

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ BRASÍLIA
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Carolina Sampaio Vaz

**Práticas intersetoriais para pessoas em situação de rua no contexto da pandemia da
COVID-19 no Distrito Federal: avanços e desafios**

Brasília

2022

Carolina Sampaio Vaz

**Práticas intersetoriais para pessoas em situação de rua no contexto da pandemia da
COVID-19 no Distrito Federal: avanços e desafios**

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de
Governo como requisito parcial para a obtenção do
título de mestre em Políticas Públicas de Saúde.
Linha de Pesquisa: saúde e justiça social.

Orientadora: Prof.(a). Dr.(a). Maria Fabiana
Damásio

Brasília

2022

V393p	<p>Vaz, Carolina Sampaio. Práticas intersetoriais para pessoas em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19 no Distrito Federal: avanços e desafios / Carolina Sampaio Vaz. -- 2022. 173 f.</p> <p>Orientadora: Maria Fabiana Damásio Passos. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde), Brasília, 2022. Bibliografia: f. 155-171.</p> <p>1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Colaboração Intersetorial. 3. COVID-19. I. Título.</p> <p>CDD 614</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: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443
Biblioteca Fiocruz Brasília

Carolina Sampaio Vaz

Práticas Intersetoriais para pessoas em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19 no Distrito Federal: avanços e desafios.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 30/11/2022.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Maria Fabiana Damásio Passos - Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



p/ Dra. Fernanda Maria Duarte Severo – Membro Interno - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



p/ Dra. Marcelo Pedra Martin Machado – Membro Externo – Universidade de Brasília - UnB



p/ Dr. Francini Lube Guizard – Suplente - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

AGRADECIMENTOS

Aos meus generosos colegas, amigos e professores da equipe consultório na rua plano piloto que, mesmo sobrecarregados, nunca deixaram de me apoiar e incentivar.

À Secretaria de Estado de Saúde, pela valorização do processo de formação do servidor.

Aos meus pais, pela presença e incentivo constantes.

À tia Neila pela inspiração, motivação e contribuição para a finalização da pesquisa.

Ao meu companheiro Israel pelo estímulo, auxílio e sobretudo compreensão nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, pela relação de confiança, abertura e transparência estabelecida, mesmo diante dos grandes desafios imposto pela pandemia. As grandes lições extrapolam o âmbito profissional e seguirão comigo pela vida. Sua coragem me inspira.

RESUMO

A pandemia da COVID-19 desafiou nações, comunidades, serviços e indivíduos na construção de estratégias para enfrentamento de suas calamitosas consequências em contexto de profundas iniquidades. Dentre as populações mais afetadas pelos desdobramentos da pandemia estão as pessoas em situação de rua – PSR, que têm historicamente negados e negligenciados seus direitos de cidadania pelo estado e sociedade. Este estudo tem como objetivo analisar as práticas interinstitucionais para pessoas em situação de rua no Distrito Federal (DF) no contexto da pandemia da COVID-19 sob a ótica da intersetorialidade. Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva que através da sistematização de dados e informações sobre as principais ações para PSR durante a pandemia; análise aprofundada do documento Perfil da População em Situação de Rua no DF; e 15 entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, buscou compreender os contornos da rede intersetorial para PSR no DF e seus principais desafios durante o período pandêmico. Os resultados evidenciaram que a rede intersetorial foi desafiada principalmente pelo agravamento de problemas já existentes. Apontaram ainda para o protagonismo do SUS e SUAS na execução de ações direcionada ao segmento populacional, bem como a intensificação das trocas durante a pandemia, com destaque para as parcerias estabelecidas com entidades da sociedade civil, movimento social, órgãos de proteção de direitos e Poder Judiciário e Fiocruz Brasília. Finalmente, o estudo apresenta uma descrição de boas práticas intersetoriais observadas no período que tem potencial para fortalecer a rede de proteção social e cuidado à PSR no período pós-pandemia.

