

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE
PROGRAMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**ABORDAGEM À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA A PARTIR DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

KASSIANE FLORI DO NASCIMENTO

PORTO ALEGRE

2021

KASSIANE FLORI DO NASCIMENTO

**ABORDAGEM À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA A PARTIR DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde e Área Profissional da Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Deise Lisboa Riquinho

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Flori do Nascimento, Kassiane
Abordagem à população em situação de rua a partir
de uma unidade básica de saúde / Kassiane Flori do
Nascimento. -- 2021.
37 f.
Orientadora: Deise Lisboa Riquinho.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Residência Integra Multiprofissional em
Saúde e em Área Profissional da Saúde - Programa de
Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. População em situação de rua. 2. Serviço social.
3. Atenção Primária à Saúde. I. Lisboa Riquinho,
Deise, orient. II. Título.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	2
3 OBJETIVOS	6
3.1 Objetivo geral	6
4 RESULTADOS	7
4.2 População em Situação de Rua em tempos de pandemia: um relato da experiência interprofissional em uma unidade básica de saúde	7
5 CONCLUSÃO	23
6 REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	28
ANEXO 01 - Normas Editoriais do Periódico Escolhido Pelos Autores para Publicação	28

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo versa sobre a experiência pioneira de atendimento junto a população de rua no território de um serviço de atenção primária à saúde (APS) do distrito central de Porto Alegre/RS, a partir da pandemia de Covid-19 que assolou a sociedade globalmente em março de 2020 e estabeleceu uma crise sanitária sem precedentes em especial no campo da saúde pública e da economia.

A experiência apresenta-se como inovadora e conta com a criação de um grupo de trabalho (GT) específico de atendimento integral à saúde da população em situação de rua no âmbito da APS em articulação constante com equipes dos Serviços Especializados em Abordagem Social pertencentes a política de assistência social do território, considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB,2017) que estabelecem o cuidado centrado na pessoa de forma longitudinal e resolutivo.

Tendo em vista que as estratégias de atendimento a esta população no campo da saúde prevalecem nos Consultórios na Rua em razão do despreparo dos demais serviços de saúde em ofertar um atendimento equânime e de qualidade as pessoas em situação de rua, é portanto que se faz urgente o presente estudo que por meio do relato de experiência deu luz às ações interprofissionais e intersetoriais, que garantem em tempos de pandemia o acesso a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) - a unidade básica de saúde (UBS).

Nesta perspectiva, considera-se de total relevância a sistematização e visibilidade dos resultados do trabalho estabelecido no campo da APS para a comunidade científica da instituição com intuito de disseminar a iniciativa como multiplicador de ações em saúde direcionados a este contingente populacional. Diante deste breve panorama, o estudo apresentado tem-se como questão de pesquisa: Como ocorreu a experiência interprofissional de abordagem junto à população em situação de rua durante o curso da pandemia da Covid-19, a partir de uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre/RS ?

2 REVISÃO DA LITERATURA

A pandemia do coronavírus (COVID-19) tem sido enfrentada, através da orientação dos órgãos de saúde pública, por meio do distanciamento social, quarentena e higiene constantes de mãos, o cumprimento das orientações de saúde para evitar o contágio do vírus, apesar de essenciais, quando relacionadas à população em situação de rua são consideradas insuficientes, necessitando articulação entre as ações e as políticas intersetoriais para proteção e enfrentamento à crise. No entanto, segundo Natalino (2020) o Brasil não conta com dados oficiais sobre a população em situação de rua, o que prejudica a implementação de políticas públicas direcionadas para este contingente e reforça a invisibilidade social dada a esta população no quesito das políticas sociais.

Em 2020 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, publicou uma nota com a estimativa da população em situação de rua no Brasil, onde analisou os dados entre setembro de 2012 a março de 2020. Sendo assim, em março, quando se manifestou a pandemia da Covid-19 no país, estimava-se que 221.869 pessoas encontravam-se em situação de rua no Brasil, porém recentemente acredita-se que a estimativa seja superior ao revelado no ano anterior. No período analisado considerou-se um aumento real de 140% desta população e apesar de não ser possível determinar a causa específica, supõem-se que este aumento, evidenciado principalmente nas metrópoles, seja devido à crise econômica, aumento do desemprego e da pobreza dos últimos anos agravados pelo contexto de pandemia (NATALINO, 2020).

Com o estado de crise sanitária associado aos altos índices numérico de pessoas em situação de rua, repercute as consequências no campo da saúde, aqui retratado no âmbito da Atenção Primária em Saúde e conectado a ela a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, que assim com o SUS é reconhecida no contexto nacional e internacional como potente contribuição para reconfiguração dos sistemas de saúde que respondam de forma efetiva, às necessidades de saúde das populações (HARRIS, *et all*, 2010).

O estudo internacional realizado por Rasella e colaboradores (2014) apresentou o impacto bem sucedido da ESF na abordagem integral que articula ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, o que demanda atuação colaborativa e integral de um amplo elenco de profissionais

de saúde para além do médico, surge assim o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde que contribui substancialmente para organização de planos, programas e projetos que requerem conhecimentos técnicos de diversos núcleos profissionais.

A execução do plano de trabalho estruturado as necessidade da população de rua tem a comunicação como componente intrínseco ao trabalho e à colaboração interprofissional, pois profissionais de diferentes áreas, setores e políticas precisam, em alguma medida, se colocar de acordo quanto ao plano de ação de cuidado comum - outro atributo do trabalho em equipe que faz relação com a construção de um projeto assistencial comum. Este se entende como 'comum' por referência aos membros de uma dada equipe, à medida que eles têm sob sua responsabilidade a atenção à saúde integral dos usuários que atendem (PEDUZZI,2020).

