende durante as ações de abordagem da população em situação de rua no âmbito da pandemia.

Somado às ações nas ruas da zona sul da cidade e nos “predinhos”, a equipe elaborou um plano de atendimento para adolescentes que aceitassem ser acolhidos na Central Carioca (Central de Triagem e Recepção das Unidades de Reinserção Social da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro). Estas ações têm por objetivo dar continuidade ao plano de cuidado dos adolescentes que se encontravam em situação de rua. A equipe fica responsável em referenciar o adolescente na rede de atendimento do local de moradia da família (caso seja reinserido na família) ou da unidade no qual foi transferido (caso permaneça acolhido).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Os resultados observados a partir dessa articulação intersetorial do GT Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, podem ser descritos como: ampliação do acesso ao cuidado à saúde da população em situação de rua do território da CAP 2.1, mesmo sem uma equipe de consultório na rua no território; elaboração de um plano vacinal para a população que permaneceu em situação de rua durante a pandemia de covid-19;

fortalecimento da atenção e cuidado da população em situação de rua, que durante grande período da pandemia não teve cuidados em saúde por receio de solicitar atendimento nas unidades de saúde (alegavam que podiam pegar a doença); aumento do público de atendimento do GT, que ocorreu devido aos serviços de assistência social não pararem em nenhum momento para esta população, pelo contrário, ampliaram-se para o público adulto e, desta forma, o GT passou a atender à população adulta em situação de rua.

Os desafios dessa articulação e atuação do GT ocorreram nos momentos em que se percebeu a importância de promover a resolutividade do atendimento à população em situação de rua no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Outros pontos merecem destaque como a falta de banheiros públicos para que pudessem realizar sua higiene pessoal; a insuficiência de local de acolhimento público em locais centrais da cidade para acolhimento desta população; as ações coercitivas da segurança pública que motivaram o “sumiço” desta população. Durante alguns períodos de retorno, até mesmo para vacinar, as equipes não tiveram notícias dos usuários, o que ocasionou em não receberem a dose de reforço da vacina.

Como no auge da pandemia muitas instituições que ofereciam alimentação a este público deixaram de fazer a oferta, as equipes da saúde e da assistência social puderam observar que a falta de alimentação e a impossibilidade de oferecer comida ou algum alimento causou muito sofrimento aos profissionais. Além disso, em vários momentos ocorreu a redução das equipes devido ao contágio da doença provocada pela covid-19 e não era realizada a reposição destes profissionais causando acúmulo de trabalho para aqueles que estavam na linha de frente no cuidado da pandemia.

Por meio das demandas que são apresentadas às equipes, e por consequência dos atendimentos realizados, podemos perceber que o trabalho desenvolvido possui como característica a transversalidade do cuidado para pessoas em situação de rua, pois foi possível a identificação de múltiplas expressões da questão social, problemas sociais vinculados à extrema pobreza e a vulnerabilidades sociais, incluídas como problemas de saúde existentes. Estas demandas

estão ligadas a uma visão de integralidade, que constitui a base para a intersetorialidade. Podemos perceber que ações intersetoriais não são apenas um experimento na gestão pública, mas que podem se constituir como uma práxis de governo. Essas discussões, a cada dia, têm suscitado grande debate entre as equipes e por mais que tenhamos interferências internas e externas, é necessário investir na implementação destas práticas intersetoriais nos processos de trabalho das equipes participantes.

Esta prática pode e deve ser replicada por muitas equipes de saúde e assistência social, de forma intersetorial. Na maioria das vezes é muito mais um esforço das equipes de profissionais do que da própria gestão governamental. Seria importante que a política pública pudesse aumentar a implementação de práticas como estas, elaboradas através do esforço incansável das equipes, e que possam se constituir, em um futuro bem próximo, como uma *práxis* de governo.

Implantação de um equipamento híbrido de acolhimento para pessoas em situação de rua sintomáticos respiratórios no município de São Paulo. O CAE COVID II Pelezão

Maria Luiza Franco Garcia, Patricia Evangelista de Faria Ferraz, Katia Muniz Amirati, Rhavana Pilz Canonico, Arlindo Frederico, Maria Isabel Capinan e Tuane Rossatto.

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO SÃO PAULO

INTRODUÇÃO O motivador da ação foi a necessidade da criação conjunta de um protocolo de trabalho e maior integração entre equipes da saúde e da assistência social para o funcionamento da unidade híbrida para pessoas em situação de rua e em acolhimento social do município de São Paulo com suspeita de covid-19.

Os principais recursos mobilizados foram as parcerias com a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer que cedeu o ginásio e outras dependências para alocar as 100 vagas do CAE COVID II Pelezão, a equipe contratada pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), conveniado com a Organização CRDC (Centro de Referência e Desenvolvimento Comunitário Correia), a qual faz o gerenciamento da estrutura e houve a contratação de cerca de 30 profissionais de diversas áreas, como enfermagem, psicologia, assistência social, equipe de apoio e motoristas.

DESCRIÇÃO DO RELATO Trata-se de um equipamento da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), conveniado com a Organização CRDC (Centro de Referência e Desenvolvimento Comunitário Correia), tendo o público-alvo pessoas em situação de rua e em acolhimento social do município de São Paulo com suspeita de covid-19 e processo de investigação diagnóstica, com quadro clínico estável.

A abertura do Centro de Acolhida Emergencial COVID II (CAE Pelezão) se deu em meados de março de 2021, quando houve aumento de

casos confirmados de covid-19, bem como dos sintomáticos respiratórios na cidade de São Paulo, assim havia urgência em poder isolar, investigar e tratar as pessoas em situação de rua. O serviço é exclusivamente para usuários que possuam autonomia para suas atividades diárias de autocuidado, funcionava 24hs por dia, com oferta de acolhimento, alimentação, higiene, bem como acompanhamento de saúde integral aos pacientes acolhidos.

Durante a implantação, montagem do espaço, contratação e organização das equipes de assistência social e saúde iniciou-se uma série de reuniões semanais para construção de fluxo, treinamento e protocolos comuns e específicos para o funcionamento e convivência de todos. Semanalmente, de acordo com as possibilidades das interlocuções, a Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros se reunia com a equipe de coordenação do Centro Emergencial Covid I, da Coordenação de Pronto Atendimento Social, da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social para discutir os processos de trabalho das equipes, alinhando fluxos e necessidades.

Uma vez ao mês, a CRS Oeste, STS Lapa/Pinheiros, coordenação de CPAS, coordenação da organização parceira da Saúde (Bom Parto), e equipe técnica do serviço se reunia para discutir os processos de trabalho. A Supervisão Técnica de Saúde acompanhava o funcionamento do Centro de Acolhimento Emergencial, em parceria com a instituição parceira Bom Parto, por meio do grupo de WhatsApp, visitas técnicas presenciais, e discussões de casos com a equipe de saúde local, a fim de prover

apoio na logística e disponibilização de insumos e recursos para andamento adequado do trabalho. A interlocutora de assuntos relacionados à saúde da PSR da STS Lapa/Pinheiros acionava a interlocução da CRS Oeste sempre que necessário, a fim de garantir apoio, articulações e definição de fluxos no espaço, ou, ainda, a necessidade de diálogo com a Secretaria Municipal de Saúde.

Muitos foram os desafios encontrados pelos profissionais envolvidos nos atendimentos do “Pelezão”, como, por exemplo, o manejo de sintomas de abstinência nos pacientes, que se encontravam em isolamento, descompensações de quadros de pessoas com transtornos mentais, que eram encaminhadas para o equipamento sem suas medicações de uso regular, manejo de brigas e desentendimentos dentro do equipamento, por vezes decorrentes da irritabilidade causada pelo isolamento social, tensão relacionada ao diagnóstico, tempo de espera do resultado de exame, proibição de saída do equipamento social, para passeio, busca de cigarro, alimentos, entre outros motivos.

A REDE Rua do território iniciou a articulação para apoiar o funcionamento deste equipamento, e o CAPS III Adulto Lapa passou a realizar grupos semanais dentro do serviço, a fim de realizar escuta ativa e acolhimento para os mais diversos sofrimentos que surgissem, orientar os pacientes sobre o trabalho realizado nos CAPS, discutir projetos de vida, importância do isolamento social e confirmação diagnóstica, entre outros.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Como principal resultado destes processos de trabalho foi possível construir um protocolo de Cuidado em Saúde no Centro de Acolhida, além de um painel online com informações atualizadas, tanto pela equipe de assistência social como pela equipe de saúde.

Com a implantação do Centro de Acolhimento Emergencial COVID II Pelezão foi possível reduzir a transmissibilidade do coronavírus, prevenir complicações e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade das pessoas em situação de rua. Todavia, ressaltamos que o trabalho desenvolvido evidenciou a importância da comunicação intersectorial, ferramenta fundamental no cuidado junto à população em situação de rua. Esse processo de articulação requer esforços e flexibilização de ambos os setores, saúde e

assistência social e, portanto, encontros frequentes entre ambas as secretarias, gestores e profissionais foram necessários para alinhamento do processo de trabalho em conjunto. O aprendizado foi significativo para todos os envolvidos, considerando a troca de conhecimentos e os encaminhamentos elaborados conjuntamente após discussão durante os encontros. O processo de trabalho intersectorial requer mediação frequente o que é positivo e saudável, tornando-se um exemplo de prática a ser incorporada no cotidiano de trabalho junto à população em situação de rua.

Ação intersetorial integrada na assistência à população em situação de rua no enfrentamento à covid-19 na cidade de São Paulo

María Luiza Franco Garcia e Silvana Kamehama.

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO SÃO PAULO

INTRODUÇÃO O município de São Paulo, com mais de 12 milhões de habitantes, possui 31.884 pessoas em situação de rua, segundo Censo 2022, realizado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMADS). O Decreto Federal nº 7.053/2009 considera a população em situação de rua, o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. Considerando a alta vulnerabilidade desta população e para ampliar o acesso destas pessoas à Rede de Atenção em Saúde (RAS), a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) conta com 26 equipes de Consultórios na Rua e seis equipes Redenção na Rua.

DESCRIÇÃO DO RELATO Com o decreto municipal que declara emergência no município de São Paulo em decorrência da pandemia de covid-19, a SMS e SMADS intensificaram as ações conjuntas para assistência às pessoas em situação de rua. A SMS elaborou documentos de orientação sobre a covid-19 e recomendações técnicas de higiene e limpeza para enfrentamento da pandemia. A SMADS, em parceria da SMS, implantou o centro de acolhida específico para isolamento de suspeitos/confirmados da covid-19. Locais com acompanhamento em saúde das equipes do consultório na rua e realização de coleta de exames PCR para diagnóstico de covid-19. Estes locais foram vistoriados por profissionais da SMADS e SMS (Atenção Básica e Vigilância em Saúde) para adequado abrigamento e acompanhamento. A SMS, em parceria com SMADS, elaborou fluxo de atendimento às pessoas em

situação de rua com suspeita de covid-19, considerando as características desta população, com encaminhamentos e transporte, entre os equipamentos de saúde e assistência social.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Apresentamos resultados impactantes nas atividades intersetoriais, como a intensificação na busca de sintomáticos de covid-19, para diagnóstico precoce e encaminhamento para isolamento em tempo oportuno. As equipes do Consultório na Rua e Redenção na Rua realizam visitas diárias aos centros de acolhida para orientação aos funcionários e usuários, busca ativa de sintomáticos com avaliação em saúde e encaminhamento, se necessários, e vacinação da contra a covid-19. Em relação à produção, nesse período observamos o número elevado de cadastros e abordagens às pessoas em situação de rua, com 283.027 consultas médicas e de outros profissionais. Desses dados, vemos 656.964 questionamentos para sintomáticos, com 3.842 usuários suspeitos e 964 diagnosticados com covid-19. Em relação às vacinas aplicadas, estamos apresentando boa adesão, até o momento com 76% de cobertura de imunização completa.

As ações conjuntas intersetoriais no enfrentamento da covid-19 estão sendo importantes para ações preventivas como a adesão à vacinação. Em relação aos casos suspeitos e confirmados com covid-19, viabiliza a tomada de decisão, diagnóstico precoce e isolamento em tempo oportuno. Com essas ações, as equipes fortaleceram o acompanhamento e vínculo com as pessoas em situação de rua. Em relação às outras patologias transmissíveis, as equipes intensificaram testagens para infecção sexualmente transmissível, baciloscopia para tuberculose e continuidade para tratamento.

112

Sistema de Informação, Comunicação e Gestão de Banco de Dados no Cuidado à População em Situação de Rua: Pactuação Intersectorial para a Construção de Alternativas Inovadoras em Vila Velha

Participaram da construção da prática, os membros da equipe do Consultório na Rua de Vila Velha e a equipe do Serviço Especializado em Abordagem Social de Vila Velha, bem como, tutores do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde vinculados à equipe do Consultório na Rua e/ou aos seus profissionais. Os membros da Equipe do Consultório na Rua são: Emilene Gomes Monteiro, Gabrielle Rivas de Albuquerque Lins, Henrique Coutinho Moreira, Ildeth de Jesus Souza Barbosa Milcilia Santos Soares, Mylena Santos de Oliveira, Sandra Rocha Silva Roen e Diogo Machado Soares dos Reis, sendo este último o responsável técnico pelo projeto e autor do registro.

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO ESPÍRITO SANTO

INTRODUÇÃO A necessidade de incrementar a resolutividade, eficiência e eficácia da atuação dos agentes públicos, assim como melhoria no acesso a direitos pela população assistida é o principal nó-crítico e motivador da proposta. Trata-se da união entre as necessidades de uma equipe de atenção à saúde da população em situação de rua e a percepção de que soluções desenvolvidas e executadas mediante o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação poderiam ser suficientes e, assim, deveriam ser estudadas e prototipadas.

METODOLOGIA O andamento do projeto ocorreu mediante a aplicação de diversos instrumentos metodológicos e organizacionais, podendo-se dividir as etapas e ferramentas em cinco momentos:

1. Apresentação e Aprovação de Premissas (tese): a primeira atividade desenvolvida correspondeu a uma reunião ordinária com trâmites habituais para apresentação de duas hipóteses complementares à equipe do Consultório na Rua de Vila Velha. O objetivo deste momento é que tais premissas fossem ou não validadas como tese, sendo elas: "TICs são uma alternativa viável na organização de fluxos de trabalho mais produtivos, ágeis e estratégicos" e "O consultório na rua e adjacências setoriais possuem arestas nos processos de trabalho que podem ser sanadas com soluções em TICs".

2. Problematização e Proposições sobre a Realidade: iniciou-se o processo de discussão de quais seriam as melhores ferramentas e instrumentos e quais seriam os fluxos cabíveis de qualificação mediante ações do projeto. Os principais métodos aplicados foram a problematização (sob um recorte Matusiano)¹, a Tempestade de Ideias e, para a organização dos produtos, o Metaplan². Também foram utilizados instrumentos para manter os produtos propositivos dentro do escopo de ações do equipamento e, ao mesmo tempo, de seus limites de governabilidade: o Triângulo de Poder, de Carlos Matus, foi exaustivamente citado como parâmetro para a avaliação da viabilidade primária das premissas. Os problemas e respectivas propostas de fluxo em TICs trazidos pela equipe nessa fase foram organizados em instâncias temáticas de acordo com suas afinidades organizacionais de modo a criar o primeiro diagrama funcional do que futuramente viria a ser a estrutura do Sistema de Informação, Comunicação e Gestão de Banco de Dados.

3. Mapeamento de Atores Diálogo Intersectorial: mapeamento de quais seriam os atores envolvidos em cada um dos processos, que foram convidados a dialogar no sentido de referendar ou não os produtos até então obtidos e, sobretudo, para firmar parcerias quanto ao uso das ferramentas durante o período de avaliação do protótipo.

113

4. Modelagem Teórica: responsável pela construção do projeto executivo voltado à descrição minuciosa do Sistema, conforme definido nas etapas anteriores. Essa etapa correspondeu a dois movimentos: a) capacitação/atualização do profissional que assumiria o desenvolvimento técnico do protótipo, sobretudo quanto à programação, gestão de dados e bancos de dados, desenvolvimento de interfaces digitais; e b) formalização de documento com aspectos relacionados à finalidade, estrutura, segurança e usabilidade do Sistema.

5. Modelagem Prática/Prototipagem: corresponde a todo o processo envolvido na estruturação real do protótipo de Sistema, desde a programação do Sistema em si até o contato dos profissionais para testagem/avaliação/readequação. O protótipo não foi, nessa etapa, testado diretamente no cenário de práticas devido a limitações ainda existentes sobre a validação de seu uso pela gestão municipal. O contato dos profissionais com a ferramenta foi, de qualquer forma, necessário e produtivo para alimentação de um método de prototipação iterativo incremental de desenvolvimento do Sistema. Tal abordagem assegura que o processo de prototipação seja entendido como uma sucessão de iterações (ciclos) voltados à incorporação de incrementos (módulos funcionais) conforme o Sistema é desenvolvido/programado ao longo do tempo. Dessa forma é possível realizar uma prototipação gradual mediante diversas iterações, cada qual chegando ao fim com a entrega de um protótipo já operável e passível de novas mudanças/incorporações (incrementos) nas próximas “rodadas” (iterações) de desenvolvimento.

Embora trate-se de um projeto voltado às tecnologias digitais, o principal recurso e ativo empregado foram os profissionais. As fases foram desenvolvidas mediante a participação dos profissionais do Consultório na Rua e das redes de atenção à saúde e assistência social. Foram utilizados os espaços já previstos no processo de trabalho para a discussão entre a equipe e os equipamentos intersetoriais, mediante o emprego de tecnologias leves e insumos básicos, como recursos humanos, papel, caneta e computador para digitação e organização dos processos em editor de texto simples.

