

Instituto René Rachou

**POLÍTICAS DE SAÚDE
E ASSISTÊNCIA SOCIAL
DO MUNICÍPIO DE
BELO HORIZONTE
PARA A POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA
NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DA COVID-19**

Belo Horizonte, 2024

O presente trabalho foi realizado com apoio do Edital TERRA 2030 (Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030), da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, em parceria com a Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

<p>S729p 2024</p>	<p>Souza, Anelise Andrade de.</p> <p>Políticas de saúde e assistência social do município de Belo Horizonte para a população em situação de rua no contexto da Pandemia da COVID-19 / Anelise Andrade de Souza; Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas; Helvecio Miranda Magalhães Junior; Ana Luisa Jorge Martins; Rômulo Paes-Sousa; Ceylan Metin; Diadorin Maria Rodrigues; Rafaela Alves Marinho; Gabriela Drummond Marques da Silva; Samuel Rodrigues; Luísa M. M. Fernandes; Rodrigo Wallace Cordeiro dos Santos. - Belo Horizonte: Instituto René Rachou, 2024.</p> <p>168 p. : il. color.</p> <p>ISBN: 978-65-994869-8-2 (Papel)</p> <p>ISBN: 978-65-994869-9-9 (Digital)</p> <p>1. Política de saúde/tendências. 2. Apoio Social. 3. Pessoas Mal Alojadas/ estatística & dados numéricos. 4. COVID-19/ prevenção & controle. I. Título.</p> <p>CDD 362.1</p>
-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Segemar Oliveira Magalhães - CRB/6 1975 FIOCRUZ. Instituto René Rachou.

Biblioteca de Ciências da Saúde Prof. Zigman Brener

EQUIPE



Anelise Andrade de Souza

Nutricionista, Especialista em Alimentação e Nutrição do Escolar e Mestre em Saúde e Nutrição (ENUT/UFOP). Doutora em Saúde Coletiva (IRR/Fiocruz Minas). Professora do Departamento de Nutrição Clínica e Social (ENUT/UFOP). Subcoordenadora e pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social (IRR/Fiocruz Minas).



Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Médico (UFMG). Especialista em Clínica Médica (IPSEMG) e Epidemiologia em Serviços de Saúde (UFMG). Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). Secretário de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde.



Rômulo Paes-Sousa

Médico (UFPA). Especialista em Medicina Social (UFMG) e PhD em Epidemiologia pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (University of London). Especialista em Política, Planejamento e Gestão em Saúde (IRR/Fiocruz Minas), com coordenação do Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social.



Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas

Terapeuta ocupacional especialista em Saúde da Família e mestre em Saúde Coletiva (UFPE). Doutoranda em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou (IRR/Fiocruz-Minas) e pesquisadora do grupo de pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social do IRR/ Fiocruz Minas.



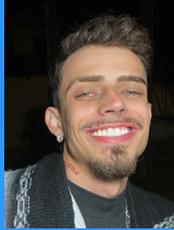
Ana Luisa Jorge Martins

Cientista social (UFMG) e analista internacional (PUC Minas). Mestre em Ciências Sociais (PUC Minas). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social do IRR/Fiocruz Minas.



Ceylan Metin

Bacharel em Biologia da Saúde Global e Estudos Espanhóis e Portugueses pela Universidade de Georgetown nos EUA. Bolsista Fulbright do grupo de pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social do IRR/ Fiocruz Minas.



Diadorim Maria Rodrigues

Graduando em Ciências Sociais (UFMG) e pesquisador do grupo de pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social do IRR/ Fiocruz Minas.



Gabriela Drummond Marques da Silva

Doutora em Saúde Coletiva pela UnB (2018) e Mestre em Estatística pela UFMG (2011). Pesquisadora na Fiocruz Minas. Experiências no Ministério da Integração, Ipea e Ministério da Saúde.



Luísa M. M. Fernandes

Fonoaudióloga, Doutora em Saúde Pública pela SUNY Albany, EUA (2019), mestre em saúde pública pela UFMG (2012). Pesquisadora do grupo de pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social no IRR - Fiocruz Minas.



Rafaela Alves Marinho

Psicóloga (UFMG). Mestranda em Saúde Coletiva (IRR/Fiocruz Minas). Especialista em Saúde da Mulher (HMOB). Participa do Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social do IRR/Fiocruz Minas.



Samuel Rodrigues

Técnico em Mobilização Social. Coordenador das ações do Movimento Nacional da População de Rua no estado de MG.



Rodrigo Wallace Cordeiro dos Santos

Jornalista e Mestre em Ciências da Comunicação pela Universidade Federal do Pará. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social, da Universidade Federal de Minas Gerais.

APRESENTAÇÃO

População em
situação de rua:
um olhar sobre a
Belo Horizonte frágil

Rômulo Paes-Sousa

A história das populações em situação de rua se confunde com o surgimento das grandes cidades. A fruição de pessoas do campo para as cidades que emergiram em vários lugares do planeta, o aumento da sobrevivência, o consequente crescimento das famílias e a diversidade nesses arranjos familiares, produziu um estoque populacional que sempre tendeu a ser maior do que a disponibilidade de moradia. A vida nas cidades sempre foi insalubre e perigosa para os mais pobres. A desigualdade no acesso às melhores possibilidades de bem-estar sempre opôs os grupos sociais em função do domínio que os privilegiados detêm sobre a riqueza e o poder sociopolítico decorrente dessa riqueza. Habitações muito precárias e com grande adensamento populacional, espaços públicos convertidos em moradias transitórias ou simplesmente utilizar as áreas públicas como local de permanência, se constituíram em alternativas para populações diversas de forma ocasional ou prolongada. Trabalhadores formais e informais, migrantes recém-chegados, peregrinos, andarilhos, doentes mentais, pessoas em conflito com familiares ou instituições, pessoas sobretudo muito empobrecidas e discriminadas, têm ocupado o espaço urbano de forma singular, ao longo dos tempos.

O poder público tratou essas manifestações de forma muito distinta no tempo e no espaço. No ocidente, desde o século XV, foram publicadas leis destinadas a remover das ruas as populações consideradas inconvenientes, independentemente, de lá estarem de maneira voluntária ou involuntária, como no caso dos desempregados. As

várias Leis dos Pobres da Inglaterra buscaram retirar os pobres das ruas e enviá-los para as atividades produtivas, que em grande parte eram trabalhos aviltantes, sob condições degradantes. Prisões, humilhações públicas, mobilização forçada para outras cidades, engajamento forçado em atividades de capacitação e laborais, ainda estão presentes nas mentalidades, nas narrativas e nas abordagens das sociedades contemporâneas, sobretudo em muitas políticas públicas.

Estar em situação de rua implica compreender as lógicas de organização em que se realiza a dinâmica social nesse espaço fluído. Apropriar-se de como se desenvolvem os mecanismos de solidariedade, os afetos, os conflitos, as oportunidades de geração de renda, o funcionamento das políticas públicas, a interação com as organizações não-governamentais, a diversidade dos grupos sociais que compartilham esse espaço, suas lideranças sociais, e narrativa política, que tem convergido como resultado dessas diversas interações. Apropriar-se da cidade na luz no dia e no entardecer, nas suas nuances e súbitas modificações.

Este livro eletrônico trata de um esforço de aumentar a compreensão dessas vivências, em um momento de especial tensão para todo o planeta. A Pandemia do COVID-19, que ocorreu de março de 2020 a maio de 2023, pôs em teste todas as dimensões humanas no período. Compreender as adaptações pessoais, sociais e institucionais para mitigar seus efeitos socio-sanitários nos ajuda a refletir sobre os limites e possibilidades de apresentarmos respostas

sociais organizadas para as crescentes e complexas demandas para a população em situação de rua. O estudo que produziu as ideias aqui contidas é resultado da parceria entre a Fiocruz/Minas Gerais, Secretarias Municipais de Saúde (SMSA) e Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), Pastoral Nacional do Povo da Rua (Pastoral da Rua) e o Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua (MNPR). É resultado de uma maneira participativa de se produzir conhecimento, tomando-se o município de Belo Horizonte e suas políticas públicas como referência. Considerando que este apresentou alternativas de atendimento à população em situação de rua e se diferenciou em relação à oferta de saúde e assistência social quando comparado a outros municípios brasileiros. Trata-se da sistematização de um conhecimento que é gerado a partir do encontro entre a observação científica e as vivências nas ruas de uma cidade concreta, mas que se transforma enquanto fixamos o nosso olhar.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS E IMAGENS

GRÁFICO 1. [P. 44] Número de pacientes atendidos nos CS, incluindo CR, com sintomas respiratórios antes e após o início da pandemia por COVID-19

GRÁFICO 2. [P. 45] Número de pacientes atendidos pelas equipes do CR antes e após o início da pandemia por COVID-19

GRÁFICO 3. [P. 46] Número de pacientes atendidos nos CERSAMs, antes e após o início da pandemia por Covid-19

TABELA 1. [P. 47] Número de pessoas atendidas nos CS, incluindo CR, por Regional

GRÁFICO 4. [P. 48] Número de pacientes por regional atendidos nos CS, incluindo CR, antes e após o início da pandemia por COVID-19

GRÁFICO 5. [P. 49] Número de pacientes nos CS, incluindo CR, segundo Porte do CS, antes e após o início da pandemia por COVID-19

TABELA 2. [P. 51] Número de pacientes atendidos nos CS, incluindo CR, de acordo com o capítulo do CID-10, antes e após o início da pandemia por COVID-19.

TABELA 3. [P. 52] Pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico)

TABELA 4. [P. 57] Perfil das pessoas atendidas pela iniciativa da “Pastoral da Rua de BH” - “Canto da Rua Emergencial” - de 20/10/20 a 29/05/21 (4.949) e serviços acessados.

FIGURA 1. [P. 81] Fluxograma de atendimento de pessoas em situação de rua com sintomas gripais.

FIGURA 2. [P. 114] Serviços-chave da rede intersetorial do município de BH.

FIGURA 3. [P. 165] Triangulação dos métodos quantitativos e qualitativos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica
APS Atenção Primária à Saúde
BPC Benefício da Prestação Continuada
BH Belo Horizonte
CadÚnico Cadastro Único para Programas Sociais
CEDDH Centro Estadual de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e Catadores de Materiais Recicláveis
Centro POP Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CECOVID Centro Especializado para Atendimento a Pacientes com Suspeita de Coronavírus
CEM Centro de Especialidades Médicas
CEO Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERSAM Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM-AD Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras drogas
CERSAMI Centro de Referência em Saúde Mental Infante-juvenil
CIAM Centro Integrado de Atendimento à Mulher
CR Consultório na Rua
CRAS Centro de Referência de Assistência Social
CREAB Centro de Reabilitação
CREAS Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CS Centro de Saúde
CTA Centro de Testagem e Aconselhamento
DPMG Defensoria Pública de Minas Gerais
DPES Diretoria de Proteção Social Especial
EA Equipe de Acompanhamento
ESB Equipe da Saúde Bucal
ESF Estratégia Saúde da Família
IST Infecções Sexualmente Transmissíveis
MPMG Ministério Público de Minas Gerais
MNPR Movimento Nacional da População de Rua
OSC Organizações da Sociedade Civil
PAEFI Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PBH Prefeitura de Belo Horizonte
PNAS Política Nacional de Assistência Social
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PSR População em Situação de Rua
RAS Redes de Atenção à Saúde
RUE Rede de Urgência e Emergência
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAS Serviço Especializado de Abordagem Social
SG Síndrome Gripal
SMASAC Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania
SMSA Secretaria Municipal de Saúde
SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUAS Sistema Único de Assistência Social
SUASS Subsecretaria de Assistência Social
SUP Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS Sistema Único de Saúde
UAI Unidade de Atendimento Integrado
UAPI Unidade de Acolhimento Provisório do Idoso
UPA Unidade de Pronto Atendimento
URBEL Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte
URS Unidade de Referência Secundária



SU

MÁ

RIO

18

PREFÁCIO

26

INTRODUÇÃO

32

CAP 1 CAMINHOS METODOLÓGICOS

38

CAP 2 QUEM É A PSR DE BH? CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

60

CAP 3 A PANDEMIA CHEGOU! RESPOSTAS À EMERGÊNCIA SANITÁRIA

86

CAP 4 O QUE FOI VIVENCIADO NA PANDEMIA? AS REDES DE CUIDADO E AS MUDANÇAS DE FLUXO NA EMERGÊNCIA SANITÁRIA

122

CAP 5 ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA ACIONADAS PELA PSR

140

CAP 6 RECOMENDAÇÕES

154

REFERÊNCIAS

PREFÁCIO

Pastoral Nacional do Povo
da Rua de Belo Horizonte

Maria Cristina Bove

A pandemia da Covid-19 alterou o cotidiano de toda a sociedade, mas impactou sobremaneira os segmentos que anteriormente já se viam privados de direitos e oportunidades de vida digna. Os que já eram excluídos da dinâmica social – e aqui se destaca a população em situação de rua – se viram ainda mais expostos às enfermidades, à fome, à falta de trabalho e renda, à ausência de moradia, à violação de direitos, às dificuldades de criação de vínculos, à discriminação e ao preconceito. Ao risco cotidiano da vida se somava uma crise sanitária desconhecida e alarmante que, evidentemente, agravava a situação de insegurança e medo em que a população em situação de rua vive, trazendo-lhe novos e maiores desafios.

O dia 17 de março de 2020 foi um divisor de águas na história recente, quando em várias partes do país foram publicados decretos que definiam a paralização de serviços e indicava protocolos de isolamento social. A partir do dia 21 de março, a cidade de Belo Horizonte simplesmente parou. Naquele dia, a prefeitura divulgou o decreto que deflagrou a situação de “emergência pública causada pelo agente Coronavírus” e determinou a suspensão de serviços e funcionamento de comércios. A partir dali a cidade se viu muito mais inacessível àquelas e àqueles que já encontravam barreiras para acessar os espaços urbanos. Com os comércios e parques fechados e o fluxo das pessoas alterado, como a população em situação de rua poderia beber água, usar o banheiro, lavar as mãos, tomar um banho, ter acesso à alimentação, fazer um “bico”, vender algo nos semáforos? Perplexos e sem rumo: a ordem de “ficar em casa” ecoava no coração deles...não tinham casa para se proteger!

A pesquisa realizada pelo Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social (GPPSPS) do Instituto René Rachou (IRR/FIOCRUZ/MG), em parceria com a Prefeitura de BH, a Pastoral Nacional do Povo da Rua e o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e cujos resultados são apresentados neste livro eletrônico, revelam o cenário dramático vivenciado pela população em situação de rua em Belo Horizonte, durante aquele período da pandemia da Covid-19.

Mais além de apresentar dados quantitativos e gráficos, a pesquisa serve para lançar um olhar atento à realidade deste segmento da população que, historicamente, não é visto, identificado ou reconhecido. Os problemas que o povo da rua já enfrentava para acessar os serviços de saúde e da assistência continuaram e se agravaram durante a pandemia. Relatos e dados dos atendimentos presentes na pesquisa, revelam a ausência de documentação, de informação, de espaço de cuidados e atenção. Os serviços implementados não foram suficientes para conter o impacto na vida das pessoas em situação de rua.

Importante observar o levantamento minucioso realizado pelos pesquisadores, relativo aos protocolos e notas técnicas emitidas pela saúde e assistência para reordenamento e ou a criação de fluxos e serviços. As datas elucidam o descompasso entre a emergência sanitária colocada e as demandas da população de rua, também urgentes, de alimentação, água, informação, documentação, entre outras. Esse cenário evidencia, sem dúvida, a insegurança e indeterminação, entre outros agravos, da equipe técnica

que estava na linha de frente. À medida em que a pesquisa dá forma e conteúdo a essa realidade, confere à população que vive em situação de rua sua relevância no cenário urbano, e a destaca, com suas especificidades e demandas.

Nesse sentido, a pesquisa traz uma das conclusões significativas do trabalho que diz respeito ao protagonismo da população de rua, revelada seja nas entrevistas, como no capítulo especial que relata as estratégias por eles criadas para o acesso aos serviços de saúde e assistência; nas ações da sociedade civil organizada, e, até, nas poesias que ilustram este livro eletrônico. Diante da complexidade que envolve esse grupo social, as políticas públicas precisam se adequar à população em situação de rua e não o contrário. São eles os protagonistas, os principais atores sociais desse contexto, que precisam ser ouvidos e contemplados.

A pesquisa mostra ainda, como o trabalho conjunto e articulado entre as diferentes iniciativas da sociedade civil e do poder público foi essencial para o enfrentamento dos desafios que se apresentaram durante a pandemia, no que diz respeito à população em situação de rua. O trabalho realizado pelas diferentes frentes (bem identificadas neste livro) foi árduo, diuturno, incansável. Também enormes foram os desafios da articulação da intersetorialidade e da suspensão do comitê intersetorial municipal; mas é inegável que a atuação isolada de qualquer política pública não conseguiria atender às demandas que surgiram. O empenho na articulação das redes fortaleceu o serviço e o atendimento da população em situação de rua.

Importante destacar aqui a importância da intervenção desta pesquisa nessa articulação. A presença firme e sensível dos pesquisadores, seu comprometimento e determinação, os bate-papos e reflexões entrelaçadas, seja nas reuniões do comitê de avaliação mensal, seja nas visitas e entrevistas, estimularam e fortaleceram a articulação da rede e a busca de perspectivas futuras. Recordamos como um tempo enriquecedor, de aprendizado construído, de compartilhamento de abordagens e desafios, que contribuíram para ações intersetoriais transformadoras e solidárias, citando, por exemplo, a transferência de pessoas hospedadas nas pousadas do Canto da Rua Emergencial para o Hotel Minas Pampulha.

A pandemia também acirrou as dificuldades para ingressar no mercado de trabalho e impactou na renda informal. O presente livro eletrônico destaca o desemprego como uma das consequências da pandemia que gerou maior impacto negativo sobre as condições de vida das pessoas que já viviam ou que passaram a viver nas ruas de Belo Horizonte. Sem renda, eleva-se o número de pessoas que encontraram nas ruas o único lugar para sobreviver.

Os dados do Canto da Rua Emergencial indicam que a oferta de um serviço de caráter sistêmico e inclusivo garante respostas mais assertivas, seja pela agilidade, seja pela integração. À violência existente causada pela pandemia se contrapôs a escuta e a oferta de atenção e cuidado reduzindo os impactos negativos e desenvolvendo um conjunto de atividades educativas e culturais, de promoção da vida e defesa dos direitos. Ganharam relevância a oferta de

trabalho e a garantia de moradia para os que apresentavam comorbidades maiores, hospedando e apoiando muitas iniciativas que traziam maior estabilidade e proteção à população. A presença permanente das equipes do Canto da Rua e do BH de Mãos Dadas contra Aids somaram ampliando a oferta de recursos e atendimento. O direito a ter direito se confirmava cada dia com a presença cotidiana dos defensores do sistema de justiça, que não evitavam esforços na multiplicidade de atendimentos e desafios.

Por fim, este livro eletrônico traz evidências que podem ajudar, com dados e informações corroborados pelo olhar e análise técnicos, o trabalho de tantos e tantas pessoas que caminham ao lado do povo da rua, e com ele compartilha de suas lutas, dores e sonhos. As Recomendações registradas refletem o quanto a equipe de pesquisadores foi capaz de escutar e apreender a partir da realidade. Tornam-se uma contribuição ímpar na trajetória de implementação de políticas públicas para a população de rua, uma vez que, baseadas em evidências científicas, fornecem orientações e direcionamentos para guiar o futuro de políticas, programas e ações a agirem de forma eficaz, estimulando a mudança e a inovação e promovendo novas abordagens e soluções.

Que as páginas seguintes sejam portadoras de olhares sobre um momento dramático da história recente, e fortaleçam o compromisso de transformação social e a construção de políticas estruturantes de cuidado e atenção para que todos tenham acesso, e as desigualdades sociais diminuam.

AKorda MaloKa, desperta companheiro,
Vem pra rua que é segunda feira,
Passarinho que não deve nada a ninguém,
já está com o pé molhado,
Assim dizia alguém,
Que transmitia o recado.
Pra manhã ficar melhor,
Vamos fazer o seguinte,
Tomar um café com versos,
Com glamour, luxo e requinte,
Lá vem de novo o baiano,
João ligeiro e Marco Antônio,
Procurando mais café, falando de futebol,
Dizendo vou lavar roupa, pois hoje o dia tem sol.
Assim passavam as horas,
Na ala da acolhida,
Ouvia então histórias,
Que estavam escondidas;
Gente voltando pra casa
Todos querendo a saída

AKORDA MALOKA
SAMUEL RODRIGUES

INTRODUÇÃO

ESSA PESQUISA TEVE COMO OBJETIVOS PRINCIPAIS analisar o alcance das ações de proteção social e cuidado em saúde para a População em Situação de Rua (PSR) no município de Belo Horizonte (BH), Minas Gerais, durante a pandemia da COVID-19, bem como compreender as estratégias de rede desenvolvidas incorporando a sociedade civil organizada, além das estratégias de sobrevivência construídas por essa população.