Palavras-chave: população em situação de rua; colaboração intersetorial; covid-19

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has challenged nations, communities, services and individuals to build strategies able to face the dire consequences produced in a context of profound inequities. Among the populations most affected by the repercussions brought about by the pandemic are the homeless - PSR, who have historically been denied and neglected their citizenship rights by both the state and society. This study aims to analyze, from an intersectoral perspective, the inter-institutional practices that target the homeless population in the Federal District (DF). This is a descriptive qualitative research that, through the systematization of data and information on the main actions aimed at the PSR during the pandemic, in-depth analysis of the document "Profile of the Homeless Population in the DF" and 15 semi-structured interviews carried out with key informants, sought to understand the contours of the intersectoral network for PSR in the DF and the main challenges it faced during the pandemic period. The results showed that the intersectoral network was challenged mainly by the aggravation of problems that already existed prior to the pandemic. They also pointed to the leading role that the SUS and SUAS policies play in the execution of actions aimed at this population, as well as to the intensification of partnerships formed during the pandemic, with emphasis on those established with civil society entities, social movements, organizations for the protection of rights, the Judiciary Power and Fiocruz Brasilia. Finally, the study describes positive intersectoral practices observed throughout period and which have the potential to strengthen the social protection network and provision of care for the PSR in the post-pandemic period.

Key-words: homeless population; intersectionality; COVID-19.

Lista de quadros

Quadro 1 - Intensidade da ação intersetorial de acordo com níveis de integração dos mecanismos de gestão e execução e das estruturas organizativas.....	40
Quadro 2 – Desenho Metodológico.....	41
Quadro 3 - Ações para a população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19.....	43
Quadro 4 – Principais semelhanças e diferenças entre os estudos censitários da PSR no DF.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação de dados sociodemográficos da PSR no DF (2012/2022).....	51
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Famílias em situação de rua inscritas no Cadastro Único no Distrito Federal.....	55
Gráfico 2 - Evolução do número de famílias atendidas pelo programa social brasileiro (2006-2022).....	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSR	Pessoas em situação de rua
SUS	Sistema único de saúde
SUAS	Sistema único de assistência social
PNPSR	Política Nacional para População em situação de rua
CREAS	Centro de referência especializado em assistência social
CENTRO POP	Centro de referência especializado em assistência social para pessoas em situação de rua
SEAS	Serviço especializado em abordagem social
OMS	Organização mundial de saúde
FGV	Fundação Getúlio Vargas
ACP	Abordagem de Ciclos de Políticas
GASPVP	Gerência de atenção à saúde de populações vulneráveis e programa especiais
DISEFI	Diretoria de Serviços Especializados a Famílias e Indivíduos da Secretaria de Desenvolvimento Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNPR	Movimento nacional de população de rua
COGEMAS	Colegiado de Gestores Municipais De Assistência Social
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
SEDES	Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
DPDF	Defensoria Pública Do Distrito Federal
DPU	Defensoria Pública da União

OSC	Organização da sociedade civil
ECR	Equipe Consultório na Rua
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EPI	Equipamento de proteção individual
PTS	Plano Terapêutico Singular
BPC	Benefício de Prestação Continuada
SCS	Setor Comercial Sul
SEI	Sistema Eletrônico de Informações

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	JUSTIFICATIVA	23
1.2	OBJETIVOS.....	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	SAÚDE E VULNERABILIDADE ESTRUTURAL	25
2.2	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	29
2.3	EQUIDADE, INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE.....	33
3	DESENHO METODOLÓGICO	40
3.1	Etapa 1	42
3.2	Etapa 2	44
3.3	Etapa 3	46
4	RESULTADOS	49
4.1	Perfil da PSR no Distrito Federal.....	49
4.2	Entrevistas	60
4.2.1	Impactos e Desafios: Como a pandemia afetou a rede proteção e garantias de direitos para PSR no Distrito Federal?	63
4.2.2	Resposta Institucional: como as instituições do Distrito Federal responderam às demandas e desafios impostos pela pandemia?	80
4.2.3	Intersetorialidade: como se deu a interação entre os serviços diante dos desafios e operacionalização de ações?	102

4.2.4	Futuro da Política: o que vem a seguir?	117
5	DISCUSSÃO	124
5.1	Protagonismo SUS e SUAS	125
5.2	Sociedade civil e movimentos sociais	140
5.3	Órgãos de justiça, controle e proteção de direitos	145
5.4	FIOCRUZ	149
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
8	ANEXOS	172