DESCRIÇÃO DO RELATO No primeiro semestre de 2021, a equipe do Consultório na Rua iniciou um processo de reavaliação de

seus fluxos de trabalho, diferente de outros equipamentos da atenção primária. Os membros da equipe do Consultório na Rua acabam sendo condutores de uma série de processos intersetoriais e gerenciais que exigem não apenas uma organização ímpar, mas também esforços coordenados. A questão era investigar quais os principais problemas estratégicos e, a partir desse diagnóstico, delimitar soluções compatíveis. A constatação diagnóstica foi nítida: não havia, necessariamente, uma sobrecarga de processos de trabalho sobrepostos ou de demandas. O que ocorria era que os fluxos resolutivos eram dispersos e extremamente heterogêneos. Uma coisa se resolvia necessariamente por e-mail, outras eram registradas à mão em livros de ata e outras eram desenvolvidas mediante o uso de ferramentas informais como os aplicativos de mensagens pessoais e chamadas telefônicas. O grande paradigma organizacional passou a ser, então, a definição de uma estratégia de centralização de fluxos de trabalho de modo que os trabalhos da equipe, sobretudo os relacionados à gestão do serviço, fossem desenvolvidos sob algum tipo de ambiente centralizado. Surgiu aí a perspectiva de utilizar as Tecnologias de Informação e Comunicação como solução possivelmente definitiva para esse dilema. Assim concretizou-se, no início do segundo semestre de 2021, a discussão sobre criar uma plataforma digital para concentrar, organizar e automatizar uma série de processos e fluxos desempenhados pela equipe. Nesse momento ocorreram os dois primeiros passos metodológicos: o Lançamento e Aprovação das Premissas, a Problematização e Proposições sobre a Realidade e o Mapeamento de Atores Diálogo Intersetorial.

A primeira conclusão de relevância foi a identificação das Tecnologias de Informação e Comunicação como uma solução para diversos problemas identificados. A primeira hipótese aventada foi buscar formas de redirecionar os fluxos de trabalho para sistemas de informação já disponíveis, qualificando e intensificando seu uso. A percepção quanto a isso foi inicialmente frustrante. Notou-se que, ainda, se mantém a sobreposição de iniciativas de cunho central que sobrecarregam a rede e os sistemas com atividades de registro e consolidação para fins técnicos e administrativos – e não necessariamente com o objetivo de integrar e unificar fluxos e pro-

cessos de trabalho dos equipamentos de saúde. Embora a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA) constitua um importante passo para a interrelação de dados, não se pôde deixar de notar que os Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde brasileiros ainda têm interoperabilidade restrita. A solução encontrada foi, portanto, projetar um sistema digital diretamente baseado nas necessidades da equipe.

Era evidente que a ferramenta buscada pela equipe teria que ser construída por ela mesma. Iniciou-se, então, uma investigação sobre as possíveis perspectivas técnicas para o desenvolvimento da solução. Partiu-se, então, para um raciocínio essencialmente técnico e que precisou ser aprofundado que foi o de Modelagem Teórica e a iniciativa transformou-se em Projeto de Intervenção de um dos profissionais do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi).

Quanto à estrutura, definiu-se quais seriam os principais processos que deveriam ser abordados para assegurar o sucesso da iniciativa. Cada um deles tornou-se uma espécie de “módulo funcional teórico”. Neste momento já estavam disponíveis e organizadas todas as informações necessárias à prototipação real do Sistema, que foi batizado de E-CnaR. Iniciou-se, então, já no segundo semestre de 2021, o desenvolvimento e programação da plataforma.

O momento de Modelagem Prática/Prototipagem envolveu atividades de maior complexidade técnica e que só puderam ser desenvolvidas devido a conhecimentos prévios do profissional que assumiu a responsabilidade técnica do Sistema. Conforme o Sistema era programado e construído mantinha-se a interlocução com a equipe do Consultório na Rua, de modo que fossem sujeitos ativos da construção. O Sistema não veio das atividades do responsável técnico, mas através dessas atividades. Tal etapa envolveu uma série de testes de uso pelos pretendidos usuários finais, geralmente iniciados ao fim dos ciclos de programação e mantidos abertos de forma que a reavaliação de todo o protótipo do E-CnaR se mantivesse perene. Uma vez obtido o protótipo válido e finalístico do Sistema em março de 2022, chegou-se a um novo projeto que atualmente segue em andamento (maio de 2022). Trata-se do processo comercial realizado com a gestão municipal visando, idealmente, a possibilidade de uso do protótipo em testes aber-

tos e vinculados ao cenário real de prática. Tem-se programado, adicionalmente, prospecções quanto ao interesse de equipes de outros municípios em tornar o E-CnaR um modelo de Sistema regional.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Obteve-se, a partir de todo o processo de modelagem teórico seguido da prototipação, um modelo real, executável, adaptável e replicável de Sistema de Informação, Comunicação e Gestão de Bancos de Dados voltado à centralização de uma série de processos de trabalho em uma única plataforma digital. Uma vez testado pelos profissionais em situações e ambientes controlados, o Sistema batizado de E-CnaR mostrou-se como ferramenta potente na qualificação e otimização de processos de trabalho, de seus respectivos registros e de seus caminhos intersetoriais, quais sejam:

Registro padronizado, indexado e pesquisável de atividades diárias, ocorrências e demais fatos de relevância para a equipe;

Criação de um banco de dados voltado à gestão de demandas advindas de outros equipamentos da rede, com destaque à interlocução com a rede de assistência social;

Gestão centralizada de insumos, inclusive mediante o uso da ferramenta para a centralização de solicitações de materiais de trabalho;

Organização de referenciais teóricos como legislação, manuais, protocolos e similares, assim como de documentos da equipe em uma biblioteca segura e acessível mediante o uso de credenciais de acesso para hierarquizar a disponibilidade de arquivos entre usuários do Sistema com diferentes perfis;

Garantia de espaços de comunicação centralizada entre os membros da equipe, assim como com outros atores intersetoriais responsáveis pelo cuidado à população em situação de rua, mediante módulos de chat privado, fóruns e grupos temáticos.

Em definição, por fim, obteve-se como produto um protótipo viável de um Sistema de Informação, Comunicação e Gestão de Bancos de Dados com estrutura modular destinado aos membros da equipe do Consultório na Rua, primariamente, e aos demais atores que estabelecem interlocução com a citada equipe.

Com a finalidade de otimizar e padronizar fluxos do processo de trabalho de forma segura e eficiente e, ao mesmo tempo, amplificar as possibilidades de resolutividade e produção de novas soluções digitais, o Sistema foi adequadamente testado e verificado no período de prototipação conforme planejado.

O uso de Tecnologias da Informação e Comunicação, além do uso de ferramentas digitais para a gestão de grandes conjuntos de dados e seus respectivos fluxos, é realidade imperativa nos mais diversos setores da sociedade mediante argumentos ligados à segurança, otimização de processos de trabalho e produtividade. Conseguimos verificar ao longo da experiência aqui relatada o quanto as tecnologias digitais podem ser trabalhadas por setores considerados “da ponta” da rede de atenção à saúde de força orgânica, competente e voltada para a obtenção de resultados satisfatórios.

O poder fazer percebido ao longo do desenvolvimento do E-CnaR também permite inferir que diversos processos para os quais as equipes acreditem não ter qualificação podem ser sustentados mediante a construção de viabilidade e incremento da governabilidade. Tendo correspondido a um projeto de complexidade importante e escopo desafiador, é provável que o desenvolvimento do Sistema também tenha reconfigurado alguns limites relacionados à tolerância frente à mudanças e novidades na equipe de forma extremamente positiva.

Deve-se considerar, adicionalmente, que o perfil de atividades e organização da equipe de Consultório na Rua pareceu muito mais receptivo ao desenvolvimento do projeto do que espaços em que os processos de trabalho têm uma conformação mais rígida e programática. Parece provável que a replicação de uma iniciativa congênere em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, exigiria movimentos mais pronunciados no sentido de alterar rotinas, correlacionar interesses de outros atores e manter consensos entre toda a equipe.

Independente do esforço institucional necessário, entretanto, a realização de projetos voltados ao estudo e implantação de soluções digitais protagonizados pelos profissionais que farão uso delas é atividade de enorme potencial produtivo e capaz de sanar muitos gargalos, vícios e imprecisões nos processos de trabalho.

NOTAS

1. MATUS, C. Política, Planificação e Governo. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993.
2. MARKUS BROSE (org) Metodologia Participativa: Uma Introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. pp. 25 – 40.

A intersectorialidade a serviço da garantia de saúde mental para a população em situação de rua de Campo Grande

O projeto é resultado de uma série de reuniões realizadas no ano de 2019, entre Defensoria Pública da União (DPU), Defensoria Pública do Estado (DPE), Ministério Público do Estado (MPE), Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS). O registro foi feito por Lesly Lidiane Ledezma Abastoflor.

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO MATO GROSSO DO SUL

INTRODUÇÃO Em Campo Grande, no MS, houve aumento significativo de pessoas em situação de rua apresentando transtornos mentais severos, e que não aderem aos serviços já disponibilizados pela assistência social e pela saúde do município, Serviço de Abordagem Social (SEAS) e o Consultório na Rua, respectivamente. Em decorrência disso, essas pessoas continuavam em situação de rua e expostas a todo tipo de violações de direitos. Nesse sentido, identificou-se a necessidade de ações estratégicas mais efetivas que assegurassem os direitos dessas pessoas que demandam cuidados em saúde mental.

METODOLOGIA Considerando as deliberações das reuniões ocorridas, em 2019, entre os atores da rede de atendimentos, a SESAU, por meio da Coordenadoria em Saúde Mental, apresentou o citado projeto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), sendo inserido no Plano Anual de Saúde 2020/2021, como atividade de expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No mesmo ano, 2019, a SAS apresentou o projeto no Seminário de Boas Práticas na Assistência Social, evento realizado em alusão à Semana Nacional de Assistência Social. Em 2020, o Projeto foi inserido no Plano de Ação Anual do Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop), passando a ser executado em 2021.

A equipe é composta de médico, médicos residentes, técnico/a de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos/as, motorista e as coordenações dos Serviços de Saúde Mental (SESAU), e da Gerência da Rede de Proteção Social Especial de Média Complexidade (SAS). Quanto aos recursos materiais são utilizados produtos de higiene pessoal, luvas e máscaras

descartáveis, álcool líquido e em gel, capote hospitalar descartável, face shield, materiais e mobiliário de escritório, salas de atendimento, veículo do tipo utilitário com capacidade para até 07 pessoas e aparelho de telefone celular.

DESCRIÇÃO DO RELATO As abordagens acontecem pelo menos duas vezes por semana, considerando requisições de atendimentos emitidos pelos diferentes serviços da rede de atendimento e sistema de garantia de direitos, bem como a partir de denúncias da população. A equipe se desloca em busca ativa até os locais em que essas pessoas costumam ocupar e por meio do atendimento intersectorial e multiprofissional, realizam escuta qualificada e tentativa de construção de vínculos a fim de facilitar o encaminhamento para os atendimentos prioritários de saúde e assistência social, conforme consentimento do usuário. Se mesmo após diversas tentativas de vinculação entre a equipe e o usuário não for possível a adesão aos tratamentos e intervenções disponíveis, a equipe poderá solicitar ao Ministério Público Estadual, a internação involuntária desse indivíduo. O trabalho social envolve o acesso a benefícios socioassistenciais e a busca por familiares objetivando o estudo de possibilidades de reinserção familiar e comunitária. Não havendo a possibilidade de reintegração familiar, o usuário poderá ser acolhido em residências terapêuticas. Aqueles que não possuem documentação são encaminhados para o Exame Papiloscópico do Estado do Mato Grosso do Sul. Não sendo possível identificação do indivíduo, será solicitado à Polícia Federal uma pesquisa nacional para investigação de registros, se, ainda assim, não for possível nenhuma localização, será encaminhado relatório ao Ministério Público e Defensoria Pública,

solicitando a Certidão de Nascimento Tardia e demais documentações. Os profissionais que compõem essa equipe multiprofissional de atendimento recebem capacitação contínua buscando garantir qualidade e atualização na oferta desse serviço.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO A implantação e execução do Projeto Atenda têm possibilitado oferecer um atendimento com maior eficácia porque possui um protocolo de atendimento muito bem alinhado e articulado entre as principais políticas públicas envolvidas, no caso, a saúde e a assistência social. Entre os resultados, podem ser citados a oferta de um atendimento qualificado e especializado voltado para pessoas com a saúde mental fragilizada e em situação de rua; maior adesão aos tratamentos indicados; maior inserção desse público na rede de atendimento; maior chance de reinserção familiar e fortalecimento da intersetorialidade.

O projeto tem oportunizado um acompanhamento mais humanizado e menos burocrático, garantindo que essas pessoas acessem seus direitos e possam se restabelecer com cidadania e dignidade, seja retornando ao lar familiar ou sendo inserido em acolhimento institucional especializado. O Projeto Atenda é uma intervenção exitosa e motivo de orgulho para os profissionais envolvidos porque demonstra, de forma prática, a relevância fundamental que a intersetorialidade tem sobre a qualidade dos serviços e, conseqüentemente, na transformação de vidas dos atendidos.

É possível conhecer mais sobre o Projeto Atenda e outros debates sobre população em situação de rua ouvindo o **Podcast Refúgios e Caminhos**, organizado pela ComPAPS Mato Grosso do Sul.

A importância da integração do Consultório na Rua com o Centro de Apoio à Pessoa em Situação de Rua, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social e a Vigilância Epidemiológica em Rio Verde

Carolina Cunha Guimarães, Aline da Mata de Jesus, Ozana Moreira das Neves, Raquel Nogueira Salviano, Cibelle Tavares de Oliveira Freitas e Jeová David Ferreira, com a colaboração de Jacqueline Rosa Pereira, Maria Rosa de Oliveira e Liviston da Silva Moraes.

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO GOIÁS

INTRODUÇÃO Rio Verde é uma cidade localizada no sudoeste do estado de Goiás, conhecida nacionalmente por sua forte economia. Com o avanço do crescimento econômico muitas pessoas migram para o município na esperança de obter mais e melhores oportunidades de trabalho e qualidade de vida. Porém, muitos não conseguem emprego, desencadeando assim o aumento da pobreza e de pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social. Durante a pandemia, houve um significativo aumento dessa população na cidade. O Centro Pop tem 496 pessoas cadastradas como moradoras em situação de rua. Devido à pandemia fez-se necessária a implementação de práticas de cuidado à saúde para essa população que pudessem auxiliar na imunização contra a covid-19, haja visto que pessoas que vivem em situação de rua dificilmente procuram os serviços da saúde. Para tanto, a equipe do Creas e da Vigilância Epidemiológica uniram forças para realizar a vacinação, e, em momento posterior, o Consultório na Rua e o Centro Pop passaram a compartilhar a atenção no cuidado integral à saúde das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Em 2021, o Consultório na Rua foi implantado em Rio Verde sob uma abordagem multiprofissional, realizando atendimentos mais acolhedores e de forma itinerante com ações compartilhadas e sob o matriciamento com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) local. Dentro desse apoio matricial, destaca-se a relevância da integração do Consultório na Rua com

Centro Pop, o Creas e a Vigilância Epidemiológica, uma vez que, enquanto o primeiro realiza acolhimento e disponibiliza um local para higiene pessoal e alimentação, o segundo disponibiliza serviços socioassistenciais e o terceiro realiza a oferta de vacinas.

METODOLOGIA Trata-se de um relato de experiência com delineamento descritivo, sem grupo controle, vivenciada pela equipe multiprofissional do Consultório na Rua de Rio Verde. A experiência relatada aborda as ações de integração do Consultório na Rua com o Centro Pop, com o Creas e Vigilância Epidemiológica, a partir da interação dos seus serviços. O processo para imunização das pessoas em situação de rua deu-se a partir da união de forças entre Creas e Vigilância Epidemiológica, onde o primeiro realizava as abordagens sociais de modo itinerante, e o segundo efetuava a vacinação.

DESCRIÇÃO DO RELATO Em novembro de 2021, a equipe do Consultório na Rua teve seu primeiro contato com a equipe do Centro Pop, com a finalidade de conhecer essa instituição, o seu funcionamento e de buscar estabelecer apoio matricial, bem como apresentar suas propostas de atenção à saúde da população em situação de rua. Diante disso, conseguiu-se o ganho de vínculos profissionais entre o Consultório na Rua e o Centro Pop, permitindo à equipe do Consultório levar o cuidado em saúde às pessoas em situação de vulnerabilidade de maneira mais integral. Pactuou-se

a realização de atendimentos semanais, realizados sempre às quintas-feiras, das 08:30 às 12:00 horas, pela equipe do Consultório na Rua dentro do Centro Pop. Durante os atendimentos, inicialmente, é realizado o acolhimento a todos os usuários, no qual são levantadas informações sobre dados pessoais, local de maior permanência e suas principais queixas relacionadas à saúde. A partir de então são realizadas consultas com diversas categorias profissionais e procedimentos, como aferição de sinais vitais e curativos, além de encaminhamentos a centros de especialidades. Ainda são realizados atendimentos sociais para a retirada de segunda via de documentos e viabilização de benefícios. Além da integração com o Centro Pop, a equipe do Consultório na Rua também integrou-se ao Creas. A partir desse vínculo contatou-se a Vigilância Epidemiológica e pactuou-se a imunização dessa população, através da vacinação itinerante, onde a assistente social do Creas realizava as abordagens oferecendo os serviços da assistência social (albergue/alimentação) e ofertava a vacinação contra a covid-19, bem como orientações sobre a doença e medidas de prevenção. Essa integração possibilitou a troca de informações do histórico social do usuário com a equipe do Consultório na Rua, garantindo um maior desempenho laboral que repercutiu na humanização e melhoria no cuidado à saúde.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO A integração do Consultório na Rua com o Centro Pop, o Creas e a Vigilância Epidemiológica resultou em uma significativa contribuição para melhor desempenho no cuidado em saúde da população em situação de rua, de maneira integral, humanizada e multidisciplinar, uma vez que proporcionou tanto assistência à saúde quanto à assistência social, contribuindo também para a vacinação contra a covid-19. Destaca-se que essa integração foi fortalecida com a contribuição dada pela Educação em Saúde, influenciando os profissionais da equipe do Consultório na Rua e de ambos os centros, a construir um olhar mais humanizado à população em situação de rua e em estado de vulnerabilidade. Portanto, contribuiu para a quebra de barreiras e preconceitos.