Foi conduzida pelo Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social (GPPSPS) do Instituto René Rachou (IRR/FIOCRUZ/MG), em parceria com o município de BH, a partir da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), Pastoral Nacional do Povo da Rua (Pastoral da Rua) e o Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua (MNPR).

A população de rua, conceituada como “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” (Brasil, 2009), inicia com o apoio de organizações brasileiras a formulação e debates de ideias políticas a partir das próprias realidades pautadas no abandono e na falta de políticas ou programas que as atendam em suas mais simples demandas como, por exemplo, o registro de boletins de ocorrência, realizar tratamentos de saúde, ter acesso a medicamentos e até mesmo acesso a água potável. Todos esses direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e regulamentados em lei, são desafios e muitas vezes barreiras intransponíveis a esta parcela da população brasileira, confundindo as pessoas e famílias que se encontram nas ruas, pois percebem que nos momentos em que mais precisam do acesso aos direitos RECEBEM, muitas vezes, a negação e a ausência de atendimento. Avaliamos ser necessário o poder judiciário neste momento entrar em cena para fazer cumprir o que diz a carta magna “TODOS SÃO IGUAIS PERANTE A LEI”.

Com base nestes aspectos e na chacina contra um grupo de moradores de rua da cidade de São Paulo que dormiam na Praça da Sé, quando a polícia militar atacou e assassinou diversas pessoas, surgiu aí, com o apoio de organizações que trabalhavam com este público, o Movimento Nacional da População de Rua hoje conhecido pelas iniciais MNPR. Um movimento popular formado por pessoas em situação de rua que lutam pela inclusão nas políticas públicas e nos programas projetos e benefícios ofertados pelo estado brasileiro para essas pessoas que se encontram nessa situação.

O MNPR está organizando em 12 estados brasileiros e busca sua auto organização em mais seis estados e também denuncia a ausência de políticas públicas e as violências e violações de direitos cometidos contra essa população.

Enquanto ator político o MNPR tem assento nos conselhos nacionais de Saúde, Assistência Social, Segurança Alimentar e Nutricional, Direitos Humanos além do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e monitoramento da Política para a população de rua (CIAMP-RUA) e ainda tem presença em conselhos e comitês.

O MNPR realiza a cada três anos o Congresso Nacional da População de Rua, atividade que avalia as ações da coordenação e propõe estratégias e metodologia para as ações dos próximos três anos.

Em Minas Gerais, estado que junto com o estado de São Paulo deram início a esta organização, o Movimento tem sua sede na cidade de Belo Horizonte e atua nos Conselhos de Assistência Social e Segurança Alimentar e Nutricional além de compor os comitês estadual e municipal (BH). Compõe ainda o Fórum Municipal da População de Rua, se reunindo mensalmente para construção de agendas e diálogos sobre a situação da referida população, realiza formações e informações junto à gestores, trabalhadores, universidades públicas e privadas, e à própria população de rua.

SAMUEL RODRIGUES, NATURAL DO ESTADO DO PARANÁ, TREZE ANOS EM SITUAÇÃO DE RUA, ATUALMENTE É TÉCNICO EM MOBILIZAÇÃO SOCIAL, REDUTOR DE DANOS E COORDENADOR DAS AÇÕES DO MOVIMENTO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO ESTADO DE MINAS GERAIS.

O presente documento reflete um esforço de síntese do trabalho desenvolvido e dos resultados encontrados ao longo da pesquisa iniciada em março de 2021, com término em abril de 2023. Espera-se que a comunicação dos resultados por meio deste formato mais sintético contribua para a divulgação científica aos trabalhadores e gestores que promovem o cuidado e proteção social à PSR e toda comunidade acadêmica interessada nessa temática.

A pesquisa foi financiada pelo edital nacional da FIOCRUZ “Territórios Sustentáveis e Saudáveis no contexto da pandemia Covid-19”, que integra o Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis (PITSS) e o Programa Fiocruz de Fomento à Inovação (INOVA FIOCRUZ), cujos objetivos gerais foram, respectivamente, induzir, articular e fortalecer ações territorializadas que promovam saúde e sustentabilidade nos territórios e incentivar ambientes favoráveis à pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde em todas as áreas de atuação da FIOCRUZ.

CAPÍTULO

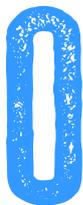


CAMINHOS
METODO-
LOGICOS

Olhar com os olhos do medo,
Sentir o corpo transcender o físico,
Dar passagem aos que
estão de passagem,
E buscar caminhar sobre as nuvens,
Perder a razão no meio do sofrimento,
E descobrir que não serve a rosa dos ventos,
Quando falta o próprio ar, quando se chega,
Não precisa mais ser veloz,
Por isso os já chegados dizem,
Antes de beijar alguém,
Certifique-se que não é um teste,
Nos caracóis dos seus cabelos
Tem pensamentos e alucinações,
Caminhos jamais percorridos,
Espaços e cosmos, jamais conhecidos,
Vidas que entrelaçam na jornada,
Amando, voando se unificando,
Buscando no reino do incompreensível
A resposta para o inexplicável.

DESAFIO

SAMUEL RODRIGUES



PROJETO DE PESQUISA contou com um desenho de triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, incluindo a análise de bancos de dados secundários para a fase quantitativa, bem como a coleta de dados primários na fase qualitativa (APÊNDICE 1). A triangulação de métodos permitiu a articulação dos dados empíricos quantitativos e qualitativos com a bibliografia temática e a conjuntura atual, produzindo uma construção-síntese de uma análise contextualizada dos dados recolhidos, um diálogo com os autores-chave do tema em questão, e uma análise da conjuntura mais ampla que cercou o problema de pesquisa.

A partir da compreensão das complexidades envolvidas na implementação de políticas públicas e nas circunstâncias que afetam a PSR, além do reconhecimento da necessidade de aproximação da esfera acadêmica com os diferentes agentes que compõem o cenário estudado, a pesquisa construiu, desde seu início, um dispositivo estruturante de controle social denominado Comitê de Acompanhamento da Pesquisa.

Esse comitê incluiu a participação de agentes diretamente envolvidos com o cuidado da PSR, possuindo posições e visões distintas para sua colaboração no planejamento e acompanhamento da pesquisa, sendo eles: trabalhadores e gestores representantes da SMSA e SMASAC; representantes da Sociedade Civil Organizada (SCO), por meio da parceria estabelecida com a Pastoral da Rua, e representantes do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), organizados junto aos pesquisadores do projeto.

As reuniões do Comitê tiveram como objetivos: o fortalecimento das ações de pesquisa; a validação dos instrumentos e locais de coleta de dados primários, a qualificação da interpretação dos resultados, a avaliação das limitações da pesquisa, o direcionamento da pesquisa de acordo com o contexto social colocado, o engajamento dos atores com os resultados e potenciais desdobramentos dos resultados encontrados; a identificação das ações governamentais de proteção social ofertadas à PSR durante a pandemia; a identificação dos recursos investidos no SUAS e a identificação de convênios celebrados com a SCO. Foram realizadas ao longo da pesquisa 12 reuniões do comitê entre as datas de 16/04/2021 e 23/12/2022.



CAPÍTULO

QUEM É A PSR DE BH?

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
E DE ACESSO AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Alguém, sujo, negro,
Cabeludo,
Ameaçador,
Um horror!!!!!!!!!!!!
Alguém triste,
Magoado,
Despolitizado,
Maltratado,
Roubado,
Alguém, de longe,
Sem nome,
Tem fome,
Não tem telefone,
Fica um pouco, depois some...
Alguém, falando algo,
Fazendo gestos,
Buscando o outro,
Se movimentando,
Vivendo parte da vida,
Alguém, com medo,
Com sede,
Com raiva,
Com dor,
Confuso,
Alguém, que não perde a esperança,
Faz uma prece e clama,
Pra poder ficar de pé,
Na grandeza da fé,
Em Buda,
Jeová,
Jesus ou
Javé,
Alguém que mora na rua,
Que fala com Deus,
Que canta pra lua,
Que brinca com a vida,
E se banha na chuva.

ALGUÉM

SAMUEL RODRIGUES

ESTE CAPÍTULO APRESENTA uma análise quantitativa sobre o perfil da PSR de BH, além de uma investigação sobre o funcionamento das unidades de atendimento que se encarregaram dessa população durante a pandemia da COVID-19.

Metodologicamente, para as informações da saúde, optou-se pela comparação do período de um ano antes e um ano após o início da pandemia, de forma a permitir avaliar a resiliência do sistema de saúde diante da emergência sanitária. Foram apresentadas e discutidas as mudanças observadas em vários aspectos dos atendimentos ofertados a essa população, incluindo o atendimento para sintomáticos respiratórios e em saúde mental, assim como a caracterização demográfica e socioeconômica desses indivíduos.

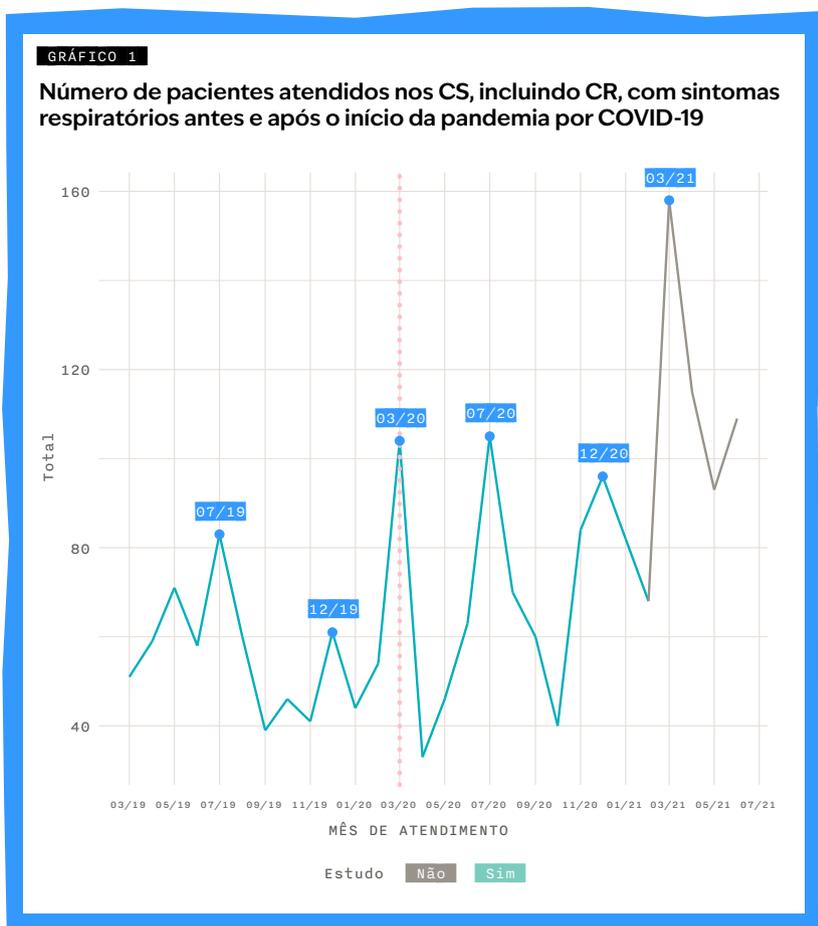
Para as informações relacionadas aos serviços de assistência social, foram utilizadas informações referentes aos dados mais atualizados dentro do recorte de interesse do projeto (após o início da pandemia). Também foi realizada uma descrição demográfica e socioeconômica dessa população, com base nos dados do CadÚnico.

Por fim, foram explorados os dados produzidos a partir da experiência da Pastoral da Rua diante da pandemia da Covid-19, o Canto da Rua Emergencial, uma base que forneceu informações adicionais sobre as necessidades de saúde e assistência social e demandas dos serviços por essa população extremamente vulnerabilizada.

Olhar a partir dos dados da Saúde

Considerando-se a janela temporal de um ano antes e um ano após o início da pandemia, foram atendidas 13.885 pessoas em situação de rua nos Centros de Saúde (CS), incluindo CR, CERSAMs e serviço de Urgência, sendo 9.999 pessoas atendidas um ano antes da pandemia e 7.707 um ano após o início da emergência sanitária. Destaca-se que as análises se referem às pessoas com o cadastro identificado como pessoa em situação de rua no sistema de prontuário eletrônico da SMSA.

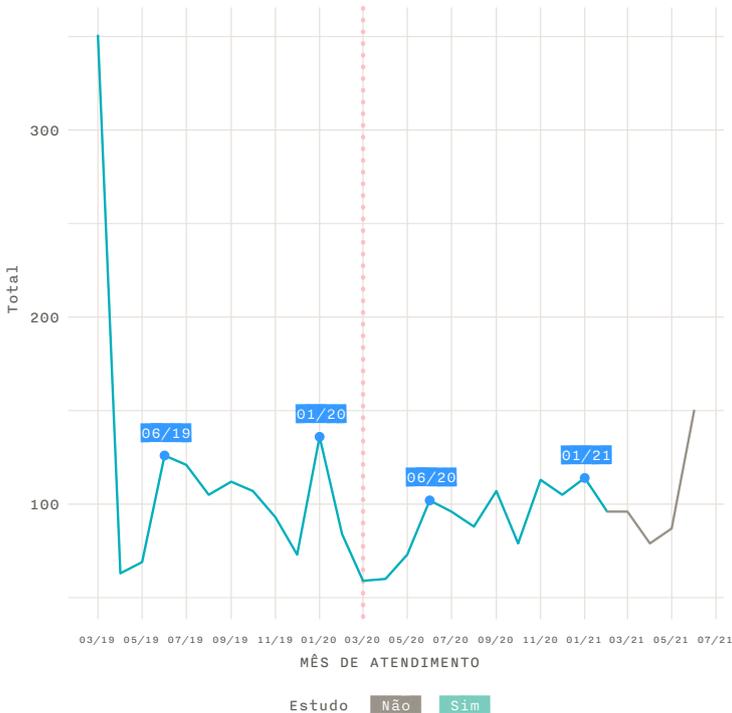
Em relação ao número de atendimentos nestes estabelecimentos, foram realizados 47.971 atendimentos um ano antes e 37.912 após o início da pandemia. Comparados os períodos anteriores e posteriores ao início da pandemia, observou-se que o número de pessoas em situação de rua atendidas em BH caiu 22,9%. Em relação aos atendimentos por sintomas respiratórios para essa população, entretanto, o número aumentou após o início da pandemia, passando de 438 atendimentos para 619. Foram observados picos de atendimentos por sintomas respiratórios em julho e dezembro de 2020 (Gráfico 1), além de um aumento dos casos confirmados de COVID-19 em dezembro de 2020.



Considerando-se apenas os atendimentos realizados pelas equipes dos CR, 597 pessoas em situação de rua foram acompanhadas antes da pandemia e 372 após o seu início. Estes índices referem-se a 3.844 atendimentos antes e 3.593 atendimentos após o início da emergência sanitária, sendo os meses de junho de 2020 e janeiro de 2021 aqueles com maior número de pessoas em situação de rua atendidas pelas equipes. (Gráfico 2).

GRÁFICO 2

Número de pacientes atendidos pelas equipes do CR antes e após o início da pandemia por COVID-19



Em relação aos CERSAMs, foram atendidas 360 pessoas no recorte de tempo anterior à pandemia e 311 após o seu início. No entanto, o número de atendimentos realizados por esse serviço aumentou de 4.354 para 4.622. Antes da pandemia, os meses que constaram maior número de pessoas atendidas pelos CERSAMs foram outubro de 2019 e janeiro de 2020, e, durante a pandemia, foram maio e dezembro de 2020 (Gráfico 3).

GRÁFICO 3

Número de pacientes atendidos nos CERSAMs, antes e após o início da pandemia por COVID-19



O município de Belo Horizonte é dividido em nove regionais administrativas para a saúde. A regional Centro-Sul destacou-se no número de pessoas em situação de rua atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Foram 3.949 pessoas, do total de 12.085 atendimentos nesses estabelecimentos, equivalente a 32,7% dos atendimentos realizados (Tabela 1).

TABELA 1

Número de pessoas atendidas nos CS, incluindo CR, por Regional

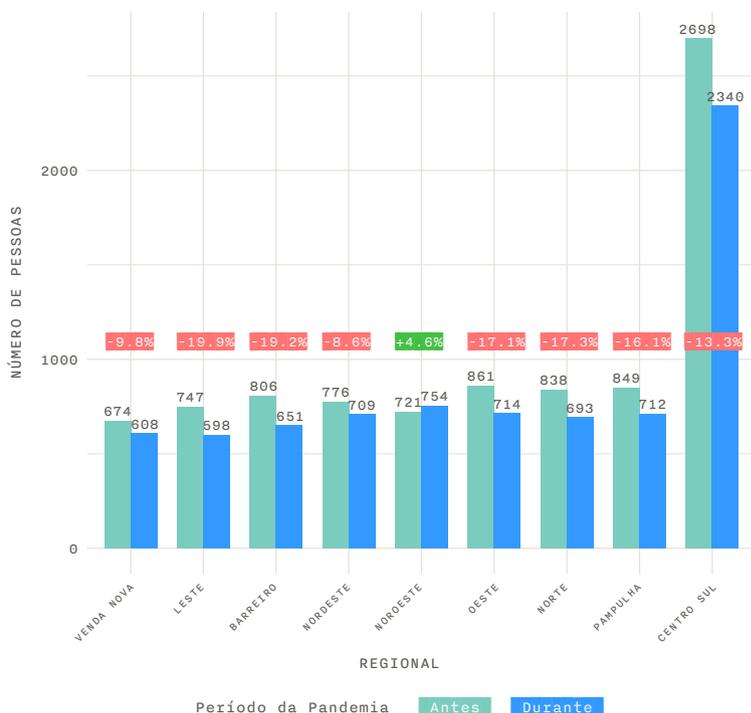
REGIONAL	%	Nº ABSOLUTO
Centro-Sul	32,97	3.949
Pampulha	10,69	1.293
Norte	10,48	1.267
Oeste	10,42	1.260
Noroeste	10,14	1.226
Nordeste	10,05	1.215
Barreiro	10,04	1.214
Leste	8,97	1.085
Venda Nova	8,81	1.065

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA

É importante destacar que a soma do percentual das pessoas atendidas nas regionais ultrapassa 100%, pois um paciente pode ter sido atendido em mais de uma regional. Dentre as regionais, a maior queda no número de pacientes atendidos foi na Regional Leste, com uma diminuição de 19,9%, passando de 747 pessoas para 598. O único aumento ocorreu na Regional Noroeste, com elevação de 4,6%, passando de 721 pessoas atendidas para 754 (Gráfico 4).

GRÁFICO 4

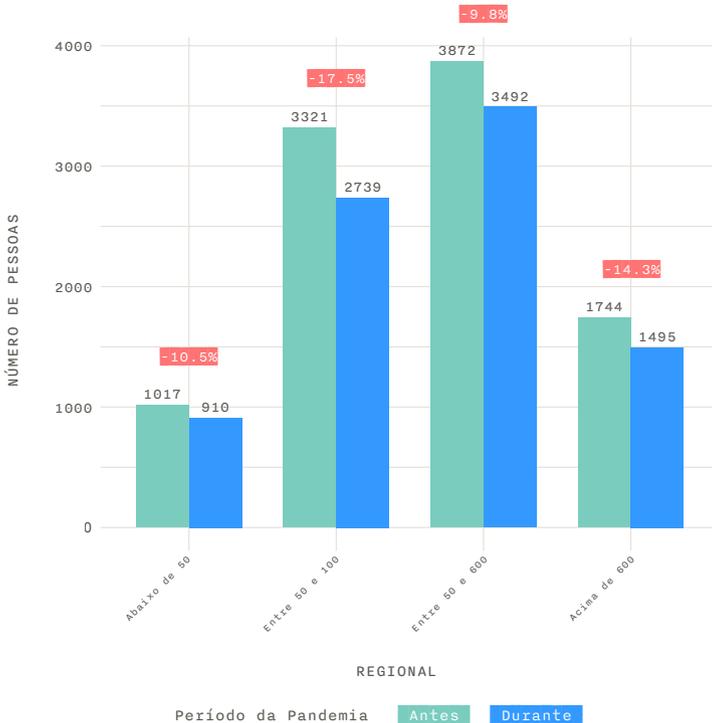
Número de pacientes por regional atendidos nos CS, incluindo CR, antes e após o início da pandemia por COVID-19



O CS que mais realizou atendimentos para a PSR foi o CS Carlos Chagas (n = 2.536, 21,0%), único com mais de 600 pessoas atendidas no período, que, no entanto, contou com uma diminuição no número de pessoas atendidas durante a pandemia, passando de 1.744 pessoas para 1.495 (Gráfico 5).