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 desafiou nações, comunidades, serviços e indivíduos na construção de estratégias para enfrentamento da rápida disseminação da doença e os consequentes impactos para a saúde coletiva e convívio social. As transformações impostas pela crise sanitária, segundo Lima e Gadelha¹, marcam um momento de fissuras na sociabilidade moderna, cujos fundamentos em ameaça evidenciam uma crise humanitária sem precedentes, através da qual fica clara a “interface do biológico com o econômico e social”. Observou-se não somente a distribuição desigual dos impactos nos territórios mundiais, mas sobretudo o aprofundamento das iniquidades no acesso aos recursos e às condições concretas para enfrentamento e recuperação frente às calamitosas consequências¹.

Diante das características pouco conhecidas relativas ao contágio e letalidade, o cuidado de prevenção e contenção da contaminação tornaram-se as principais medidas adotadas para evitar a dispersão acelerada, a sobrecarga dos sistemas de saúde e perdas evitáveis de vidas. Tais medidas, que dependem em grande parte da mobilização e acesso a recursos econômicos, sociais, culturais e comportamentais pelos indivíduos e coletivos, colocaram em evidência os efeitos da desigualdade social nas possibilidades de construção e manutenção da saúde.

Transcorridos quase três anos desde o alerta de autoridades chinesas à Organização Mundial de Saúde – OMS, o mundo acumula 616 milhões de infectados e 6,54 milhões de mortos¹. No Brasil, assistiu-se com apreensão os colapsos dos sistemas de saúde europeus e mesmo tendo à disposição um forte sistema público e universal de saúde e conhecimentos científicos sobre epidemias acumulados no decorrer do sec. XXI², que indicavam um caminho de resposta adequado mesmo diante das características desconhecidas e pouco exploradas do novo vírus, alcançamos a triste marca de 34,6 milhões de infectados e 686 mil mortos, uma das maiores^{II} do mundo.

A pandemia chegou ao Brasil em um momento de ascensão da extrema-direita e intensificação de medidas neoliberais, com aprofundamento da desigualdade social,

¹ Fonte: COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Consulta realizada em 28/09/2022.

^{II} Terceiro maior número de mortes no mundo. Ocupa atualmente 12º no ranking de mortes proporcionais. Consulta realizada em 28/09/2022. Fonte: <https://www.trt.net.tr/portuguese/covid19> com base em dados do COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Consulta realizada em 28/09/2022.

desemprego estrutural, cortes severos nas políticas sociais ^{III}, “conservadorismo moral, negligência aos direitos humanos e às conquistas civilizatórias no campo da cidadania constitucional” ³ e a conseqüente vulnerabilização de importante parcela da população. No contexto desta pesquisa, será priorizado o uso do termo vulnerabilidade estrutural⁴, melhor desenvolvido adiante, para referência aos processos históricos, econômicos, culturais e simbólicos determinantes para que um grupo social tenha sensivelmente reduzidas suas possibilidades concretas de reprodução da vida, a partir do referencial de dignidade humana, no sistema capitalista.

De acordo com a Frente Pela Vida – composta por organizações brasileiras do campo da saúde coletiva, os impactos da disseminação do vírus atingem de forma mais grave as os territórios inseridos em contextos de desigualdade econômica e social⁵. Agir para o enfrentamento da pandemia requer, portanto, a elucidação e intervenção nos fatores que, para além do agente biológico, influenciam o adoecimento e as possibilidades concretas de proteção e manutenção da saúde, de forma a articular os conhecimentos científicos, recursos disponíveis e necessidades específicas em favor da equidade, promoção da saúde e qualidade de vida.

Na contramão dos aprendizados do passado, das projeções com base científica e das recomendações internacionais, a resposta brasileira foi notoriamente deficiente em todas as fases do período pandêmico, especialmente devido à ausência de liderança nacional implicada com a gestão da crise. Ações de desvalorização do problema; adoção de práticas anticientíficas; comunicação fragmentada, falha e conflitante; ausência de articulação entre entes federados e ênfase na atenção hospitalar em detrimento do fortalecimento da atenção primária² foram alguns dos fatores que contribuíram para o colapso prematuro do sistema de saúde e agravamento da pandemia em território nacional. Neste contexto, os mais atingidos foram, segundo Boschetti e Bering³, “a parcela mais pobre da classe trabalhadora, moradora das favelas e periferias sem condições adequadas de saneamento e meios de prevenção, com dificuldades de acesso ao SUS saturado”.