O Consultório na Rua de Rio Verde conseguiu realizar atendimentos e procedimentos no Centro de Apoio à Pessoa em Situação de Rua, nas áreas médica, psicológica e de enfermagem, encaminhamentos para diversos

pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, conforme a necessidade de cada usuário, além de orientação social. O Creas, por sua vez, contribuiu na troca de informações relacionadas às pessoas em situação de rua e proporcionou suporte para eventuais necessidades sociais de cada usuário. Salientamos que, o cuidado compartilhado do Creas juntamente com a Vigilância Epidemiológica foi de extrema importância, pois com o vínculo já estabelecido, a vacinação pode ir até o local onde essa população permanece nas ruas, facilitando o alcance às vacinas das pessoas em situação de rua.

Estratégia interinstitucional para realização censo da população em situação de rua no município de Porto Velho

Giovany dos Santos Lima, Maria do Socorro Leite, Raony Gomes Ferreira, Laísy de Lima Nunes, Larissa Adjane M. Cardoso Cavalcante, Eliton Fellini Pereira, Cecília Luiza Damaceno Correa Fabri e Iolanda do Remédio Souza Silva.

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO RONDÔNIA

INTRODUÇÃO O município de Porto Velho viu sua população em situação de rua aumentar em um reflexo de muitos imigrantes vindos da Venezuela e outros países vizinhos da América Latina e com a perda de emprego e renda aceleradas pela pandemia de covid-19. O último censo dessa população no município de Porto Velho foi realizado em 2016. Conhecer o tamanho da população em situação de rua e ter uma fotografia dela, sobre o motivo que a levou às ruas, é fundamental para ter indicadores que ajudarão no atendimento às pessoas fragilizadas socialmente, bem como, a traçar metas de trabalho, especialmente, para tentar tirá-las das ruas. Com isso, a Secretaria Municipal de Assistência Social e da Família (SEMASF) organizou o censo da população em situação de rua, com o apoio de outras organizações, tendo como slogan "Vidas nas ruas importam".

DESCRIÇÃO DO RELATO A pesquisa censitária denominada de Censo Rua 2021 teve por objetivo obter a contagem oficial e atualizada do número de pessoas em situação de rua da cidade de Porto Velho - RO. De forma sistematizada, buscou-se compreender aspectos que perpassam a vivência desse grupo populacional e como se dá o acesso aos – ou, no caso, a falta de – direitos básicos, como saúde, educação, segurança alimentar e outros.

Foi estabelecida uma parceria entre a Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e a SEMASF para que fosse possível a realização do Censo Rua 2021 em Porto Velho - RO. Foram estruturados grupos de trabalho para a coleta e análise de dados obtidos. Antes da saída a campo, durante o mês de junho, foi ministrado,

pela equipe de Serviço Especializado de Abordagem Social da SEMASF, um curso de treinamento destinado à equipe de pesquisa, para apoiá-los na obtenção de informações como o tempo de "realização", faixa etária, identidade de gênero e período de estadia em Porto Velho. Com duração de três dias, realizado no auditório central da UNIR, participaram servidores da SEMASF, docentes e estudantes de graduação da UNIR e do Centro Universitário São Lucas e outros voluntários, incluindo usuários do serviço de acolhimento institucional para pessoas em situação de rua, que aceitaram contribuir como parte da equipe para levantamento dos dados.

De forma metodologicamente planejada, ao longo do ano de 2021, foi realizada a construção do questionário de aplicação que, por ser o principal instrumento da pesquisa, passou por revisões para chegar em sua versão final. É preciso destacar que a pesquisa não incluiu questões referentes a cor e raça, cabendo a investigações futuras o levantamento desse dado de extrema importância. Esse primeiro momento também foi marcado pelo estabelecimento de parcerias entre instituições de ensino, secretarias e redes de serviço, que participaram de um treinamento destinado à equipe de pesquisa.

Após o período de organização, a aplicação do Censo Rua ocorreu durante os meses de agosto e setembro de 2021, quando a equipe percorreu pontos estratégicos, já conhecidos por sua grande concentração da população em situação de rua, conversando e oferecendo atendimentos em saúde, ofertados pela equipe do Consultório na Rua, além da oportunidade

de participação na pesquisa. Foi utilizado um questionário, elaborado pela equipe do Serviço Especializado em Abordagem Social (SE-MASF), juntamente com discentes e docentes do curso de psicologia do Centro Universitário São Lucas e estagiárias de Psicologia da UNIR. Com o encerramento das ações de coleta de dados, a análise foi realizada pelo grupo da UNIR, formado por uma docente, estagiárias e extensionistas, e revisada pela equipe da SE-MASF. A versão final dos dados levantados foi apresentada em dezembro de 2021.

O Censo Rua usou uma estratégia considerada bem sucedida para ampliar o alcance, por meio de trabalhadores da rede SUS e SUAS e voluntários, incluindo pessoas com histórico de situação de rua. Foram utilizados pontos de apoio ao censo, como a Igreja Sagrada Família. Durante a realização da pesquisa, a equipe do consultório na rua estava presente ofertando serviços de testes para DSTs, tuberculose, covid-19 e vacinação, além de consultas e atendimentos médicos, e distribuição de medicamentos. A equipe do Consultório na Rua atuou nos turnos da manhã e noite durante o censo, e no período da tarde, a abordagem social privilegiou a aplicação do questionário e contagem junto às comunidades terapêuticas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO O levantamento em campo, estimou na capital rondoniense o total de 442 pessoas em situação de rua e, destas, 427 pessoas participaram da pesquisa. Isso representa um aumento de 281% em relação ao censo realizado em 2016.

Após cinco anos sem o levantamento de dados concretos a respeito, o Censo Rua 2021 se configura como um marco para o avanço na luta pelos direitos da população em situação de rua. Realizado em meio a pandemia da covid-19, que ocasionou interferências diretas no agravamento da situação da vida nas ruas, o censo é o principal instrumento de reivindicação para se pensar em como concretizar a criação e ampliação dos serviços, políticas e direitos destinados ao referido grupo populacional em Porto Velho.

Os resultados do censo geraram dados que subsidiam ações, políticas e tomadas de decisões, a exemplo das estratégias de Saúde da Mulher, como a necessidade, em números, para oferta de contraceptivos. As informações também foram levadas à Conferência Municipal de Saúde Mental.

Foram convidadas a participar as secretarias estaduais de Assistência Social, de Segurança e de Justiça. A presença de profissionais da secretaria de segurança tem potencial de gerar desconforto junto à população em situação de rua. Um dos motivos pode estar nas respostas do levantamento do censo, já que 23% das pessoas em situação de rua de Porto Velho afirmaram já ter sofrido violência policial. Uma das questões que podem ser mediadas como resultado intangível do censo é a apresentação do serviço de atendimento à população em situação de rua para a segurança pública.

A produção e sistematização de dados apontam para indicadores que permitem compreender, de forma detalhada, o que a população em situação de rua enfrenta, deseja, necessita e espera em seu cotidiano, fomentando discussões e visibilidade a essas pessoas que existem à margem e, principalmente, subsidiando futuras políticas públicas municipais específicas. Afinal, cabe ao poder público, através das políticas econômicas e sociais, modificar a conjuntura de inúmeras vulnerabilidades, as quais marcam o dia a dia de centenas de pessoas que fazem da rua seu local de moradia e/ou subsistência.

Se há pessoas em situação de rua, há violação de direitos! É por meio dos dados apresentados no Censo Rua 2021 que os problemas passam a vir à luz e são inseridos na agenda política para a definição das ações, aprovação legal e implementação. Na atual conjuntura, dedicar-se ao preenchimento das lacunas na rede de assistência social e ampliação de serviços se configuram como uma das principais ferramentas públicas de enfrentamento, destacando a necessidade de um Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua, entre outras ações de garantia de direitos e promoção de dignidade humana. O relatório final do censo **pode ser acessado aqui**.

Os impactos do monitoramento intensivo da população em situação de rua no município de Aracaju pela equipe do Consultório na Rua durante a pandemia covid-19

Edney Vasconcelos e ComPAPS Sergipe

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO SERGIPE

INTRODUÇÃO No início da pandemia de covid-19, em março de 2020, à medida que surgiam as recomendações para a não circulação de pessoas nos espaços públicos, houve um esvaziamento da movimentação das cidades e saltaram aos olhos aquelas pessoas, tradicionalmente invisibilizadas pelo cotidiano: as pessoas em situação de rua. Nesse contexto de “ruas esvaziadas” alguns questionamentos surgiram e que exigiram alguma resolutividade. Quais serviam os espaços protetivos e as referências de “casa” para quem não as tem? Que acessos à água, álcool em gel e máscaras seriam oportunizados? Como evitar ou reduzir a contaminação da população em situação de rua pela covid-19?

METODOLOGIA A fim de atender a esses questionamentos, a gestão municipal de Aracaju, por meio das secretarias municipais de Saúde e de Assistência Social, precisou agir rápido e reorganizar alguns serviços e suas práticas profissionais. Serviços públicos que assistem diretamente a esse público, a exemplo do consultório na rua, equipes de abordagem social dos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (Creas), Centro Pop, movimentos sociais, Defensoria Pública e Ministério Público. Esses atores reuniram-se objetivando proteger a população em situação de rua, que saltava aos olhos da cidade em grupos ou em nichos isolados, em meio a um cenário de muitas incertezas e poucos recursos. Após pressões de vários órgãos e representações sociais foi criada uma parceria entre as secretarias municipais de Saúde e de Assistência Social para minimizar os impactos da pandemia de covid-19 na população em situação de rua, já tão maltratada e excluída. Foi ampliado numericamente o Consultório na Rua, bem

como foram criados e categorizados quatro novos abrigos, além da duplicação das vagas dos abrigos institucionais existentes.

DESCRIÇÃO DO RELATO No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, a equipe do Consultório na Rua teve um aumento quantitativo de profissionais, com um acréscimo de oito profissionais aos quatro ativos, e houve ampliação do horário de funcionamento, que passou a ser das 07:00 às 19:00, de segunda a sexta-feira, distribuído em dois turnos.

Já no âmbito da Secretaria Municipal de Assistência Social houve o atendimento a solicitações de proteção da população em situação de rua, com a aumento de vagas dos abrigos institucionais existentes e a criação de novos abrigos, em caráter transitório, passando a ter a seguinte configuração: ampliação de 20 para 40 vagas no Abrigo Institucional Acolher; criação do Abrigo República, cujo objetivo era o de acolher apenas núcleos familiares; criação do Abrigo Terezinha Meire, direcionado para adultos de ambos os gêneros; criação do Abrigo Laura Amazonas, cujo perfil era voltado para pessoas apenas com comorbidades clínica e/ou de pessoas idosas; e por fim, o Abrigo Centro Dia, que se destinou, exclusivamente, às pessoas suspeitas ou confirmadas com covid-19, objetivando assegurar o período do isolamento respiratório. Estabelecida uma nova configuração dos abrigos, os equipamentos municipais de Assistência Social saíram a campo em busca da população em situação de rua, da qual desejava abrigamento, seguindo os critérios classificatórios de perfis.

Mediante ações de aproximação e de sensibilização, a população em situação de rua

desejosa era encaminhada para os abrigos onde passaram a ser acompanhadas semanalmente por meio do monitoramento epidemiológico. Esse monitoramento, desenvolvido pela equipe do Consultório na Rua era composto por identificação, sexo, idade, saturação de oxigênio e queixas clínicas. Após a validação desse instrumento foi feito um cronograma semanal que contemplava visitas a todos os abrigos citados para o monitoramento individual de cada acolhido. Vale ressaltar que esse instrumento foi também aplicado à população em situação de rua, que optou em não ir para os abrigos e se encontrava nos locais habituais que ocupam na cidade. Esse trabalho de monitoramento se estendeu entre os meses de abril a novembro de 2020, quando os índices de contaminação pela covid-19 passaram a diminuir.

Uma vez identificado que a pessoa apresentava sinais e sintomas característicos da covid-19, ela era direcionada para algumas das Unidades Sentinela, exclusivas para o atendimento dos sintomáticos respiratórios (08 Unidades Básicas de Saúde e 02 Unidades de Pronto Atendimento da Rede Municipal). Só nessas unidades os sintomáticos realizavam o teste para covid-19, via swab nasofaríngeo, e recebia uma prescrição médica a partir dos sintomas apresentados e, na sequência, eram encaminhados para o Abrigo Centro Dia, destinado exclusivamente aos casos suspeitos ou confirmados para covid-19. A cada 48 horas, a equipe do Consultório na Rua se dirigia a esse abrigo para monitorar as pessoas que lá estavam em isolamento respiratório. Em paralelo, era feito contato com o sistema de monitoramento do laboratório a fim de certificar os resultados dos exames para covid-19. Para os casos de não-reagentes, automaticamente, a pessoa em isolamento era informada e liberada da condição de isolamento, saindo desse abrigo e retornando para o seu local original. Caso fosse confirmada a contaminação pela covid-19, a pessoa continuava nesse abrigo cumprindo o período preconizado para o isolamento respiratório (inicialmente de 14 dias) e sendo constantemente monitorada pela equipe do Consultório na Rua. Caso fosse identificado algum agravamento dos seus sinais e sintomas, essa pessoa era encaminhada para a internação hospitalar nos locais da rede municipal, onde haviam sido instalados leitos específicos para o atendimento das pessoas com covid-19.

Vale destacar também o tensionamento que foi feito para que todos esses abrigos tivessem um caráter acolhedor e humanizado, apesar do contexto aterrorizante que a pandemia trazia. Desta forma, contamos também com a parceria do Projeto de Redução de Danos (PRD) e Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFS, os quais faziam orientações em práticas de autocuidado, redução de danos e ofertavam atividades educativas e lúdicas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Esse trabalho resultou na identificação precoce dos sintomáticos respiratórios, direcionamento para o tratamento adequado, monitoramento intensivo e, conseqüente, queda significativa no número de internações por covid-19 da população em situação de rua. Também repercutindo em uma redução importante nos índices de mortalidade por covid-19 desse público, além da possibilidade de melhor acompanhamento de outras questões clínicas e demandas sociais da população em situação de rua.

Em meio a um contexto pandêmico assustador e altamente desafiador frente a um vírus desconhecido, de alta virulência e de pouco manejo na sua condição, avaliou-se como exitosa a ação conjunta entre as secretarias municipais de Assistência Social e de Saúde, principalmente, no que tange ao cuidado com a população em situação de rua. Sabemos que não foi fácil ter que, de forma quase súbita, adaptar espaços com uma ambiência adequada para receber a população em situação de rua, suas complexidades e demandas múltiplas, além de gerir pessoas com hábitos e contextos díspares.

Embora exaustivo, saímos com a certeza do dever cumprido ao ser constatado, no mês de outubro de 2020, quando os índices de contaminados decresceram, que houve uma significativa redução nos índices de complicações decorrentes da covid-19, bem como um número pouco expressivo de óbitos da população em situação de rua no município de Aracaju, sendo totalizados 5 óbitos pela doença.

Concluimos, portanto, que a parceria entre as secretarias municipais de Assistência Social e de Saúde, a fim de garantir cuidado,

acolhida e maior dignidade a uma população tão vilipendiada em seus direitos, foi exitosa, servindo de exemplo para ser reproduzida em outros contextos.

A população em situação de rua e o contexto pandêmico: construção coletiva de garantia de direitos socioassistenciais em Mossoró

Andrea Taborda Ribas da Cunha com a colaboração de Rita de Cassia Lopes da Silva, Elizabeth de Azevedo Silva, José Vanilson Torres da Silva e Neurivania da Silva.

TEMA INTERSETORIALIDADE ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

INTRODUÇÃO A população em situação de rua foi uma das que mais sofreu no contexto da pandemia de covid-19, que se somou às vulnerabilidades às quais já estava submetida. A queda de pessoas circulantes nas ruas e comércios das cidades gerou ainda mais dificuldade de sobrevivência para as pessoas em situação de rua, diminuindo a possibilidade de renda e alimentação. A falta de acesso à água e a produtos de higiene dificultou as medidas de prevenção contra a covid-19. Sem local para abrigo, quarentena ou isolamento, essas pessoas tornaram-se altamente expostas à doença e tendo dificuldade de acesso aos serviços de saúde e leitos de internação.

Mossoró não possui uma rede específica de equipamentos sociais direcionados a essa população, para além da rede comum dos serviços de referência de assistência social como Cras e Creas. A equipe de Abordagem Social faz o acompanhamento das pessoas em situação de rua, por meio de busca ativa para cadastro, acesso a benefícios e auxílio na retirada de documentos, bem como cadastro para recebimento de alimentação.

A assistência à saúde é prioritariamente prestada pela equipe do Consultório na Rua, equipe classificada como de Modalidade II, que a partir de 2018 ampliou o apoio de diferentes profissionais no seu escopo com uma parceria com as Residências em Saúde da UERN.

Havia pouca interlocução entre as equipes de Abordagem Social e a equipe do Consultório na Rua. Os CAPS também fazem parte da rede assistencial em saúde, que acolhe diariamente pessoas em situação de rua no

município, mas também mantém pouca interação com os demais equipamentos.

No contexto apresentado foi aberto um Abrigo Emergencial, de âmbito municipal, para enfrentamento à covid-19, estrutura esta que se propôs a acolher e manter em isolamento pessoas em situação de rua que assim o desejassem. A estrutura era provisória e pouco adequada, visto não permitir a entrada e saída dos abrigados pelo risco de exposição ao vírus, o que levava a uma grande rotatividade de pessoas e estresse emocional para abrigados e equipe. Em linhas gerais, pouco se estruturou no combate à pandemia e monitoramento da situação. Em meados de dezembro de 2020, a estrutura foi reduzida e passou de 40 para oito vagas de abrigo.