Nesta lógica define que o nível de complexidade em saúde explorado no presente estudo é o mais apropriado para impulsionar e ampliar o acesso aos direitos sociais a pessoa em situação de rua, além de ser capaz de empregar de forma ágil o princípio da integralidade a partir do trabalho interprofissional e intersetorial firmado principalmente com serviços e equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A Integralidade enquanto princípio doutrinário do SUS (BRASIL, 1990), é o conjunto de ações e serviços articuladas e contínuas, voltadas para indivíduos e coletivos, planejadas na singularidade de cada caso.

Com vistas em abordar o princípio da integralidade se faz necessário falar das barreiras de acesso, expondo que o cuidado em sua totalidade e complexidade está alinhado com a integração e articulação de diversos atores da rede de atenção à saúde (RAS), sendo assim é fundamental que estes atores tenham claro as principais demandas em saúde da população a qual se pretende assistir. Em pesquisa realizada pela UFRGS/FASC (2016), foi revelado dados em saúde de maior incidência na população deste estudo, trata-se de: Saúde mental e uso de drogas; Saúde Bucal; Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Tuberculose.

Esta população para além das condições de saúde que enfrentam são cotidianamente cerceadas ao acesso aos direitos sociais básicos e constitucionais os quais se manifestam pela falta de acesso ao mercado formal

de trabalho, à educação de boa qualidade, aos serviços de saúde e demais serviços públicos. Essa série de negações favorecem a construção das imagens sociais negativas dos sujeitos, refletindo no comportamento dos profissionais que prejudicam as relações inerentes ao cuidado em saúde. Tal expropriação de direitos reforça uma prática crônica dos serviços e dos profissionais que ali atuam como peças da produção de preconceitos, estigma e marginalização (ABREU, *et all*, 2017).

Posto este cenário provoca-se a pensar a reorganização dos processos de trabalho, com novas concepção de abordagens junto à população de rua, capazes de introduzir a equidade no acesso aos serviços de saúde dando visibilidade a esse grupo social, incorporando o atendimento de suas demandas, articulando-as no conjunto de outras políticas (Aristides, *et all*, 2012). Uma experiência inovadora na perspectiva da equidade foi descrita por Carneiro Junior por meio da ESF, em que:

“visita domiciliária” passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”; e família, aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro” (cadastro que contemple particularidades, como existência de animal de estimação, locais para refeições e higiene, entre outros aspectos). Tais adequações foram necessárias devido às singularidades do “modo de andar a vida” dos indivíduos em situação de rua. (pg.713,2010)

No entanto isso não se faz suficiente, ainda necessita de políticas que articulem saúde e proteção social, emprego, moradia, e educação, etc. Sendo assim pontua-se a implantação de um projeto recente no município de Porto Alegre de nome: MAIS DIGNIDADE - Projeto de Inserção Social para a População em Situação de Rua e em Vulnerabilidade e Risco Social com demandas associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas de Porto Alegre (PMPA, 2019).

Este projeto surgiu com objetivo geral em oferecer ações de ampliação de acesso aos direitos de saúde, assistência, moradia, trabalho, qualificação profissional e cultura, contemplando no mínimo 840 jovens e adultos, do município de Porto Alegre, em vulnerabilidade social e que apresentem demandas/necessidades relacionadas ao consumo de crack, álcool e outras drogas, em pelo menos um dos eixos do projeto, o qual contempla:

Acolhimento em saúde e abordagem social; Moradia; Qualificação profissional/trabalho/ cultura. O projeto ainda está em fase de curso, no entanto apresenta fragilidades no que tange a estruturação e articulação dos eixos e incertezas da continuidade das ações, no entanto se apresenta importante principalmente no cenário de pandemia, possibilitando o acesso à moradia.

No primeiro semestre do ano, em decorrência do coronavírus, começou um agravamento das questões sanitárias, mas também sociais e econômicas. O estado de pandemia foi declarado em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (2020), e o estado de calamidade decretado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2020) em 20 de março de 2020. No Brasil onde as desigualdades sociais demarcam níveis diferentes de acesso aos direitos é de se esperar que grupos sociais historicamente submetidos a processos de vulnerabilização sofram em intensidade desproporcional os efeitos adversos à crise.

A FIOCRUZ (2020a) apontou algumas orientações para os serviços no que diz respeito ao enfrentamento desta pandemia com relação ao cuidado da população em situação de rua, cabe portanto destacar a orientação de: Criar redes de apoio de forma articulada e intersetorial, incentivando a participação da população neste processo e também promover atenção psicossocial e cuidado no território.

Sendo assim, busca-se por meio dos processos de trabalho em rede e atuação das políticas públicas enfrentar os efeitos e as consequências desta pandemia como a agudização das precárias condições de vida das populações mais afetadas, muitas vezes reproduzidas pelos próprios organismos e serviços que deveriam se opor a ações discriminatórias, o que acaba por reforçar a desassistência por parte das políticas públicas, aumentando e agravando as situações de miséria e práticas de cunho higienista (FIOCRUZ, 2020b). Deste modo, independente do setor ou política que se esteja representando, coloca-se a responsabilidade em aliar forças e promover as redes de cuidado para o enfrentamento da pandemia e suas prováveis consequências.

3 OBJETIVOS

Para este estudo se propõe um objetivo geral.

3.1 Objetivo geral

Relatar a experiência interprofissional de abordagem junto à população em situação de rua durante o curso da pandemia da Covid-19, a partir de uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre/RS.

4 RESULTADOS

4.1 População em Situação de Rua em tempos de pandemia: um relato da experiência interprofissional em uma unidade básica de saúde

Homeless population in times of pandemic: experience report on interprofessional work in a basic health unit

Habitantes de la calle en tiempos de pandemia: un relato de la experiencia del trabajo interprofesional en una unidad básica de salud

Resumo

Habitar o espaço da rua como meio de moradia expande fatores de vulnerabilidades, especialmente no período de uma crise sanitária. Este artigo visa relatar as experiências de abordagem interprofissional à população em situação de rua durante o curso da pandemia de Covid-19 em uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os resultados foram relatados em dois eixos: Abordagem de rua e a retomada de um projeto interprofissional e o contexto da pandemia com o aumento das iniquidades. Considera-se que a implantação de um plano específico de cuidados à população em situação de rua no âmbito da Atenção Primária à Saúde, evidenciou de um lado, as iniquidades e as fragilidades das ações de proteção a este segmento populacional e de outro mostrou a potencialidade das ações em saúde no território.