Todavia, o Sistema Único de Saúde não foi o único a sentir os impactos da pandemia. À medida que as conseqüências mais devastadoras da pandemia atingiram as populações empobrecidas e sem acesso aos básicos sociais, um grande desafio também foi colocado para o Sistema Único de Assistência Social, que ocupou posição estratégica no enfrentamento dos

^{III} Destaque para a Emenda Constitucional n. 95, também conhecida como Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos.

efeitos decorrentes da crise sanitária. Em um contexto de sucessivas reduções de recursos e sucateamento⁶, os serviços socioassistenciais precisaram se reorganizar para garantir a continuidade dos atendimentos frente ao aumento da demanda em decorrência da greve crise social e econômica e o aprofundamento da vulnerabilidade estrutural para os grupos já afetados⁷.

Ao mesmo tempo, o congresso nacional, pressionado por movimentos sociais e organizações da sociedade civil, aprovaram o pagamento do auxílio emergencial no valor de R\$600,00^{IV}, em contraposição ao valor de R\$200,00 inicialmente proposto pelo governo federal, que possibilitou tanto o reaquecimento da economia quanto a diminuição da pobreza associada a falta de renda daqueles que conseguiram acesso – cerca de 62% do total de solicitantes, chegando a 44% dos domicílios brasileiros³.

Dentre as populações mais afetadas pelos desdobramentos da pandemia da COVID-19 estão as pessoas em situação de rua – PSR, que têm historicamente negados e negligenciados seus direitos de cidadania pelo estado e sociedade. Para além do risco elevado de contrair a doença em função das condições de vida que afetam a imunidade^{8,9}, possuem reduzidos recursos para enfrentamento dos efeitos sociais e econômicos devido a fatores como ausência de moradia regular, exposição às intempéries do tempo, falta de acesso regular a água potável e saneamento básico, vivências frequentes de preconceito e violência e barreiras para circulação em certos círculos sociais e instituições¹⁰. Somam-se a esses desafios o fato de que o Brasil não realiza contagem oficial de pessoas vivendo nas ruas, o que ilustra não somente o processo de invisibilização, mas também a insuficiência dos instrumentos de contagem usuais para análise desse fenômeno.

O reconhecimento de que pessoas em situação de rua, sob a ótica da equidade e integralidade, têm direito a políticas públicas dedicadas e adaptadas às suas necessidades é recente. As primeiras iniciativas com características de ações estatais organizadas e integradas à sistemas já existentes, como o Sistema Único de Saúde – SUS – e Sistema Único de Assistência Social – SUAS – surgem a partir da publicação do decreto 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua – PNPSR, fruto de lutas e reivindicações das pessoas em situação de rua organizadas em movimentos sociais¹¹. Um elemento marcante da PNPSR é o fato de ser uma política essencialmente intersetorial, que

^{IV} Valor inicial do auxílio emergencial. Após cinco meses o valor foi diminuído pela metade, pago por mais 4 meses.

reafirma a complexidade dos fenômenos que envolvem a vivência de rua e aponta a intersetorialidade como via de superação das iniquidades sociais e em saúde.

A intersetorialidade é aqui compreendida em consonância com a discussão presente em Carmo e Guizard¹². Através de uma revisão do estado da arte do conceito e suas implicações para a política pública, apresentam, com base em Inosoja^V, o entendimento da intersetorialidade como “articulação entre diferentes saberes e experiências que se integram sinergicamente nas etapas do ciclo das políticas públicas com vistas a atingir patamares de melhor desenvolvimento social”¹². Longe de encerrar discussão sobre a polissemia do tema, também tratada no artigo, as autoras elucidam importantes aspectos sobre a prática intersetorial e desafios da burocracia estatal, especialmente entre o SUS e o SUAS, reconhecendo a sinergia entre os objetivos, organização, usuários e natureza não contributiva desses sistemas¹². Uma vez que reconhecem a intersetorialidade como elemento importante para a superação da fragmentação das políticas de garantia de direito, relacionam a prática intersetorial ao desenvolvimento da integralidade e equidade¹².