METODOLOGIA Com o surgimento de uma nova onda de covid-19 em 2021, a estrutura do Abrigo, que foi reduzida em dezembro de 2020, foi ampliada novamente. As equipes ligadas à saúde, assistência social e residências repensaram suas práticas e formas de acolher. Foram realizadas várias formações e reuniões de planejamento para repensar o funcionamento da estrutura, sua interlocução com a rede externa, retaguarda para testagem e internações, quando necessárias.

DESCRIÇÃO DO RELATO Foram criados instrumentos de avaliação de risco e vulnerabilidade, e realizada uma entrevista de acolhimento interprofissional, a partir da reabertura do Abrigo Emergencial, o que proporcionou a criação de um projeto individualizado pela equipe logo na entrada de cada pessoa acolhida. A equipe do CAPS-AD,

enquanto instância que também faz internações na rede e acompanha e matricula questões ligadas à abstinência e doenças mentais, foi convidada para esta construção e para os momentos de acolhimento. Com isso, a interlocução entre as equipes de saúde e assistência social se deu de forma mais efetiva e articulada com a rede. Um regimento participativo foi construído com os que estavam abrigados. Várias reuniões de formação foram feitas com a equipe de trabalho. Com o passar dos meses, o local se mostrou um catalisador para que finalmente os dados, ações e planejamento das equipes do Consultório na Rua, CAPS, SEAS e Residências se articulassem pensando de maneira global no atendimento e acolhimento da população em situação de rua.

Ações de mapeamento do perfil populacional, de renda, monitoramento de condições de saúde e da covid-19 foram desenvolvidas, ampliando o vínculo entre as equipes e a população. Com a chegada da vacina, o abrigo tornou-se um ponto estratégico para a vacinação, bem como o vínculo entre equipes e moradores em situação de rua foi ampliado, facilitando a busca ativa por aqueles que ainda estavam na rua e a adesão à vacinação. A estrutura, mesmo não sendo o que é almejado enquanto equipamento de assistência à população em situação de rua, ainda se mantém aberta. Um grupo de profissionais e usuários tem se reunido periodicamente, inclusive com as instâncias gestoras, na busca por direitos e uma melhoria dos equipamentos locais. O Movimento Nacional da População de Rua do RN (MNPR/RN) aproximou-se das discussões e tem sido um grande pivô desse trabalho. Inicialmente realizando atividades de formação política dentro do abrigo e, agora, nas formações de lideranças locais que vem trabalhando junto ao grupo de trabalho Intersetorial, que tem se reunido mensalmente na construção de pautas voltadas para a população em situação de rua em Mossoró e no estado do RN. O grupo de trabalho necessita, ainda, ser reconhecido de forma institucional.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO A articulação para o mapeamento das necessidades da população em situação de rua em Mossoró-RN, evidenciadas a partir da pandemia de covid-19, foi um trabalho construído a muitas mãos e com múltiplos saberes. Mesmo com as dificuldades iniciais de falta de articulação intersectorial e de dados mapeados sobre a população

em situação de rua em Mossoró, a construção coletiva, intersetorial e interprofissional conseguiu avançar na luta pela conquista a estes direitos e na melhoria parcial do contexto ao qual a população em situação de rua estava submetida.

A estrutura do abrigo provisório foi qualificada e um grande ganho foi a articulação dos diversos atores e movimentos sociais que se expandiram para além da estrutura do abrigo ou do combate à covid-19. Os resultados alcançados estão sendo mapeados, mas de forma indireta o que se observou foi um melhor conhecimento sobre a população em situação de rua em Mossoró, adesão importante à vacinação, criação de uma retaguarda específica garantida nos serviços de saúde que apoiam o consultório na rua e a aproximação dos gestores com temática tão relevante, comprometendo-se a ampliar a discussão local.

O processo de formação política, apoiado pelo MNPR/RN, criou um grupo de trabalho perene que se mantém na luta por estruturas assistenciais que se consolidam ao longo do tempo, de forma mais institucional e como garantia de direitos. O apoio financeiro aos moradores que têm participado ativamente do processo, bem como políticas de geração de renda, que propiciem autonomia para esta população, continuam sendo um desafio. A articulação dos trabalhadores locais foi um pilar para que a rede também melhorasse seu diálogo e prestação de serviços de forma mais integral e acolhedora. O diálogo com os gestores ainda precisa ser ampliado e a responsabilização pela condução do processo precisa avançar como forma de dar sustentabilidade às construções realizadas até agora.

A visualização da saúde enquanto um direito garantido pelo estado ainda é frágil em nosso cotidiano. Para as populações mais vulnerabilizadas a garantia desse direito depende também de políticas e ações intersetoriais que vão para além da estrutura da saúde. A pandemia de covid-19 expôs como uma ferida aberta a falta de dados e estrutura para a assistência específica a essa população que vive em um contexto tão particular. A participação ativa dos movimentos sociais, instituições de ensino e a integração ensino-serviço e comunidade são grandes catalisadores de ações como esta. Os instrumentos formulados podem ser

adaptados a diferentes realidades e regiões e o MNPR possui cartilhas de formação para os atores sociais sobre a garantia de seus direitos. O que pudemos perceber foi que existem diferentes formas de resistir, e uma delas é lutar ativamente pelos direitos. A união de diferentes atores e trabalhadores provocou de forma contundente a sociedade e a gestão local a organizarem construções mais efetivas e que respondam melhor às demandas existentes sob a ótica das pessoas em situação de rua. Entretanto, as dificuldades encontradas em termos de priorização e orçamento ainda se fazem presentes para que se implante com sustentabilidade ações e efetivação de uma rede de proteção no contexto local. Para os atores envolvidos, a experiência de aproximação e trabalho em equipe foi uma riqueza que proporcionou melhoria das condições de trabalho cotidiano.

CUIDADOS

Práticas referentes aos cuidados da população em situação de rua

Canto da Rua Emergencial em Belo Horizonte

Pastoral do Povo da Rua, Movimento Nacional da População de Rua, movimentos sociais, Programa Polos e Cidadania da UFMG, Arquitetos Sem Fronteiras, diversos grupos de doação, pessoas da sociedade civil, entre outros. A prática foi registrada por Cristina Bove, Maurício Melo, Emmanuelle P. Brandt de Azeredo e Ana Maria Caldeira Oliveira.

TEMA CUIDADOS ESTADO MINAS GERAIS

INTRODUÇÃO Em decorrência da decretação da emergência em saúde pública de importância, o município de Belo Horizonte publicou decreto municipal suspendendo por tempo indeterminado, a partir do dia 20 de março de 2020, os alvarás de localização e funcionamento emitidos para a realização de atividades com potencial de aglomeração de pessoas. Assim, o “Fique em casa” passou a ser uma recomendação prioritária.

A Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte se reuniu com vários parceiros com o objetivo de planejar uma intervenção. Era certo que a população em situação de rua precisava, mais do que nunca, de ações de proteção social e cuidados para enfrentar não só a covid-19, mas também suas consequências. Como ficar em casa, se não existe casa para morar? Como lavar as mãos, se não há água nem para beber? Como sobreviver, conseguir alimento em uma cidade fantasma?

METODOLOGIA Constituiu-se uma ampla rede de solidariedade. Uma quadra de colégio foi disponibilizada e tornou-se o local de recebimento dos donativos feitos por indivíduos e entidades. Foi realizada uma parceria com a Plataforma Brasil, atualmente Plataforma Belo Horizonte, para organizar o trabalho dos voluntários na quadra, como receber as doações (produtos de higiene pessoal, alimentos, água), montar kits de alimentação e higiene pessoal, além da distribuição dos donativos recebidos. A quadra funcionava das 09:00 às 17:00, todos os dias da semana.

O Instituto Unibanco procurou a Pastoral e solicitou a ela que apresentasse propostas de atuação emergencial para realização de

atendimentos. Nesse momento, a Pastoral já planejava a montagem do Canto da Rua Emergencial. Nesse sentido, os Arquitetos Sem Fronteiras foram acionados para localizar na cidade de Belo Horizonte um espaço que comportasse tal empreitada. O espaço da Serraria Souza Pinto, localizado no centro da cidade foi o escolhido. Foi cedido pela Fundação Clóvis Salgado, fruto da articulação da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDESE), com a concordância da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. A parceria com o Unibanco possibilitou a implantação, em junho de 2020, do Canto da Rua Emergencial - Espaço Serraria Souza Pinto.

O Instituto Unibanco estruturou e implementou uma agenda de ações humanitárias com o objetivo de apoiar as populações em situação de maior vulnerabilidade na mitigação dos impactos sociais e econômicos causados pela pandemia, sendo responsável pelo financiamento dos três primeiros meses de funcionamento do Canto da Rua Emergencial. Essa parceria garantiu, ainda, recursos financeiros para a hospedagem de 160 pessoas em situação de rua, idosas e com comorbidades, dando origem às hospedagens. Além disso, o Instituto Unibanco financiou a distribuição do kit inverno e do kit café da manhã. Importante destacar, a solidariedade financeira de organizações do Terceiro Setor, que proporcionou o recebimento de inúmeras doações. Essas doações foram geridas pela Pastoral Nacional do Povo da Rua. Após várias reuniões e discussões entre a Pastoral e a Prefeitura de Belo Horizonte, a partir de setembro de 2020, a ação passou a ser custeada integralmente por essa Prefeitura.

130

DESCRIÇÃO DO RELATO O Canto da Rua Emergencial foi aberto com uma perspectiva de funcionamento de três meses, mas em função da emergência sanitária, o projeto teve seu encerramento prorrogado por quatro vezes, sendo mantido até agosto de 2021.

A Pastoral sempre priorizou uma convivência horizontal entre a população em situação de rua, os voluntários e trabalhadores, buscando a construção de um vínculo entre todos os participantes, numa relação de aproximação e de escuta. O acolhimento foi o princípio orientador de todos os profissionais que ali atuaram. O espaço foi organizado em cinco praças temáticas: a Praça da Acolhida, a Praça da Alimentação, a Praça da Dignidade, a Praça da Escuta e da Cidadania. Em cada Praça acontecia a prestação de serviços.

A Praça da Escuta disponibilizava atendimentos psicossociais, escuta das histórias de vida e das demandas da população em situação de rua. Havia reuniões com a equipe de redução de danos e LGBTQI+; rodas de conversa; o espaço da mandala; da leitura, da música e do cinema.

Havia, ainda, uma área destinada ao autocuidado, onde eram providos o banho, a higiene pessoal e a lavagem de roupas, para tanto era oferecido a cada um, uma toalha limpa e um kit de higiene pessoal. Esse autocuidado contribuiu com a melhora da autoestima da população em situação de rua. Com o acesso à máquina de lavar, eles passaram a cuidar de suas roupas, suprimindo o descarte.

Inicialmente, a participação da população em situação de rua no Canto da Rua Emergencial se deu por meio de contrato. A partir da segunda fase, houve a abertura para o trabalho voluntário, possibilitando que a população em situação de rua assumisse o protagonismo do espaço, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento. O refrão “Todo mundo cuidando de todo mundo” ajudou muito para que houvesse a horizontalidade, todos com todos.

Outra novidade oferecida à população em situação de rua foi o espaço Pet. Ali os animais domésticos, companheiros da população em situação de rua, também recebiam os primeiros cuidados. Outros parceiros ofereceram espaço e atendimento para casos que demandassem incidência cirúrgica.

A Defensoria Pública e o Ministério Público abriram espaços para prestar atendimentos no local, assim como o Centro Estadual de Defesa da população em situação de rua, o PRESP, a RECIVIL e o Movimento Nacional da População de Rua. Pela saúde, estiveram presentes o Consultório de Rua e o BH pela Vida de Mãos Dadas contra a AIDS.

No dia 27 de agosto de 2021, durante o evento de encerramento das atividades, foi estendida uma faixa com os seguintes dizeres: “Pão, moradia e trabalho, o povo da rua quer viver”.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Dentre os principais impactos da implementação da prática, destacam-se a centralidade de ações interseccionais mais abrangentes que encarem o sujeito em situação de rua como protagonista e ser ativo, capaz de atuar em prol do bem-estar, das melhorias das condições de vida e saúde individual e de sua comunidade.

O projeto Canto da Rua Emergencial mostrou ao poder público a necessidade de um reposicionamento da máquina pública, a partir da escuta e acolhimento não fragmentados, com foco no atendimento integral e holístico, considerando o sujeito no todo sob a perspectiva da horizontalidade.

Após um ano de funcionamento, com várias prorrogações para o encerramento, o Canto da Rua Emergencial totalizou mais de 230 mil atendimentos, com média diária de 775 pessoas atendidas. Segundo os organizadores, conforme mostra o Boletim Semanal nº 436, foram realizados 235.197 mil atendimentos gerais; 59.702 atendimentos biopsicossociais; 601 atendimentos pelo Ministério Público; 699 pela Defensoria Pública; e 85 pelo Centro de Defesa. Importante mencionar o cadastramento de mais de 10 mil pessoas ao longo do período de funcionamento. Foram distribuídos mais de 261.100 lanches e 1.106.100 copos de água. Durante essa nova fase, foram realizados 10.798 atendimentos na lavanderia, um total de 141.841 banhos e 5.600 pets atendidos. Um importante dado é que, desde o início das atividades, 9.868 indivíduos diferentes foram atendidos no Canto da Rua.

Os principais temas abordados giraram em torno da defesa e da garantia de direitos sistematicamente negados à população em

131

situação de rua. Em relação à moradia, a experiência das hospedagens e das rodas de conversa sobre moradia, inclusive com a presença de representantes da municipalidade, ressaltou a necessidade de implantação de uma política habitacional, que permita a real superação da vida nas ruas concomitante à necessidade de agilidade para o acesso aos programas já existentes, como por exemplo, o Bolsa Moradia. Evidenciou-se a necessidade de garantir equipe para acompanhamento social.

O trabalho e a renda foi outro tema habitual e urgente, sempre em pauta nos espaços do Canto da Rua Emergencial. Assim, a articulação em uma rede de apoio para captação de vagas no mercado de trabalho destinadas para a população em situação de rua; a possibilidade de realização de cursos profissionalizantes com subsídio para transporte, hospedagem e alimentação; com articulação para a garantia de vagas para contratação; apoio a grupos de economia solidária foram temáticas abordadas e que exigem ações articuladas aos diversos setores da sociedade para providenciar alternativas de geração de trabalho e renda para as pessoas.

O adoecimento e fragilização da saúde, seja física ou mental, a que a população em situação de rua é submetida nas ruas foi outro tema recorrente e preocupante, tanto no aspecto humanitário quanto da saúde pública, identificados a partir da ação. A garantia de banheiros públicos e acessíveis, o acolhimento, a moradia, o acompanhamento e o tratamento para idosos e comórbidos apresentaram-se como outros problemas prioritários a serem enfrentados e foram identificados pelas discussões e reflexões suscitadas no Canto da Rua Emergencial. Deste modo, foram propostos caminhos no sentido de haver o fortalecimento e a ampliação da rede de apoio e cuidados específicos, com equipes dos serviços socioassistenciais para atendimento ao público AD e saúde mental, equipes de abordagem, do Programa BH de Mãos Dadas contra a AIDS, consultório na rua, ampliação dos Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) para todos os territórios da cidade.

Foram propostas, ainda, a criação do serviço de residência terapêutica para a população em situação de rua com transtorno em saúde mental, com graves comprometimento para as atividades da vida diária e a implementação de estratégias cotidianas de redução de danos no

atendimento em saúde mental junto aos serviços socioassistenciais, assim como a ampliação de unidades de atendimento que permitam a hospedagem de pessoas em tratamento de saúde mental.

Ainda há que se considerar a diversidade, necessidades específicas de mulheres, deficientes, comunidade LGBTQI+, migrantes, egressos prisionais e toda sorte de possibilidades que, como na sociedade organizada, a rua também espelha.

Os sujeitos em situação de rua representam vidas, com histórias e toda a diversidade que o ser humano pode expressar. São vidas que se tocam e permanentemente buscam, não com esperança, mas pela necessidade e urgência da subsistência. Estar na rua envolve uma rotina de busca por sobreviver. E os rostos sofridos, os corpos cansados, o sofrimento mental materializam essa rotina sem descanso e sem sonho. Por isso, acolher é tão importante, de forma humana, horizontal, resgatando o seu protagonismo, promovendo a dignidade, trazendo empoderamento e pertencimento. O cuidado e a atenção são capazes de aliviar as dores, o sofrimento mental e todas as dificuldades enfrentadas por eles.

A redução de danos tornou possível conviver, cuidar e aderir a tratamentos constantes que se tornaram repertórios de ação com estratégias singulares e coletivas. A experiência das hospedagens trouxe, além disso, a realização fática de que a diversidade pode, sim, ser vivenciada. Gerou-se o aprendizado de que o trabalho e a moradia organizam a vida e promovem a transformação do que está no que pode ser. Esse binômio revela todo o potencial humano possível e permanentemente latente na população em situação de rua. A satisfação ao conseguir um trabalho ressignifica a trajetória do vazio da vida nas ruas.

A questão central para a população em situação de rua é, e continua sendo, a ausência de moradia. Todas as demais demandas são oriundas dessa carência fundamental. Os equipamentos públicos com acolhimento temporário, além de não oferecerem condições adequadas, trabalham com uma lógica estrutural pouco humanizada e obsoleta. Diante do possível fechamento do Canto da Rua Emergencial, a municipalidade, entendendo a necessidade e a

relevância da humanização de espaços e atendimento, promoveu mudanças em uma de suas unidades, se espelhando no espaço da Serraria Souza Pinto e nas propostas de rodas de conversa, atividades culturais etc.

Não obstante a pauta principal ser a moradia e políticas estruturantes e não apenas assistencialistas, a vida nas ruas fragiliza e anula a dignidade aos poucos e há que se mitigar esses fatores também. Por exemplo, a ausência de sanitários, áreas para banho e água potável são um desafio cotidiano e impactante. A geração de trabalho e renda, outra atividade desenvolvida e fomentada no espaço, traz também a dura realidade da vida nas ruas quando, em sua maioria, a população em situação de rua tem ou teve alguma experiência profissional, mas não consegue recolocação devido ao preconceito traduzido veladamente como “ausência de endereço”.