Palavras-chave: População em Situação de Rua. Atenção Primária à Saúde. Serviço Social. Educação Interprofissional.

Abstract

To inhabit the streets as a means of housing exposes the homeless population to many risk factors that expands its vulnerabilities, especially during a sanitary crisis. This article aims to report experiences of an interprofessional approach to the homeless population during the curse of Covid-19 pandemic in a basic health unit at Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Results were

reported in two subjects: street approach and recapture of an interprofessional project and pandemic context with the inequities rise. It is considered that implementation of a specific care plan to the homeless population within the scope of Primary Health Care showed, on the one hand, the inequities and weaknesses of protective actions to this population and on the other hand, showed the potential of health actions in the territory.

Keywords: Homeless Persons. Primary Health Care. Social Work. Interprofessional Education.

Resumen

Habitar el espacio de la calle como vivienda, amplía los factores de vulnerabilidad, especialmente en el período de una crisis sanitaria. Este artículo tiene como objetivo relatar las experiencias de abordaje interprofesional a los habitantes de la calle durante el transcurso de la pandemia Covid-19 en una Unidad Básica de Salud de la ciudad de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Los resultados fueron presentados en dos ejes: abordaje de calle con la reanudación de un proyecto interprofesional y el contexto de la pandemia con el aumento de las inequidades. Se considera que la implementación de un plan de atención específico para los habitantes de calle en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, evidenció, por un lado, las inequidades y debilidades de las acciones de protección para este grupo poblacional y por otro, mostró el potencial de las acciones sanitarias en el territorio.

Palabras-clave: Habitantes de la calle. Atención Primaria de Salud. Servicio Social. Educación Interprofesional.

Introdução

Viver e habitar o espaço da rua como meio de moradia expõe a população em situação de rua a diversos fatores de risco que expande suas vulnerabilidades como: invisibilidade social, violências, discriminação, fragilidades de acesso a políticas públicas, pouca disponibilidade de água potável, insegurança alimentar e nutricional, privação de sono e apreço e a dificuldade de adesão ao tratamento de saúde (DELVIN et al, 2017). No estudo

internacional de Diderichsen e colaboradores (2018) pesquisadores em bioética, ciências ambientais e outros campos da epidemiologia adotaram uma definição funcional de vulnerabilidade, que abrange três dimensões: exposição ao perigo; suscetibilidade e capacidade, isto é, efeito da exposição; e capacidade de adaptabilidade e enfrentamento, sendo a última dimensão relacionada diretamente a formulação de políticas públicas que criam estratégias e ações afirmativas que corroboram para a capacidade de enfrentamento às vulnerabilidades de determinados grupos, como a população em situação de rua, foco do presente artigo.

Deste modo, se destaca a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua pelo Governo Federal no ano de 2009. Entre os objetivos desta política está o de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas, o que inclui a política de saúde (BRASIL, 2009). Quatro anos mais tarde, em 2013, as ações do Ministério da Saúde para viabilizar a saúde dessa população passam a ser orientadas pelo Plano Operativo de Ações para a Saúde da População em Situação de Rua (BRASIL, 2013). A partir desse plano que “definiu diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” foram desenvolvidas diversas ações, entre as quais evidencia-se a Implantação dos Consultórios na Rua e o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua (BARBOSA, 2018).

Os Consultórios na Rua foram instituídos em 2011, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como uma modalidade de equipes multiprofissional que realizam busca ativa e qualificada de pessoas que vivem em situação de rua, a fim de garantir acesso às ações de promoção à saúde. Além dos Consultórios na Rua, na rede do SUS também são portas de entrada para atendimento da população em situação de Rua a saber: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Centros de Atenção Psicossocial (CAPs); Unidades de Pronto Atendimento; Hospitais (emergências); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (BRASIL, 2009).

Em tempos da pandemia do Covid-19 – que impactou a sociedade global com a falta de respostas científicas e terapêuticas com eficácia para

enfrentar e garantir a sobrevivência das populações a um vírus de ágil contaminação e alta letalidade (SPOSATI, 2020) – evidenciou-se as históricas vulnerabilidades que acentuam nos grupos de maior risco, dentre eles a população em situação de rua, tendo em vista suas condições de vida, na medida em que as principais orientações dos organismos de saúde são distanciamento/isolamento social e higiene constante de mãos, fortemente disseminada pelos veículos de comunicação na campanha “#fiqueemcasa!”, para quem tem casa.

O cumprimento das orientações de saúde para evitar o contágio do vírus, apesar de essenciais, quando relacionadas à população em situação de rua são consideradas insuficientes, necessitando articulação entre as ações e as políticas intersetoriais para proteção e enfrentamento à pandemia, afinadas às necessidades e às condições de vida deste grupo populacional. Nesta lógica destaca-se o “Plano de Contingenciamento da Pandemia do Coronavírus (Covid-19) para a População em Situação de Rua de Porto Alegre”, produzido por um coletivo de organizações da sociedade civil, trabalhadores dos serviços públicos, privados e conveniados, movimento social nacional das pessoas em situação de rua, o qual engajados na promoção do bem-estar da população, reuniu-se para refletir e sistematizar as ações relativas à saúde física e mental dessa população mediante os riscos do Covid-19 (SCHUCH *et al*, 2020).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (NATALINO, 2020), publicou neste ano uma nota com a estimativa da população em situação de rua no Brasil, onde analisou os dados entre setembro de 2012 a março de 2020. Sendo assim, em março, quando se manifestou a pandemia da Covid-19 no país estimava-se que 221.869 pessoas encontravam-se em situação de rua no Brasil, ainda recentemente acredita-se que a estimativa seja superior ao revelado no início do ano. No período analisado considerou-se um aumento real de 140% desta população e apesar de não ser possível determinar a causa específica, supõem-se que este aumento, evidenciado principalmente nas metrópoles, seja devido à crise econômica, aumento do desemprego e da pobreza dos últimos anos agravados pelo contexto de pandemia.