Pensar a intersetorialidade como eixo central das políticas públicas voltadas para PSR torna-se, assim, condição sem a qual é improvável o alcance dos objetivos de integralidade e proteção social, expressos nos marcos regulatórios do SUS e SUAS, respectivamente. Também é inevitável, diante da complexidade de demandas associadas à vivência de rua, que as ofertas e serviços dos dois sistemas, SUS e SUAS, ganhem destaque devido a sua característica não contributiva, alinhamento com as perspectivas de direitos humanos, direitos sociais básicos e capilaridade nos territórios. Não por acaso os serviços estatais exclusivos para PSR estão concentrados nas áreas de saúde e assistência social.

No âmbito do SUS, a criação das equipes Consultório na Rua, por meio da portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, representa a primeira estratégia de saúde de abrangência nacional dedicada às especificidades desse público. Desenvolvida sob o guarda-chuva da Política Nacional de Atenção Básica, a estratégia tem como objetivo a atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua em seus territórios de convivência e interações. Para o SUAS, os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializados para População em situação de Rua (Centro POP), Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) e Unidade de Acolhimento, todos previsto na Tipificação Nacional

^V INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos Fundap. São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001. Apud (12)

de Serviços Socioassistenciais¹³, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social em novembro de 2009, são os principais equipamentos direcionados ao atendimento das demandas da PSR. Apesar dos evidentes avanços relacionados à instituição da PNPSR, a garantia dos direitos da PSR segue como um grande desafio para as políticas públicas¹⁴.

No curso da pandemia, a invisibilidade característica da PSR deu lugar a uma crescente visibilidade relacionada às complexas questões sociais em evidência. Diante do Decreto nº 40.528¹⁵, de 18 de março de 2020, que inaugura as primeiras estratégias de isolamento físico, distanciamento social e fechamento do comércio, a PSR, que sobrevive em grande parte do excedente produzido pela cidade em movimento, se viu e foi vista sem a maior parte das redes e recursos presentes no território, provocando concentração, em detrimento do distanciamento, e tensões em frentes diversas. Seja pela reivindicação da própria população, pela preocupação das instituições de defesa de direitos com as condições de vida e saúde da PSR, ou pela inquietação com as possíveis consequências para a saúde coletiva, segurança e ordem pública, as ações para PSR entraram na agenda do dia, exigindo posicionamento e organização do estado, serviços, sociedade civil e movimento sociais.

No setor público, a partir do apreendido empiricamente, foi notável a manutenção do protagonismo das políticas de saúde e assistência social na oferta de serviços para PSR, porém com maior influência de movimentos sociais, sociedade civil, academia e órgão de proteção de direitos, o que enseja o interesse pela análise dos desafios, práticas e possíveis inovações no contexto dessas políticas no enfrentamento da pandemia. Compreender os interesses e relações de poder intrínsecos às respostas dadas para uma crise sanitária de tamanha proporção, a partir do olhar para populações vulnerabilizadas, é relevante pois coloca em evidência a constituição do próprio estado brasileiro de direito, os princípios de equidade e universalidade, estruturantes do SUS, e o fortalecimento do direito universal à saúde enquanto fundamento para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Essa pesquisa tem como referência principal a relação entre os atores institucionais e executores de políticas públicas direcionadas às pessoas em situação de rua no Distrito Federal no contexto da pandemia. Este estudo se propõe, assim, a responder as seguintes questões de pesquisa: Quais as principais ações direcionadas para o atendimento de necessidades da PSR no Distrito Federal no contexto da pandemia? Quais fatores promovem ou comprometem a execução das ações sob o ponto de vista da intersetorialidade? Como os mecanismos de prática das ações interinstitucionais no contexto da pandemia podem contribuir o aprimoramento da intersetorialidade entre as políticas públicas voltadas para pessoas em situação de rua?