Todo o processo do Canto da Rua Emergencial, desde a concepção do espaço e estruturas, passando pelos serviços oferecidos e pela composição e capacitação de equipe é um modelo absolutamente replicável e relevante. A metodologia da Pastoral do Povo da Rua aplicada em todos os aspectos do projeto, aliada a diversas articulações que congregaram os três setores da sociedade a ações em rede, foram traduzidas em uma tecnologia social que pode e deve evoluir, se revisando a cada passo e sendo replicada como uma estratégia de ação no enfrentamento do fenômeno social da população em situação de rua, que vem se intensificando em quantidade e formas.

Planejamento, controle e monitoramento da covid-19 na população em situação de rua e refugiados da etnia Warao: a experiência de Belém

Rita do Socorro Sousa Rodrigues, coordenadora da estratégia Consultório na Rua; Samantha Caldas, enfermeira do Departamento de Ações em Saúde; Vitor Nina, diretor do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA).

TEMA CUIDADOS ESTADO PARÁ

INTRODUÇÃO Uma das missões do Sistema Único de Saúde (SUS) é efetivar o direito à saúde em todo o território nacional, considerando a complexidade e heterogeneidade do Brasil. A enorme concentração de renda produz miséria, e que determina a saúde e o adoecimento das diferentes populações. Este cenário se agrava no contexto da pandemia da covid-19. Entendendo a Atenção Básica como pilar do SUS, apresentamos o plano de contingência da covid-19 para a população em situação de rua e refugiados. Esse plano foi elaborado a partir de uma rede formada pelas equipes do Consultório na Rua, que trabalham de forma integrada a outras redes em todos os níveis de gestão e complexidade dos serviços.

METODOLOGIA O trabalho relacionado ao plano de contingência foi esquematizado em várias etapas, incluindo planejamento inicial com gestores e técnicos para elaboração de plano de ação antes da transmissão comunitária e organização de um grupo de trabalho para contingência para a covid-19. O grupo de trabalho foi composto por atores e instituições diversas sob orientação clínica.

Nesse contexto foram organizadas reuniões com lideranças das comunidades abrangendo várias ações: explicação da situação, riscos e medidas a serem tomadas; ações para reduzir a mobilidade de indígenas Warao, garantindo insumos para sua fixação; elaboração de material escrito e audiovisual na língua Warao; viabilização de pontos de lavagem de mãos em espaços públicos e insumos para lavagens de mãos e higienização intensa de abrigos; garantia de equipamentos de proteção individual (EPIs) para os profissionais em contato com a população; garantia de EPIs e medicamentos

para cuidado extra-hospitalar de suspeitos e casos positivos; garantia de acesso a testes rápidos; quarentena de idosos, cardiopatas e indígenas assintomáticos, com fornecimento de alimentação; garantia de locais para isolamentos, principalmente de recém-chegados e centralização de ações com estratificação de risco para alocação segura no abrigo Warao; colaboração e matriciamento na Atenção Integral à Saúde da população Warao com outras equipes e instituições; colaboração e matriciamento na Atenção Integral à Saúde da população em situação de rua para as equipes do Mangueirão.

Este conjunto de ações – que garantiu a formação de uma rede de contingência – envolveu inúmeras instituições, com destaque para a Secretaria Municipal de Saúde de Belém e a Fundação Papa João XIII, responsável pela assistência no município, mas também a Defesa Civil, a Secretaria Municipal de Saneamento, Guarda Municipal, organizações da sociedade civil e agências internacionais.

DESCRIÇÃO DO RELATO A experiência foi idealizada e implementada pela Coordenação das Equipes de Consultório na Rua juntamente com a equipe multiprofissional que compõe a estratégia, e pode ser descrita nas seguintes etapas: 1) apesar do primeiro caso de covid-19, em Belém, ter sido confirmado no dia 18/03/2020, em meados de fevereiro iniciaram-se as discussões e caracterizações epidemiológicas e de vulnerabilidade com relação às projeções de incidência da doença na população em situação de rua; 2) diante das caracterizações e compreensão da necessidade de um plano de intervenção intersetorial específico para o atendimento desta população, em

01/04/2020, foi oficializado junto à Secretaria Municipal de Saúde, o Plano de Contingência da covid-19 para a população em situação de rua, documento que balizou toda a experiência descrita aqui; 3) Com base no Plano de Contingência, foi possível a ampliação das equipes, passando de uma para três, sendo uma delas de custeio integralmente municipal; 4) Em parceria com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi estruturado um espaço de abrigo, monitoramento e quarentena que funcionou durante seis meses, de maio a outubro, coincidindo com o período de lockdown e de maior disseminação do vírus no ano de 2020, sendo retomado o serviço de abrigo em março de 2021; 5) Realização do início da vacinação contra a covid-19 para população em situação de rua em 30 de abril de 2021.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO As atividades possibilitaram o planejamento sistemático e científico das intervenções, atentando para as especificidades da população em situação de rua, em consonância com os princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS. No desenvolvimento da experiência foi possível a realização de monitoramento epidemiológico, diagnóstico oportuno e registro dos casos suspeitos e confirmados de covid-19 de cerca de 300 pessoas. Como consequência das ações realizadas, o município registrou, no período descrito, apenas seis hospitalizações e dois óbitos por covid-19 nesta população. As atividades também possibilitaram o rastreamento e acompanhamento epidemiológico de outras comorbidades em saúde, como tuberculose, HIV, sífilis, hepatites virais, doenças crônicas não transmissíveis, permitindo o fortalecimento das equipes de Consultório na Rua, enquanto estratégia de Atenção Primária, e realizando vigilância em saúde para além da covid-19. Finalizar as etapas descritas neste relato com o início da vacinação desta população contra a covid-19 também é de grande relevância, sendo Belém uma das primeiras capitais a iniciar a vacinação deste público.

A experiência foi exitosa ao proporcionar um atendimento integral ao público-alvo, coordenado e sistemático em meio às demandas provenientes e acentuadas pela pandemia. Este relato ressalta a necessidade de fomento e fortalecimento das equipes de Consultório na Rua, enquanto estratégia de consolidação da atenção primária em saúde e da vigilância epidemiológica. É preciso suscitar nos demais

municípios, a necessidade de intervenções em saúde adequadas e qualificadas às populações em vulnerabilidade, e isto passa pelo correto diagnóstico situacional e entendimento das demandas específicas.

A experiência do Consultório na Rua de Campinas durante a pandemia de covid-19

Equipe do Consultório na Rua de Campinas

TEMA CUIDADOS ESTADO SÃO PAULO

136

INTRODUÇÃO Campinas é uma cidade localizada no interior do estado de São Paulo, tem cerca de 1,4 milhão de habitantes, e no último censo oficial contava com 952 pessoas em situação de rua. A equipe de Consultório na Rua é composta por 20 pessoas, sendo responsável pelo cuidado da população em situação de rua e vulnerabilidade do distrito Leste de Saúde em Campinas. Ao todo, são 5 distritos. A média é de 200 acessos/atendimentos semanais, e um total de 6 mil prontuários. Aqui narramos um pouco de como foi realizado nosso trabalho antes e durante a pandemia.

DESCRIÇÃO DO RELATO Até março de 2020 foi consolidado um funcionamento baseado em campos fixos, em locais pré-determinados, que íamos sempre no mesmo período e dia da semana, que os usuários e outros serviços da cidade, tanto da saúde quanto de outros setores como a assistência social, assim, eles já sabiam e nos procuravam. Nesses locais era montado nosso campo de trabalho que se constituía em armar uma barraca para atendimentos e avaliações mais reservadas, como realizar exame físico ginecológico ou que exponha o usuário, aplicar medicações, coletar exames, por exemplo. Organizamos, assim, mesas e cadeiras para realização dos acolhimentos e atendimentos de enfermagem, médico, psicológico, atendimentos da equipe de redução de danos e atendimento social voltado às questões de saúde. Também era utilizado para este fim, a estrutura dos locais como banco da praça, calçadas, grama. Nesse espaço também aconteciam oficinas ministradas por membros da equipe que se alternavam, como oficina de música, em que os usuários tocavam escolhendo ritmos e instrumentos disponíveis, ou ainda trazendo seus próprios instrumentos e composições. A partir dessa oficina tivemos participação e construção importante em iniciativas da cidade como a rádio “Maluco Beleza”, com o programa “A Voz da Rua”.

Ainda sobre as oficinas, tínhamos um espaço conduzido pela terapeuta ocupacional envolvendo diversas atividades como pintura, macramê, confecção de itens específicos de desejo do usuário, oficina de teatro construída por um dos médicos, que também é ator. As atividades eram realizadas em parceria com trabalhadores de outros serviços como CAPS AD, Centros de Convivência, com participação ativa e frequente de usuários mais aderentes e outros flutuantes, de quem se sentia à vontade no momento. Essa dinâmica de funcionamento nos permitia oferecer um atendimento multiprofissional, longitudinal, menos centrado no modelo queixa-conduta mais tradicional nos atendimentos médicos.

Também havia os campos móveis, que consistiam em períodos da semana em que era feito um circuito pela cidade, na região central, mas não só, para atendimentos, in loco, de usuários que por diversas razões não procuravam nos campos fixos. Nesse circuito era feito matriciamento de outras equipes da área da saúde, formação, atendimentos em conjunto, dentre outras ações. As demandas consistiam em cuidados gerais, administrar e aplicar medicações específicas, cuidados com lesões de pele/feridas de múltiplas causas, cortes, fraturas, curativos pós-operatórios, queimaduras, ferimentos causados por caminhadas longas com sapatos inadequados, doenças crônicas como diabetes mellitus tipo 1 e 2, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, campanha de vacinação de gripe, atualização de calendário vacinal, campanhas de sintomas respiratórios com coleta massiva de exames de escarro para rastreio de tuberculose, realização de testes rápidos para rastreio de infecções sexualmente transmissíveis (hepatites, HIV, sífilis), atendimentos em saúde mental envolvendo acolhimento dos sofrimentos psíquicos advindos do uso de substância psicoativa, esquizofrenia, transtornos de humor,

ansiedade majoritariamente, atendimento voltado à saúde da mulher como pré-natal, coleta de citologia oncológica, aplicação e revisão de métodos contraceptivos, consultas clínicas e de saúde mental variadas para as mulheres que trabalham como profissionais do sexo nas áreas de prostituição da região central, acolhimento a populações especiais como imigrantes, indígenas, dentre outros.

No cerne da existência e de todas essas ações concretas da equipe do Consultório na Rua está a redução de danos. Os redutores de danos são a porta de entrada e permanência do Consultório na Rua nos diversos territórios em que circulamos.

A partir de março de 2020, nos deparamos com as inseguranças e incertezas de como manter a oferta dos cuidados em saúde para a população em situação de rua durante a pandemia de covid-19. Passando por diferentes eixos-problemas, fomos atravessados no nosso fazer cotidiano por diversas questões, algumas totalmente novas, outras velhas conhecidas que foram intensificadas, como acesso e uso de equipamento de proteção individual pela equipe (*face shield*, máscaras, aventais e luvas), distribuição e acesso de máscaras, álcool em gel, água limpa e sabão para higienização, distanciamento social adequado, fluxo de encaminhamento e cuidado dos casos sintomáticos respiratórios, construção da educação em saúde sobre a covid-19 com informações fidedignas garantindo cuidado íntegro e científico da população, aumento da miserabilidade e diminuição de acesso a insumos básicos como água e comida nas regiões centrais, construção da necessidade de vacinação com mobilização para inserção no fluxo criado pela prefeitura e, posteriormente, com execução do fluxo para população em situação de rua e vulnerabilidade, além do medo, isolamento e desconforto dos próprios profissionais inseridos no cuidado.

A seguir, visando uma maior compreensão e integração, detalhamos os eixos desenvolvidos para uma breve apresentação, sem a pretensão de esgotá-los.

1) Acesso e uso de equipamentos individuais: somos uma equipe acostumada a garantir como ferramenta básica universal de trabalho para todos os profissionais a calça, sapato fechado e camiseta amarela. Nos deparamos com a obrigatoriedade imposta – seja pela

necessidade concreta ou pelo medo de contaminação/transmissão – com uso de um aparato usual em ambientes de cuidados intensivos hospitalares, totalmente deslocado do trabalho que era feito como algo básico e cotidiano. Encarar as novas barreiras ao vírus e perceber que poderia também facilmente se transformar em uma barreira ao vínculo foi dolorido e desafiador. Além dos fatores físicos, as intempéries do trabalho na rua como sol, chuva, calor, frio. Vale em um próximo momento a discussão entre nós profissionais de saúde do que foi para nossa saúde e existência a sensação mais ou menos constante de que a qualquer hora poderíamos nos ver (ou nos vimos) sem EPI, por exemplo.

2) Distribuição e acesso de máscaras, álcool em gel, água limpa e sabão para higienização: como antes, também neste momento, pudemos contar com a solidariedade e empatia de parte da população e com reconhecimento de nosso trabalho. Tivemos garantidas doações sistemáticas de máscaras adequadas para distribuição à população atendida durante todo período da pandemia até o presente momento. Uma parte do desafio consistiu em garantir a distribuição, nos locais de maior passagem das pessoas em situação de rua, de água e sabão para limpeza das mãos, entendendo que a distribuição de álcool em gel não seria uma realidade. Novamente, conseguimos doações de garrafas PET, que após passarem por processo de manuseio feito por usuários e trabalhadores se transformaram em dispensários que ficaram disponíveis e espalhados nos locais que fazíamos atendimentos.

3) Distanciamento social nos locais que antes eram ativamente mobilizados para a aglomeração: foi uma contradição importante lidar com fato de que agora nosso serviço no formato que existia poderia ser um catalisador da transmissão da covid-19 para população em situação de rua. Assim, organizamos nos locais de campo fixo mantidos um passo a passo de atendimentos que inverteu a lógica que antes funcionavam. Passamos a trabalhar com rastreio de doença e não necessariamente com produção de saúde. As medidas tomadas foram na ordem de aferição de sinais vitais como a temperatura e questionamento de sintomas respiratórios no primeiro contato, depois o direcionamento desses usuários para as cadeiras distribuídas, de forma

137

a respeitar o distanciamento adequado, e já priorizar atendimento médico. Outro fator que contribuiu para esta inversão foi a suspensão das oficinas.

4) Fluxo de encaminhamento e cuidado dos casos sintomáticos respiratórios das pessoas em situação de rua, incluindo as pessoas com comorbidades: em julho de 2020, abrigos emergenciais para permanência em isolamento de idosos e pessoas com comorbidades clínicas foram estabelecidos. Revisamos casos de usuários que eram acompanhados, que preenchiam os critérios propostos de entrada nesses abrigos, e montamos uma rotina de trabalho que incluía passagem semanal nesses locais. Essas passagens se deram, aos finais de semana, durante os meses de julho a novembro de 2020, com verba emergencial destinada para o pagamento de médico, enfermeiro e motorista. Nesse período, a gestão do serviço passou a ser 24 horas. Essas visitas semanais de médicos, somadas ao isolamento das pessoas que estavam nos abrigos e a falta de atividades, produziu também uma centralidade no núcleo médico e nas possíveis doenças e menos do que era rotina do trabalho de promoção de saúde.

Também houve a abertura do Abrigo Emergencial Zilda Arns, que serviu para que a população em situação de rua e vulnerabilidade fizesse a quarentena, quando com suspeita ou confirmação de covid-19. Ficamos responsáveis por quase dois anos pelos atendimentos em saúde da população ali presente, sendo a gestão do serviço feita pelo consultório na rua. A parceria com serviços de urgência da cidade como pronto atendimentos, SAMU e hospitais se deu de forma variada, com alguns tensionamentos como alta para locais inadequados ou sem condições de receber o usuário, prescrição de medicamentos que não estavam disponíveis no SUS. Mas também aconteceram construções de casos de forma compartilhada e parcerias de cuidado solidárias.

5) Construção da educação em saúde sobre a covid-19 com informações fidedignas garantindo cuidado íntegro e científico à população: assim como a população brasileira, a população em situação de rua e vulnerabilidade teve acesso a conteúdos questionáveis e deseducativos sobre transmissão e contágio durante a pandemia, em especial relativas às medidas preventivas e de autocuidado. Com muita conversa, explicações e confiança nos vínculos,

conseguimos manter um trabalho de educação em saúde e cuidado.

6) Aumento da miserabilidade e diminuição de acesso a insumos básicos como água e comida nas regiões centrais: notamos, especialmente nos primeiros meses da pandemia, com comércios fechados e menor circulação nas regiões centrais, que muitos dos usuários tiveram pioradas as condições de sobrevivência básicas como acesso à água limpa, à alimentação e à renda.

7) Construção da necessidade de vacinação com mobilização para inserção no fluxo criado pela prefeitura e, posteriormente, com execução do fluxo para população em situação de rua e vulnerabilidade: quando finalmente tivemos acesso à vacina no Brasil, não tivemos nenhuma política específica para a população em situação de rua. Enquanto equipe, nos organizamos para levantar quem eram os casos que estavam sendo acompanhados, que poderiam ser vacinados, a partir dos critérios de idade e comorbidade. Desta forma, realizamos uma busca ativa desses usuários, com agendamento e transporte aos locais de vacinação.

Com a instauração de uma política de vacinação específica para nossa população-alvo de cuidado, organizamos campanhas em parceria com assistência social e outros setores. Foram mais de 1 mil pessoas vacinadas pela equipe do consultório na rua com dose única e, posteriormente, 500 pessoas vacinadas com dose de reforço.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Toda a experiência realizada apoiou a equipe na superação do medo e do desconforto, mesmo nas situações limites enfrentadas pelas equipes que atendiam na rua. A pandemia de covid-19 obrigou a reinventar a atuação e fazer as modificações e adaptações nos processos de trabalho – que carregavam, além de tecnologia em saúde um conteúdo afetivo de resistência e de reafirmação de um tipo de prática em saúde pública mais avançada frente aos modelos hegemônicos – e isso também possibilitou a identificação das potencialidades dos profissionais de saúde. Assim, o que nos parece central para o próximo período é incorporar as práticas aprendidas e desenvolver sementes de novas potências que surgiram no processo, que com afeto e compromisso, mostraram a capacidade de realizar uma prática em saúde transformadora.