Com o contexto de crise sanitária associado aos altos índices da população em situação de rua repercute as consequências no campo da saúde, aqui retratado no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), a qual

preconiza os princípios fundamentais do primeiro contato de fácil acesso, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação do cuidado, configurando-se como um centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2017). O SUS em suas diretrizes têm como característica a centralidade da APS e, dentro desta, a Estratégia de Saúde da Família, implantada nos anos de 1994, como estratégia prioritária para reorganização do modelo de atenção à saúde. Segundo Peduzzi (2018), a APS é reconhecida como melhor campo para organização dos sistemas de saúde e o modo mais efetivo de enfrentamento dos problemas de saúde por meio do trabalho interprofissional com efeitos relevantes no acesso e qualidade da assistência em saúde.

Contudo, cabe salientar um contraponto aos parâmetros previsto na PNAB, quando o acesso à saúde para à população em situação de rua deve ocorrer preferencialmente nas UBS, bem como a efetivação da atenção integral, coordenação e ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ainda hoje observa-se que esse cuidado permanece vinculado, predominantemente, às equipes de Consultório na Rua. As dificuldades para garantia de acesso ao serviço e formação de vínculo com os profissionais das UBS são inúmeros, dentre os quais menciona-se: barreira no acesso/cadastramento, baixa capacitação dos profissionais para abordagem e cuidado centrado nas necessidades específicas desse público. Sendo assim a experiência inovadora apresenta-se como pioneira no contexto da APS quanto na literatura com base nestes recortes.

A UBS enquanto campo que se extrai o presente relato, favorece o trabalho em equipe interprofissional e permite a expansão para além das demandas de saúde. A parceria com outras equipes, serviços e setores é presente e envolve diferentes profissionais, não somente da saúde, que compartilham juntos o sentimento de pertencimento àquela equipe e trabalham de maneira integrada e interdependente para a resolutividade da rede – podem inclusive constituir formas de resistência às ameaças de retrocesso nas políticas públicas de saúde e a ampliação da APS (PEDUZZI *et al*, 2018).

Em vista disso, o artigo tem por objetivo relatar as experiências de abordagem interprofissional à população em situação de rua durante o curso da pandemia da Covid-19 realizadas pela equipe de saúde de uma UBS,

localizada no distrito centro do município de Porto Alegre/ RS, em conjunto com equipes Especializadas em Abordagem Social (equipes da política pública de Assistência Social) do mesmo território.

Atendimento a população em situação de rua no âmbito da Atenção Primária à Saúde pela ótica metodológica

O presente estudo trata-se de um relato de experiência da assistente social residente do Programa de Atenção Primária à Saúde da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde de um Hospital Universitário em Porto Alegre/RS. Destaca-se que a metodologia definida como Relato de Experiência (RE), segundo Daltro e Faria (2019), é uma importante narrativa científica afinada à condição pós-moderna. Utilizar o RE como ferramenta metodológica, além de se aproximar com direções estabelecidas nas ciências humanas, manifesta pela própria criação, uma intenção dirigida à uma possibilidade de verdade, coerente e relevante à práxis.

O relato se originou durante o segundo ano da residência em saúde e foi apresentado como requisito para aquisição do grau de especialista na área. O trabalho foi desenvolvido em uma UBS, pertencente à gerência distrital centro do município de Porto Alegre, a partir do plano de atendimento à população em situação de rua do serviço de saúde e articulado com o trabalho de outros serviços do território de abrangência, durante o biênio 2019-2020. No entanto, para o relato, foi considerado o período de abril/2020 até junho/2020.

O relato de experiência ocorreu por meio da observação e da participação na rotina de trabalho interprofissional e intersetorial da equipe de saúde, que além dos atendimentos realizados na UBS ou no espaço da rua, também englobou as reuniões de planejamento, discussão de caso por meio de matriciamento com equipes de saúde mental, articulação com demais serviços da rede como Consultório na Rua, CAPS/AD, Hospital Geral, Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Referência em Assistência Social (CREAS), Centro POP, Equipes de Abordagem Social e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Até junho/2020, cerca de 60 pessoas em situação de rua foram atendidas pela equipe de saúde.

Resultado e discussão

A experiência com o trabalho especificamente voltado para a população em situação de rua, durante o curso de uma pandemia, assolou drasticamente o contexto de saúde pública na ordem de oferta e de acesso aos bens e serviços essenciais. Por meio do trabalho interprofissional indissociado das complexidades de uma população historicamente invisibilizada e marginalizada possibilitou a melhoria do atendimento integral a este grupo. Nesse sentido, o presente relato apresentar-se-á em dois temas complementares:

Abordagem de rua: retomada de um projeto interprofissional e intersetorial

A criação de um Grupo de Trabalho (GT) constituído por profissionais da equipe de saúde para abordagem à população em situação de rua surgiu da demanda reprimida de proporcionar no âmbito da própria UBS, um fluxo estruturado e ampliado que conduzisse desde o atendimento no contexto da rua até o acesso qualificado ao serviço de saúde. Os movimentos para esse trabalho ocorreram desde o ano de 2017, propostos pelo núcleo do Serviço Social da UBS. Essa contribuição estimulou parte da equipe de saúde a intervir juntamente com famílias em situação de alta vulnerabilidade social que se concentravam em uma área do território onde se mantia o trabalho de reciclagem de um grupo significativo de pessoas vinculadas a uma associação ecológica de resíduos, que além do vínculo de trabalho baseado pela exploração da força de trabalho ofertava também condições de moradia fortemente precarizadas aos trabalhadores, culminando ora dentro da própria associação e ora no espaço da rua.