GRÁFICO 5

Número de pacientes nos CS, incluindo CR, segundo Porte do CS, antes e após o início da pandemia por COVID-19



Na base de dados do CS, incluindo CR, observou-se um perfil de 57,7% (6.972) pessoas do sexo masculino e 42,3% (5.113) do sexo feminino, com média de idade de 33,9 anos. Na avaliação da situação de saúde dessas pessoas, observou-se que as três afecções mais frequentes diagnosticadas nos pacientes antes e após o início da pandemia, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID), foram: I10 hipertensão arterial (n = 618, 5,1%), J00 nasofaringite aguda (n = 372, 3,1%) e J11 Influenza de vírus não identificado (n= 276, 2,3%).

Foram excluídos da análise diagnóstica de saúde os CID's: Z03 Observação e avaliação médica por doenças e afecções suspeitas (n = 3.692, 30,5%), Z00 Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado (n = 3.175, 26,3%) e Z76 Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias (n = 879, 7,3%), por sua inespecificidade.

O número de pacientes com diagnóstico de doenças do aparelho respiratório aumentou 24,3% durante a pandemia (n = 845) enquanto o número de pacientes com diagnóstico de doenças infecciosas e parasitárias (n=454) e transtornos mentais e comportamentais reduziu durante o período (Tabela 2).

TABELA 2

Número de pacientes atendidos nos CS, incluindo CR, de acordo com o capítulo do CID-10, antes e após o início da pandemia por COVID-19.

Capítulos do CID	Antes (n)	Durante	Incremento Percentual(%)	Total (n)
Sem CID	6059	5161	-14,8	9210
Cap. XXI - Fatores de saúde e do contato com os serviços de saúde	4153	3489	-16,0	5988
Cap. X - Doenças do aparelho respiratório	680	845	24,3	1389
Cap. I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	695	454	-34,7	1047
Cap. XVIII - Achados de exames não classificados em outra parte	562	483	-14,1	958
Cap. V - Transtornos mentais e comportamentais	462	432	-6,5	754
Cap. IX - Doenças do aparelho circulatório	479	424	-11,5	717
Cap. XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	283	309	9,2	536
Cap. XIV - Doenças do aparelho geniturinário	227	207	-8,8	404
Cap. IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	260	213	-18,1	393
Cap. XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	192	210	9,4	384
Cap. XI - Doenças do aparelho digestivo	167	170	1,8	317
Cap. XIX - Lesões, envenenamento e outras causas externas	135	151	11,9	277
Cap. VI - Doenças do sistema nervoso	93	78	-16,1	154
Cap. VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	85	76	-10,6	152
Cap. VII - Doenças do olho e anexos	88	41	-53,4	129
Cap. XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	59	74	25,4	128
Cap. III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	21	23	9,5	42
Cap. II - Neoplasias [tumores]	23	14	-39,1	36
Cap. XV - Gravidez, parto e puerpério	18	17	-5,6	34
Cap. XVII - Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	6	6	0,0	12
Cap. XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	8	3	-62,5	11

OBS.: EM AZUL, ESTÃO DESTACADOS OS CAPÍTULOS QUE APRESENTARAM AUMENTO DO NÚMERO DE PESSOAS ATENDIDAS DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA

Olhar a partir dos dados da Assistência Social

Para a assistência social, foram consideradas as informações disponibilizadas pelo Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), em que se observaram 8.659 indivíduos identificados como pessoas em situação de rua, com cadastro ativo em setembro de 2021 (Tabela 3).

TABELA 3

Pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico)

VARIÁVEIS CADÚNICO	N (%)
Número de pessoas em situação de rua cadastradas na base	8.659
Média da idade	42,4 anos
Sexo biológico	
1. Feminino	1. 904 (10,44%)
2. Masculino	2. 7.755 (89,56%)
Cor da pele	
1. Indígena	1. 10 (0,12%)
2. Amarelo	2. 38 (0,45%)
3. Pardo	3. 5.189 (59,92%)
4. Branco	4. 1.366 (15,78%)
5. Preto	5. 2.044 (23,60%)
6. Sem informação na base	6. 12 (0,13%)
Grau de instrução	
1. Sem alfabetização	1. 649 (7,50%)
2. Ensino fundamental incompleto	2. 4.482 (51,76%)
3. Ensino fundamental completo	3. 1.246 (14,40%)
4. Ensino médio incompleto	4. 888 (10,39%)
5. Ensino médio completo	5. 1.282 (14,80%)
6. Ensino superior incompleto	6. 102 (1,18%)
7. Sem informação na base	7. 10 (0,11%)
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA	

A maioria das pessoas encontrava-se em situação de rua por até 6 meses (n = 2.518, 29,1%), em relação à data de atualização de seus dados na base. Havia 1.136 (13,1%) pessoas em situação de rua com tempo de rua entre seis meses e um ano, 1.014 (11,7%) entre um e dois anos, 1.664 (19,2%) entre dois e cinco anos, 1.112 (12,8%) entre cinco e dez anos e 1.215 (14,0%) por mais de dez anos. Proporcionalmente, a maior parte das pessoas que viviam nas ruas, identificadas na base, relataram no cadastro não apresentar contato com parentes fora das ruas (n = 3832, 44,2%). Apenas 2.876 (33,21%) mantêm algum contato familiar frequente, nas seguintes modalidades: contato anual (n = 448, 5,2%), mensal (n = 1.269, 14,7%), semanal (n = 812, 9,4%) ou diário (n = 347, 4,0%).

No que dizia respeito à condição econômica, a maioria apresentava renda familiar per capita de até R\$89,00 – valor referente ao benefício básico pago à época (n = 8.005, 92,5%) e à remuneração média do mês anterior, de R\$27,55, com a mediana de zero reais.

Para melhor compreensão sobre a atualização cadastral das pessoas em situação de rua no CadÚnico, os indivíduos foram divididos em faixas relacionadas à data da última atualização cadastral, sendo estas: até 12 meses (n = 2.773, 32,0%), de 13 a 18 meses (n = 398, 4,6%), de 19 a 24 meses (n = 1.605, 18,5%), de 25 a 36 meses (2.249, 26,0%), de 37 a 48 meses (n = 1.101, 12,7%) e acima de 48 meses (n = 533, 6,2%). Assim, observou-se uma maior proporção de desatualização cadastral das pessoas com até um ano em situação de

rua (50%) ($p = 0.0000$), sem contato com parentes fora da rua (47,5%) ($p = 0.0000$) e não beneficiário do Programa Bolsa Família (46,6%) ($p=0.0000$). Observou-se também uma menor proporção de desatualização cadastral estatisticamente significativa para as pessoas com renda familiar per capita de R\$89,00 reais a meio salário-mínimo (39,1%) ($p = 0.0159$) e pessoas do sexo feminino (39,9%) ($p = 0,0037$).

Ainda no CadÚnico, foi avaliada a associação estatística entre as pessoas em situação de rua que recebiam o benefício do PBF com as demais variáveis. Foi identificada uma menor proporção de pessoas beneficiárias entre aquelas com contato diário (72,6%) ou semanal (73,0%) com a família; sem instrução (71,0%); com renda familiar per capita entre R\$89,00 reais até meio salário-mínimo (30,2%), ou acima de meio salário mínimo (3,0%); com desatualização cadastral de até 12 meses (67,1%) e com idade maior ou igual a 60 anos (60,5%). A associação entre grau de instrução e o recebimento do PBF persistiu mesmo quando controlada pela faixa etária no Teste de Mantel Hansezel ($p = 0,0292$).

Para tentar compreender o perfil das pessoas que entraram na rua e ficaram por pouco tempo, ou as características das pessoas que estiveram em situação de rua durante a pandemia, foi analisada a associação existente entre tempo de rua e as demais variáveis para pessoas com dados atualizados em até 18 meses. Observou-se uma maior proporção de pessoas com tempo de rua de até um

ano entre aquelas que possuíam contato semanal (42,3%) ou diário (46,8%) com a família; possuíam ensino médio incompleto (44,8%) ou ensino médio completo ou mais (47,2%); de cor da pele branca (39,9%); renda familiar per capita entre R\$89,01 reais e meio salário mínimo (53,4%); idade de 0 a 29 anos (54,9%); sexo feminino (44,8%), e que possuíam ponto de referência de moradia nas regionais Norte (45,6%) e Leste (43,7%).

Ao analisar a base do auxílio emergencial durante todo o período de disponibilização do recurso, observaram-se 8.153 pessoas em situação de rua únicas cadastradas em Belo Horizonte, as quais também constavam em outras bases avaliadas neste estudo.

Dentre as medidas desenvolvidas pela SMASAC após o início da pandemia destacaram-se: a distribuição de 63.337 máscaras de proteção e de 99.118 sabonetes, pelas unidades dos Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e Casa de Passagem Albergue Tia Branca, para a PSR ; distribuição de aproximadamente 8.000 máscaras faciais de proteção pelas equipes do Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS); além da distribuição de aproximadamente 10.000 copos de água mineral aos usuários do SEAS e Centros POP, até o mês de agosto de 2021.

Já o Boletim da Vigilância Socioassistencial de maio de 2021, referente às ações emergenciais desenvolvidas pela SMASAC entre os meses de julho de 2020 e fevereiro de

2021, apontou os seguintes dados: 14.922 atendimentos de pessoas em situação de rua no Centro POP Centro Sul; distribuição de 84.446 máscaras de proteção individual e de 136.623 sabonetes; 159.190 atendimentos e 7.810 pessoas atendidas no espaço do Canto da Rua Emergencial pela assistência social, além de distribuição de 375.573 kits de higiene pessoal (SMASAC, 2021a).

Olhar a partir dos dados do Canto da Rua Emergencial

A Tabela 4, a seguir, apresenta informações das pessoas atendidas pelo Canto da Rua Emergencial. Do total de pessoas identificadas na base de dados do Canto da Rua Emergencial (8.813), foram selecionadas para análise 4.949 registradas a partir de 20/10/2020, considerando-se a melhor completude dos dados. O perfil sociodemográfico das pessoas que utilizaram os serviços ofertados no Canto da Rua Emergencial foi majoritariamente masculino (83,0%), com cor da pele parda (48,5%) e preta (28,0%), com idade entre 20 e 49 anos (76,3%) e ensino fundamental incompleto (45,1%). Em relação aos serviços e/ou benefícios demandados por essa população, os maiores percentuais relacionavam-se ao acesso ao Auxílio Emergencial (54,6%) e cestas de alimentos da PBH (24,0%).

TABELA 4

**Perfil das pessoas atendidas pela iniciativa da
“Pastoral da Rua de BH” - “Canto da Rua Emergencial” -
de 20/10/20 a 29/05/21 (4.949) e serviços acessados.**

VARIÁVEL	CATEGORIA	TEMPO DE RUA - N (%)			TOTAL - N (%)
		ATÉ 6 MESES	+ QUE 6 MESES	SEM INFORMAÇÃO	
Cor da pele	Branca	356 (20,9)	446 (20,5)	236 (22,2)	1038 (21,0)
	Parda	892 (52,3)	1035 (47,5)	472 (44,3)	2399 (48,5)
	Preta	443 (26,0)	650 (29,9)	293 (27,5)	1386 (28,0)
	Outras	11 (0,6)	32 (1,5)	25 (2,3)	68 (1,4)
	Sem Informação	5 (0,3)	14 (0,6)	39 (3,7)	58 (1,2)
Sexo	Feminino	235 (13,8)	208 (9,6)	312 (29,3)	755 (15,3)
	Masculino	1449 (84,9)	1942 (89,2)	716 (67,2)	4107 (83,0)
	Sem Informação	23 (1,3)	27 (1,2)	37 (3,5)	87 (1,8)
Idade	0 a 19	58 (3,4)	16 (0,7)	60 (5,6)	134 (2,7)
	20 a 39	1031 (60,4)	1040 (47,8)	435 (40,8)	2506 (50,6)
	40 a 49	388 (22,7)	663 (30,5)	221 (20,8)	1272 (25,7)
	50 a 59	161 (9,4)	313 (14,4)	161 (15,1)	635 (12,8)
	60 a 89	63 (3,7)	137 (6,3)	152 (14,3)	352 (7,1)
	Sem Informação	6 (0,4)	8 (0,4)	36 (3,4)	50 (1,0)
Escolaridade	Analfabeto/a	19 (1,1)	44 (2,0)	74 (6,9)	137 (2,8)
	Assina o nome	23 (1,3)	53 (2,4)	30 (2,8)	106 (2,1)
	Fundamental Incompleto	734 (43,0)	1084 (49,8)	415 (39,0)	2233 (45,1)
	Fundamental completo	308 (18,0)	398 (18,3)	183 (17,2)	889 (18,0)
	Médio incompleto	202 (11,8)	219 (10,1)	132 (12,4)	553 (11,2)
	Médio completo	359 (21,0)	334 (15,3)	190 (17,8)	883 (17,8)
	Superior incompleto ou completo	62 (3,6)	45 (2,1)	41 (3,8)	148 (3,0)
Sem Informação	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Auxílio Emergencial	Não	798 (46,7)	884 (40,6)	565 (53,1)	2247 (45,4)
	Sim	909 (53,3)	1293 (59,4)	500 (46,9)	2702 (54,6)
	Sem Informação	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Cesta PBH	Não	1477 (86,5)	1502 (69,0)	784 (73,6)	3763 (76,0)
	Sim	230 (13,5)	675 (31,0)	281 (26,4)	1186 (24,0)
	Sem Informação	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA					

VARIÁVEL	CATEGORIA	TEMPO DE RUA - N (%)			TOTAL - N (%)	
		ATÉ 6 MESES	+ QUE 6 MESES	SEM INFORMAÇÃO		
CAD Único	Não possui cadastro	1073 (62,9)	950 (43,6)	632 (59,3)	2655 (53,6)	
	Cadastrado no CadÚnico	634 (37,1)	1227 (56,4)	433 (40,7)	2294 (46,4)	
	Sem info.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Benefício	Bolsa Moradia	Não	1700 (99,6)	2163 (99,4)	1055 (99,1)	4918 (99,4)
		Sim	7 (0,4)	14 (0,6)	10 (0,9)	31 (0,6)
		Sem info.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Bolsa Família	Não	1208 (70,8)	1083 (49,7)	752 (70,6)	3043 (61,5)
		Sim	499 (29,2)	1094 (50,3)	313 (29,4)	1906 (38,5)
		Sem info.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	BPC	Não	1684 (98,7)	2136 (98,1)	1040 (97,7)	4860 (98,2)
		Sim	23 (1,3)	41 (1,9)	25 (2,3)	89 (1,8)
		Sem info.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Serviço que utiliza ou frequenta	Abrigo	Não	1545 (90,5)	1990 (91,4)	1038 (97,5)	4573 (92,4)
		Sim	162 (9,5)	187 (8,6)	27 (2,5)	376 (7,6)
		Sem info.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Albergue	Não	1157 (67,8)	1550 (71,2)	983 (92,3)	3690 (74,6)
		Sim	550 (32,2)	627 (28,8)	82 (7,7)	1259 (25,4)
		Sem info.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Centro POP	Não	1642 (96,2)	1997 (91,7)	1040 (97,7)	4679 (94,5)
		Sim	65 (3,8)	180 (8,3)	25 (2,3)	270 (5,5)
		Sem info.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Pastoral da rua	Não	1696 (99,4)	2153 (98,9)	1049 (98,5)	4898 (99,0)
		Sim	11 (0,6)	24 (1,1)	16 (1,5)	51 (1,0)
		Sem info.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	República	Não	1703 (99,8)	2158 (99,1)	1061 (99,6)	4922 (99,5)
		Sim	4 (0,2)	19 (0,9)	4 (0,4)	27 (0,5)
		Sem info.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total		1707 (100,0)	2177 (100,0)	1065 (100,0)	4949 (100,0)	
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA						



CAPÍTULO

**A PANDEMIA
CHEGOU!
RESPOSTAS
A EMERGENCIA
SANITARIA**

As mais lindas das pinturas,
Os desenhos de arquitetura,
Os frutos que o mundo tem,
E os frutos que ainda vem,
São obras de mãos seletas,
De um punhado de alguém.
Mãos que catam e acolhem,
Que fazem transformação,
Produz sustento e renda,
Ainda aquece o coração,
Afaga e protege o filho,
Faz do homem um cidadão.
Mãos seletas seja santa,
Na hora da consagração,
A hóstia é levantada,
Segura com o coração,
Mãos seletas seja justa,
Faça justiça ao irmão.
Saúde nas mãos amigas,
Mãos que testam e vacinam,
Existem mãos solidárias,
Que alimentam e conclamam,
Santas são todas estas,
Mãos que cuidam, mãos que amam.

MÃOS SELETAS
SAMUEL RODRIGUES

ESTE CAPÍTULO APRESENTA um resgate dos principais marcos legais organizados em Belo Horizonte a partir do surgimento da pandemia; descreve, também, as ações desenvolvidas no município frente à emergência sanitária, incluindo a criação de serviços, o fluxo para sintomáticos e a vacinação da PSR.

Em 31 de dezembro de 2019 a China alertou a Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre um elevado número de casos de pneumonia na cidade de Wuhan e, um mês depois, a OMS decretou estado de emergência em saúde pública de importância internacional. No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo, enquanto em Belo Horizonte, o primeiro caso da doença foi confirmado em 16 de março de 2020.

O primeiro marco legal da pandemia em BH foi o Decreto nº 17.304, publicado pela Prefeitura em 18 de março de 2020, que deflagrou “Situação de Emergência Pública causada pelo agente Coronavírus” e determinou a suspensão do alvará de funcionamento dos estabelecimentos comerciais no município, como restaurantes, shoppings, bares, entre outros (BELO HORIZONTE, 2020). A partir dessa data, foram definidos os serviços considerados essenciais, ou seja, aqueles que não poderiam ser interrompidos ou realizados remotamente, bem como o reordenamento dos serviços de cuidado em saúde e assistência social a partir das novas circunstâncias emergenciais. Os resultados da pesquisa indicam que o surgimento da pandemia foi per-

cebido pela PSR a partir do “fechamento” da cidade.

A partir do decreto de situação de emergência, o poder público e a SCO foram mobilizados para a criação de unidades de atendimento e realização de ações integradas em resposta às demandas das pessoas em situação de rua. Por parte da Prefeitura, a principal intervenção inovativa foi a instituição do “Serviço de Acolhimento Provisório e Emergencial para População em Situação de Rua e outras vulnerabilidades sociais”. A Pastoral da Rua, por sua vez, foi responsável pela execução do Canto da Rua Emergencial e viabilização das Pousadas. Do ponto de vista das novas ações, criou-se um fluxo na rede municipal de Belo Horizonte para PSR com sintomas gripais incorporando esses serviços e, posteriormente, organizaram-se ações para garantir a vacinação desses indivíduos como prioridade.

Serviço de Acolhimento Emergencial e Provisório

De acordo com os protocolos sanitários da OMS, uma das medidas adotadas para evitar o aumento do número de casos de COVID-19 era o isolamento domiciliar. No entanto, devido ao fato de as pessoas em situação de rua não apresentarem domicílio e sua consequente impossibilidade de seguir tais orientações, a gestão municipal criou, no dia 7 de abril de 2020, o “Serviço de Acolhimento Provisório e Emergencial para População em Situação de Rua e outras vulnerabilidades sociais”, que funcionava

com parceria entre a SMSA e a SMASAC, sob a gestão do Instituto de Promoção Social e Humana Darcy Ribeiro. O Acolhimento Emergencial, como ficou conhecido o serviço, consistia na oferta de alojamento e cuidados básicos em saúde (higiene, alimentação, hidratação e repouso) destinado à PSR e a outras pessoas em situação de vulnerabilidade social que necessitavam de isolamento por suspeita ou confirmação de COVID-19, com sintomas leves e que não exigissem internação hospitalar.

O Acolhimento Emergencial teve diferentes locais de funcionamento ao longo do tempo, como o SESC Venda Nova, o Hotel Minas Pampulha e o Complexo de Saúde Barreiro. Em julho de 2021, o Hotel Minas Pampulha foi transformado em uma unidade de acolhimento para a PSR com alto grau de dependência e que estava anteriormente alojada nas pousadas geridas pela Pastoral da Rua.

O acesso ao Acolhimento Emergencial ocorria por encaminhamento dos serviços de saúde, que também se responsabilizavam pelas prescrições de medicamentos de uso contínuo dos pacientes em isolamento. A UPA Centro-Sul, onde estava localizado o CECOVID, serviço de referência para os casos de COVID-19 no município, e o CMT/CERSAM AD (nacionalmente conhecido como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD) do Centro-Sul, foram os serviços de saúde que realizaram o maior número de encaminhamentos ao Acolhimento Emergencial.