Saúde da população em situação de rua na região de Pirituba, no município de São Paulo

Wagner Laguna, Hellen Cristina Santos Costa, Cecília de Oliveira Bispo de Araújo, Sirineu Alves de Godoy, Gisele Ramalho Marcondes de Deus, Joyce Cristina Vieira dos Santos, Rosilda Pereira Batista Oliveira, Katia Mazzone, Fernanda Biscaro, Maria Aparecida da Silva, Camila Cristina Pereira, Rafaela Silva Rocha, Juscival Correia da Costa, Ana Carolina Sá de Faria, Linara Correia do Nascimento, Ana Paula de Moraes Mathias e Eduardo Mota Teixeira.

TEMA CUIDADOS ESTADO SÃO PAULO

INTRODUÇÃO Vários são os motivos que impulsionam o desenvolvimento desse trabalho, mas o maior desafio é a vinculação dos usuários às unidades de saúde, uma vez que a maioria dos atendimentos necessários precisa ser desenvolvida dentro dos serviços, respeitando protocolos de biossegurança. Os usuários listam inúmeras dificuldades de acesso, tais como: deslocamento, medo de serem mal atendidos, mal-estar por não estarem higienizados e a vergonha pelos olhares preconceituosos que recebem de algumas pessoas. A localização territorial onde essas pessoas se encontram está situada próximo a córregos, há presença de insetos, ratas e outros animais peçonhentos. Os usuários não têm acesso a banheiros ou água potável, quase todos estão sem documentos pessoais e além da venda de material reciclável e alguns trabalhos informais, não têm nenhuma fonte de renda. Após dois anos de desenvolvimento deste trabalho, conseguiu-se fazer com que alguns usuários procurem o serviço de saúde quando sentem necessidade ou compareçam para atendimentos agendados com especialidades.

METODOLOGIA Durante a fase inicial da pandemia de covid-19, as unidades de saúde precisaram se reorganizar para atender à crescente demanda de pessoas contaminadas. Naquele momento, surgiu a preocupação com as pessoas em situação de rua que estavam ainda mais vulneráveis. A princípio, a equipe se organizou para entregar kits de higiene e máscaras e, a partir daí, identificou-se a necessidade de permanecer acompanhando essas pessoas, que, dia após dia, se aglomeravam em maior número, com suas necessidades humanas básicas afetadas. Observou-se que todos os que

ali permaneciam ou passavam tinham em comum o uso abusivo de substâncias psicoativas. Para além disso, a pobreza, a perda de vínculos familiares e as violências (interpessoais e institucionais) também impactam negativamente nas realidades de cada um deles.

Após a identificação dessas demandas, um grupo de trabalho foi criado e ações permanentes foram implementadas na área. As ações passaram a ocorrer duas vezes por mês, sempre às quartas-feiras, previamente definidas na segunda e na quarta semanas do mês, das 14h às 17h. O ponto de encontro foi o CECCO Jaraguá, e no dia do último encontro do mês era feita uma reunião para avaliação e organização do trabalho.

O grupo conta com profissionais fixos, para favorecer o vínculo, e profissionais volantes para ampliar a oferta de cuidado e possibilitar uma atenção integral aos usuários.

Diante das necessidades socioassistenciais apresentadas pelos usuários, uma das parcerias firmadas foi com o Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS) Perus, que vem compondo a equipe em todas as ações e se revezando nos dois pontos para os atendimentos. As UBS Jd. Rincão e União das Vilas de Taipas prestam apoio sempre que necessário. O CIC Oeste Jaraguá auxilia com a emissão da documentação civil. E novas parcerias estão em processo de concretização, como Cras Pirituba e Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) Pirituba. O planejamento das ações acontece em conjunto com a Supervisão Técnica de Saúde (SVS) Pirituba, sendo responsabilidade da interlocução de saúde mental coordenar os encontros e realizar as articulações de território.

DESCRIÇÃO DO RELATO Para realizar o atendimento in loco, os membros das equipes se dividem em dois grupos:

· Grupo A: atende a área conhecida como “Reção” e conta com os profissionais da UBS Jd. Panamericano (referência do local), sendo uma enfermeira, uma auxiliar de saúde bucal, uma agente comunitária de saúde e uma Agente de Promoção Ambiental (APA); além de um profissional do CECCO Jaraguá (auxiliar de enfermagem); dois profissionais do CAPS Álcool e Drogas (assistente social e redutor de danos) e um profissional do CAPS Adulto (psicóloga ou auxiliar de enfermagem).

· Grupo B: atende a área do entorno do Céu Píneiro D’água e é composto por profissionais da UBS City Jaraguá (referência do local), sendo uma enfermeira, uma psicóloga, uma nutricionista, uma dentista, uma APA e uma ACS; além de uma profissional do CECCO Jaraguá (assistente social); dois profissionais do CAPS AD Casa Azul (enfermeiro e redutor de danos) e um profissional do CAPS Adulto (psicóloga ou auxiliar de enfermagem).

Em todas as ações há uma atividade de saúde programada, além da distribuição de lanches e água, preservativos, máscaras e kits de higiene bucal. Os atendimentos de promoção e prevenção em saúde ocorrem conforme a organização prévia realizada pelos profissionais envolvidos durante a reunião mensal e um cronograma de atividades é planejado a cada semestre. Exemplos de atividades e ações realizadas são a vacinação contra a covid-19, Influenza e atualização de carteira vacinal; testagem e acompanhamento de sífilis, HIV, Hepatites; tratamento de tuberculose; tratamento de feridas; monitoramento de DCNT (aferição de PA, teste glicêmico etc.); mamografia, papanicolau, acompanhamento pré-natal, acompanhamento de câncer de mama; atendimento odontológico, distribuição de kits de higiene bucal e orientação in loco; saúde mental (atenção à crise, orientações de redução de danos, acolhimento integral e atendimento in loco); com relação à Assistência Social (documentos pessoais, CadÚnico, transporte dos usuários, oferta de centros de acolhida, albergue etc).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Observa-se que, aos poucos, os olhares de curiosidade e medo se transformaram em olhares de confiança. Da vacina à entrega de lanches, do

acompanhamento de tuberculose ao acolhimento integral no CAPS AD, da orientação de redução de danos ao agendamento de exames e consultas especializadas, cada pequeno passo é importante na criação de um caminho onde a pessoa em situação de rua possa se sentir pertencente e se enxergar como um cidadão de direitos.

A experiência mostra que é possível para as equipes da Atenção Básica prestar assistência à população em situação de rua, mesmo com poucos recursos. Nem sempre as ações são resolutivas, uma vez que demandam intervenções permanentes, disponibilidade das equipes, transporte e articulações, para além das tarefas programadas em suas respectivas unidades e rotinas de trabalho.

A falta do consultório de rua e equipamentos de acolhida da assistência social prejudica enormemente o trabalho, uma vez que muitas das ações se perdem pela impossibilidade de acompanhamento. Mas a cada mês seguimos ampliando as parcerias e tornando esse trabalho possível.

Apesar de estar situada em pontos diferentes do território, a população atendida apresenta características comuns como o uso abusivo de substâncias psicoativas, a carência de cuidados em saúde, a precariedade sanitária e o não acesso aos serviços.

Ao levarmos em conta o princípio da equidade do SUS, incluir as pessoas em situação de rua na lógica do cuidado é desafiador. Para o acompanhamento de saúde, os pacientes são direcionados à UBS de mais fácil acesso e na qual haja maior possibilidade de vinculação. Todavia, verifica-se a baixa adesão dos pacientes.

A realidade exige esforços significativos da equipe, que vão do deslocamento dos profissionais para realização de atendimentos in loco, até a falta de respaldo ou infraestrutura apropriada. Existe a compreensão da necessidade de uma equipe mais constante e permanente que possa ampliar oferta de cuidado e realizar os acompanhamentos e monitoramento desses usuários de forma mais consistente.

Cuidados para a população em situação de rua em tempos de pandemia: estratégias adotadas por municípios do estado de Pernambuco

Recife: Aline Rosendo, Márcia Ribeiro, Debora Amaral, Juliana Martins, Luciana Albuquerque, Camila Borges, Geruza Felizardo e Ana Rita Suassuna; Jaboatão dos Guararapes: João Henrique Medeiros Priston e Paula Pereira; Paulista: Danielle Maria Nascimento Figueiras Ribeir, Jakeline Sabrina Alves de Moraes, Kênia Raisse Borges Lima, Pedro Vieira dos Anjos Filho e Renata Viviane Neves da Silva.

TEMA CUIDADOS ESTADO PERNAMBUCO

INTRODUÇÃO No momento em que as políticas públicas estão focadas na pandemia decorrente à covid-19, se faz necessário trazer à luz os esforços realizados para atender as necessidades da população em situação de rua, grupo com maior vulnerabilidade e que sofre diretamente com os impactos sociais causados pelo coronavírus. Este documento tem o intuito de registrar as estratégias adotadas pelos municípios de Recife, Jaboatão dos Guararapes e Paulista, no estado de Pernambuco, para a garantia de direitos e cuidados, para a população em situação de rua, em meio à pandemia.

Todas as atividades a seguir estão sendo executadas desde março de 2020, como resposta imediata às necessidades identificadas emergencialmente, e permanecem em implementação, garantindo a assistência adequada e contínua. Em diálogo permanente entre os atores da gestão pública responsável pelo cuidado integral, estas experiências retratam a rede de cuidado construída de modo participativo e conectado, garantindo a universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único da Assistência Social (SUAS), bem como com a participação ativa dos diversos movimentos sociais. A garantia de direitos de forma humanizada é a marca do trabalho realizado pelos municípios, em especial, para as populações mais vulneráveis.

METODOLOGIA Durante a fase inicial da pandemia de covid-19, as unidades de saúde das ações e se revezando nos dois pontos para os atendimentos. As UBS Jd. Rincão e União das Vilas de Taipas prestam apoio sempre que

necessário. O CIC Oeste Jaraguá auxilia com a emissão da documentação civil. E novas parcerias estão em processo de concretização, como Cras Pirituba e Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) Pirituba. O planejamento das ações acontece em conjunto com a Supervisão Técnica de Saúde (SVS) Pirituba, sendo responsabilidade da interlocução de saúde mental coordenar os encontros e realizar as articulações de território.

Este trabalho traz os relatos dos municípios, de forma cronológica, aos eventos ocorridos entre março de 2020 até meados de 2022. Inicia-se com a experiência de Recife, com a elaboração e execução do plano de contingenciamento voltado para o manejo da covid-19, executado de modo intersetorial, com foco na assistência e na integralidade, voltado para a população em situação de rua da cidade. Em seguida, apresenta a estratégia de vacinação adotada pelo município de Jaboatão dos Guararapes em junho de 2021. Por fim, traz a experiência exitosa de Paulista, com o caso de tuberculose identificado nas ações de imunização da equipe de consultório na rua do município.

As referências municipais trouxeram suas experiências e compartilharam, dentro do colegiado estadual, o processo de trabalho das equipes do consultório na rua e o manejo das ações sobre a população em situação de rua com outros municípios que não apresentam o programa Consultório na Rua. Assim, formularam linhas de cuidado e estratégias para a atenção integral da população em situação de rua para servirem de modelos e guias aos demais municípios do estado de Pernambuco, construindo um plano operativo baseado no ordenamento

estadual para o cuidado da população em situação de rua frente ao contexto do SARS-CoV-2.

Cada experiência contou com os recursos e estratégias do respectivo município, em contextos compartilhados no grupo colegiado das equipes de Consultório na Rua de Pernambuco, conduzido pela Secretaria Estadual de Saúde. Este espaço colegiado é uma importante ferramenta de compartilhamento e de fortalecimento entre os municípios, em especial aos que contam com o programa Consultório na Rua. Este equipamento visa o fortalecimento das ações de promoção à saúde na Atenção Básica, com foco na população em situação de rua. Além disso, traz o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar maneiras mais oportunas para o cuidado integral à saúde junto a essa população.

DESCRIÇÃO DO RELATO

1. O PLANO DE CONTINGENCIAMENTO VOLTADO AO MANEJO DA COVID-19 DE RECIFE

O contexto da pandemia gerou grande preocupação entre os gestores de saúde quanto ao atendimento da população em situação de rua. Como propor ações preventivas e de cuidado relacionadas à covid-19 para uma população vulnerável que não possui meios viáveis para realizá-la? Como prover garantia de alimentação, garantia de abrigo para o distanciamento social e isolamento domiciliar, garantia à informação e garantia da continuidade dos cuidados em saúde para a população em situação de rua?

Para lidar com essas questões, a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos – por meio da Câmara Técnica Intersetorial de Cuidado Integral à População em Situação de Rua, com execução das equipes dos Consultórios na Rua, Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) e Centros Pop – elaboraram e executaram as atividades voltadas ao cuidado dos usuários, pelo plano de contingenciamento da covid-19 para a população em situação de rua, entre o período de março a dezembro de 2020, anterior ao lançamento das vacinas.

Como estratégia para a assistência da população em situação de rua, o município formulou o Plano de Cuidados para a População em Situação de Rua, dentro do Plano de Contingenciamento à Covid-19, com elaboração de um fluxo

de atendimento para nortear as equipes que assistem esta população de maneira sistemática, desde o acolhimento da demanda, identificação de sintomas, até a garantia de isolamento social, bem como o compilado das unidades de referência destinadas para o manejo da covid-19. Estes documentos foram disponibilizados e compartilhados, em forma impressa e digital, com todos os atores da rede intersetorial do município.

Pela rede intersetorial, foram realizadas as seguintes ações: 1) continuidade das ações das equipes do Consultório na Rua no território, baseadas nas medidas de prevenção, higiene oportuna, orientações quanto ao fluxo de acesso à saúde neste período, identificação e encaminhamento dos sintomáticos de covid-19; 2) inclusão da população em situação de rua como público alvo na campanha da Influenza, com execução das equipes do Consultório na Rua, com disponibilização de 800 doses da vacina; 3) fornecimento de refeições pelos Restaurantes Populares em forma de marmitas; 4) ações itinerantes de entrega de refeições no território, realizadas pelas as equipes do Consultório na Rua e SEAS, fornecendo, em média 240 refeições diariamente; 5) reorganização dos dormitórios do Abrigo Noturno, bem como a criação de 120 vagas para isolamento em Abrigo Emergencial em casos suspeitos ou confirmados de covid-19, com a realização de monitoramento pela equipes do Consultório na Rua; 6) orientação aos profissionais que atendem à população em situação de rua sobre o manejo da covid-19; 7) distribuição de insumos para higienização no território; 8) realização de levantamento e monitoramento de idosos e inclusão no novo abrigo; 9) monitoramento dos grupos de risco acompanhados pelos equipamentos voltados à população em situação de rua.

Além dessas ações, realizou-se um mapeamento dos casos de covid-19 na população em situação de rua. Em ação conjunta entre as políticas de saúde e de assistência, houve ampla testagem dessa população em toda a cidade. Com a disponibilidade inicial de 1600 testes rápidos, foram feitas ações diurnas e noturnas nos pontos de concentração da população em situação de rua no município. Ademais, foi construído um protocolo de atendimento e acolhimento para os casos identificados nesta população.

2. PLANO DE VACINAÇÃO PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA CONTRA A COVID-19 ADOTADO POR JABOATÃO DOS GUARARAPES

Jaboatão dos Guararapes desenvolveu um plano de vacinação para a população em situação de rua contra a covid-19. Após discussões entre gestores municipais da saúde e da assistência social, foi instituída uma equipe multidisciplinar e intersetorial para vacinação extramuros, contando com profissionais das secretarias de Saúde e de Assistência Social, objetivando mapear, criar vínculos, vacinar, ofertar serviços e acompanhar esse público. As ações são realizadas em dias, locais e horários diferentes, visando contemplar o maior número de pessoas. Durante o planejamento das ações, realizamos um mapeamento prévio dos territórios, identificando pontos fixos de vacinação em serviços estratégicos como o CAPS AD (unidade de saúde referência para pessoas que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas) e o Centro Pop (unidade da assistência social de referência para banho e alimentação das pessoas em situação de rua).

Os usuários do Programa Atitude foram vacinados in loco, considerando a especificidade do público alvo do Programa. Foram mapeados, ainda, os principais pontos de concentração das pessoas em situação de rua e os melhores horários para a realização das ações para aqueles que não acessaram as alternativas mencionadas. Após esse mapeamento, a equipe multidisciplinar responsável pelas ações passou a ir ao território, inclusive nos horários noturnos e durante a madrugada, identificando pessoas que não haviam sido vacinadas (usuários de substâncias psicoativas, idosos, pessoas com dificuldades de locomoção e profissionais do sexo), proporcionando acolhimento, lanches, água mineral e oferta de serviços como fornecimento de cartão SUS, inscrição em CadÚnico, viabilização de retirada de documentação e encaminhamentos para o CAPS AD, CAPS Solar, Centro Pop, entre outros serviços. Os pontos fixos de vacinação também foram sensibilizados para acolher esse público caso haja busca espontânea pela vacina, garantindo inclusive a imunização sem exigência de qualquer entrave burocrático como agendamento prévio e/ou documentação.

3. TRATAMENTO DE TUBERCULOSE E A MUDANÇA DE PARADIGMAS ENTRE AS

EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA

A vacinação da população em situação de rua teve início a partir da segunda quinzena de junho de 2021, após muitas reuniões, algumas pactuações e contando com a retaguarda do transporte cedido pela Secretaria Estadual de Saúde. Evidenciou-se que esse processo de imunização favoreceu a reconexão da equipe com a essência de trabalho do Consultório na Rua.