A organização do GT envolve a equipe interprofissional da UBS, em especial os profissionais residentes. A partir de abril de 2019, foi possível a implementação de um plano assistencial pioneiro para atendimento à população em situação de rua conectado a rotina de trabalho da UBS que se articulou intersetorialmente com outros serviços, especificamente com as equipes de Abordagem Social do território, pertencentes a Política de Assistência Social – essas equipes estão inseridas no campo da Proteção Social de Média Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Com vistas ao alinhamento das ações intersetoriais, foram realizadas reuniões com as equipes da assistência social que compartilhavam o cuidado da população de rua do território para ajustamento do planejamento do trabalho que necessitava retomar rapidamente, visto os fatores de riscos tanto sociais quanto de saúde agravados pelo contexto da pandemia. Naquele momento se definiu, pelas equipes de Abordagem Social, o retorno mensal das abordagens com a equipe de saúde; já a UBS decidiu por manter a assistência no espaço da rua semanalmente, organizando com o restante do trabalho na própria UBS que concorria com o alto volume de casos de pessoas com sintomas respiratórios atendidas diariamente e a campanha de vacinação na modalidade presencial e *drive-thru*.

As equipes de saúde da UBS que realizam atendimento assistencial no espaço da rua são compostas por profissionais do quadro técnico de contratados do serviço, entre eles: médico especialista em saúde da família e comunidade, nutricionista e técnica de enfermagem, além do quadro de profissionais residentes: assistente social, enfermeira, farmacêutica e nutricionista. Em abril de 2020, o projeto passou a ser campo de prática dos profissionais residentes do Programa de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas do hospital universitário citado, agregando outros núcleos profissionais como psicólogo e profissional de educação física.

Dentre as atividades realizada pelas equipes de saúde conjuntamente com as equipes de Abordagem Social estão: busca ativa no território por pessoas em situação de rua; escuta ativa e atendimento das demanda em saúde e encaminhamento adequado para atenção secundária ou terciária; avaliação social e encaminhamento para rede socioassistencial; oferta de vacinas, exames e medicamentos, quando necessário; atendimento prioritário de forma ágil à população em situação de rua na UBS, vigilância em saúde da população em situação de rua no território; triagem de sintomáticos respiratórios e suspeitos de Covid-19; avaliação de situações emergenciais de saúde e acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quando necessário; apoio na abertura de cadastros/prontuários individual ou familiar; desenvolvimento de instrumento *online de* georreferenciamento para o monitoramento, registro e visualização das demandas de saúde dos usuários em acompanhamento.

As equipes foram divididas em dias alternados para as abordagens no espaço da rua, durante as quartas-feiras ou quintas-feiras pela manhã, semanalmente. Algumas ações pontuais na rua eram realizadas conjuntamente com profissionais das equipes de Abordagem Social do território de abrangência da UBS. Peduzzi (2020) pontua que não há modelos ideais de trabalho coletivo, mas que as combinações desses processos têm a potencialidade de corresponder às necessidades em saúde ou sociais por meio da práxis e novos modelos de atenção orientados às necessidades de saúde da população brasileira, rejeitando o modelo tradicional biomédico e fragmentado. Nesse sentido, aponta-se as necessidades de reorganização das equipes (seja de saúde, seja de assistência social, em suas potencialidades, limites e convergências no trabalho) para que as ações de cuidado na rua, sejam pautadas pelas demandas dessa população e não o contrário.

O contexto de pandemia com o aumento das iniquidades

Em tempos de pandemia o trabalho que já era realizado, desde o ano anterior, precisou passar por adequações que possibilitasse a manutenção da assistência em saúde prestada pela equipe da UBS; neste momento o trabalho interprofissional se fortaleceu ganhando evidência. Em especial, se exigiu forte atuação do núcleo de Serviço Social para a proteção e a garantia dos direitos básicos por meio de articulações com os demais serviços da rede socioassistencial para construção do diálogo e de estratégias conjuntas de enfrentamento às repercussões de cunho social causadas ou agravadas pela pandemia à população em situação de rua.

Para garantia das abordagens neste novo contexto se pensou a organização e a periodicidade semanal a fim de dar conta das demandas que se avolumavam conforme o aumento da curva de contágio no município. Entre as principais demandas neste período se evidenciou a solicitação para reaver documentação pessoal com intuito de acessar o auxílio emergencial concedido pelo Governo Federal como condição objetiva de renda, acesso a abrigos, albergues e Centro Pop, oferta de vacinação através da campanha contra a influenza, atendimento emergencial de saúde pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quando necessário.

Uma das principais demandas de atendimento realizado pelo Serviço Social na UBS, era a solicitação do auxílio emergencial, o qual foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. Esse auxílio consistia na garantia de uma renda mínima aos brasileiros em situação mais vulnerável durante a pandemia do Covid-19 no valor de R\$ 600 ou R\$ 1.200 para famílias chefiadas por mulheres, já que muitas atividades econômicas foram gravemente afetadas pela crise (BRASIL, 2020). A concessão do auxílio dependia além do cumprimento dos critérios estabelecidos em lei, o acesso à internet e a informação dos documentos pessoais, que geralmente eram fatores impeditivos para o acesso imediato a população mais vulnerável, o que ocasionava a perda do efeito “emergencial”.

Historicamente a população em situação de rua possui condições sociais e de saúde altamente precárias, inclusive no que trata ao acesso aos direitos sociais constitucionais. A negação desses direitos produz um círculo vicioso e, para sua superação, é preciso que se ultrapasse a fronteira do conhecimento, ou seja, o puro tecnicismo associado ao imediatismo e se assuma pelos serviços públicos o papel de facilitador e articulador na defesa e na garantia de direitos principalmente aos grupos socialmente marginalizados.