O fluxo de encaminhamentos incluiu a realização de teste rápido no serviço de saúde para os casos suspeitos da

doença. As pessoas com resultado positivo para COVID-19 eram encaminhadas para o isolamento, enquanto, para aquelas com resultado negativo, colhia-se o teste RT-PCR e aguardava-se o resultado já no isolamento. Posteriormente, iniciou-se a coleta de testagem para COVID-19 na própria unidade de Acolhimento Emergencial como critério de alta. Essa medida foi importante para que o usuário não precisasse se deslocar para nova testagem, deixando o isolamento e potencialmente estimulando a evasão ou transmissão da doença.

A respeito dos critérios e condutas relacionados à alta do isolamento, foi pontuado de forma negativa nas entrevistas a demora do resultado dos testes para COVID-19, principalmente no início da pandemia, e, de forma positiva, a construção de alternativas para o usuário após cumprir o período de isolamento. A equipe articulava o retorno para a família ou procurava vagas em abrigos. Além disso, também comunicava ao serviço encaminhador de cada usuário sobre o término do isolamento. Segundo os trabalhadores e gestores, os casos de sofrimento mental, uso de álcool e outras drogas e regras rígidas dos protocolos utilizados na unidade de Acolhimento Emergencial foram pontos dificultadores para o manejo durante o período do isolamento. Estes pontos foram identificados nas entrevistas como aspectos motivadores de evasões, ou seja, saída antes de concluir o período de isolamento ou recebimento do resultado do teste negativo.

“

É, tivemos desafios também, por exemplo, a população, pessoas em situação de rua, que diante de é... eles, não é que evadiam porque eles não estavam internados, mas eles não concordavam por alguma outra regra né, a questão dos pets, a questão do uso de cigarro, de alguns né. Então, assim, vários, eles saiam desse isolamento né. E aí a gente tentava fazer essa vigilância, vamos dizer assim, dessa pessoa junto às equipes do consultório, na rua ou do SEAS, abordagem do SEAS ou do BH de Mãos Dadas, mas nem sempre é fácil.”

EGT 30

A mudança constante do local da unidade de Acolhimento Emergencial impactou na adesão ao tratamento, continuidade do isolamento e possibilidade de utilização da infraestrutura. Inicialmente, o acolhimento era realizado no SESC-Venda Nova, longe do centro da cidade e do local de maior circulação de pessoas em situação de rua, tornando-se uma barreira de adesão dos usuários. Por outro lado, o conforto oferecido pela infraestrutura local foi identificado na pesquisa como causa de superutilização, o que foi exacerbado pela demora nos resultados dos testes.

Outra situação importante foi aquela identificada em relação ao Hotel Minas Pampulha, que apresentou dificuldades para utilização das 30 vagas disponibilizadas devido à impossibilidade de alocar no mesmo quarto um caso suspeito de COVID-19 junto a uma pessoa identificada como caso confirmado da doença. Segundo os trabalhadores entrevistados na pesquisa, quando o serviço passou para o Complexo de Saúde Barreiro, mais especificamente na Unidade de Acolhimento Provisório do Idoso (UAPI Barreiro), passou a dispor de infraestrutura hospitalar específica para o isolamento social de pessoas com sintomas respiratórios.

Para além dos encaminhamentos, houve relatos de que o diálogo da rede de saúde com o Acolhimento Emergencial ocorreu de maneira ampla. Apesar da administração direta do serviço ser da assistência social, a sua coordenação foi apontada como compartilhada, e gestores da APS e da saúde mental afirmaram acompanhar o processo de

implementação e manutenção do serviço, contribuindo nas discussões e intervenções. Uma estratégia apresentada pelos gestores e trabalhadores da saúde foi a aproximação dos CR e CERSAMs na vigilância e acompanhamento dos casos de usuários de álcool e outras drogas e com maior vulnerabilidade mental, incluindo o transporte de remédios prescritos. No entanto, trabalhadores e gestores da saúde apresentaram preocupações e críticas à gestão e organização do Acolhimento Emergencial devido à percepção de baixa tolerância às condições e comportamentos da PSR.

Já a comunicação do Acolhimento Emergencial com a rede da assistência social ocorreu, principalmente, devido ao processo de acompanhamento de casos e à alta dos usuários. Considerando-se o fato de o fluxo de encaminhamentos para entrada no serviço de isolamento emergencial ocorrer estritamente através do encaminhamento dos serviços de saúde, os serviços socioassistenciais encaminhavam os usuários identificados como sintomáticos respiratórios para as UPA's ou CS.

Uma das atividades de comunicação mais recorrentes entre o serviço de Acolhimento Emergencial com as redes de saúde e de assistência social consistia em manter informações atualizadas sobre os usuários que desistiram do isolamento antes do período necessário. Devido à falta de um sistema de informação compartilhado entre as redes, o Acolhimento Emergencial compartilhava uma lista de acompanhamento da situação dos usuários através da fer-

ramenta online do Google Drive, além de manter o contato por telefone e WhatsApp com os principais serviços utilizados pela PSR. O protocolo intersetorial no caso de evasão do usuário sem a sua liberação oficial era de bloqueio do acesso deste usuário a qualquer equipamento público, e de orientação ao mesmo que retornasse ao equipamento de isolamento social.

O fato de a gestão do Acolhimento Emergencial ter sido realizada pelo Instituto Darcy Ribeiro permitiu uma facilitação na comunicação com outros serviços da rede socioassistencial que também são geridos pelo mesmo instituto, como o Albergue Tia Branca. Essa viabilização ocorria tanto pelo compartilhamento de um mesmo sistema de informação provido pelo Instituto, o que permitia um melhor acompanhamento de usuários, quanto pelo fato de grande parte dos trabalhadores do equipamento de isolamento social advirem desses outros serviços geridos pelo Instituto, o que significava uma aproximação comunicativa pessoal devido ao compartilhamento de experiências com uma mesma equipe.

Por fim, cabe destacar que, em julho de 2021, o Hotel Minas Pampulha se transformou em um serviço de acolhimento emergencial social, não mais relacionado a casos suspeitos de COVID-19, e sim a baixa autonomia das pessoas em situação de rua, recebendo as pessoas oriundas das pousadas geridas pela Pastoral da Rua que não puderam ser reintegradas a suas famílias. Na fase de acolhimento no Hotel, havia cuidadores e enfermeiros para o cuidado com

os acolhidos e eram realizados atendimentos e construções para o fluxo de saída, como, por exemplo, reinserção no grupo familiar. Também eram realizadas articulações com os serviços da saúde, como o CERSAM AD. De acordo com os relatos coletados na pesquisa, houve intensa comunicação entre a Pastoral da Rua e o serviço de isolamento emergencial durante o período de transição. O serviço de Acolhimento Emergencial para PSR, que funcionava neste espaço, foi transferido para a UAPI Barreiro, localizada no Complexo de Saúde Barreiro.

Iniciativas da Pastoral da Rua e parcerias público privadas - Canto da Rua Emergencial e Pousadas

A Pastoral da Rua atua junto à PSR no município de Belo Horizonte há mais de 20 anos e possui relação próxima com as lideranças do MNPR. Promoveu ações sistematizadas durante a pandemia visando atender às necessidades das pessoas em situação de rua. Essas ações ganharam relevância no cenário municipal ao colaborar com a articulação da rede de saúde e com a rede socioassistencial, bem como, ao mobilizar outras entidades, serviços e órgãos públicos.

Com a iminência da chegada da pandemia no Brasil, a Pastoral da Rua se organizou e mobilizou parceiros com o intuito de promover ações de cuidado e proteção social para a PSR e organizou duas ações centrais: o Canto da Rua

Emergencial e as pousadas para hospedagem das pessoas em situação de rua.

O Canto da Rua Emergencial surgiu inicialmente com a proposta de prover abrigo para a PSR. No entanto, o Comitê de Enfrentamento da COVID-19 de Belo Horizonte, alertou para os riscos de contaminação. As discussões com parceiros evoluíram para a instalação de um espaço na Serraria Souza Pinto, localizada no centro da cidade, que acolheu as pessoas em situação de vulnerabilidade durante o dia, concentrando a oferta de atividades e serviços a esses indivíduos.

O espaço da Serraria Souza Pinto foi cedido pelo Governo do Estado de Minas Gerais, por meio da Fundação Ezequiel Dias, e funcionou de junho de 2020 até agosto de 2021. Inicialmente, as atividades desenvolvidas no local foram financiadas pelo setor privado (Instituto Unibanco), e, a partir de setembro de 2020, passaram a ser custeadas integralmente pela PBH.

O espaço tinha entrada regulada por um cadastro e as pessoas recebiam, no momento do cadastramento, orientações sobre as medidas de proteção individual necessárias durante a utilização do local (obrigatoriedade do uso de máscaras, higienização constante das mãos e regras de etiqueta respiratória). Houve distribuição de lanches; local de guarda volumes, inclusive para os catadores de materiais recicláveis; acolhimento dos animais de estimação; realização de oficinas de trabalho; distribuição de donativos; aulas de ensino para jovens e adultos; atividades de arte e

socialização; local para banho, uso de sanitários, distribuição de água para hidratação e serviço de lavanderia. Foram distribuídos no local mais de 261.100 lanches e 1.106.100 copos de água, realizados 10.798 atendimentos na lavanderia, 141.841 banhos e atendimento de 5.600 pets (Bove et al., 2022).

Além disso, no espaço, serviços públicos eram disponibilizados para a população, tais como: stands da Defensoria Pública (DPMG) e Ministério Público (MPMG) e apoio para conseguir acesso aos benefícios da assistência social, como por exemplo: o Bolsa Moradia e o Auxílio Brasil. Houve também atendimento de saúde voltado à PSR com acolhimento, resolução de casos simples e triagem de pacientes com risco de COVID-19. Os casos mais complexos ou que exigiam continuidade de tratamento eram encaminhados ao CS ou à UPA.

Durante todo período de funcionamento, 9.868 indivíduos foram atendidos, em um total de 235.197 atendimentos gerais, 59.702 atendimentos relacionados a situações de ordem psicossocial, 601 atendimentos realizados pelo MPMG, 699 pela DPMG e 85 pelo Centro Estadual de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e Catadores de Materiais Recicláveis - CEDDH MG (Bove et al., 2022).

O recurso financeiro inicial para a abertura do Canto da Rua Emergencial possibilitou a hospedagem de 160 pessoas em situação de rua, idosos e com comorbidades, dando origem às hospedagens. Com essa verba, a Pastoral da Rua

conseguiu alugar casas na região central de BH que ficaram conhecidas como “pousadas”. Após a hospedagem, a administração das pousadas ficava a encargo da Pastoral da Rua em parceria com a PBH que, posteriormente, assumiu o financiamento e a organização do serviço. Este serviço era voltado para o acolhimento de pessoas em situação de rua com menor grau de autonomia, como idosos, pessoas com comorbidades e mais vulneráveis, como famílias com crianças.

Nas “pousadas”, além da equipe de enfermagem, trabalhavam terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, redutores de danos e motoristas. As casas ganharam dinâmica própria com pactuação de fluxos de entrada e saída. O vínculo criado entre a PSR com elas chamou a atenção para a necessidade de se ter um espaço individualizado e com oferta de cuidados específicos. A equipe de cuidados da enfermagem realizou atendimentos individuais, conduziu rodas de conversas, apoiou a dispensação de medicamentos e acompanhou os usuários no deslocamento aos CS para a realização de consultas.

Antes do início da pandemia, a PBH mantinha um serviço de hospedagem para famílias e pessoas do interior que chegavam à capital em busca de tratamento de saúde. Durante a pandemia, a estrutura foi reorganizada para o atendimento de pessoas em situação de rua, com atendimento de aproximadamente 164 pessoas (em quatro casas) na temporalidade de avaliação deste estudo.

Quem estava com sintoma gripal? O que fazia?

O fluxo descrito a seguir apresenta tanto as diretrizes formais da PBH quanto o fluxo vivo da rede que, por vezes, incluía a PSR no fluxo da população em geral e, outras vezes, tratava a PSR enquanto um grupo específico.

De acordo com o Protocolo de Atendimento aos pacientes com Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), bem como, as Notas Técnicas da PBH, os casos suspeitos de SG eram identificados quando apresentavam pelo menos dois dos seguintes sintomas: febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos (anosmia) ou distúrbios gustativos (ageusia). O diagnóstico poderia ser feito por médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem, e as pessoas com sintomas gripais deveriam ser encaminhadas para atendimento médico caso este não fosse o profissional do primeiro atendimento.

No início da pandemia, todos os CS recebiam pessoas com sintomas gripais e realizavam o exame RT-PCR, recomendado para casos suspeitos de SRAG ou por profissionais de saúde. Posteriormente, novos grupos foram priorizados para a testagem, conforme a Nota Técnica da SMSA n° 033, que também detalhou os fluxos de testagem a partir do ponto de entrada do paciente suspeito na rede. O Centro Especializado para Atendimento a Pacientes com Suspeita de Coronavírus (CECOVID) na UPA Centro-Sul tornou-se o principal ponto de referência para a testagem de COVID-19 na cidade. A partir de junho de 2021, o teste rápido de an-

tígeno (Ag-TDR) foi implantado nas unidades de coleta regionais em parceria com universidades e instituições de saúde e, em agosto do mesmo ano, os CS também passaram a realizar o teste rápido de antígeno por demanda espontânea.

Tanto a PSR quanto o restante da população com sintomas gripais recebiam orientações a procurar os CS ou a UPA Centro-Sul para avaliação. Além disso, equipes do CR, dos serviços socioassistenciais, do BH de Mãos Dadas Contra a Aids (Programa Municipal de Promoção à Saúde Sexual) e os Agentes Comunitários de Saúde identificavam pessoas com sintomas respiratórios no dia a dia. Em casos suspeitos, as equipes do BH de Mãos Dadas Contra a Aids e do CR preenchiam um roteiro de triagem e encaminhamento e acompanhavam o usuário até o CS ou a UPA. Em situações de agravamento dos sintomas, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) era acionado e o usuário era encaminhado aos serviços de urgência.

Posteriormente, houve interrupção desse fluxo devido à sobrecarga do serviço e às dificuldades para buscar os pacientes nas unidades de saúde. As equipes do Canto da Rua Emergencial e das pousadas geridas pela Pastoral da Rua auxiliavam na identificação e condução da PSR com sintomas gripais, fornecendo transporte próprio para levá-la aos serviços de saúde. Em alguns casos, as equipes dos serviços da Assistência Social ou equipes itinerantes do território entravam em contato com a Pastoral da Rua para solicitar apoio de transporte para alguns usuários.

No caso das pessoas em situação de rua com sintomas gripais encaminhadas à UPA, o teste rápido de antígeno era realizado inicialmente. Em caso de resultado positivo, o indivíduo era encaminhado para o Serviço de Acolhimento Emergencial e Provisório. Se os sintomas eram graves, acionava-se o SAMU. Se o teste rápido fosse negativo, o RT-PCR era realizado e, em caso de resultado positivo, o indivíduo ficava em isolamento no serviço de Acolhimento Emergencial. Houve momentos de pouca disponibilidade de testes na cidade e de demora no resultado do PCR no início da pandemia, mas essa situação foi regularizada posteriormente.

Devido à extrema vulnerabilidade da PSR e à falta de estratégias efetivas de comunicação sobre a pandemia voltadas a eles, agravou-se o sentimento de medo e insegurança entre os usuários que, por vezes, simulavam os sintomas para serem encaminhados ao Serviço de Acolhimento Emergencial e Provisório e serem beneficiados pela qualidade e o conforto da infraestrutura desses espaços.

Por outro lado, no Serviço de Acolhimento Emergencial e Provisório houve dificuldade na adesão e/ou permanência para cumprir o período de isolamento e tratamento devido à localização, como exposto anteriormente, à restrição do uso de álcool e outras drogas, e à separação de colegas em situação de rua e dos animais de estimação. Alguns usuários evadiram do serviço e, em outros casos, foi necessário o suporte da equipe de saúde mental para atender usuários em crise.

“

[...] R1: Então eles já sabiam, eu vou pro SESC.

R2: Eles já pediam pra ir porque tinha TV a cabo, o quarto tinha frigobar...

R1: Quando veio pra cá teve uma baixa, porque o SESC era um perfil, que era um lugar espaçoso, eles podiam andar mais né... não tinha um contato. Aqui já era um outra. Aí teve uma reduzida, depois eles começaram a adaptar com o espaço. Aí foi pro Barreiro teve uma baixa... a gente ficou sabendo. Mas que agora né... devido a baixa da pandemia também então...

R2: O Barreiro tem mais cara de hospital, o isolamento hoje. No SESC não... no SESC tinha varandinha com mesinha com cadeira pra tomar sol, cê passava na varandinha e aquelas casinhas parecia a vila do Chaves, né. Uma varandinha dava pra outra. A gente já falava, aí um já conversava com o outro na varandinha, e aí batia o solzinho de manhã, macaquinho. Era uma festa. TV a cabo, frigobar, água gelada, então era uma festa. Tinha gente que ia pra lá doze vezes. Tinha nada, então aí... e já chegava na UPA para o SESC, que, que o cê tem, não eu quero ir pra lá, sabe assim... Então o povo...

R1: Recebia alta e já ia pra UPA de novo. E já ia pra UPA pedir pra voltar.

R2: A gente teve muito caso assim. Aí aqui no hotel teve uma baixa, mas teve uma galera que aderiu e também tava vindo direto assim. Agora lá no Barreiro não, no Barreiro agora só vai mesmo quem tá doentinho.

R1: E na época que a gente fez a articulação com a saúde, o resultado saia rápido. Gente, mas eu tô aqui só dois dias. Eles estranhavam também porque no SESC demorava um pouco mais a sair.

R2: A galera tava cansada de rua né... querendo dá uma descansada. Tomar um banho quente. Então assim, cê nem via tem uns que chegaram assim tão, cês nem viam a carinha deles, não já ficava ali já ficava dormindo, eles acordavam comia, já dormia. Descasando mesmo, sabe?"

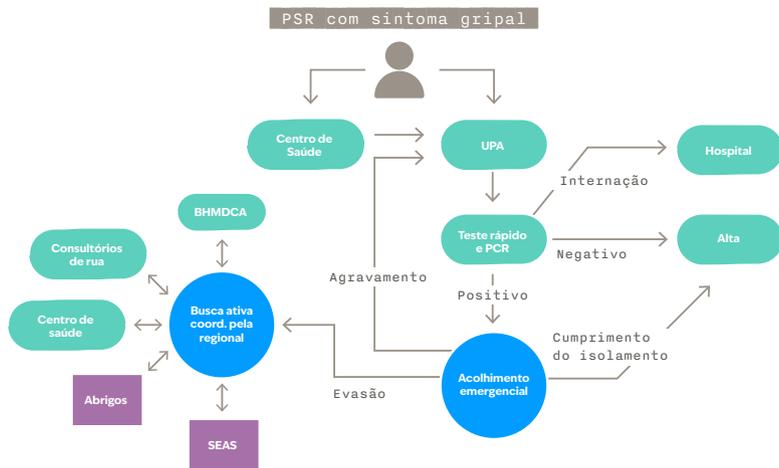
Nos anos de 2020 e 2021, um total de 1.377 pessoas em situação de rua foram acolhidas neste serviço, sendo 134 casos confirmados de COVID-19 (SMSA, 2022). Em casos de agravamento dos sintomas respiratórios enquanto estava no isolamento, o encaminhamento realizado pela equipe de saúde era preferencialmente para a UPA, que poderia direcionar o usuário para a Urgência e Emergência hospitalar.

A gestão intersetorial do Serviço de Acolhimento Emergencial e Provisório trouxe alguns desafios para o processo de trabalho e gestão do cuidado, mas representou uma inovação apontada como uma experiência exitosa. Considerando a sua relevância durante a pandemia, foi ressaltada a necessidade de sua continuidade ou a criação de outros serviços semelhantes. Considera-se que a PSR apresentou em diversos momentos a necessidade de acolhimento por tempo determinado para cuidados em saúde (casos em que não era necessária internação hospitalar ou que o isolamento de familiares era recomendado).

A Figura 1 apresenta o fluxograma de atendimento de pessoas em situação de rua com sintomas gripais.

FIGURA 1

Fluxograma de atendimento de pessoas em situação de rua com sintomas gripais



LEGENDA:

- Serviços de Saúde
- Serviços de Assistência Social
- Serviços de Gestão Integrada

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA

E a vacinação?

A vacinação da PSR começou em maio de 2021, após a vacinação dos profissionais de saúde da linha de frente, que ocorreu em janeiro. Foram adotadas estratégias de busca ativa para aumentar a cobertura de vacinação da PSR, incluindo o apoio do CR, do BH de Mãos Dadas Contra a Aids e da SMASAC para acompanhar as equipes de vacinação no território. A vacinação nas unidades socioassistenciais, bem como a de seus trabalhadores, teve início em junho de 2021, mais de um ano após a deflagração da pandemia, refletindo o atraso da vacinação no país, quando comparado a outros países do mundo, e um atraso quando comparado em Belo Horizonte com os profissionais da área da saúde.