Nesse processo, um exemplo é o reencontro com Marina, que aconteceu numa manhã por ocasião da vacinação contra a covid-19. Neste dia, a usuária relatou ter dormido na praça, em um banco de madeira da barraca de um feirante e já estava há alguns dias dormindo ali mesmo, pois sentia-se sem forças. A equipe observou que o estado geral era desfavorável, higiene muito comprometida, emagrecida, queixando-se de dor nas pernas. Negou sintomas gripais (tosse, febre e dor de garganta). Evidenciou-se, portanto, a necessidade de cuidados em saúde. Marina passou a ser acompanhada pela equipe do Consultório na Rua, enquanto articulador da rede e serviço assistencial, ativou várias frentes de serviços. Foi agendada consulta médica na Unidade de Saúde da Família de referência e, na ocasião, Marina revelou histórico prévio de câncer no colo do útero; queixou-se de dor nas costelas e no abdômen; dormência nos membros superiores e inferiores. A médica realizou um exame clínico detalhado e criterioso; orientou sobre redução de danos para uso da nicotina; solicitou exames clínicos para investigação de tuberculose, de saúde da mulher e análise bioquímica. O consultório na rua fez-se presente neste processo realizando o transporte de Marina para realização de exames laboratoriais, cujos resultados apontaram quadro de anemia, infecção sexualmente transmissível e resultado positivo para tuberculose. Prontamente, a equipe de Saúde da Família foi comunicada sobre os resultados e deu-se início ao protocolo de solicitação dos medicamentos e de preenchimento da Ficha de Notificação para a Vigilância Epidemiológica.

Diante de um diagnóstico de saúde complexo e de tratamento prolongado, avaliou-se a necessidade de traçar um plano de cuidado, definindo estratégias que auxiliassem na adesão e identificar uma rede de apoio formal e informal.

Não era incomum a equipe abordar Marina nas várias ocasiões em que trazia as antigas queixas de dormência nas pernas e dor no abdômen e associava com tratamento da tuberculose; também era recorrente alegar que não tomava a medicação, pois a fazia mal quando ingerisse bebida alcoólica. Atendimentos com médico da equipe foram realizados para avaliar o quadro clínico e prestar os devidos esclarecimentos. No que diz respeito ao uso de bebida alcoólica e tratamento da tuberculose, já existem diretrizes que flexibilizam o uso das duas substâncias concomitantes. As equipes do Consultório na Rua e da Saúde da Família já haviam pactuado de não condicionar o tratamento da tuberculose à interrupção do uso da bebida alcoólica.

Nessa passagem é importante pontuar algumas questões sobre a vivência de rua e o cuidado em saúde. Faz-se necessário legitimar a rua enquanto espaço de cuidado e compreender que “para atender a pessoa na rua e atender a pessoa em situação de rua não é necessário retirá-la da rua”¹, entendendo que “a vida na/da rua é uma forma legítima de vida na cidade, quer dizer, ela existe pelas próprias dinâmicas da cidade, e não por defeito ou culpa do indivíduo que nela se encontra”². Sendo assim, uniram-se esforços em articulação e apoio para além do tratamento medicamentoso, a fim de alcançar outros benefícios, como por exemplo, a retirada de documentos, auxílio de cesta básica através do Centro de Referência de Assistência Social (Cras), inclusão no CadÚnico e solicitação do Auxílio Brasil, capinação e dedetização da sua moradia, dentre outros serviços.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Até o momento anterior à campanha da vacinação contra a covid-19 foram realizados 2.122 testes rápidos na população em situação de rua do município de Recife, com a flexibilização do atendimento em toda rede para atender a demanda dessa população, que seguiram o fluxo estabelecido pelo município. Desde o início da pandemia até o momento, foram identificados 125 casos confirmados para covid-19 entre a população em situação de rua assistida, uma média de 325 abrigamentos no equipamento de isolamento social para os casos suspeitos, encaminhados pela rede de saúde, e 16 óbitos registrados neste período.

A iniciativa de Jaboatão dos Guararapes imunizou aproximadamente 280 das 320 pessoas em situação de rua estimadas no município. Além disso, foram realizadas orientações

sobre redução de danos e cuidados com a higiene e saúde. Percebemos que grande parte das pessoas abordadas que não estavam acessando o CAPS AD e/ou o Centro Pop, passaram a procurar estes serviços, após a ação, e a partir destes acompanhamentos estão sendo inseridas em outros serviços e/ou programas municipais como programas de educação e de qualificação profissional. A estratégia foi considerada eficaz, inovadora, criativa, replicável, de baixo custo e acessível e será repetida em todas as campanhas de vacinação.

Quanto à experiência de Paulista, passou-se quase um ano do início da vacinação contra a covid-19 e cinco meses desde a primeira reunião sobre o caso Marina. O caso de Marina apontou para a importância de adoção de modelos de cuidado de baixa exigência na assistência à população em situação de rua e na reformulação de paradigmas de cuidado. Embora se reconheça a relevância de adotar protocolos e diretrizes clínicas, em algumas circunstâncias eles podem atuar de forma a inviabilizar o cuidado em saúde quando se nota a necessidade de flexibilização para cuidar da população em situação de rua.

Algumas dificuldades estruturais ainda persistem, como o fato da equipe do Consultório na Rua não contar com transporte diariamente, porém alguns pontos melhoraram. Atualmente a equipe é composta também por um médico, uma agente comunitária de saúde e está previsto contratar uma educadora social. Em breve, passará de Modalidade I a ser considerado como equipe Modalidade III.

Os resultados das experiências de Pernambuco mostram que a chave para o cuidado adequado está na promoção de ações preventivas, adaptadas às diversas realidades sociais, realizadas de modo integral e compartilhado. Tudo isso só foi possível por conta de um diálogo permanente e articulado com toda a rede de cuidado à população, tanto do poder público, quanto da sociedade civil e dos próprios usuários. A atual pandemia nos levou a um novo olhar sobre esta população, bem como sobre o quanto ainda temos que fazer para garantir o acesso à cidadania por parte dessas pessoas.

Análise das condições bucal e mental de pessoas em situação de rua de Maringá

Maria Paula Jacobucci Botelho, Raul Sturion, Janus Micael Targa Ferreira, Michel Rangel, Isabela Miguel Pissoli e Maria Heloísa Cella.

TEMA CUIDADOS ESTADO PARANÁ

INTRODUÇÃO As desigualdades sociais estabelecidas pelo sistema capitalista levaram as sociedades modernas a marginalizar determinados grupos sociais. Ao longo do tempo pode ser notado um crescente aumento da população em situação de rua. Diversas são as situações que podem conduzir os indivíduos às ruas, além de fatores socioeconômicos, como a pobreza, podemos destacar também os fatores relacionados aos convívios interpessoais, como problemas familiares ligados à rejeição do indivíduo pela família, atitudes violentas e hostilidades. A população em situação de rua é constituída, em grande parte, por pessoas ignoradas no convívio social e se tornam invisíveis e passam a não ser notadas pela sociedade. Portanto, é necessário o reconhecimento desse grupo na sociedade como detentores de direito e com livre acesso à saúde, mas isto não ocorre. Dentre as políticas públicas de saúde oferecidas à população em situação de rua, destaca-se o Consultório na Rua, composto por uma equipe multidisciplinar que faz busca ativa nos locais onde se encontra a população em situação de rua. As equipes do Consultório na Rua realizam a formação de vínculos entre profissionais de saúde, assistentes sociais e a população em situação de rua, melhorando o acesso e o direito à saúde com vistas a sanar suas necessidades.

As principais atividades e ações são desenvolvidas na rua e articuladas com os demais serviços e centros de saúde, como a Unidade Básica de Saúde (UBS), serviços hospitalares de Urgência e Emergência, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento, Centros de Saúde, Centros Populares, entre outros. Também é importante compreender e refletir sobre o cuidado das pessoas em situação de rua, em especial aquelas que apresentam transtornos mentais. Quando se encontram em situação

de rua há exacerbação de seus sintomas, além de acúmulo de vários outros distúrbios, resultando em alta prevalência de comorbidades e agravamento do quadro de saúde mental. Nesta população, o transtorno mental mais comum está associado à dependência de álcool e outras drogas, variando entre 8% e 58% para a dependência de álcool, e 5% a 54% para outras drogas.

Em Maringá a equipe, atualmente, é de modalidade III, conta com um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social e um motorista. A equipe dispõe de um carro adaptado para atendimento in loco da população em situação de rua e há um número de telefone celular para o contato com a equipe, que realiza todos os procedimentos da carteira de serviços do SUS e compartilha o cuidado com a rede de atenção do município.

Viabilizar atendimentos de saúde para a população em situação de rua é proporcionar equidade a todos os cidadãos, direito este que garante igualdade e justiça, reconhece as necessidades específicas de cada grupo social e reduz o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais esse grupo é submetido. Sendo assim, o objetivo geral da pesquisa foi analisar a saúde bucal da população em situação de rua, os hábitos que colaboram para o agravamento dos problemas bucais e transtornos mentais das pessoas em situação de rua do município de Maringá.

METODOLOGIA O projeto está vinculado ao curso de Odontologia da UniCesumar, em Maringá - PR, e consistiu em uma pesquisa de caráter quantitativo e exploratório para a análise das condições de saúde da população em situação de rua. O estudo incluiu a análise de prontuários eletrônicos da população em situação de rua do município de Maringá, que passou

por consultas nos anos de 2019 e 2020. Essa coleta de dados foi realizada junto à Secretaria de Saúde de Maringá.

A segunda etapa fez a caracterização da população em situação de rua de Maringá, através dos dados coletados e de entrevistas com pessoas que vivem em situação de rua e que aceitaram participar do estudo após serem informados a respeito dos objetivos e propósitos da pesquisa. Após serem informados, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No entanto, a segunda parte da pesquisa não foi desenvolvida em sua totalidade desta forma devido à situação de calamidade pública provocada pela pandemia de covid-19 e as restrições advindas dela.

Os dados foram coletados no período anterior a esses decretos, digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010 e analisados estatisticamente com o auxílio do Software Statistica Single User versão 13.2 em 2021. Foram calculadas medidas descritivas: média, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis quantitativas e tabelas simples e de dupla entrada para as variáveis qualitativas também em 2021. Para verificar possíveis associações entre as variáveis qualitativas, foi realizado o teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%, ou seja, foram consideradas significativas as comparações cujo $p < 0,05$.

DESCRIÇÃO DO RELATO A ausência de muitos dados nos prontuários eletrônicos da Secretaria de Saúde de Maringá reforça a invisibilidade da população em situação de rua e o não comprometimento no atendimento a essa população. Também faz com que as informações não sejam coletadas adequadamente e isso pode agravar o sentimento de não pertencimento dessa população, acentuando problemas de saúde mental como foi observado neste estudo.

Na área da saúde, o objetivo é a produção do cuidado e, assim, será possível alcançar a cura e a saúde. Há múltiplas maneiras, modelos e ações para fazer o cuidado. O modelo biomédico já mostrou não ser a melhor forma para fazer o cuidado. É preciso trabalhar sob o paradigma psicossocial, com equipe interdisciplinar, com diferentes recursos terapêuticos, enfatizando a reinserção social dos indivíduos.

A população em situação de rua precisa de mais visibilidade, atenção e novas políticas devem ser instituídas para poder oferecer um atendimento mais adequado. Há necessidade de implementar atendimentos odontológicos pela rede para mudar essa realidade, além de incorporar um profissional de saúde bucal no consultório na rua, trabalhando nas abordagens da população em situação de rua para identificar suas necessidades e saná-las preventivamente. Apesar de a população em situação de rua, na maior parte, ter condições precárias de saúde bucal, sistêmica e mental, ela tem merecido pouca atenção por parte da comunidade científica, com poucos estudos publicados a respeito.

Contribui para essas más condições de saúde bucal, o consumo de drogas, álcool e tabaco pela população em situação de rua. Esse consumo pode ser explicado pela necessidade dessa população de minimizar a fome e o frio, como também para a socialização entre os membros dos grupos da rua. Ao utilizar drogas, particularmente o crack, ocorre o manchamento dos dentes, comprometendo ainda mais a autoestima das pessoas. Assim, a realização de procedimentos restauradores com finalidade estética também é importante no resgate da autoestima e permite melhor reintegração na sociedade. A saúde bucal está relacionada à saúde sistêmica e mental e deve ser considerada fundamental no atendimento à população em situação de rua.

Da mesma forma, problemas de saúde mental representam a razão predominante dessas pessoas estarem em situação de rua e devem ser considerados sempre. A ampliação do atendimento em saúde para a população em situação de rua é necessária, mas só ocorrerá quando houver maior visibilidade e preocupação com essa população. Dentre os fatores limitantes para a realização desta pesquisa, cabe destacar a falta de informações precisas de uma parcela de pacientes e a pandemia. A não existência de informações, destaca a invisibilidade dessa população. Estes resultados reforçam a importância de aprimorar a atenção à saúde da população em situação de rua e proporcionar soluções às necessidades de saúde bucal percebidas por esse grupo invisível à sociedade, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e o restabelecimento da sua dignidade.

Dos 761 prontuários analisados, 87% eram homens, com idade entre 30 a 49 anos (59,7%). Somente 10% passaram por atendimentos odontológicos ($n=77$), sendo que a maioria por procedimentos cirúrgicos. 28,8% ($n=219$) utilizavam algum tipo de droga, 25,8% eram tabagistas ($n=196$) e 29,9% ($n=205$) consumiam bebida alcoólica. Em relação a outras condições clínicas com registro nos prontuários eletrônicos dos pacientes, 21% ($n=160$) apresentam outras doenças que não Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e alergias; 8,8% ($n=67$) apresentam doenças infecciosas (DI), 3,2% ($n=24$) apresentaram desmaios e convulsões, 19,4% faziam uso de medicamentos ($n=148$). Já em relação à presença de doenças e utilização de medicações, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Este estudo comprovou que falta acolhimento, escuta ampliada, empatia no atendimento a essa população e, com isso, problemas mentais vão se agravando. É preciso maior comprometimento por parte do poder público e dos profissionais da saúde no cuidado a esses pacientes.

É evidente que a população em situação de rua possui baixas condições de saúde, como resultado das condições precárias em que vivem. Isto não é novidade. O que é preciso após essa constatação é atuar de forma mais efetiva para mudar essa realidade. Os resultados alcançados reforçam a importância de aprimorar a atenção à saúde da população em situação de rua e proporcionar soluções às necessidades de saúde percebidas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e o restabelecimento da sua dignidade, com sua reinserção na sociedade.

Fique em casa: o cuidado da população em situação de rua em momento de pandemia no município de Maringá

Sonia Maria Moreira Bezerra.

TEMA **CUIDADOS**
ESTADO **PARANÁ**

INTRODUÇÃO Em março de 2020, com os primeiros casos do novo coronavírus, os meios de comunicação anunciavam uma doença transmitida pelo ar, que não se podia ver, capaz de matar e sem remédio que a cure. Junto às medidas de *lockdown*, a recomendação que se ouvia era “Fique em casa!”. O objetivo deste trabalho é relatar como se deu o cuidado da população em situação de rua, em Maringá - PR, durante o período de contingência pela covid-19 realizado pela equipe do Consultório na Rua.

METODOLOGIA A equipe do Consultório na Rua, atuante em Maringá desde 2010, é composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, psicóloga, assistente social e motorista, e se manteve em atividade durante todo o período da pandemia. Além das ações habituais, a equipe necessitou articular ações intersetoriais entre diversas secretarias para garantir cuidado às pessoas em situação de rua que apresentaram sintomas respiratórios. Frente a esse cenário, houve a necessidade de criação um local de acolhimento às pessoas que vivem e habitam as ruas e que necessitavam de isolamento social por sintomas respiratórios, sem critério de internação hospitalar. A equipe do Consultório na Rua realizou assistência e monitoramento nestes locais, tendo sido realizado no período mais de um mil atendimentos. Além das ações nestes locais de acolhimento, a equipe manteve suas atividades itinerantes e realizou busca ativa, monitoramento e cuidado às pessoas em situação de rua sintomáticas para covid-19 que não aceitaram o abrigo.

DESCRIÇÃO DO RELATO A equipe do Consultório na Rua contribuiu também com os planos de contingência de algumas das entidades que fornecem assistência às pessoas em situação de rua, realizando atendimento no Centro Pop e na Casa de Passagem. Quanto às ações

da campanha de imunização contra a covid-19, inicialmente a equipe fornecia orientação e auxílio para que as pessoas de grupos prioritários pudessem ter acesso aos postos de vacinação. Por conta da organização do município e do cadastro prévio e efetivo dessa população, foi possível antecipar a aplicação da vacina para as pessoas em situação de rua pela do Consultório na Rua, de forma itinerante, tanto na rua quanto em instituições de abrigamento. Foram aplicadas mais de 250 vacinas. Durante todo esse período a equipe tem fornecido máscaras e orientações quanto aos cuidados específicos para prevenção à covid-19.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Um dos desafios encontrados pela equipe foi de conciliar as ações relacionadas à covid-19 com as atividades habituais do serviço como ações de planejamento familiar, curativos, coletas de exames, acompanhamento de pacientes com condições crônicas, medicações assistidas, entre outras.

Quarto de cuidados: estratégias de enfrentamento da pandemia de covid-19 pelo Consultório na Rua de Acari no Rio de Janeiro

Equipe do Consultório na Rua de Acari, da área programática (AP) 3.3, do município do Rio de Janeiro e a população em situação de rua na cena de uso de drogas.

TEMA **CUIDADOS**
ESTADO **RIO DE JANEIRO**

INTRODUÇÃO O contexto motivador para a construção deste relato foi a pandemia de covid-19 e as pessoas em situação de rua, principalmente os usuários de crack e outras drogas por não terem acesso aos serviços de saúde.