Prestar atendimento e estar perto das populações em situação de rua são deveres para todo profissional de saúde, sendo uma exigência ética inerente ao compromisso com a saúde (ABREU *et al*, 2017). No entanto, ainda se acentua, superando o contexto de pandemia, um desmonte daquilo que poderia dar base para o Brasil se erguer: o acesso equânime aos direitos e serviços básicos. Sendo assim, aqueles que, no contexto da Covid-19, organizam-se em coalizão pelo cuidado às pessoas mais vulneráveis, também devem organizar as suas pautas em favor de uma verdadeira transformação social que dialogue com os princípios da dignidade humana e combata a discriminação travestida de burocracia. Se o outro é visto como ser humano, não deve haver burocracia que lhe negue a dignidade. O princípio do direito da população em situação de rua não deve sucumbir ao tecnicismo ou à burocracia ocupada pelo preconceito velado (CALMON, 2020).

No período estudado se observou a importância da atuação da rede intersetorial para o cumprimento do acesso aos benefícios e direitos básicos intrínsecos a esta população. Para a emissão de novos documentos pessoais,

com a isenção de taxas de custo, geralmente articulando com as equipes da assistência social, que compunham parceria junto ao serviço de saúde, foi possível garantir um dos principais direitos para o exercício pleno da cidadania.

Aqueles que possuíam alguma documentação (carteira de identidade, cartão SUS ou boletim de ocorrência) conseguiam na própria UBS, em atendimento presencial com Serviço Social, realizar a solicitação do auxílio emergencial que era realizado exclusivamente pela plataforma digital da Caixa Econômica Federal. Para acompanhamento da solicitação do auxílio era necessário a consulta via internet ou pelo telefone 135. Sendo assim, a camada social de maior vulnerabilidade socioeconômica tinha fortes barreiras para o acesso às duas formas disponibilizadas, incondizentes a sua realidade.

O contexto de pandemia necessitou ser pensado e planejado de forma ampliada, como um conhecimento interprofissional e olhar singular sobre as situações e demandas apresentadas pela população em situação de rua, principalmente a atenção integral à saúde. Cabe, aos gestores e profissionais em seu cotidiano de trabalho, abrir brechas nas estruturas endurecidas das instituições, para que todos, sem exceção, sejam acolhidos e usufruam do direito ao bem público (ABREU *et al.*, 2017).

No primeiro período da quarentena, em meados de Março de 2020, contraditoriamente, o chefe do executivo fechou os postos ampliados de atendimento da rede de Assistência Social do município, ou seja, aqueles pontos de atendimento localizados dentro das comunidades fecharam as portas e restringiram fortemente os atendimentos aos usuários. As tentativas de buscar ajuda para alimentação através de cestas básicas se transformaram em um verdadeiro sacrifício, os CRAS fechados ou com teleatendimento, muitos localizadas em bairro com mais de 50 mil habitantes dispunham de apenas um telefone para atender a demanda por cestas básicas (SOARES *et al.*, 2020).

A situação de crise, no entanto, era apenas uma amostra do desmonte da Assistência Social do município de Porto Alegre, o cenário onde a pandemia se instalou nas camadas mais desfavorecidas desafiava a sobrevivência ao isolamento social, às práticas de higiene necessárias para evitar o coronavírus atrelado com o constante agravamento da insegurança alimentar nessa

população. Cobrava-se que a inconsciência daqueles que não enxergam o vírus, fossem capazes de não sentir o vazio da fome (SOARES *et al.*, 2020).

Cabe, portanto, historicizar brevemente o contexto atual de crise que vivem também os trabalhadores e equipamentos da APS no município. Desde 2019 o Porto Alegre passa por um processo de transição da instituição responsável pela contratação e gerência dos serviços da APS, após a ação direta de inconstitucionalidade, que declarou a necessidade de extinção do Instituto Municipal de Estratégia Saúde da Família (IMESF). Com isto a gestão municipal concedeu a responsabilidade da execução dos serviços às entidades filantrópicas de longa trajetória na saúde de Porto Alegre, o que prejudica a qualidade dos serviços prestados à saúde da população, pois facilita a precarização da saúde pública através da terceirização, ofertas de contratos frágeis que podem gerar irregularidades e impropriedades, já experienciadas em outras gestões, conforme apontado pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre por meio de nota pública (2019).

Neste crítico momento a UBS permaneceu com as portas abertas. Mesmo com a redução de alguns atendimentos, o trabalho interprofissional em saúde se estabeleceu como fio condutor imprescindível para a execução e atendimento efetivo das mais variadas demandas que se sucederam por parte da população de rua, que agora tinham a UBS como um dos poucos pontos de cuidado da rede com acesso mantido. As potencialidades desveladas não anulam as fragilidades e limites que o serviço encontrou para garantir um trabalho contínuo, articulado e efetivo. Na saúde tratava-se dos fluxos burocratizados da UBS; espaços de educação permanente escassos, falhas de comunicação, prevalência da atuação dos profissionais residentes e ausência de uma coordenação permanente, além da redução dos recursos humanos que foram alocados em escalas de trabalho remoto.

Com alguns desafios ainda a serem vencidos, houve uma grande qualificação do atendimento prestado à população em situação de rua com a inserção de residentes multiprofissionais da equipe especializada na área de saúde mental - álcool e outras drogas (AD). Para tanto se fez essencial um espaço oficial para discussão e construção dos planos individuais de acompanhamento dos usuários. Assim, foi construído na modalidade à distância, reuniões de matriciamento dos casos. Os encontros ocorriam

semanalmente de forma *online*, antecedendo a saída das equipes de abordagem de rua, se definia o plano de ação para aquele dia de atendimento na rua e as estratégias a serem compartilhadas com a equipe da assistência social. O momento dificultava reuniões presenciais e se exigiu a utilização constante das ferramentas digitais.