O CR foi o serviço destacado como o mais importante pelos trabalhadores da saúde, da assistência social e do Canto da Rua Emergencial para a campanha de vacinação da PSR. Enquanto um serviço volante, e que possui um maior vínculo e acompanhamento das pessoas em situação de rua, suas equipes foram mobilizadas para vacinação in loco nos serviços de atendimento da assistência social, nos CERSAMs e nas ruas. Porém, os trabalhadores e gestores do CR afirmaram que identificaram um quantitativo grande de pessoas em situação de rua que se negaram a ser vacinadas, sendo os principais argumentos registrados: dúvidas da segurança da vacina, medo oriundo de notícias falsas de que pessoas morreram após se vacinarem, teorias da conspiração de presença de chip nas vacinas, medo dos

“

É, no início, o consultório de rua, ele não tava diretamente na organização da vacinação da pop rua. Isso foi algo construído pela equipe de humanização da Secretaria Municipal de Saúde. É, a partir... a partir do momento que, e aí, a equipe tava mais fazendo busca ativa dos usuários e levando pros pontos de vacinação. A partir da identificação de que não teve um quantitativo interessante de vacinação, e acho que teve outras reverberações também, inclusive de movimentos sociais questionando. É... O consultório de rua foi convidado, a gente sentou, discutiu em como pensar as ações de vacinação com o consultório de rua. [...] E aí a gente começou a ir in loco nos territórios pra realizar a vacinação com a equipe do consultório de rua. Nas regionais onde consultório de rua não tem equipe, a gente não conhece do território, a gente não conhece os usuários, a gente contou com apoio das equipes do SEAS e do BH de mãos dadas, até nos territórios onde o consultório de rua tá. Mas, mas principalmente onde consultório de rua não está, pra poder fazer essa busca desses usuários e realizando a vacinação in loco. A gente foi quantificando no início sobre a quantidade de pessoas, que, que não tavam aceitando a vacinação. Isso deixou a gente muito impressionado, assim, sabe? De muita recusa. E a maioria das recusas, ou, ou dizendo que o vírus não era real, a gente está tanto tempo aqui na rua e não aconteceu nada, ou leve, teve usuário também que falou assim: 'ah, não sei quem vacinou e depois morreu'."

EGT 8

efeitos colaterais fortes e desconfiança por ser a PSR um grupo vulnerável, fazendo alusão ao uso dessa população como grupo de testes da vacina, ou seja, como se fossem “cobaias”. Para minimizar a não aderência à vacinação, os serviços realizaram discussões internas em vários momentos sobre as estratégias de diálogo para lidar com este problema.

Além do atraso no início da vacinação no país, foi ressaltado em entrevistas que, para a PSR, a ausência de um documento de identificação foi uma barreira para a imunização, contrariando as orientações municipal e nacional que propunham o momento da captação de vacinação como possibilidade para atualização cadastral e encaminhamento de solicitação de novos documentos. Destaca-se que, mesmo com a orientação nacional, no sistema de registro de imunização nacional era obrigatória a identificação do indivíduo por meio do CPF.

The image is a graphic design with a white central area and blue borders. The white area contains a faint, grayscale image of a person's face, which is partially obscured by a large, solid blue shape on the left side. This blue shape is a stylized, angular form that resembles a letter 'L' or a similar geometric symbol. The word 'CAPÍTULO' is printed in a bold, black, sans-serif font with a distressed or textured appearance, centered in the lower half of the white area.

CAPÍTULO

O QUE FOI VIVENCIADO NA PANDEMIA?

AS REDES DE CUIDADO
E AS MUDANÇAS DE FLUXO
NA EMERGÊNCIA SANITÁRIA

A vida, ela tem um começo, um fim,
Mas o fim é neste mundo, porque o começo está por vir,
A COVID sem querer, ela fez parte desse mundo,
Milhões de pessoas morrerão, elas partirão daqui,
Mais bilhões estão aqui para fazer um novo recomeço,
Porque na verdade a vida nunca tem fim

A COVID
CLEUVE

N ESTE CAPÍTULO SÃO APRESENTADAS AS MUDANÇAS de fluxos das redes de saúde, assistência social e intersetorial, o funcionamento do Comitê Intersectorial, as ações de comunicação e educação em saúde durante a pandemia e as implicações dessas mudanças para o atendimento à PSR. Estes resultados decorrem da abordagem qualitativa a partir das análises documentais de notas técnicas e das orientações publicizadas pelas secretarias municipais, bem como, do conteúdo das entrevistas com os participantes da pesquisa.

A pandemia da COVID-19 trouxe novas dificuldades para a vivência da PSR, ao mesmo tempo em que agravou outras já conhecidas por esse grupo populacional. O período inicial de fechamento da cidade foi o momento em que a PSR sentiu maiores dificuldades pelo fato de suas estratégias de sobrevivência serem relacionadas ao funcionamento dos estabelecimentos e do fluxo de pessoas na cidade. Nesse contexto, os trabalhadores da saúde e da assistência social, com destaque aos serviços itinerantes, foram importantes atores na comunicação à PSR sobre os motivos do “fechamento” repentino da cidade devido à emergência sanitária.

Um novo contexto e muitas notas: orientação e organização nunca são demais?

Um dia após o Decreto nº 17.304, de 18 de março de 2020, que determinou a suspensão temporária dos alvarás de

localização e funcionamento e autorizações emitidos para realização de atividades com potencial de aglomeração de pessoas para enfrentamento da situação de emergência pública causada pelo COVID-19, a SMSA e SMASAC prontamente se mobilizaram na publicação de notas técnicas e orientações aos serviços em busca de se adequarem ao decreto municipal, às novas circunstâncias e às demandas da emergência sanitária. Entre os 38 documentos orientativos relacionados aos principais serviços que lidavam com a PSR, 14 deles foram publicados nos dois primeiros meses após o decreto. Nas publicações de ambas as secretarias, 36 documentos tratavam de alterações de fluxos e 12 possuíam medidas que implicaram na redução de acesso dos usuários aos serviços. Além disso, nove documentos faziam menção explícita ao cuidado da PSR, sendo que apenas um pertencia à saúde, ainda que houvesse atualizações destes documentos. Para a saúde, o documento com menção explícita aos cuidados com a PSR foi direcionado para os serviços dos CR e BH de Mãos Dadas contra a AIDS, enquanto as menções da SMASAC se referiam aos serviços específicos da proteção social especial de média e alta complexidade.

Mencionar a PSR nas notas técnicas é um sinal de reconhecimento da gestão municipal para a necessidade de ações específicas direcionadas para este grupo populacional. Entretanto, a diferença encontrada entre o direcionamento das notas da assistência social e da saúde pode ser compreendida a partir das diferenças de tipificação da oferta e cobertura de serviços entre as políticas de saúde

e de assistência social. A rede socioassistencial conta com serviços exclusivos para a PSR, requerendo assim um volume maior de notas direcionadas a esse público, quando comparada à rede SUS, que se apoiou em notas técnicas em sua maioria sem a especificação da PSR.

Outra diferença encontrada entre as gestões foi a adoção das práticas de atualização das notas técnicas ao invés da criação de novas, com a SMSA utilizando-se deste recurso de modo muito mais intenso e, por várias vezes, retirando do alcance público suas versões antigas, o que afetou diretamente na análise do desenvolvimento histórico dos processos de adaptação das redes de saúde. No entanto, nota-se que as constantes atualizações de orientações técnicas e protocolos em curtos espaços de tempo trouxeram um descompasso nos trabalhos da linha de frente devido às diferentes capacidades de absorção das mudanças protocolares, o que causou desorganização nos fluxos e dificuldades para os trabalhadores da saúde e assistência social no atendimento, referenciamento e comunicação com outros serviços.

Além disso, devido ao grande desafio de reordenamento dos serviços e fluxos para se acomodar à nova realidade da emergência sanitária, houve um volume significativo de documentos e atualizações publicados pela SMSA. Por isso, foi realizado um recorte dos principais documentos relacionados aos serviços de atenção à saúde que compõem as portas de entrada do SUS/BH de maior utilização pela PSR. Foram selecionados 12 documentos-chave com

orientações e reorganizações da rede, dos quais, a vasta maioria se trata do reordenamento das redes de atenção à pandemia e criação de fluxos e protocolos para os sintomáticos respiratórios, que será tratada no próximo tópico.

Mudanças de fluxos e a rede da Saúde

Os serviços de saúde foram considerados essenciais e permaneceram em funcionamento durante todo o período emergencial. Ainda assim, a principal orientação para a população geral era evitar utilizar o sistema de saúde com sintomas leves ou condições médicas que não fossem relacionados a sintomas da COVID-19, a fim de reduzir as aglomerações e, conseqüentemente, o risco de transmissão da doença (SMSA, Nota Técnica 001/2020). Essa orientação afastou também parte da PSR do atendimento nos serviços de saúde, porém, não impediu os serviços da atenção primária de exercerem seu papel de porta de entrada para aqueles que os procuraram, ainda que tenham existido algumas barreiras de acesso.

Durante a pandemia, qualquer CS poderia ser procurado por pessoas com sintomas gripais e todos os CS tiveram registros de atendimentos à PSR. Mas os CS que apresentaram maior número de atendimentos a essa população foram os localizados na Regional Centro-Sul, com maior ênfase nos CS Carlos Chagas e Oswaldo Cruz. Um número expressivo de atendimentos também foi observado nos CS Santa Rita de Cássia, Nossa Senhora Aparecida, São Cris-

tóvão, Pedreira Prado Lopes, Primeiro de Maio e Cícero Idelfonso. A concentração de atendimentos na Regional Centro-Sul se justifica pela especificidade do território, ou seja, são os bairros centrais da cidade, onde há maior concentração da PSR.

Entre março e agosto de 2021, um CS por região de saúde foi transformado em Unidade de Atendimento 24 horas não-COVID-19, atuando como retaguarda para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e demais CS's no atendimento de casos agudos sem sintomas respiratórios. Essas unidades foram retornando ao funcionamento como CS de acordo com a diminuição da necessidade dos atendimentos diante do quadro epidemiológico do município. No entanto, as mudanças de fluxo advindas dessa reorganização geraram diferentes consequências para o alcance das ações de saúde nesse período.

O principal reordenamento da APS que afetou a PSR ocorreu no redirecionamento desse fluxo de atendimento, especialmente no CS Carlos Chagas, que, historicamente, é o CS de referência e que foi transformado em Unidade de Atendimento 24 horas não-COVID-19, em caráter emergencial e temporário, pois, as pessoas em situação de rua referenciadas neste serviço eram direcionadas para atendimento nos CS Oswaldo Cruz, CS Nossa Senhora Aparecida e CS Menino Jesus. Essa mudança temporária contribuiu para a desarticulação de processos de trabalho já consolidados de atendimento à PSR, gerando conflitos e barreiras relativas à distância geográfica, desconhecimento por

parte da PSR ou não-familiaridade com o novo fluxo, além de contribuir para fragilizar o vínculo entre profissionais e usuários. Desse modo, apesar de ter ampliado o acesso da população geral às demandas de urgência e emergência, dificultou a continuidade do atendimento às pessoas em situação de rua acompanhadas, principalmente pelo CS Carlos Chagas.

“

R: A gente teve um período da UPA que os nossos pacientes foram divididos em três Centros de Saúde. Foi no Osvaldo Cruz, foi no Aparecida.

R: Aparecida e Menino Jesus.

R: Essa divisão que teve de... Centro de Saúde. E aí...e aí é... atrapalhou, sabe?

Fica assim, fez uma confusão na cabeça dos nossos pacientes, que vinha aqui era UPA, mas eu quero falar com a Dra. tal que me atendeu. E aí ficou essa confusão, sim... para o paciente foi prejudicial. A gente percebeu isso, né... E ele fala, não, mas eu sou atendido aqui há 20 anos. E aí ele ter que se deslocar, ele faz isso no dia a dia, mas quando isso é obrigatório para ele é... é complicado.

E: Uma quebra do vínculo, né...

R: Uma quebra do vínculo, uma coisa assim: ah eles me deixando. Mas a médica me atende há 20 anos né.”

EGT 11

Entre os serviços de saúde mental, referência no acolhimento e tratamento de indivíduos com transtorno mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, os mais acessados pela PSR foram os CERSAMs Leste e Oeste, referências para a Regional Centro-Sul e o CERSAM-AD Centro-Sul. Com relação à Rede de Urgência e Emergência (RUE), as UPA's Centro-Sul e Noroeste foram as que registraram maior volume de atendimentos à PSR no município, sendo uma importante porta de entrada das pessoas na rede de cuidados à saúde. Na Atenção Especializada/ Rede Complementar, a PSR de Belo Horizonte acessava estes serviços quando encaminhada pelos CS, seguindo o fluxo de referência e contrarreferência. Destaque-se que

“

Então, assim, se pensar nessas articulações de rede e os equipamentos, obviamente que estão mais próximos, independente da pandemia aí, é... em termos eu acho que o centro de saúde, nós tivemos a UPA centro sul aí fundamental nesse processo. Fundamental gente, assim a gente não pode [desmerecer], a gente tem, né, tem que falar do trabalho da UPA centro sul que foi importantíssimo. É, e também o consultório de rua, BH de mãos dadas, esses serviços que estão in locos, eu acho que a articulação entre eles foi fundamental pra esse cuidado da população de rua em situação de rua.”

EGT 27

houve registro de atendimento da PSR em todas as unidades de Atenção Especializada durante a pandemia, apesar do baixo volume, quando comparado aos atendimentos realizados na APS.

Os profissionais de saúde e as pessoas em situação de rua afirmaram que, durante o contexto da emergência sanitária, os CS passaram a atuar de forma contingenciada, priorizando casos de COVID-19 em relação a outras demandas menos urgentes. Apesar de haver a orientação de que a PSR fosse atendida no fluxo “normal”, houve queixas sobre a recusa desse atendimento pelo CS Carlos Chagas, em função do contingenciamento realizado neste CS. Além disso, essa mudança em alguns CS gerou dificuldade de acesso à medicamentos, segundo relatos de profissionais de saúde, uma vez que os usuários não conseguiam retirar remédios em CS onde tinham referência de atendimento, devendo se dirigir a outros.

As dificuldades e barreiras relacionadas ao atendimento passaram pela ausência de médicos, o tempo de espera para se conseguir um atendimento ou a realização de um procedimento. As questões relacionadas à documentação também apareceram como uma barreira para o acesso aos serviços de saúde. Pessoas em situação de rua entrevistadas na pesquisa relataram dificuldades em encontrar atendimento médico, inclusive em casos de urgência, em função de não possuírem documentos de identificação. É interessante observar, na narrativa dos profissionais da saúde, que, mesmo existindo uma normativa que orienta

que a PSR deve ser atendida mesmo sem documentação e em qualquer ponto da rede, alguns serviços se recusaram a prestar atendimento. Essa exigência poderia funcionar ainda como um dissuasor da busca por atendimento médico por esses indivíduos.

Além da ausência de documentação, a falta de endereço fixo ou residência em abrigos também funcionam como barreiras para o acesso aos serviços de saúde. No caso da ausência de endereço físico, relatos sobre a dificuldade de conseguir realizar exames foram identificados. Já no caso da residência em abrigos, a moradia nestes espaços funcionou como um rótulo que, segundo as pessoas em situação de rua participantes da pesquisa, fez com que seus atendimentos não fossem priorizados. Além disso, o fato destes serviços estarem concentrados na área central de BH (Regionais Centro-Sul e Leste) fez com que indivíduos que se fixaram em territórios mais distantes da cidade tivessem maior dificuldade em acessar os serviços de saúde.

Por fim, os profissionais da assistência social, da saúde e da Pastoral da Rua relataram que elementos como pouca clareza dos fluxos dos serviços, falta de compreensão das informações pelos usuários, a ausência de uma política que garanta o traslado da população até os serviços de saúde, a alta rotatividade dos profissionais e a impaciência dos usuários para aguardar por atendimento são outras barreiras e dificuldades enfrentadas pela PSR para o acesso aos serviços de saúde.

“

No meu caso foi lá no bairro Primeiro de Maio né. Mas aí o pessoal do abrigo mandou a assistência social, eles não queriam me atender de jeito nenhum, eu tava até com essa infecção no rins, aí através por causa que eles não queriam me atender por conta que eu não tinha documento, é... ficou mais sabe, ficou pior minha situação. Aí foi quando eu internei. Por causa disso, porque eu demorei a... eles demoraram a me atender. A assistência social um dia eu passei muito mal, eu tava sentindo muito calafrio, eu fiquei deitada, aí eles mandaram eu sair seis horas da manhã como sempre manda. Aí eu deitei lá na porta, primeira vez que eu deitei na porta e tive que ir lá até uma hora da tarde. O seu [nome do profissional], que trabalha lá, viu eu do jeito que eu tava e falou assim mas cê não vai no médico não? Aí eu falei assim ah a menina não tá querendo me atender, Aí ele falou assim, peraí que eu vou conversar com a assistente social, aí eles fizeram um pedido pra me atender sem identidade, falou que eu tinha o boletim de ocorrência, apresentei lá esse boletim de ocorrência e eles tinha a obrigação de me atender. Aí foi aonde que eles me atenderam. Mas é... demorou mais de uma semana pra eles me atenderem.”

GF 3

Sobre estratégias utilizadas pelos operadores da política pública de saúde para garantir o acesso da PSR aos serviços de saúde, destaca-se em primeiro lugar a atuação do CR. Esse serviço volante busca atender de forma integral pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas em cenas de uso por meio da premissa da redução de danos, além de atuarem como articuladores para outras demandas para os serviços existentes, como CS, UPA's e outras políticas públicas. Os profissionais que atuam junto ao CR relatam a existência de uma mobilização para aumentar a equipe e a capilaridade do serviço durante a pandemia da COVID-19.

Uma outra estratégia importante identificada pelo estudo durante a pandemia foi a articulação da rede de serviços públicos e da SCO a fim de sensibilizar os trabalhadores sobre a situação da PSR. Segundo os trabalhadores entrevistados, isso se deu através da realização de reuniões intersetoriais envolvendo unidades como as UPA's, CER-SAM, Centros de Convivência e a Guarda Municipal para dialogar sobre a necessidade dessas instituições atuarem no sentido de garantir os direitos da PSR.

A consideração das especificidades da PSR na oferta de serviços e na estruturação de sistemas de informação utilizados pelos serviços de saúde, foi estratégica para facilitar o acesso da PSR aos serviços de saúde. Através dos relatos dos profissionais observaram-se três ações a partir da emergência sanitária. A primeira, está associada à articulação dos profissionais dos serviços de saúde

para organizar um local em que as pessoas em situação de rua que possuíam carrinhos de reciclagem pudessem deixar o seu instrumento de trabalho e os seus pertences enquanto recebiam atendimento médico. A segunda, foi a modificação na ficha de cadastramento utilizada pelas ACS para que estas conseguissem capturar melhor a localização dos usuários, passando a incluir categorias como “marquise”, “barraca” etc. A terceira, foi a oferta e garantia de transporte sanitário para PSR quando houvesse indicação e necessidade.

Um dos pontos ressaltados sobre a rede de saúde foi a comunicação, seja ela intrasetorial ou intersetorial. Foi relatada pelos trabalhadores e gestores entrevistados uma alteração da forma de comunicação entre a referência técnica e os trabalhadores de um serviço de saúde específico; a realização remota de reuniões de matriciamento das equipes; a utilização dos ACS como responsáveis pela conferência do cadastro no território, além de ser a ponte de comunicação deste com o centro de saúde.

Sobre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, foi destacada a importância do CERSAM AD no cuidado e acolhimento das pessoas em situação de rua, ao mesmo tempo que identificadas as barreiras de acesso específicas aos serviços de saúde mental como critérios de inserção dos usuários para acompanhamento nos serviços AD. Ressaltada a sobreposição entre o uso prejudicial de álcool e outras drogas e os quadros de sofrimento mental de base presente em alguns usuários acompanhados, o

tratamento com medicação para a redução do uso e enfrentamento da abstinência surgiu como um cuidado importante à essa população, ofertado pelos CERSAMs AD no município. Tanto usuários, quanto profissionais relataram a dificuldade de essas pessoas usarem medicações, que podem ter como efeito colateral a sonolência, estando em situação de rua (ficando mais sujeitos à violência), por não terem um local protegido para descanso, levando, inclusive, à necessidade de suspensão do uso. Foi apontada, ainda, a necessidade de ampliação dos serviços da RAPS e do número de profissionais atuando nos serviços para atender a demanda da cidade. Dentre esses serviços, destaca-se o CS Carlos Chagas devido, ao seu histórico de ter sido referência para a PSR na APS durante um longo período e a atual ampliação do serviço e mudança de seu funcionamento.