METODOLOGIA A metodologia implementada foi baseada na construção compartilhada do conhecimento, reconhecendo os usuários como sujeitos ativos e fundamentais para a criação de estratégias de cuidado no âmbito da pandemia. A partir dessa articulação com os usuários de drogas foi estabelecido ações de controle e tratamento da covid-19, assim como a vacinação que ocorreu posteriormente.

DESCRIÇÃO DO RELATO O local que se tornou um quarto de cuidados durante a pandemia de covid-19 é uma casa ocupada por pessoas que fazem uso de substâncias, como crack, cocaína, álcool e maconha, por pessoas que trabalham como profissionais do sexo e pessoas que administram “negócios”. Há pessoas que residem na casa e outras que estão de passagem, com circulação de aproximadamente 50 pessoas na casa.

Na década de 80, o local funcionava como um terreiro de candomblé. Com a chegada do crack na região, na década de 90, a casa aos poucos passou a ser ocupada pelas ex-lideranças do território para fazer uso de drogas neste local. A casa possui vários cômodos, degradados ou em ruínas, alguns utilizados para os profissionais do sexo trabalharem; já outros cômodos são ocupados pelas lideranças do espaço e, ainda, existem cômodos em comum, como cozinha e um espaço aberto nos fundos da casa, que funciona para convívio comunitário entre os que moram e os que estão de passagem.

Um dos cômodos funcionou como o “quarto de cuidados”: este cômodo tem cama, colchões, cobertores, ventilador e porta, e é principalmente utilizado pelos usuários que, porventura, adoecem na casa. Por exemplo, os pacientes que estão mais consumidos pelo HIV ou pela tuberculose, e outros que estão com questões agudas de saúde como diarreia, vômito e febre. Ainda é utilizado também por aqueles que sofreram violência e/ou não estão conseguindo se locomover, ou se locomovem com muita dificuldade.

Na pandemia de covid-19, em um momento de visita à casa pela equipe do Consultório na Rua, discutiu-se como se dá a transmissão do novo vírus e sintomas ocasionados por ele e este cômodo virou “o quarto” para que as pessoas da casa, que estivessem com síndrome gripal, algumas suspeitas de covid, pudessem se isolar, e nesse sentido tentar diminuir a contaminação do vírus. Toda discussão foi realizada em conjunto com a população que frequenta a casa e os profissionais da equipe do Consultório na Rua. O critério para a entrada no quarto de cuidados, como caso suspeito de covid-19, para isolamento, não incluía somente a tosse, pois esse sintoma era comum para muitos da casa. Portanto, estabeleceu-se como critério: tosse + febre + mal-estar, aliado à sensação de estar doente. Cabe destacar que nesse momento da pandemia ainda não existia ainda teste para detecção de covid-19 e nem vacinação.

Ao chegar ao território, primeiramente, a equipe fazia a distribuição de máscaras, sabonete, água, álcool, cesta básica e quentina. Todo esse material era obtido por meio de doações da sociedade civil organizada,

como Ação da Cidadania, Frente Ampla Suburbana, Fiocruz e Coletivos de Favelas. Após essa distribuição conversava-se sobre trocar as máscaras que estavam sujas e em mau estado, discutiam a possibilidade de alguns moradores dormirem do lado de fora da casa, em colchões separados. Conversavam, ainda, sobre o uso da cocaína, principalmente em tentar não compartilhar o mesmo material, nem a mesma superfície, para o uso da droga, numa perspectiva de redução de danos. Se não fosse possível, falava-se da limpeza com álcool antes de outra pessoa usar, falavam sobre o compartilhamento do copo para o uso de crack. Esse último sem muito sucesso de possibilidade de intervenção, visto que não recebemos doação de copo de água de plástico, que é o material que os pacientes utilizam para fazer o uso desta droga. Além de reforçar a importância de lavar as mãos, até porque a casa possui duas saídas de água, uma na entrada e outra no espaço comum.

Os atendimentos eram realizados para as pessoas com queixas para além dos sintomas de covid-19 e, por último, ficava o atendimento de saúde dentro do quarto do isolamento para pessoas com suspeita de covid-19. Os materiais utilizados para os atendimentos dos sintomáticos constituíam-se de oxímetro, termômetro, estetoscópio, aparelho de pressão e utilizava-se para higienização dos materiais, algodão e álcool líquido 70%, além de saco de lixo para o material contaminado e luva de procedimento.

Alguns usuários tinham necessidade de atendimento na UBS, por considerar alguma gravidade. Portanto, para isso, furrava-se o carro da equipe do Consultório na Rua com saco de lixo comum, mantinham-se as janelas abertas, e o usuário (neste caso suspeito de covid-19) ficava com máscara cirúrgica e dessa forma era levado para a UBS. Após a saída do carro, acontecia a desinfecção do veículo com álcool 70%. A equipe considerou que essa foi uma saída encontrada para tentar diminuir o risco de transmissão da covid-19 nesta cena de uso de drogas. No ano de 2020 teve-se a notícia de uma morte por covid-19, porém, não confirmada.

Outra atuação da equipe na pandemia da covid-19, ocorreu em 2021 quando começou a vacinação. A equipe do Consultório na Rua se organizou com saídas para vacinação no

território durante o dia e a noite, com articulação intersetorial para essas ações, contando com o apoio do CAPS AD do território e os Creas dessa área.

Nesta casa, o carro do Creas parava na porta e servia de apoio para vacinação (como se fosse uma bancada da sala de vacina). Os profissionais faziam o cartão de vacina e anotavam em uma planilha os dados das pessoas. Após a administração das vacinas, esses dados eram inseridos no SIPNI. Para a segunda dose ou dose de reforço, a equipe retornou a esta casa, levando desta vez, um *tablet* com internet, para verificação no SIPNI e quando o usuário não tinha mais o comprovante de vacinação ou não lembrava de quando tinha sido administrada a primeira dose da vacina, determinava a administração ou não da segunda dose, ou mesmo, como primeira dose, caso não tivesse sido realizada.

A campanha de vacinação de covid-19 foi um grande desafio e ainda continua sendo para todos da equipe do Consultório na Rua. Existe muita recusa de se vacinar, principalmente após a primeira dose, por medo de reação. Muitos usuários apresentaram sintomas febris após a vacinação e essas reações se tornam muito difíceis de manejar no cuidado na rua, dificultando a adesão e o controle. Coloca-se a questão: “Como descansar um dia na rua para esperar essas reações passarem?”

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro fez um ofício liberando uma cartela de dipirona para cada pessoa em situação de rua que tomasse a vacina, e não tivesse alergia a dipirona ou paracetamol, a fim de diminuir e amenizar essas reações e assim, aumentar a adesão à segunda dose da vacina. Neste período de vacinação contra a covid-19, voltou-se a estabelecer e estreitar o vínculo entre a equipe do Consultório na Rua e os usuários, e ainda os territórios que são atendidos por essas equipes para promover a discussão da importância da vacinação. Não foi realizado o teste de covid-19 na casa, pois eram muitas tarefas a serem cumpridas, tinha-se que fazer atendimento de outras questões além da pandemia como distribuição de alimentação e de materiais de proteção. Atualmente o quarto de cuidados voltou a sua utilidade de origem.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Essa experiência, fruto da articulação entre usuários e profissionais do consultório na rua, foi positiva, uma vez que contribuiu para a diminuição do nível de transmissão da covid-19 entre a população vulnerável dessa cena de uso de drogas. A restrição de um local específico, como o quarto de cuidado, facilitou o cuidado dessas pessoas, assim como favoreceu o tratamento e manteve de certa forma o controle de disseminação da doença entre as outras pessoas do local. Além disso, essa articulação favoreceu a mudança de percepção de que a população em situação de rua estava também vulnerável à covid-19 e que não era só uma “doença de rico e que não ia chegar lá”. Após a vivência do adoecimento, inclusive de outras pessoas mais próximas, foi possível promover o autocuidado em relação às medidas de proteção da covid-19.

A articulação foi possível devido ao vínculo da equipe profissional do consultório na rua com essas pessoas. Seus pedidos foram atendidos, pois estavam também sendo ouvidos. O vínculo era construído a partir das demandas levantadas, das escutas, dos olhares, da convivência. Eles pediam insumos como máscaras, álcool em gel, como equipamentos de proteção individual (EPI) e outras medidas de proteção à covid-19 e foram atendidos, muitas vezes por doações vindas da Frente Ampla Suburbana e da Ação da Cidadania. A articulação entre os outros setores informais de cuidado também é outro fator que deve ser valorizado para o sucesso dessa experiência. A equipe considera o vínculo como um dos principais atributos de uma equipe de Consultório na Rua, pois é a partir dele, de forma processual, que se conquista a confiança de uma população “muita desconfiada” do poder público devido às inúmeras iatrogenias já sofridas. A conquista na vacinação com essa população ocorreu principalmente por meio da confiança, do convencimento, da insistência e da resistência dos profissionais, comprometidos com a melhoria da saúde dessa população. A escuta como instrumento político rompe com várias questões que dificultam e limitam o acesso ao cuidado, além de reconhecer e valorizar a autonomia, os saberes e as narrativas dos sujeitos, favorecendo o cuidado [1].

Outra questão no enfrentamento da pandemia foi o uso da medicação: as equipes do consultório na rua deixavam a medicação na casa com alguns usuários e eles se responsabilizavam por administrar, caso precisassem; a orientação do

cuidado ocorria pelos próprios usuários, na ausência do profissional de saúde. Havia também orientação para recebimento do Auxílio Emergencial.

Também chamou a atenção, no âmbito da pandemia, a determinação dos “líderes locais” em orientar a população sobre os riscos da covid-19, só que na perspectiva de punição, ou seja, era avisada a população do território que caso não cumprisse as ordens de ficar em casa seriam punidos, impactando diretamente essa população em situação de rua. O carro de som passava alertando a todos: “aqui é o carro da lapada, não estamos em colônia de férias. Isso é sério, estamos em pandemia, fique em casa, ou você escuta o papo ou o papo vai te pegar, toque de recolher às 20:00”. Devido a esta ordem, a equipe do Consultório na Rua criou uma estratégia de cuidado voltada para a população em situação de rua. Eles deixavam um cartão de atendimento com o nome do usuário, informando que ele vive em situação de rua, para caso eles precisassem se justificar às “lideranças locais” que não tinham casa e para não tomar a “lapada” (que se constituía em um código do território). Na ausência do Estado, os líderes locais davam o tom da orientação.

O isolamento provocado pela pandemia de covid-19 levou ao esvaziamento das ruas, provocando uma mudança no modo de viver da população em situação de rua, trazendo a fome, a sede e a ausência de locais para o banho para o cotidiano dessa população. As ações de cuidado oferecidas pelos gestores públicos para esses problemas foram pouco eficazes [2].

Além disso, continuava funcionando para toda a Atenção Básica do Rio de Janeiro a regulação de vaga zero para média e alta complexidade de todos os usuários, inclusive a população em situação de rua. A equipe de Consultório na Rua regulava a vaga zero para a população em situação de rua, caso houvesse necessidade.

Alguns desafios foram levantados a partir dessa experiência, como a falta de abrigo público para que essas pessoas pudessem ficar na pandemia perto de onde as pessoas vivem; falta de banheiros públicos com chuveiro para higiene pessoal com lavatórios para higienizar as mãos como medida de proteção à covid-19; falta de testes para toda a população em geral, assim como para população em situação de rua. Outro aspecto apontado foi a redução

da equipe do Consultório na Rua, sem a reposição dos profissionais que saíram ou por afastamento de grupo de risco ou porque adoeciam no âmbito da pandemia. Os insumos no âmbito da pandemia só foram possíveis pelas doações de organizações da sociedade civil. Além de aspectos como o sofrimento dos profissionais, o medo de contaminação e de transmissão da doença para os familiares eram uma realidade.

Essa experiência traz como recomendação ser possível a articulação entre as redes formais e informais de cuidado para pessoas em situação de rua e, principalmente, no estabelecimento de práticas de cuidado junto a essas populações, com eles se tornando corresponsáveis pelo seu cuidado, estabelecendo metas de cuidado em conjunto com as equipes do Consultório na Rua. Consideram-se que práticas de cuidado construídas conjuntamente entre a equipe de Consultório na Rua com pessoas em situação de rua são garantias de acesso e de integralidade na saúde.

NOTAS

[1] KOOPMANS, F.F *et al.* Living on the streets: An integrative review about the care for homeless people. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2019, v. 72, n. 1 [Acessado 10 Maio 2022], pp. 211-220. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0653>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0653>.

[2] PAULA, H *et al.* No place to shelter: ethnography of the homeless population in the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, v. 73, n. Suppl 2 [Acessado 10 Maio 2022], e20200489. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489>>. Epub 13 Nov 2020. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489>

Boas práticas da Universidade Federal de Sergipe durante pandemia de covid-19

Tereza Raquel Ribeiro de Sena

TEMA CUIDADOS ESTADO SERGIPE

INTRODUÇÃO Logo após a notificação dos primeiros casos de contaminação em Sergipe pelo SARS-CoV-2, o novo coronavírus causador da doença covid-19, a comunidade acadêmica da Universidade Federal de Sergipe (UFS), a única universidade pública do estado, se organizou para desenvolver produtos importantes, porém escassos, para distribuição em diversos locais para pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica e para aqueles que atuavam na linha de frente no combate à pandemia.

DESCRIÇÃO DO RELATO O Departamento de Farmácia foi pioneiro ao tomar a iniciativa de produzir, em março de 2020, antissépticos à base de etanol desenvolvidos por professores, técnicos e alunos da graduação e pós-graduação na área de Ciências Farmacêuticas.

Esses antissépticos foram doados para hospitais, asilos, secretarias municipais de saúde, ONGs, entre outros. A priorização visou a ampliação do acesso a produtos de higiene pessoal e de limpeza com ação antimicrobiana comprovadamente seguros e eficazes para o combate ao novo coronavírus, em consonância com a regulamentação da Anvisa que estabelece os requisitos para regularização dessas categorias de produtos, conforme as Resoluções de Diretoria Colegiada - RDC 07/2015, RDC 59/2010, RDC 46/2002, RDC 42/2010 e RDC 14/2007 e demais normas pertinentes que foram atendidas integralmente.

Ressalta-se que a produção de álcool em gel de forma caseira, além de ser contraindicada pelas autoridades de saúde, pode causar vários problemas, como queimaduras e irritações na pele, devido a necessidade de

formulação específica do álcool em gel, com PH balanceado e adequado para a pele humana. O Departamento de Farmácia, campus de São Cristóvão, alcançou a marca de uma tonelada de álcool em gel, 1.500 litros de álcool glicerinado e álcool etílico 70 % (p/p) produzidos e entregues para 19 instituições de Sergipe.

O campus de Itabaiana produziu 140 litros, que atendeu às demandas do próprio município, o que contribuiu para melhorar o atendimento no Hospital Regional de Itabaiana e nos postos das redes de saúde municipais. No total já foram produzidos mais de 800 litros de álcool 70% glicerinado e 450 kg de álcool em gel para outras localidades como Campo do Brito, Ribeirópolis e Areia Branca. Em Nossa Senhora da Glória, no Campus do Sertão, foram produzidos 340 litros de álcool 70% e 120 litros de álcool glicerinado.

O Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória vem sendo uma das principais instituições beneficiadas na iniciativa voluntária. O material também foi distribuído nas secretarias de Saúde e de Agricultura do município, além de comunidades carentes. Em Lagarto, a produção vem ocorrendo nos laboratórios do campus, assim como o envasamento e a distribuição. As instituições da região foram beneficiadas (580), além do apoio da universidade, o Departamento de Farmácia de Lagarto contou com a doação de embalagens e álcool para fabricação de álcool em gel e álcool 70.

Dois laboratórios do Centro de Ciências Exatas e Tecnologia (CCET) da UFS se mobilizaram na produção de um item indispensável para a higienização das mãos: o sabonete líquido. O

objetivo da ação solidária foi doar os produtos, inicialmente, para instituições sociais localizadas na Grande Aracaju. No enfrentamento à pandemia, a produção de sabonete líquido foi nos Laboratórios de Biotecnologia Ambiental e no de Desenvolvimento de Processo e Produto da UFS, que produziram 100 litros do material de limpeza e 500 litros de água sanitária, doados a cerca de 10 instituições sociais do estado, este é produzido através da mistura de água, cloro, carbonato e óleo essencial.

Além disso, o Diretório Central dos Estudantes da UFS desenvolveu uma rede de solidariedade com o objetivo de garantir auxílio à população em situação de vulnerabilidade socioeconômica da Grande Aracaju e das cidades com Campus da UFS: Itabaiana, Laranjeiras, Nossa Senhora da Glória e Lagarto. A rede arrecadou itens de higiene pessoal, kits de cesta básica, equipamentos de proteção individual e ração para os cães e gatos que transitam pelas dependências da universidade.

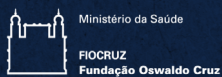
A doação foi realizada em diversas instituições públicas, filantrópicas e beneficentes, asilos e secretarias municipais. A Distribuidora Petrox, a Associação das Indústrias de Nossa Senhora do Socorro, Tok Cosméticos e MW4 Representações, além do Governo do Estado de Sergipe e da Secretaria da Segurança Pública apoiaram a UFS nas ações.

A distribuição de álcool para a população em situação de rua contou com a colaboração da equipe do Consultório na Rua que beneficiou várias pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO Nesse contexto, a Universidade Federal de Sergipe vem desenvolvendo ao longo dos anos ações de ensino, pesquisa, extensão universitária e ações solidárias, que, em tempos de pandemia, se mostraram importantes e eficazes na produção e distribuição de produtos cientificamente eficientes, e materiais úteis, no intuito de minimizar os impactos à saúde e combater à contaminação pelo Novo Coronavírus na população sergipana.

As ações desenvolvidas fortalecem a universidade que busca com todas as suas possibilidades devolver à sociedade, por meio do tripé ensino-pesquisa-extensão, soluções para atender às necessidades da população. O apoio de empresas, associações e instituições

que, de forma voluntária doaram insumos e embalagens, foram essenciais para que os objetivos fossem alcançados.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