De acordo com as normas e recomendações de proteção do contágio do Covid-19, se manifestou a necessidade para um atendimento qualificado e proteção da equipe, a construção de um Protocolo Operacional Padrão (POP) para estabelecer as devidas regras de paramentação para todos os profissionais pertencentes à equipe de abordagem de rua, conforme as suas atribuições e necessidades específicas. Isso foi imprescindível para segurança, tanto dos profissionais, quanto dos usuários atendidos.

Acerca das implicações e resultados atingidos pela implementação de um plano pioneiro específico de cuidados à população em situação de rua no âmbito da APS, se ressalta a colaboração com o avanço das práticas humanizadas, convergentes aos princípios e diretrizes do SUS as quais defendem “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1990). Apesar de ainda incipiente, essas ações são fundamentais para a garantia da universalidade, integralidade, equidade da atenção e cuidados em saúde, tão necessários durante o curso de uma crise sanitária, a qual evidenciou as iniquidades e fragilidade das ações de proteção aos segmentos mais vulneráveis da sociedade.

Considera-se que todas as ações estabelecidas no contexto da UBS por meio do trabalho interprofissional e intersetorial foram viáveis através dos recursos e qualidade do serviço de APS que conta com a retaguarda de um hospital universitário de alta complexidade; do vínculo com programas de residência médica e multiprofissional em saúde; com quadro ampliado de profissionais vinculados às equipes de estratégia saúde da família; atuação intersetorial a partir da resistência do trabalho compartilhado das equipes da assistência social do território e, sobretudo, a atuação da UBS como centro de referência da Rede de Atenção à Saúde.

Considerações Finais

Apesar do contexto de crise ocasionado pela pandemia da Covid-19 e por atos governamentais que enfraquecem a qualidade da saúde pública, se torna imprescindível a visibilidade e o reconhecimento do trabalho e das práticas exitosas, principalmente de ordem pública, que repercutem na vida das pessoas e grupos que vivem no espaço da rua sob condições de extrema vulnerabilidade de todas as naturezas. Cabe referir o dever do Estado para o cumprimento dos direitos constitucionalmente atribuídos a todos os cidadãos brasileiros e não apenas a cargo da filantropia, caridade e programas pontuais e fragmentados que não atendam as reais iniquidades geradas pelo próprio capital.

Se há serviços de saúde que implementaram e reconheceram o dever do acolhimento universal para pessoas em situação de rua, algo que anteriormente era distante até no discurso, que se cumpra de forma permanente; se os governos consideram como nunca a renda mínima para as famílias e camadas mais empobrecidas, que se cumpra a garantia de direitos aos mais vulneráveis prioritariamente; se os profissionais de saúde e assistência social estão implicados diretamente à linha de frente, para o atendimento das pessoas em situação de rua, que se fortaleça a consolidação do SUS e o SUAS.

Tudo isso posto, enquanto relato apresentado, não encerra o trabalho, tensionamentos ou experiências ainda possíveis com o foco no cuidado da população em situação de rua no campo da APS e do trabalho interprofissional e intersetorial, mas vislumbra caminhos a serem explorados pelo âmbito da pesquisa, prática e ensino. Ainda, demarca-se a necessidade de que as inovadoras e potentes práticas de trabalho implementadas perdurem para suposta “sociedade pós-COVID-19” e que o “novo normal” esteja conectado a consolidação e ampliação do acolhimento integral às pessoas em situação de rua e o reconhecimento da UBS como espaço terapêutico.

Referências

- 1 Delfin L, Almeida LAM, Imbrizi JM. A rua como palco: arte e in(visibilidade) social. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2017; 29:e158583.
- 2 Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *Int J Epidemiol.* 2019; 78(1):268-274.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
- 4 Ministério da Saúde (BR). Plano Operativo de Ações para a Saúde da População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 5 Barbosa JCG. Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados [dissertação]. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018.
- 6 Sposati AO. COVID-19 Revela a Desigualdade de Condições da Vida dos Brasileiros. *Revista NAU Social*; 2020; 11(20): 101- 103.
- 7 Schuch P, Furtado CC, Sarmiento CS. Covid-19 e a População em Situação de Rua: da saúde à segurança pública?.2020 [citado 2020 Out 10]. In: IFCH. Notícias [Internet]. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/ifch/index.php/br/covid-19-e-a-populacao-em-situacao-de-rua-da-saude-a-seguranca-publica>
- 8 Natalino MAC. Nota técnica 73: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília: IPEA; 2020.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

10 Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface, Comun., Saúde, Educ. 2018; 22 (suppl 2):1525-1534.

11 Daltro RM, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2019; 19(1):223-237.

12 Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2020 [citado Ago 02]; 18(suppl1):[about 20 p.]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/tes/v18s1/1678-1007-tes-18-s1-e0024678.pdf>

13 Ministério da Cidadania (BR). Auxílio Emergencial. Brasília: Ministério da Cidadania; 2020.

14 Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. Cad saúde pública. 2017; 33(2): e00196916.

15 Calmon TVL. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. Revista NAU Social; 2020; 11(20): 131-136.

16 Soares PRR, Augustin AC, Campos HÁ, de Bem JS, Siqueira LF, Lahorgue ML, Waismann M, Ugalde PA, Marx V. A pandemia de covid-19 no Rio Grande do Sul e na metrópole de Porto Alegre. Porto Alegre: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia; 2020.

17 Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Nota pública do CMS sobre a extinção do IMESF. Porto Alegre: Conselho Municipal de saúde; 2019.

18 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 set. 1990.

5 CONCLUSÃO

Por meio do relato de experiência de abordagem junto a população de rua no âmbito de uma UBS durante o curso da pandemia da Covid-19 conclui-se que as iniciativas recentes são inovadoras e potentes principalmente no que tange os princípios do SUS relacionados a universalidade, a integralidade e a equidade, sobretudo ressaltando o papel da UBS de coordenador do cuidado e centro de comunicação da RAS, no entanto as ações apresentadas ainda demandam mais investigações.