Durante a pandemia, foi estabelecido um diálogo constante entre o CERSAM, que é referência para a Regional Centro-Sul, e o Canto da Rua Emergencial, pensando na construção do cuidado e acolhimento dos usuários. Também há de se destacar o encaminhamento de usuários com sintomas respiratórios e sem estabilização psíquica para a realização do isolamento e des cuidados no Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC), por não terem condições de cumprir o isolamento no serviço de acolhimento emergencial.

Por fim, ressaltou-se a importância de articulações entre os serviços, ponto ainda mais evidenciado na pandemia,

como a realização dos grupos de trabalho intersetoriais e o matriciamento, sendo a intersetorialidade uma característica da política de saúde mental.

Mudanças de fluxos e a rede da Assistência Social

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, os usuários que se encontram em situação de rua devem ser atendidos de maneira especializada pelos serviços da Proteção Social Especial da Assistência Social (Brasil, 2004). No entanto, os dados da pesquisa trouxeram evidências de que não é incomum a PSR se dirigir aos CRAS, que são unidades de atendimento da Proteção Social Básica. Este comportamento transforma o CRAS em uma porta de entrada e de encaminhamentos da PSR no desenho da rede de cuidado da assistência social.

Em BH, os serviços providos pela Proteção Social Especial da Assistência Social são pertencentes à gestão da SMA-SAC. Entretanto, a maioria está em execução com parcerias firmadas com a SCO, como o Instituto de Promoção Social e Humana Darcy Ribeiro, a Cáritas Brasileira e o Conselho Central de Belo Horizonte da Sociedade São Vicente de Paulo (SMASAC, 2021b).

Antes da pandemia, a cidade de Belo Horizonte possuía duas unidades do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua para adultos, popularmente conhecido por Centro POP, sendo uma localizada na Re-

gional Centro-Sul, com capacidade de atendimento de 450 pessoas por dia (PBH, 2019), e a outra na Regional Leste, com capacidade de atendimento de 300 pessoas por dia. No entanto, a partir do aumento da demanda no contexto da pandemia, foram realizadas duas reformas para expansão dos serviços. Primeiramente, no dia 31 de julho de 2020, foi aberta uma Unidade de Retaguarda Provisória do Centro POP Centro-Sul, posteriormente implementada como uma unidade independente denominada como Centro POP Lagoinha, também localizada na Regional Noroeste, com capacidade inicial de 150 pessoas por dia e expansão subsequente para 250 atendimentos por dia, após se tornar uma nova unidade. Em 2021, houve a ampliação da capacidade do espaço e das ofertas do Centro POP Leste para 600 pessoas por dia (SMASAC, 2021b).

Em Belo Horizonte, o serviço de acolhimento institucional na modalidade casa de passagem possui duas unidades, sendo elas nomeadas como Albergue Tia Branca, localizado na Regional Centro-Sul, e o Abrigo São Paulo, localizado na Regional Norte. O Abrigo São Paulo disponibiliza 200 vagas para homens, mulheres e famílias. Antes do período da pandemia, o Albergue Tia Branca oferecia 400 vagas masculinas para pessoas em situação de rua e migrantes (SMASAC, 2021b, 2022).

O Serviço de Acolhimento Institucional na modalidade abrigo institucional para adultos conta com cinco unidades, sendo elas: o Abrigo Maria Maria, localizado no bairro Colégio Batista, que oferece 41 vagas para mulheres maio-

res de 18 anos em situação de risco e vulnerabilidade; o Abrigo Reviver, localizado no bairro Gameleira, que oferece 50 vagas para homens adultos; o Abrigo Fábio Alves dos Santos, no bairro Carlos Prates, que oferece 44 vagas para homens adultos; os Abrigos Anita Gomes dos Santos I e II, localizados no Centro, que, ao todo, disponibilizavam 120 vagas masculinas; e a Unidade de Acolhimento Institucional para Mulheres, no bairro Copacabana, que comporta 50 vagas (SMASAC, 2022). Para as famílias, o serviço de acolhimento institucional conta com o Abrigo Pompéia, com 30 vagas, e o Abrigo Granja de Freitas, com 102 vagas, ambos localizados na Regional Leste (SMASAC, 2022).

A capital mineira conta também com cinco Restaurantes Populares, que se caracterizam pela comercialização de refeições balanceadas a preços acessíveis como forma de garantia do direito à alimentação digna. São destinados principalmente a pessoas em situação de vulnerabilidade social, mas atende toda a população da cidade. Para usuários cadastrados no CadÚnico, concede desconto de 50% nas refeições e, para pessoas em situação de rua, é concedido o benefício de gratuidade (PBH, 2022; SMASAC, 2022).

Entre os 26 documentos produzidos pela SMASAC, destacaram-se três que mais afetaram diretamente o atendimento à PSR. Primeiramente, foi divulgada a Portaria SMASAC n°036/2020, em 19 de março de 2020, que estabelece medidas temporárias para prevenir a contaminação e a disseminação da COVID-19 nos serviços ofertados pela SMASAC. Essa portaria definiu como essenciais os

seguintes serviços de proteção social especial de média complexidade: SEAS, Serviço especializado para pessoas em situação de rua (ofertado nas unidades Centro POP), e Serviço de Atenção ao Migrante. Também definiu os serviços de proteção social especial de alta complexidade considerados essenciais, que não poderiam ser interrompidos: Serviço de Acolhimento Institucional nas modalidades de Abrigo Institucional, Casa-Lar, Casa de Passagem e Residência Inclusiva; Serviço de Acolhimento em República; Serviços de Acolhimento Familiar; Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências. No entanto, o Programa Maior Cuidado e o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias seriam mantidos apenas em casos excepcionais.

Essas medidas resultaram em alterações nos fluxos de atendimento e redução do acesso da PSR aos serviços. Uma orientação específica voltada para a alta complexidade estabeleceu a suspensão de atividades coletivas nas unidades de acolhimento e a restrição da permanência e aglomeração de pessoas nesses espaços. Além disso, as visitas às unidades de acolhimento por parte dos usuários de maior risco para a COVID-19, como idosos, gestantes e pessoas com doenças crônicas, foram suspensas. Os demais serviços e unidades de atendimento da assistência social, incluindo os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), tiveram suas atividades temporariamente suspensas.

A Portaria SMASAC n°036/2020 também determinou a emissão de protocolos especiais de atendimento, em conjunto com a SMSA, para os serviços de atendimento à PSR e às pessoas idosas. Ao mesmo tempo, foram estabelecidas imediatamente as seguintes orientações: 1) divulgar e reforçar a adoção de medidas de prevenção ao contágio e enfrentamento da pandemia da COVID-19, conforme as orientações da SMSA; 2) intensificar as ações de articulação com a rede de saúde local para diagnóstico e, se necessário, tratamento das pessoas acolhidas, notificando imediatamente os casos que precisassem de atendimento; 3) adotar medidas de restrição de visitas nos serviços de acolhimento institucional (SMASAC, 2020). Contudo, houve dificuldades na implantação da Portaria, o que levou a um atraso no diálogo entre a SMASAC e a SMSA na comunicação de orientações importantes sobre protocolos para funcionamento na emergência sanitária aos profissionais socioassistenciais.

De acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2020 da SMSA, o primeiro evento de nivelamento entre parceiros e técnicos que atuam na assistência à PSR pela SMASAC, chamado de “Coronavírus: nivelamento entre parceiros e técnicos que atuam na assistência à população em situação de rua (PSR)”, ocorreu apenas em 25 de junho de 2020. O objetivo desse evento foi alinhar informações e medidas de prevenção e conduta em casos suspeitos e confirmados de COVID-19 para a PSR, contando com a participação de 66 funcionários, incluindo gestores e trabalhadores (SMSA, 2021).

No entanto, durante esse período, haviam se passado três meses desde o fechamento da cidade e a reorganização dos serviços públicos. Esse atraso de meses levou os serviços socioassistenciais a tomarem suas próprias decisões de organização interna para lidar com a pandemia, desenvolvendo protocolos de acesso aos serviços e de distanciamento social. Além disso, a falta de uma orientação formal para os trabalhadores da assistência social na linha de frente, consequentemente prejudicou os esforços de comunicação em saúde para a PSR, a integração intersetorial dos serviços devido à falta de informação sobre os novos fluxos e a falta de orientações convergentes sobre as medidas de enfrentamento da pandemia e educação em saúde.

Durante o ano de 2020, a parceria entre a SMASAC e a SMSA resultou na realização de sete eventos e ações de mobilização de cuidado integral e intersetorial para a PSR. Essas ações ocorreram nos locais com maior concentração de usuários e nas unidades da SMASAC. Houve também uma maior colaboração entre a SMASAC e a SMSA, especialmente entre o SEAS e os serviços itinerantes de saúde, principalmente o CR. O relatório anual de gestão da SMSA em 2021 mencionava a existência de ações intersetoriais semelhantes com a SMASAC relacionadas à PSR, mas não fornecia detalhes ou quantitativos dessas ações.

Em relação à proteção social de média complexidade, houve redução do número de trabalhadores do SEAS em campo e a suspensão temporária de um turno de trabalho. Em 25 de março de 2020, foi publicada uma orientação

complementar que trouxe novas diretrizes para os serviços do SEAS, incluindo o encaminhamento de usuários aos Restaurantes Populares por meio de formulários distribuídos pelo SEAS. Essa nota também estabeleceu critérios específicos de gratuidade nos Restaurantes Populares para pessoas em situação de rua atendidas e/ou acompanhadas pelo SEAS. No entanto, dois dias depois, em 27 de março, uma nova orientação ampliou a gratuidade nos Restaurantes Populares para a PSR atendida e/ou acompanhada pelos Serviços de Proteção Social Especial durante a Situação de Emergência em Saúde Pública, desde que os usuários possuísem um formulário assinado pela equipe técnica do serviço socioassistencial.

Em 5 de maio de 2020, foi publicada uma nova orientação que afirmava o funcionamento do Restaurante Popular como um serviço essencial, mas com alterações no atendimento, como o fechamento dos salões e a distribuição de marmitas em pontos externos para evitar aglomerações. Esse documento também fornecia orientações complementares e específicas às unidades e serviços de segurança alimentar e nutricional. No entanto, o acesso ao Restaurante Popular e as mudanças no seu fluxo foram apontados como barreiras para a PSR, devido à escassez de funcionários e locais de distribuição de formulários ou fichas de acesso. Além disso, a exigência de carteirinha ou formulário também dificultou o acesso para esse público, que tem dificuldade de armazenar seus pertences na rua. A ausência do espaço coletivo do Restaurante Popular durante a pandemia também gerou insatisfação entre os

usuários, pois era considerado um local de socialização para essa população.

O funcionamento dos CRAS foi temporariamente suspenso em 19 de março de 2020, mas, posteriormente, orientado a retornar remotamente através do Informativo DPSO/SUASS nº 006/2020, publicado em 30 de março de 2020. O CREAS também teve a permanência do atendimento presencial suspenso confirmada em 7 de abril de 2020. Durante esse período, houve uma desorganização dos fluxos de atendimento devido às constantes atualizações de notas técnicas e protocolos, o que afetou negativamente o atendimento e o acompanhamento da PSR nos primeiros meses da pandemia.

Somente em outubro de 2020, após sete meses de fechamento presencial dos serviços considerados não essenciais, foi publicada uma portaria que determinou o retorno gradual das atividades presenciais do SUAS/BH (Sistema Único de Assistência Social de Belo Horizonte). Essa portaria estabeleceu fases de retorno e observância aos protocolos e orientações específicas dos serviços do CRAS e CREAS, além da diminuição das restrições impostas aos serviços essenciais, como o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, disponibilizados nos Centros POP, Serviço de Atenção ao Migrante, SEAS e serviços de acolhimento.

Em síntese, houve um retorno gradual das atividades presenciais nos serviços a partir de novembro de 2020, mas as restrições foram retomadas em janeiro de 2021 devido

à avaliação epidemiológica ter voltado ao nível de alerta vermelho. Somente em dezembro de 2021, após diversas fases de classificação e restrições, o retorno completo às atividades presenciais foi implementado. Foi ressaltado que o fechamento dos CRAS e CREAS causou grande dificuldade para que as pessoas em situação de rua realizassem os processos que permitiriam o acesso aos benefícios socioassistenciais via inscrição no CadÚnico e acesso ao Restaurante Popular.

Por outro lado, a pandemia acelerou a expansão dos serviços para a PSR, atendendo a uma demanda represada. Por exemplo, foi implementado o Acolhimento Institucional Pós-Alta Hospitalar para pessoas em situação de rua que receberam alta hospitalar e ainda necessitavam de cuidados de saúde, mas que não necessitavam de internação hospitalar. Foram realizadas a expansão e a criação de novas unidades para atender a PSR. Destaquem-se a criação do Centro POP Lagoinha, em 2020, e a ampliação do Centro POP Leste, em 2021. Além disso, houve uma estratégia de reordenamento do Albergue Tia Branca e a criação de uma nova unidade de acolhimento, chamada Albergue Tia Branca II. Também foi criada uma unidade temporária de acolhimento em tempo integral para pessoas em situação de rua idosas e com deficiência.

Em relação ao CadÚnico, foram adotadas medidas emergenciais, como a suspensão por 120 dias dos processos de gestão e operacionais do PBF e do CadÚnico. Além disso, foi instituído, embora tardiamente e sem constância e

continuidade de pagamento e valor, o Auxílio Emergencial pelo Governo Federal, com número expressivo de beneficiários em situação de rua em Belo Horizonte. Quanto à assistência alimentar, houve alterações nos fluxos de atendimento do Programa Maior Cuidado e do Programa de Assistência Alimentar e Nutricional Emergencial. Foram fornecidas orientações técnicas para garantir a oferta de cestas básicas e outros benefícios socioassistenciais.

Em resumo, durante a pandemia, ocorreram mudanças significativas nos serviços socioassistenciais voltados para a PSR em Belo Horizonte. Houve paralisação dos atendimentos presenciais nos CRAS e CREAS, mas também foram implementadas ações emergenciais, expansão de serviços e adoção de medidas para garantir o acesso aos benefícios socioassistenciais.

Sobre os Centros POP, houve apontamentos de que a restrição de horário levou à diminuição do acesso da população à unidade, do mesmo modo, a suspensão das atividades coletivas, dentre elas, as oficinas. Além disso, atividades referentes à permanência da PSR durante o dia foram interrompidas, como utilizar o local como espaço de convivência e de realização das refeições. Outro serviço de apoio à PSR no município, de gestão integrada com a secretaria municipal de segurança, é o Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), que teve interrupção de oferta de cursos durante a pandemia. Essa restrição ao acesso gerou sentimento de insatisfação e revolta nos usuários.

“

No POP, a gente tem que chegar, pegar o lanche e sair. Antigamente a gente podia sentar... Lanchar lá dentro lá. E quisesse ficar até lá, até o final do dia podia ficar. A gente podia conversar com as pessoas ali dentro, e agora não pode, tem que pegar o lanche e sair.”

EPSR 8

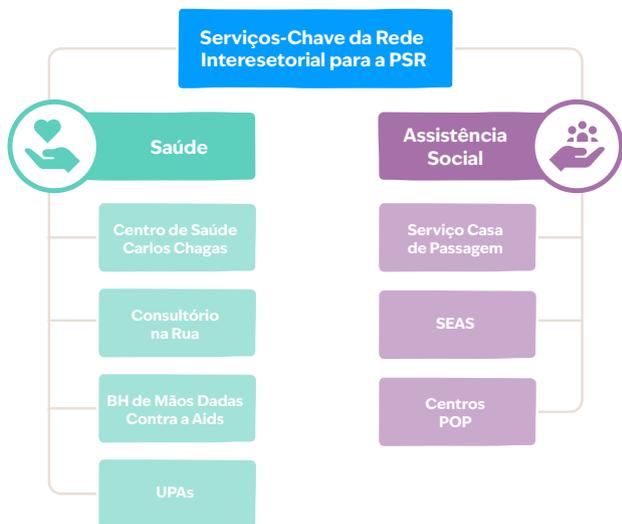
Entre os serviços e unidades de atendimento socioassistencial que trabalham com a PSR, aqueles indicados com maior comunicação e trocas durante o período da pandemia foram os Centros POP, os abrigos Tia Branca e São Paulo e o SEAS. O SEAS foi apontado por todos os outros serviços como ponto-chave de manutenção das conexões entre a rede socioassistencial, sendo importante porta de entrada para os usuários, realizando desde encaminhamentos e acompanhamento, como comunicação com outros serviços e unidades.

Redes Intersectoriais

A Figura 2 apresenta os equipamentos-chave da rede intersectorial do município de BH.

FIGURA 2

Serviços-chave da rede intersetorial para a PSR



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA

Os trabalhadores e gestores destes serviços citaram a existência de reuniões intersetoriais para discussões de casos e alinhamentos que têm possibilitado uma maior aproximação entre os profissionais. Todos os entrevistados concordaram que a intersectorialidade se intensificou com a pandemia, aumentando a frequência de encontros, maior participação de diferentes profissionais nas reuniões de matriciamento e maior proximidade no diálogo entre as duas redes.

Trabalhadores da saúde relataram desconhecer quais serviços da assistência social são voltados para a PSR e/ou suas diretrizes de funcionamento antes da pandemia. Também relataram perceber que os trabalhadores da rede socioassistencial não conheciam delimitações dos serviços prestados nas diferentes unidades de saúde, o que os levava a realizar encaminhamentos da PSR de forma equivocada, dificultando o cuidado de alguns usuários. A aproximação durante a pandemia ajudou a desconstruir essas barreiras, segundo entrevistados da saúde.

Trabalhadores da assistência social, por sua vez, relataram que também recebiam encaminhamentos advindos da saúde que não correspondiam com a oferta de serviços socioassistenciais disponibilizados. Um exemplo recorrente é o de encaminhamentos advindos da atenção hospitalar para que as casas de passagem, que só possuem acolhimento noturno, acolhessem usuários pós-alta para estadia diurna e acompanhamento. A criação do serviço de acolhimento pós-alta hospitalar durante a pandemia veio ao encontro dessa demanda.

O Comitê municipal intersetorial

O Comitê Municipal Intersectorial foi fundado em 2010, inicialmente coordenado pela Secretaria Municipal de Governo, a fim de que o município organizasse o planejamento da política estratégica em Belo Horizonte para a PSR. Este espaço foi considerado pelos entrevistados como representativo dos diversos setores com participação da guarda municipal, polícia militar, trabalhadores da educação, SCO, defensoria pública, além de cadeiras destinadas à saúde e à assistência social.

Embora com diversos relatos negativos quanto à suspensão das reuniões do Comitê Pop Rua por mais de um ano durante a pandemia, consideraram que isso não significou que os setores não estavam dialogando para estabelecer conjuntamente o cuidado à Pop Rua. No retorno das reuniões, em 2021, de forma remota, os entrevistados relataram menor participação de algumas instituições integrantes do Comitê e menor expressão política. Houve apontamentos nas entrevistas de uma ampla participação do setor saúde tanto nas reuniões do Comitê Pop Rua, quanto nos fóruns que incluem a participação da sociedade civil e críticas relacionadas ao engessamento do poder público quando remete à PSR somente como responsabilidade da Assistência Social.

“

Então, falar de rede sempre é uma questão muito delicada né? [Risadas] É... Hoje a gente consegue ter uma articulação muito melhor com o consultório na rua, com a própria abordagem, com o centro de saúde Carlos Chagas que é a nossa referência aqui, há... com o serviço de urgência né em saúde, que é a UPA centro sul. Então, com a pandemia, a gente conseguiu se aproximar né? Conseguiu estabelecer diálogos melhores né? Com a pandemia que eu falo assim, bagunçado, bem bagunçado... a gente conseguiu estabelecer mais proximidades, articulação porque a minha sensação é de que cada um quer cuidar do seu, entendeu?”

EGT 32

Dificuldades e barreiras intersetoriais

De modo geral, os desafios da intersetorialidade apontados nas entrevistas partiam do reconhecimento de que a atuação isolada de qualquer política pública seria insuficiente para atender às demandas da PSR. Apesar de haver uma tendência prévia da prática intersetorial em políticas como a saúde mental e a assistência social, ficou evidente que a pandemia incentivou a intersetorialidade entre outras políticas públicas. Os entrevistados destacaram, ainda, que as políticas precisam se adequar à PSR e não o contrário, e que diante da complexidade que envolve esse grupo social é imprescindível o enfrentamento compartilhado entre a saúde e a assistência social. Incluem também as

políticas de educação e segurança pública como fundamentais na construção intersectorial, inclusive com participação no financiamento, que ainda está concentrado na assistência social.