1.1 JUSTIFICATIVA

O estudo proposto tem como pano de fundo a trajetória profissional da pesquisadora, assistente social sanitaria que há oito anos compõe uma equipe Consultório na Rua em Brasília, Distrito Federal. O interesse pela temática nasceu, sobretudo, das vivências e reflexões sobre a prática de saúde dedicada a essa população específica. Trabalhar junto à população em situação de rua oferece não só uma perspectiva privilegiada acerca da heterogeneidade das existências na rua, da resiliência e desafios enfrentados pelos sujeitos e coletivos, como da organização das políticas públicas a partir de necessidades complexas em contexto de grande exclusão e vulnerabilidade. Somam-se à prática os valores e influências adquiridos na graduação em Serviço Social, concluída em 2010 na Universidade de Brasília e Especialização em Saúde Coletiva na Escola de Governo da Fiocruz Brasília, vivenciada no ano de 2019, na qual foi desenvolvido trabalho de conclusão de curso em dupla que abordou as relações intersetoriais entre o SUS e SUAS na atenção a pessoas em situação de rua. Esta pesquisa também é um dos requisitos para a obtenção de título de mestre no Mestrado Profissional em Políticas Públicas de Saúde da Fiocruz Brasília.

Além disso, ser trabalhadora da saúde nesse momento histórico em que vivenciamos a pandemia da COVID-19 trouxe novos desafios e ampliou antigos, especialmente para os sujeitos que vivem na rua, mas também para rede de cuidado, proteção e garantia de direitos. Exige estudo, desenvolvimento de habilidades e competências, inclusive emocionais, esforço de articulação e superação de barreiras de comunicação entre pessoas e serviços em contexto de pressão e estresse. A primeira justificativa para a realização da pesquisa é, então, profissional, pois propõe olhar direto e submetido à crítica para a própria prática visando amadurecimento e ampliação de recursos.

Tanto o espaço sócio-ocupacional de assistente social, profissional formado a partir do compromisso ético-político com a garantia de direitos, quanto a inserção em equipe de saúde dedicada à uma população vulnerável sob a perspectiva da saúde coletiva, evidenciam a necessidade de articulação de recursos, saberes e práticas diversas para a superação das desigualdades e opressões que sustentam assimetrias de poder e vulnerabilidades estruturais.

Ao direcionar olhar mais ampliado para as interações na pandemia foi possível perceber, como base na experiência prévia, que a crise evidenciou elementos importantes acerca da intersetorialidade, tais como a maior disposição de instituições e sujeitos para o planejamento conjunto, cooperação e comunicação entre gestores, serviços, usuários, sociedade civil e academia, e construção de objetivos comuns. Concomitantemente, observa-se a manutenção das relações de poder históricas que sustentam o lugar subalterno da população em situação de rua, com o estabelecimento de práticas de controle e higienização. O compromisso com fortalecimento do potencial de articulação observado no período, o incremento da política pública e ampliação das alternativas de cuidado e acesso aos direitos para as pessoas em situação de rua, a partir de uma perspectiva emancipadora, tornam-se, assim, a segunda justificativa, que pode ser chamada de política.

Do ponto de vista acadêmico, o percurso metodológico priorizado, à luz da literatura de referência, permite a elucidação dos movimentos e barreiras para o desenvolvimento das políticas públicas. Entender como a política pública e seus atores se comportam em momentos de crise oferece elementos interessantes para a compreensão da realidade, e compreender é passo essencial para transformar. Ainda, o estudo contribuirá para o entendimento dos diversos enfrentamentos, desafios e potencialidades para o trabalho intersetorial, temática que apesar de cara ao campo de cuidado e proteção social da PSR possui poucos estudos publicados. A busca livre pelos descritores “intersetorial” e “população em situação”, com o recurso do operador booleano “and”, na Biblioteca Virtual de Saúde, apresentou 44 resultados. Ao restringir a busca para publicações que contenham os descritores no título, restam apenas três artigos. A falta de estudos que abordem as especificidades da vivência de rua contribui para a invisibilização desse grupo populacional no debate das políticas públicas, campo que tem os recursos para efetivamente contribuir com o fortalecimento da cidadania e direitos humanos.