A população em situação de rua ainda vivencia inúmeras situações de privação, violência, miséria, inutilidade social e constitui, portanto, um desafio para as políticas públicas sociais, de modo particular, as de saúde portanto se devem intensificar as ações desta ordem preferencialmente no contexto da APS não só através do interesse de um grupo específico de profissionais mas de forma institucional envolvendo todo o serviço de forma homogênea, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica.

Na perspectiva de refletir sobre essas questões, o presente estudo se propôs a dar visibilidade do que diz respeito à população de rua atendida no dado território, suas necessidades, bem como a organização do fluxo estruturado de trabalho com a participação da rede para o atendimento integral destes. Propõem-se a manutenção e ampliação do trabalho interprofissional e intersetorial desenvolvido na busca da expansão para um programa institucional que garanta a cobertura da linha de cuidado à população de rua.

6 REFERÊNCIAS

- 1 Delfin L, Almeida LAM, Imbrizi JM. A rua como palco: arte e in(visibilidade) social. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2017; 29:e158583.
- 2 Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *Int J Epidemiol.* 2019; 78(1):268-274.
- 3 Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ.* 2010;341:c4945 doi:10.1136/bmj.c.4945.
- 4 Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary healthcare on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a Nationwide analysis off longitudinal data. *BMJ.* 2014; 349:g4014 doi:10.1136/bmj.g4014.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
- 6 Ministério da Saúde (BR). Plano Operativo de Ações para a Saúde da População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 7 CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011]. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf>.
- 8 Barbosa JCG. Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados [dissertação]. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018.
- 9 Sposati AO. COVID-19 Revela a Desigualdade de Condições da Vida dos Brasileiros. *Revista NAU Social*; 2020; 11(20): 101- 103.

10 Schuch P, Furtado CC, Sarmiento CS. Covid-19 e a População em Situação de Rua: da saúde à segurança pública?.2020 [citado 2020 Out 10]. In: IFCH. Notícias [Internet]. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/ifch/index.php/br/covid-19-e-a-populacao-em-situacao-de-rua-da-saude-a-seguranca-publica>.

11 Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia de saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde Soc [periódico na internet] 2010 [acessado 2013 jul 5]; 19 (3):19:[cerca de 8 p]. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/21>.

12 Natalino MAC. Nota técnica 73: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília: IPEA; 2020 [citado 2020 Jun 04]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35812.

13 UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Cadastro e mundo da população adulta em situação de rua de Porto Alegre/rs. Relatório quanti qualitativo, contendo o Cadastro censitário e o Modo de vida cotidiana da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre, realizado em 2016 através de Contrato entre a FASC e a UFRGS / FAURGS e executado pelo IFCH/UFRGS. Porto Alegre, UFRGS, 2016.

14 Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). MAIS DIGNIDADE - Projeto de Inserção Social para a População em Situação de Rua e em Vulnerabilidade e Risco Social com demandas associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas de Porto Alegre. Out 2019.

15 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

16 Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface, Comun., Saúde, Educ. 2018; 22 (suppl2):1525-1534.

17 Daltro RM, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2019; 19(1):223-237.

18 Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2020 [citado Ago 02]; 18(suppl1):[about 20 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18s1/1678-1007-tes-18-s1-e0024678.pdf>.

19 Aristides JL, Lima JVC. Processo Saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e adoecer. Revista Espaço para a Saúde.[periódico na internet] 2009 Jun [acessado 2012 out 02]; 10(2):[cerca de 10p]. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo7.pdf.

20 FIOCRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. SUAS na COVID-19: Proteção social a grupos vulnerabilizados. 2020b. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/cartilha_grupos_vulnerabilizados.pdf.

21 FIOCRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. Recomendações para os consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua. 2020a. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/04/Sa%cbadeMental-e-Aten%ca7%ca3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%ca7%ca3o-para-os-consult%cb3rios-na-rua-e-a-redede-servi%ca7os-que-atuam-junto-com-a-popula%ca7%ca3o-emsitua%ca7%ca3o-de-rua.pdf>. Acesso em 15 de out 2020.

22 Ministério da Cidadania (BR). Auxílio Emergencial. Brasília: Ministério da Cidadania; 2020.

23 Ministério Público do Distrito Federal e Territórios MPDFT(BR) Cartilha dos Direitos das Pessoas em Situação de Rua. 1a Edição – 2018. [Internet]. 2020 [citado Dez 02]. Disponível em: https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_direitos_das_pessoas_situacao_de_rua_mpdft.pdf.

24 Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. Cad saúde pública. 2017; 33(2): e00196916.

25 Calmon TVL. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. Revista NAU Social; 2020; 11(20): 131-136.

26 Soares PRR, Augustin AC, Campos HÁ, de Bem JS, Siqueira LF, Lahorgue ML, Waismann M, Ugalde PA, Marx V. A pandemia de covid-19 no Rio Grande do Sul e na metrópole de Porto Alegre. Porto Alegre: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia; 2020.

27 Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Nota pública do CMS sobre a extinção do IMESF. Porto Alegre: Conselho Municipal de saúde; 2019.

28 Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). Decreto nº 20.534, de 31 de março de 2020. Decreta o estado de calamidade pública e consolida as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), no Município de Porto Alegre. Porto Alegre: 55 Módulo 1 O Trabalho Com Populações Vulnerabilizadas Alegre, 08 out 2020. Disponível em <http://leismunicipa.is/cwvvgx>.

29 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 set. 1990.

ANEXOS

ANEXO 01 - Normas Editoriais do Periódico Escolhido Pelos Autores para Publicação

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, de acesso aberto, exclusivamente eletrônica, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu). Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de

efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOne Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Para mais detalhes sobre a submissão no sistema *ScholarOne Manuscripts* acesse o Guia do Autor: (<https://clarivate.com/webofsciencegroup/download/41692/>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço Aberto – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

Cartas ao Editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota

– **Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.**

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem

conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e podem ser indicadas por meio da seguinte afirmação: **Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.**

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração.** No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.