Comunicação e Educação em Saúde

Houve uma concordância nos relatos dos trabalhadores da saúde, da assistência social e do Canto da Rua Emergencial sobre as dificuldades encontradas por eles para a sensibilização da PSR sobre questões relativas à pandemia. Uma das principais dificuldades mencionadas pelos trabalhadores foram as argumentações da PSR de que as suas experiências de vida e os sofrimentos que já passaram pela rua foram muito maiores do que o vírus COVID-19, e que, por isso, eles não precisavam se preocupar em se proteger, pois já sobreviveram a situações piores. Outra argumentação recorrente mencionada pela PSR era de que o consumo de álcool e outras drogas deixava o seu corpo mais resistente e/ou ajudavam prevenindo o adoecimento pela COVID-19. Uma terceira argumentação era o questionamento da existência do vírus ou da sua gravidade e fatalidade, normalmente acompanhado por um discurso negacionista da pandemia. Estas narrativas citadas pelos trabalhadores foram corroboradas pelas falas de alguns usuários.

Os trabalhadores da saúde e da assistência social relataram que a falta de orientações iniciais da prefeitura sobre a pandemia também impediu que o trabalho de educação

e comunicação em saúde com os usuários fosse prontamente realizado da maneira mais adequada. Ainda assim, os trabalhadores e gestores entrevistados relataram utilizar constantemente práticas de sensibilização e de distribuição de insumos ligados à pandemia. A permanência dos usuários nos serviços de saúde e da assistência social também foi vinculada à condição de cumprimento dos protocolos e utilização de EPI's pelos usuários.

Os gestores do Canto de Rua Emergencial relataram que obtiveram o apoio de alguns participantes do Comitê Municipal de COVID-19 durante a fase de planejamento e organização do espaço, referente a orientações sobre as barreiras sanitárias e protocolos que deveriam ser utilizados. Em relação às ações praticadas no local do Canto da Rua Emergencial, tanto os trabalhadores quanto as pessoas em situação de rua mencionaram uma série de práticas de educação e comunicação em saúde, das quais destacam-se: acolhimento na entrada com orientações sobre o espaço e protocolos a serem cumpridos; atendimento individualizado da PSR com orientações sociais e de saúde por profissionais qualificados; distribuição de insumos relacionados à pandemia e ao autocuidado; encaminhamento e orientações para acesso à rede de saúde em suspeita de COVID-19; diferentes espaços e rodas de conversa recorrentes sobre questões relacionadas à pandemia. Além disso, foram relatados vários momentos de atuação da rede de saúde através dos serviços do CR e BH de Mãos Dadas contra AIDS em intervenções de comunicação e educação em saúde.

Ao mesmo tempo, as restrições relacionadas às medidas de isolamento social e proibição de aglomerações impostas aos serviços impediram a reprodução de dinâmicas de costume, como eventos lúdicos em grupo ou rodas de conversa em seu formato tradicional. Contexto que exigiu dos trabalhadores que repensassem e adaptassem suas atividades coletivas em formatos menores, assegurando o cumprimento dos protocolos.

CAPÍTULO



**ESTRATÉGIAS DE
SOBREVIVÊNCIA
ACIONADAS
PELA PSR**

Não era pra ser assim,
ter no mundo a exclusão, mas ela não tá sozinha,
anda sempre acompanhada de xingo
e muita agressão...

Não era só agressão,
também tinha indiferença,
e um olhar desprezador que não era só o desprezo,
no desprezo também tinha uma revolta e muito medo...

Mas não era só a vida, tinha ainda uma investida,
tentando encontrar amor,
não era só amor que nesta vida faltava,
faltava o que abundava pro Juiz e pro Doutor.

Não era só reclamar, também era perceber,
que no mundo ninguém quer,
nem te ouvir nem te entender,
não era só perceber, tinha ainda que escrever,
pra que outros possam ler...
e daí com muita sorte alguém vai nos atender.

Não era pra ser assim, todos merecem jardim,
e direito respeitado,
mas o mundo hoje virou ...
e o concreto é protegido,
e o homem rejeitado...

Não era pra ser assim neste dia e nesta hora,
De um lado tem a fome,
e jogam comida fora... Não era pra ser assim,
mas assim foi que se fez,
o dinheiro comprou tudo, a miséria é insensatez.

Não era pra ser assim, gente pobre sorridente,
o orgulho vira ira vindo pra cima da gente...
A gente canta e dança, afastando o prepotente,
A luta só é vencida se a alma for valente.

NÃO ERA PRA SER ASSIM
SAMUEL RODRIGUES

ESTE CAPÍTULO REÚNE AS ESTRATÉGIAS de sobrevivência acionadas pelas pessoas em situação de rua para lidar com as consequências da pandemia de COVID-19 no seu cotidiano. Descreve ainda as relações estabelecidas com a dinâmica da cidade para acesso aos serviços de saúde e assistência social, as ações da SCO, questões relacionadas ao trabalho e renda, moradia, autocuidado e (in) segurança alimentar.

Estratégias para acessos

O perfil da PSR é reconhecidamente heterogêneo, de modo que as estratégias descritas neste capítulo não necessariamente correspondem a comportamentos compartilhados entre todos os indivíduos que compõem esse grupo populacional em Belo Horizonte. Ainda assim, considerando as similaridades e convergências dos dados coletados, é proposta uma compreensão das estratégias de sobrevivência a partir de diferentes relações sociais e dinâmicas providas pelo território da cidade, sendo elas: a relação com a cidade enquanto um espaço público; a relação com os serviços de saúde e de assistência social; a relação com a SCO; e as relações sociais com outras pessoas em situação de rua.

O espaço público provido pela cidade e as dinâmicas que o compõem, como os comércios, parques, trânsito nos semáforos e transeuntes são elementos que integram a estratégia de sobrevivência dessa população. Dentre as diferentes estratégias, destacou-se a utilização dos comér-

cios como pontos focais para atendimentos de diferentes necessidades básicas, como de higienização, para utilização de banheiro, pia e chuveiro, acesso à água e alimentação, e como fontes pontuais de renda, através de “bicos”, como distribuição de panfletos e trabalhos braçais. Outras formas de obter uma fonte de renda no espaço público advinham da oferta de serviços e produtos nos semáforos e nas ruas para os transeuntes. O grande trânsito de pessoas na cidade também facilitava a oferta de doações para esta população. Os parques públicos foram mencionados como importantes fontes de água e, em alguns lugares, banheiros.

Considerando que estes variados elementos são vinculados ao espaço público e à mobilidade urbana, o fechamento da cidade em decorrência da pandemia de COVID-19 trouxe limitações de acesso à maioria destes elementos. Consequentemente, a medida emergencial afetou diretamente a PSR e se tornou uma barreira importante para o acionamento das estratégias específicas, aumentando sua vulnerabilidade multidimensional durante o período.

Outras dinâmicas identificadas como estratégias de sobrevivência são aquelas derivadas do acesso aos serviços de saúde e de assistência social. Para além do fato de o próprio acesso a estes serviços se configurar como uma forma de sobrevivência, há uma série de comportamentos estratégicos acionados durante a utilização dos serviços providos nas unidades. Entre os exemplos de estratégias dos usuários, destacam-se os pedidos simultâneos de um

mesmo usuário para diferentes trabalhadores ou mesma unidade de atendimento, ou para diferentes unidades da saúde e da assistência social. Por exemplo, os entrevistados se referiram às questões burocráticas que costumam ter um maior tempo de espera para sua solução, como pedidos de documentações e benefícios sociais. Assim, a estratégia buscada por alguns indivíduos se encontrava em buscar a resposta ou a solução mais rápida através do acionamento de diferentes agentes. Outra estratégia de sobrevivência da PSR nesses serviços foi utilizar as unidades como pontos de armazenamento de seus objetos pessoais, para prevenir os roubos nas ruas ou a retirada de seus pertences pela PBH, por meio da Guarda Municipal.

Também se percebe que a escolha da estratégia de sobrevivência também pode perpassar pela escolha da infraestrutura existente nos serviços. Parte da PSR escolhia utilizar os serviços de internação da UPA em busca de uma infraestrutura que pudesse fornecer cama, meios de higienização e alimentação enquanto uma estratégia de sobrevivência, em detrimento de irem aos CS. Obteve-se relatos na pesquisa que, diante da precariedade da vida nas ruas, para garantir este atendimento e consequente acesso à estrutura da UPA, alguns usuários poderiam simular a gravidade de sintomas ou condições de saúde, assim como leniência dos trabalhadores diante de tal simulação de forma a permitir que as pessoas utilizassem o espaço.

A implementação do Acolhimento Emergencial foi identificada como uma porta de entrada para uma nova es-

estratégia de sobrevivência relativa à precariedade da vida na rua e como oportunidade de obter acesso a recursos advindos de uma infraestrutura melhor. Houve um interesse por parte da PSR de ser alocada para o equipamento de isolamento social durante os períodos em que ele estava instalado nas localidades do SESC Venda Nova e no Hotel Minas Pampulha. Ambos foram considerados pelos interlocutores como atrativos para a PSR pelo fato de possuírem infraestrutura de serviços hoteleiros e, consequentemente, confortos de difícil acesso para essa população em suas circunstâncias normais de precariedade. Para obterem o acesso, usuários simulavam sintomas do COVID-19, o que ocorria devido à demora para liberação dos resultados da testagem no início da pandemia. No entanto, após o equipamento ser transferido para a localidade do UAPI Barreiro, houve uma diminuição na utilização deste tipo de estratégia de sobrevivência devido às mudanças na infraestrutura ofertada. O fato de as instalações do UAPI Barreiro serem hospitalares implicou em menor atratividade para os usuários do que o ambiente de hotelaria.

Outra estratégia de sobrevivência se referiu às relações construídas entre pessoas em situação de rua, usuárias dos serviços ofertados pela saúde e assistência social, e trabalhadores, bem como, as adaptações interacionais decorrentes destas relações. A depender do profissional que realizava o atendimento existia a possibilidade da prática de adaptação de comportamento. Um exemplo relatado que ilustrou tal estratégia foi o de uma pessoa com comportamento agressivo e em crise de saúde mental em

uma unidade socioassistencial que voltou a um comportamento apaziguado quando o profissional do CERSAM de referência desse indivíduo chegou ao local para atendê-lo. A familiaridade e relação construída com o trabalhador foi determinante para a mudança de seu comportamento e facilidade de continuidade do atendimento. A relação com a SCO também pôde ser identificada como estratégia de sobrevivência, na medida em que algumas pessoas em situação de rua revelaram moldar seu local de fixação para áreas de movimentação dessas organizações sociais, seja em busca de doações ou de outras formas de assistência.

A utilização do Canto da Rua Emergencial também se apresentou como estratégia de sobrevivência durante a pandemia, na medida em que o serviço reuniu uma série das características previamente mencionadas que a PSR busca para sua sobrevivência. Entre elas, destacam-se a infraestrutura para atendimento das suas necessidades básicas, acesso à enfermaria e serviços socioassistenciais, orientações e encaminhamentos para os serviços das redes públicas, distribuição de insumos, capacitações, atividades de redução de danos e relações construídas entre os trabalhadores e PSR.

Por fim, uma outra dinâmica reconhecida como importante para a sobrevivência da PSR nas ruas foram as relações de solidariedade construídas com outras pessoas em situação de rua. Houve diversos relatos de compartilhamento de informações importantes sobre diferentes estratégias de sobrevivência, como locais que distribuíam doações ou

ofertavam serviços, elucidações relacionadas às burocracias dos processos de acesso a serviços, ou, até mesmo, quais as melhores estratégias para acessar de forma mais rápida e com resultados mais eficientes os serviços, além de compartilhamento de doações entre eles.

Trabalho e renda

As questões do trabalho e da garantia de renda estável apareceram na pesquisa como fatores associados e pontos centrais para a sobrevivência da PSR e a superação de suas condições precárias. O trabalho foi considerado elemento que viabiliza a superação da situação de rua e/ou a dependência de álcool e outras drogas, além de trazer dignidade e autoestima. No entanto, as dificuldades para ingressar no mercado de trabalho foram acirradas pela pandemia. Além de afetar negativamente os empregos formais, o fechamento da cidade impactou diretamente na renda informal.

O desemprego foi apresentado como uma das consequências da pandemia que gerou maior impacto negativo sobre as condições de vida das pessoas que já viviam nas ruas, além de causar um aumento do número de pessoas em situação de rua em Belo Horizonte. Alguns indivíduos com história de trajetória de rua, e que já haviam conseguido deixá-la, voltaram. A crise financeira, com o decorrente aumento do desemprego, foi apontada como causa do aumento de pessoas vivendo nas ruas nos anos da pandemia

devido à incapacidade de arcar com os custos de aluguel. Diante desse cenário, foram consideradas relevantes as iniciativas de capacitação por meio de cursos profissionalizantes, a fim de proporcionar maior competitividade para uma nova inserção no mercado de trabalho.

Nesse sentido, as ações de capacitação desenvolvidas pelas equipes do Canto da Rua Emergencial foram destacadas como um diferencial potencializador para a superação do desemprego e sobrevivência da PSR. De fato, as iniciativas de incentivo à capacitação, geração de emprego e renda foram um dos focos adotados pela gestão do Canto da Rua Emergencial na oferta de serviços com o objetivo de realizar orientações sobre vagas, assistência com documentos e produção de currículos, disponibilização de computadores com internet e telefone para contatos, cursos de como se apresentar na entrevista de emprego, organização e capacitação de grupos de economia solidária, como o Plantação (agricultura familiar), o Sabor do Canto (setor alimentício), Pop Limp (produtos de limpeza e higiene) e o Mão Seleta (reciclagem).

Habitação/moradia

A questão da moradia é vista como fundamental para a PSR, assim como o trabalho e a renda. No entanto, a disponibilização de uma moradia para esses indivíduos não é suficiente quando não vem acompanhada de emprego e geração de renda, viabilizando a manutenção do aluguel e demais custos de vida.

A moradia foi apontada na pesquisa pelas pessoas em situação de rua e SCO como um direito constitucional frequentemente negligenciado pela PBH, com discussões sobre o tema a partir de uma perspectiva assistencialista. O acesso à habitação foi ressaltado como porta de entrada para garantia de direitos e condições para a manutenção da qualidade de vida como, por exemplo, cidadania, dignidade, reorganização do sujeito quanto ao autocuidado, autonomia na gestão da sua vida, tratamento de saúde, possibilidade de retomada dos estudos, reconstrução de vínculos sociais, organização do trabalho, sentimento de pertencimento e aumento da autoestima.

O contexto da pandemia impulsionou, a partir da SCO, a mobilização social para reivindicação de moradias. O Canto da Rua Emergencial se destacou como um espaço de apoio e discussões sobre o direito à moradia e organização de uma ocupação no bairro Santa Inês por pessoas em situação de rua. O espaço foi organizado com a premissa de um modelo de vivência coletiva, com divisão das despesas e formação de redes de apoio entre os moradores, possibilitando a superação das adversidades cotidianas e facilitação dos processos de readaptação das pessoas em situação de rua ao contexto das moradias. Por outro lado, os serviços socioassistenciais das casas de passagem e abrigos de permanência-noite foram criticados em relação à qualidade que refletia em sensação de insegurança e inadequação das regulações e infraestruturas às necessidades dos usuários. Verificou-se também o desconhecimento de parcela deste grupo populacional sobre a existência e

mecanismos de acesso às repúblicas e moradias de longa estadia providas pela PBH.

Ainda na discussão de emprego e moradia juntos aos entrevistados, foram pautadas as características e desafios de benefícios sociais, como o bolsa-moradia que, enquanto política municipal de incentivo monetário à moradia, era insuficiente para superar a situação de rua. Esse benefício era ofertado por meio de articulação entre a assistência social com a Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte (URBEL). Além disso, foram identificadas características de estagnação nos últimos anos referente ao processo para inclusão de novos beneficiários, questionamentos sobre o longo tempo de espera para o acesso ao benefício (relatos de espera de 5 a 8 anos) e os critérios utilizados na classificação dos usuários beneficiados. Outra questão dizia respeito às inseguranças devido ao valor desatualizado (R\$500,00 reais) e insuficiente frente aos preços atuais das habitações, bem como do tempo de vigência do benefício, assim como a dificuldade em acessar concomitantemente outros benefícios sociais que permitisse a esses indivíduos superar a condição de extrema pobreza e vulnerabilidade.

Assim, destacou-se que apenas fornecer moradia não era suficiente, sendo preciso garantir os meios e recursos para manter a residência, lidar com questões de saúde mental e realizar a gestão dos benefícios recebidos. A combinação de políticas públicas – como trabalho, educação, saúde e assistência social – foi posta como crucial para garantir

um futuro estável para as pessoas que buscam a superação da situação na rua. Além disso, a política de habitação local precisa ser fortalecida pois, sem ela, outras políticas se tornam menos eficazes.

Autocuidado

Segundo relatos de pessoas em situação de rua entrevistadas na pesquisa, as medidas de prevenção à COVID-19 foram alardeadas na TV, como o uso de álcool em gel e higienização das mãos, mas as campanhas realizadas não eram voltadas para quem estava na rua, para quem é pobre e para quem é periférico.

A PSR não tinha acesso a torneiras e sabão para lavagem das mãos. A cidade de Belo Horizonte não possuía bebedouros e sanitários públicos, e as praças, sendo fechadas, impediram o acesso da PSR aos chafarizes e banheiros desses locais.

De acordo com a narrativa das pessoas em situação de rua, é histórica a luta dessa população por acesso a sanitário e banho, sendo um assunto pautado nos espaços de discussão, tais como: Comitê de População de Rua, Fórum de População de Rua, Conferências Municipais de Assistência Social e Conferências Municipais de Política Urbana.

Alguns serviços públicos, no entanto, se apresentaram nas narrativas como exceções na pandemia, disponibilizando o acesso à água e sanitários, como o serviço de acolhimen-

to do CS Carlos Chagas, onde as técnicas de enfermagem proporcionaram o banho, além de fornecer o corte de barba e cabelo.

(In)Segurança Alimentar

A insegurança alimentar é uma preocupação cotidiana significativa para a PSR, e se agravou durante a pandemia. Doações de alimentos e água realizadas por diferentes atores sociais como cidadãos, restaurantes, comércios, organizações e instituições religiosas, costumam ser vitais para a sobrevivência dessas pessoas. Porém, principalmente no início da pandemia, as medidas emergenciais de isolamento social, o fechamento da cidade e dos comércios significaram o interrompimento das fontes de ofertas, com forte agravamento da situação de insegurança alimentar, na medida em que o movimento de circulação de pessoas na cidade e o comércio representavam importantes pontos de acesso à água e alimentos.

Em resposta imediata à pandemia, a rede de grupos da SCO, liderada pela Pastoral de Rua, desempenhou um papel crucial na alimentação da PSR. Em um único fim de semana, após o início do fechamento da cidade, foram distribuídas mais de 4.000 refeições, com centralização da distribuição no mercado da Lagoinha. Esse esforço continuou expandindo-se para garantir a distribuição de alimentos e água em áreas mais afastadas do centro da cidade. No entanto, relatos da pesquisa apontaram que as

doações alimentares cotidianas baixaram drasticamente quando considerado o movimento de doações anteriores à pandemia.

A partir da segunda semana após o início da pandemia, a PBH tomou medidas neste âmbito, implementando o preparo de refeições e sua distribuição por vans com apoio da guarda municipal. Restaurantes populares, que inicialmente fecharam, pouco tempo depois retomaram suas atividades com distribuição de marmitas para serem consumidas fora do local. Inicialmente, também foram disponibilizadas cestas básicas pela PBH para pessoas previamente cadastrados em benefícios sociais. Posteriormente, houve um período de adequação burocrática e afrouxamento das regras, para permitir a ampliação do acesso às marmitas do restaurante popular e às cestas básicas sem a necessidade de cadastro. Destaca-se, ainda, o reconhecimento de situações de dificuldades de horas de espera nas filas para o recebimento dos alimentos. Com o avanço da pandemia e a parceria firmada com o Canto da Rua Emergencial, foi distribuído um grande número de marmitas e água no espaço da Serraria Souza Pinto, além de lanches, por meio de parcerias com o Transforma BH e a Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa), para os usuários que ficavam no estabelecimento.

Por fim, mesmo com as medidas públicas e da SCO para atender a demanda crescente, os trabalhadores dos serviços itinerantes observaram que a insegurança alimentar se intensificou, com mais pessoas pedindo alimentos

como prioridade a estes serviços. A consequência foi um aumento significativo de recursos alimentares nos Centros POP, SEAS, CR e BH de Mãos Dadas e esforços do CR de articulação com o comércio (padarias, postos de gasolina) para que a PSR obtivesse permissão para utilização das torneiras a fim de acessar a água potável. Posteriormente, a PBH instalou em algumas localidades bicas d'água, embora muito aquém da necessidade da população.

CAPÍTULO

5

RECOMENDAÇÕES

Eu tenho na vida certeza
Que existe o bem e o mal,
Que na igreja soa o sino,
E em fevereiro tem carnaval,
Que para lavar sem molhar,
Basta por um avental.

Eu tenho tanta certeza
Que o aço da faca mata,
Certeza de que outro dia
Vai ser o dia da caça,
Certeza que seu amor
Me castiga e me maltrata.

Certeza que lá no céu
Tem o Deus pra todo mundo,
Certeza que lá na rua
Tudo passa em segundos,
Certeza que toda dama
Espera seu vagabundo.

Certeza que a vida é bela,
E que a morte é um mistério,
Melhor a pior favela,
Do que o melhor cemitério,
O status de sua tumba
Diz o que foi seu império.

CERTEZA
SAMUEL RODRIGUES

A **PARTIR DOS RESULTADOS DA PESQUISA**, este último capítulo se propõe a apontar algumas direções práticas a fim de auxiliar os gestores e trabalhadores no âmbito do SUS e do SUAS, das políticas intersetoriais e SCO no aprimoramento do cuidado integral à PSR em termos de preparação, resposta e resiliência em contextos de emergências sanitárias e para além deles.

Recomendações para o Sistema Único de Saúde (SUS)

- Orientar e promover atividades de educação permanente para profissionais de saúde no SUS que lidam diretamente com a PSR;
- Reforçar a orientação aos trabalhadores e gestores da saúde sobre a dispensa de documento de identificação e comprovante de endereço dos usuários em situação de rua, assim como demais condicionalidades para o atendimento, a fim de garantir o seu direito de acesso irrestrito às ações e serviços do SUS;
- Desenvolver estratégias compartilhadas entre os diferentes serviços da saúde para ampliar o acesso da PSR ao acompanhamento em saúde mental, destacando-se a necessidade de ampliação das Unidades de Acolhimento Transitório e acompanhamento mais próximo destes usuários;
- Desenvolver um sistema de informação municipal de saúde que integre as informações dos setores primários, secundários e terciários, para prover melhores condições de acompanhamento dos usuários por toda a rede de saúde;
- Incluir nos protocolos de saúde perguntas periódicas referentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e saúde mental a serem realizadas durante as consultas de pessoas em situação de rua, mesmo durante atendimentos gerais ou por outros agravos, para acompanhamento e encaminhamentos mais efetivos.

Recomendações para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

- Instituir um sistema de informação único para o SUAS que contemple tanto os serviços de administração direta quanto os serviços geridos pela SCO, bem como, desestimular o uso de sistemas de informação exclusivos;
- Implantar mais serviços e unidades de atendimento de proteção especial de média e alta complexidade, destacando-se Centros POP's, casas de passagem e abrigos institucionais, em todas as regionais de Belo Horizonte, para promover a descentralização da oferta dos serviços socioassistenciais e alcançar maior cobertura territorial no município;
- Promover infraestrutura adequada para as casas de passagem e abrigos institucionais, incluindo a ampliação dos espaços para a guarda de pertences para atender às necessidades e vulnerabilidades da PSR;
- Formalizar a reestruturação do modelo dos Centro POP's enquanto unidades de atendimento oportunas para a expansão da oferta de serviços intersetoriais em sua instalação, das quais, destacam-se possibilidades de criação de espaços de atendimento jurídico, cuidados veterinários para os animais de estimação da PSR e ações de promoção da saúde;
- Descentralizar o processo de inclusão, atualização e revisão cadastral das famílias referenciadas no CadÚnico para outros serviços além dos CRAS e CREAS;

- Desenvolver estratégias de alcance dessa população ao CadÚnico para garantir o recebimento de benefícios socioassistenciais relacionados, mesmo em situações de emergências sanitárias;
- Desenvolver um sistema de monitoramento da PSR pela assistência social que considere a grande mobilidade desse grupo para realização de análises longitudinais da situação social das pessoas em situação de rua.

Recomendações referentes ao cuidado integrado e intersectorialidades

- Formalizar um planejamento intersectorial de cuidado integral à PSR no nível municipal considerando-se a responsabilização conjunta de gestores dos setores da saúde, assistência social e setores que trabalham com políticas de moradia, trabalho/renda e direitos humanos;
- Elaborar mecanismos institucionais de gestão que englobem o planejamento, o monitoramento e a avaliação da implementação de ações intersectoriais, a fim de garantir a integralidade das políticas públicas direcionadas para a PSR em Belo Horizonte;
- Desenvolver um sistema de informação único de acompanhamento das pessoas em situação de rua que seja compartilhado entre serviços de diferentes setores e trabalhadores públicos municipais em suas diversas funções; ou, assegurar a comunicação efetiva entre os sis-

temas de informação dos setores vinculados ao cuidado integral da PSR, com destaque especial entre os sistemas da saúde e da assistência social, para prover maior capacidade de gestão e acompanhamento dos usuários na rede;

- Definir uma terminologia única referente à PSR nas diferentes instâncias municipais que permita a identificação e melhor acompanhamento desse público, em todas as planilhas de acompanhamento na saúde e na assistência social;
- Padronizar as informações sociodemográficas e econômicas coletadas nas diversas planilhas de monitoramento nas secretarias municipais, de forma a auxiliar na caracterização do perfil da PSR no município e na identificação do fluxo do indivíduo nos serviços. A partir da homogeneização de coleta de variáveis básicas de caracterização, será possível a inclusão dessas informações em sistemas oficiais municipais, estaduais e federais. O ponto de partida poderia ser a utilização do CadÚnico pelos diversos serviços;
- Desenvolver um sistema de monitoramento que permita compreender quais são as pessoas que estão ou estiveram em situação de rua, a fim de viabilizar uma avaliação retrospectiva que permita efetividade no redirecionamento das ações, dos programas e das políticas destinadas à PSR;
- Fortalecer grupos de trabalho com representantes da assistência social, da saúde e das SCO's para acompanhamento transversal e periódico das informações sobre a

PSR, colocando em prática a utilização de terminologias únicas para levantamento de dados e gerenciamento da comunicação das instituições com a PSR e com os profissionais que trabalham com esse público;

- Ampliar o debate público municipal sobre a implementação de políticas públicas para a PSR e suas particularidades, com a participação da sociedade civil, em busca de construir intersetorialmente as alternativas de superação da situação na rua;
- Fortalecer mecanismos de controle social já existentes, como o Comitê de Monitoramento e Assessoramento da Política Municipal para População em Situação de Rua – BH, garantindo sua estabilidade e regularidade, mesmo em meio à situações de emergências sanitárias ou demais circunstâncias internas ou externas;
- Prover contínuo diálogo, capacitação e educação permanente entre trabalhadores e gestores da linha de frente do cuidado integrado à PSR, especialmente dos serviços de saúde e assistência social, para que possam aprimorar seu acolhimento e demais atividades, considerando as especificidades e demandas da PSR;
- Investir no desenvolvimento de mais serviços intersetoriais, com gestão compartilhada entre a saúde e a assistência social, para o tratamento de doenças infecciosas e transmissíveis que necessitam de isolamento e acompanhamento da pessoa em situação de rua no pós-alta hospitalar, viabilizando a continuidade do tratamento/cuidado;

- Ampliar o debate intersetorial sobre o desenvolvimento de modelos alternativos de moradias assistidas, com o provimento de estratégias integradas direcionadas para a superação da situação de rua que contemplem ações integradas entre saúde e assistência social, promovendo a autonomia e dignidade dos usuários;
- Reformular os critérios e protocolos de inserção dos usuários ao Programa Bolsa Moradia, incluindo a ampliação da quantidade e valores distribuídos pela Prefeitura de Belo Horizonte;
- Fornecer equipamentos sanitários públicos distribuídos no território municipal, proporcionalmente ao quantitativo da PSR, para garantir o acesso a condições sanitárias saudáveis e dignas, dos quais, destacam-se a necessidade de banheiros públicos, pias e água potável;
- Interromper definitivamente a apreensão de pertences pessoais da PSR, investindo também em orientação para que a equipe de limpeza urbana possa ter melhor relação com esse público, assim como, garantir o cumprimento efetivo dos direitos humanos;
- Promover, em espaços e serviços, públicos oficinas itinerantes de atividades, sejam elas pedagógicas, culturais, de entretenimento, de lazer ou esportivas, com o intuito de desenvolver o cuidado integrado e promover a dignidade.

Recomendações referentes à Preparação, Resposta e Resiliência em Emergências Sanitárias

Por fim, em consonância com as propostas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2022) para fortalecimento da arquitetura global para a Preparação, Resposta e Resiliência em Emergências Sanitárias:

- Desenvolver um plano de ação municipal de preparação e resposta a futuras emergências sanitárias que possua um subsistema de coordenação de emergências. As capacidades a serem desenvolvidas neste subsistema são: investimento em mão de obra de emergência em saúde treinada interoperável, escalável e pronta para implantação rápida; plano de ação coerente com a segurança nacional em saúde para impulsionar a preparação e a prevenção; prontidão operacional por meio da avaliação de riscos e redução e priorização de funções críticas; e detecção rápida e resposta escalável a ameaças através da aplicação de uma estrutura padronizada de resposta a emergências (WHO, 2022);
- Desenvolver um mecanismo de proteção comunitária através de uma abordagem multissetorial para proteção da subsistência e do bem-estar social das comunidades durante emergências em saúde. Ele deve ser sustentado por meio de uma “via de mão dupla” de compartilhamento de informações entre órgãos públicos e população. As principais capacidades a serem desenvolvidas são: comunicação de risco proativo e gerenciamento infodêmico

para informar as comunidades e construir confiança; engajamento da comunidade para cocriar intervenções populacionais e ambientais com base em contextos e costumes locais; e, ação multisetorial, incluindo bem-estar social e proteção de meios de subsistência, para atender às preocupações da comunidade (WHO, 2022).

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELO HORIZONTE. **Decreto-Lei no 17.304**, de 18 de março de 2020.

BOVE C, MELO M, AZEREDO EPB, OLIVEIRA AMC. **Relato de boas práticas**: Canto da Rua Emergencial. ComPAPS Fiocruz: Brasília; 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento”. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social e Norma Operacional Básica**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2004.

CLEUVE. **A COVID**. [poema] Exposição ‘Os desafios da pandemia: histórias que ninguém conta’. 2021. Disponível em: [Pessoas em situação de rua têm poemas, crônicas e músicas expostas em estações do Metrô de São Paulo | O que fazer em São Paulo | G1 \(globo.com\)](#). Acesso em: 29 fev. 2024.

FRANCO TB, MERHY EE. El Reconocimiento de la Producción Subjetiva del Cuidado. **Salud Colectiva**, v. 7(1), p. 9-20, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n1/9-20/es/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

MARTINS ALJ, SOUZA AA, SILVA GDM, DANTAS ACMTV, MARINHO RA, FERNANDES LMM, OLIVEIRA AMC, MAGALHÃES Júnior HM and PAES-SOUSA R. Access to health and social protection policies by homeless people during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods case study on tailored inter-sector care during a health emergency. **Front. Public Health**, 2024. doi: 10.3389/fpubh.2024.1356652 Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1356652/full> Acesso em: 08 mar. 2024.

MINAYO, MCDS, ASSIS SG, SOUZA ER. **Avaliação por Triangulação de Métodos**. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Centro POP Centro-Sul comemora 23 anos de apoio à população em situação de rua. **Portal de Notícias PBH**, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/centro-pop-centro-sul-comemora-23-anos-de-apoio-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 10 jan. 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). PBH adota nova estratégia para imunizar pessoas em situação de rua contra COVID. **Portal de Notícias PBH**, Belo Horizonte, 16 de jun. de 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-adota-nova-estrategia-para-imunizar-pessoas-em-situacao-de-rua-contracovid>. Acesso em: 13 dez. 2022.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). **Restaurantes Populares**. 2022. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/susan/equipamentos/restaurantes-populares>. Acesso em: 10 jan. 2024.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA). **Nota Técnica 001/2020**. Belo Horizonte: SMSA; 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/nota-tecnica-assistencial-001-2021.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA). **Sistema Único de Saúde: Relatório de Gestão 2020**. Belo Horizonte: SMSA, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/rag-2020.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA). **Sistema Único de Saúde: Relatório de Gestão 2021**. Belo Horizonte: SMSA, 2022. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/rag2021.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, SEGURANÇA ALIMENTAR E CIDADANIA, SUBSECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SMASAC). **Boletim Vigilância Socioassistencial**. – 1.ed. Belo Horizonte, 2021a. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/smasac/2021/boletimgviso/boletimvigilanciasocioassistencial_edicao1.pdf. Acesso em: 01 dez. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, SEGURANÇA ALIMENTAR E CIDADANIA, SUBSECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SMASAC). **Relatório produzido pela Diretoria de Proteção Social Especial da Subsecretaria de Assistência Social através da autorização de Pesquisa SUAS.** Comitê de acompanhamento da pesquisa INOVA-PSR: 2021b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, SEGURANÇA ALIMENTAR E CIDADANIA, SUBSECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SMASAC). **Informações dos serviços socioassistenciais que atendem a população em situação de rua e suas alterações durante a pandemia.** Dados fornecidos pela Diretoria de Proteção Social Especial da Subsecretaria de Assistência Social através do Comitê de acompanhamento da pesquisa INOVA-PSR: 2022. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac>. Acesso em: 10 jan. 2024.

Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania, Subsecretaria de Assistência Social (SMASAC). Diretoria de Proteção Especial. **Orientação Técnica DPES/SUASS no 012 / 2020.** Orientações Técnicas aos Serviços Socioassistenciais de Atendimento e acompanhamento à População em Situação de Rua sobre o Acolhimento Provisório e Emergencial dos usuários com indicativo pela saúde de isolamento social domiciliar por suspeita e, ou, confirmação da COVID-19. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/smasac/2020/orientacao-tecnica-dpes-suass-no->

[-012 -2020-servico-de-acolhimento-provisorio-e-emergencial.pdf](#). Acesso em: 10 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **10 proposals to build a safer world together** – Strengthening the Global Architecture for Health Emergency Preparedness, Response and Resilience. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/10-proposals-to-build-a-safer-world-together---strengthening-the-global-architecture-for-health-emergency-preparedness--response-andresilience--white-paper-for-consultation--june-2022>. Acesso em: 10 jan. 2024.

APÊNDICE 1

Caminho metodológico de análise quantitativa

Na perspectiva de construir uma base de dados ampla e que trouxesse um perfil detalhado da PSR de Belo Horizonte, foram utilizadas três fontes de dados diferentes:

1. SMSA: Unidades Básicas de Saúde (UBS), denominadas em Belo Horizonte como Centros de Saúde (CS); Consultórios na Rua (CR); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), denominados em BH como Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM's), com informações para os serviços referentes às regionais: Barreiro, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova; além de informações da Urgência;
2. SMASAC: Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e Auxílio Emergencial;
3. Pastoral da Rua: banco de cadastro do “Canto da Rua Emergencial”.

As dimensões e janelas temporais das bases avaliadas foram:

1. Base de dados da saúde: 13.885 pessoas em situação de rua únicas no período de março de 2019 a fevereiro de 2021;
2. CadÚnico: 8.659 pessoas em situação de rua com cadastro ativo em setembro de 2021;
3. Canto da Rua Emergencial: 8.813 pessoas atendidas no período de setembro de 2020 a agosto de 2021 e 8.153 pessoas em situação de rua beneficiárias do Auxílio Emergencial em 2020 e 2021.

A base de dados de saúde foi analisada no recorte de tempo indicado de forma a permitir a comparação dos atendimentos no período que vai de um ano antes (01/03/2019 a 28/02/2020) a um ano após o início da pandemia (01/03/2020 a 28/02/2021). As demais bases foram coletadas no período mais atualizado dentro do recorte de interesse do estudo, após o início da pandemia.

Para identificação da pessoa única dentro das bases avaliadas foi realizado o relacionamento das bases por meio de método probabilístico, método empregado quando as diferentes fontes não possuem um identificador único que permita a realização de relacionamento determinístico entre elas. O relacionamento das bases e a identificação da pessoa única impede que o mesmo indivíduo seja contabilizado duas vezes dentro da mesma base ou contabilizado

mais de uma vez em bases de dados diferentes.

Além da análise descritiva realizada para todas as bases de dados, utilizando tabelas de contingência, gráficos de linhas e de séries temporais, foi realizado o Teste de Mantel-Hansezel, um teste de hipótese não paramétrico que permite a comparação da distribuição de uma variável em dois grupos, controlado pelo efeito de uma terceira variável, nos dados do CadÚnico, e avaliado o impacto da pandemia no número de atendimentos de saúde prestados à PSR por meio da análise de séries temporais interrompidas. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software “R”.

Caminho metodológico de análise qualitativa

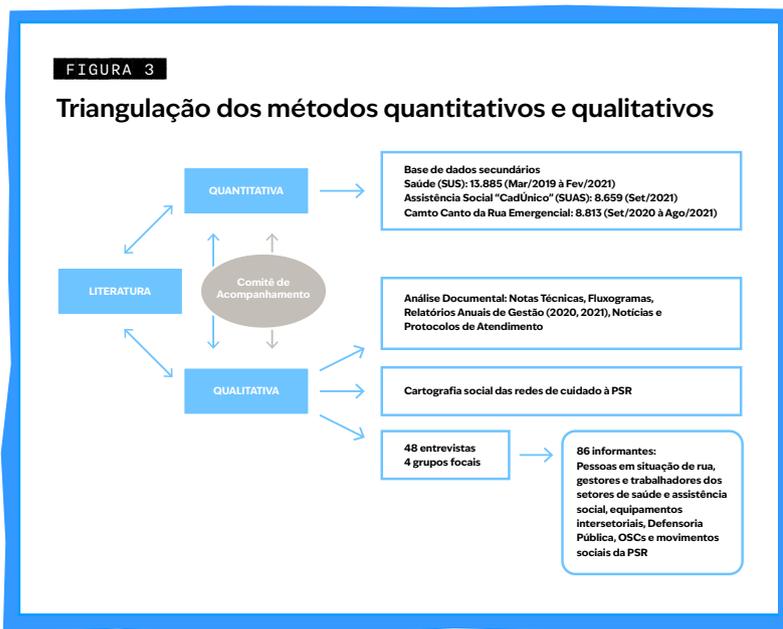
A abordagem qualitativa teve como interlocutores a PSR, trabalhadores e gestores de serviços públicos da saúde e da assistência social, os quais atendem esta população específica em Belo Horizonte, bem como interlocutores da SCO. Os instrumentos de pesquisa utilizados para a coleta primária de dados qualitativos foram entrevistas em profundidade e semiestruturadas e grupos focais, com roteiros desenvolvidos pelo grupo de pesquisa e validados no Comitê de Acompanhamento da Pesquisa. Também houve análise documental que abrangeu as notas técnicas, diretrizes, e demais documentos de orientações às unidades de atendimentos e serviços publicados pelas gestões da SMSA e SMASAC, entre março e dezembro de 2021.

Inicialmente, foi realizado um trabalho de campo para reconhecimento da dinâmica dos territórios transitados pela PSR, que incluiu a visita a 17 unidades de atendimento e serviços. Foram realizadas 48 entrevistas e quatro grupos focais com a participação da PSR no período entre junho de 2021 a maio de 2022.

A análise dos dados qualitativos foi realizada através de dois eixos teórico-metodológicos que se complementam. O primeiro foi a abordagem de análise de conteúdo de Bardin (2011), que propõe seu método como uma hermenêutica controlada, apoiada através do software de análise qualitativa “ATLAS.ti”. Para o cumprimento das premissas das fases da análise e de validação das categorias utilizadas foram realizadas reavaliações de ajustamento e reformulação das categorias, para codificação das entrevistas até o esgotamento deste exercício hermenêutico. Foram identificadas 35 categorias de análise. O segundo eixo foi a cartografia social das redes de cuidados da PSR durante a pandemia, que advém da abordagem cartográfica em saúde proposta por Franco e Merhy (2011), constituída pelas interações entre os usuários e profissionais, instituições, procedimentos, territórios etc. Procurou-se identificar e compreender os caminhos que o usuário percorre nessas redes: os formalmente instituídos e os produzidos a partir do trabalho vivo.

Triangulação de Métodos

Frente ao desafio de descrever e analisar fenômenos e circunstâncias que possuem múltiplas dimensões e produzem efeitos dialéticos diversos, a pesquisa buscou analisar os resultados quantitativos e qualitativos, através do método de análise intitulado de Triangulação (Minayo et al., 2005). A Triangulação permitiu a articulação dos dados empíricos quantitativos e qualitativos com a bibliografia temática e a conjuntura atual, produzindo a construção-síntese de uma análise contextualizada, um diálogo com os autores-chave do tema em questão e uma análise da conjuntura mais ampla que cercou o problema de pesquisa. A Figura 3 apresenta de forma visual o caminho metodológico percorrido:





Design e diagramação:
Rodrigo Moura
www.rodmoura.com



Instituto
René Rachou
FIOCRUZ MINAS



ISBN: 978-65-994869-9-9

CRL



9 786599 486999