O fato de a pesquisadora atuar na política em análise permite uma visão privilegiada do objeto. Essa visão, como não poderia deixar de ser, é permeada pela história, relações, vivências, valores e referências no contexto de ação da pesquisadora, o que não impede a viabilidade de realização de pesquisa objetiva e validada entre pares, desde que o processo seja honesto, transparente e cuidadoso com questões éticas. Para Mattos¹⁶, a objetividade decorre da aplicação rigorosa e honesta dos métodos de investigação que nos permitem fazer análises que não se reduzem à reprodução antecipada das preferências ideológicas daqueles que a levam a cabo.

Em contraposição à ilusão de neutralidade, esta pesquisadora se apresenta como sujeito político na busca, perpassada por conflitos e contradições, por agir em defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania; defesa do aprofundamento da democracia; posicionamento em favor da equidade e justiça; respeito a diversidade e garantia do pluralismo; como expresso no código de ética profissional do Assistente Social. Ainda, posiciona-se alinhada aos princípios de participação social democrática, responsabilidade do estado, universalidade e integralidade, norteadores do SUS, em defesa da saúde integralmente pública e de qualidade.

1.2 OBJETIVOS

De forma geral, objetiva-se analisar as práticas interinstitucionais para pessoas em situação de situação de rua no Distrito Federal no contexto da pandemia da COVID-19 sob a ótica da intersectorialidade. De modo específico, o esforço de pesquisa será direcionado à:

- Sistematizar e contextualizar as principais práticas intersectoriais direcionadas a pessoas em situação de rua no Distrito Federal no contexto da pandemia da COVID-19
- Identificar e compreender inovações, boas práticas, retrocessos, fatores críticos e potenciais na execução das ações na perspectiva da intersectorialidade
- Indicar caminhos para qualificação da rede intersectorial de proteção e cuidado de pessoas em situação de rua

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE E VULNERABILIDADE ESTRUTURAL

A crise sanitária provocada pela pandemia da COVID-19 colocou em evidência as capacidades e responsabilidades dos estados e governos em responder adequadamente às necessidades do momento histórico diante do cenário de tantas incertezas¹⁷. Desde o anúncio oficial das autoridades chinesas à Organização Mundial de Saúde - OMS, em 31 dezembro de 2019, o mundo assistiu à propagação da doença, com altíssima taxa de transmissão, afetar de forma diversa países com características sociais, econômicas, territoriais e populacionais distintas.

As iniquidades puderam ser observadas desde a distribuição desigual de itens de saúde imprescindíveis, como equipamentos e insumos médicos, até a disponibilização de vacinas para países menos desenvolvidos¹. Ainda, a crise social e econômica, que afetou todo o mundo, foi sentida de forma muito mais dura em países com maior desigualdade social, sendo clara a constatação de que os países mais bem preparados para enfrentar a pandemia foram os que conseguiram articular “sistemas de saúde, proteção social, prestação de serviços básicos, programas para mitigar os efeitos da crise econômica, as políticas de coesão social e resiliência comunitária, e um forte reforço da capacidade de resposta dos sistemas de ciência, tecnologia e inovação em saúde.”¹

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, tornando concreta a necessidade de medidas para contenção da contaminação, preparação do sistema de saúde para atenção das demandas decorrentes do contato com o vírus e dos severos impactos sociais e econômicos anunciados⁵. O debate sobre a prescindibilidade da adesão da população a medidas de prevenção, considerando as evidentes disparidades de condições e recursos para tanto, ganhou força em espaços diversos, como na academia, instituições da sociedade civil, mídia, entidades religiosas e movimentos sociais. Todavia, não se trata de um debate recente.

As raízes do entendimento acerca da profundidade da relação entre saúde e organização social remetem ao advento da sociedade pós-moderna e da medicina social⁴. Mattos e Baptista¹⁸ apontam para a invenção de uma forma distinta de exercício do poder estatal em nome da segurança, com o estabelecimento de mecanismos de controle. A modernidade apresenta o Estado como capaz de prever e equalizar os riscos e intervir de forma preventiva em questões sanitárias, especialmente junto àqueles que ameaçam ordem social⁴.

Apesar da contribuição do paradigma preventivista para o entendimento da insuficiência do modelo biomédico na explicação do adoecimento e suas consequências, esse modelo de análise e intervenção, muito pautado por métodos utilizados nas ciências naturais, apresenta sérias limitações diante das complexidades do processo saúde-doença na vida em sociedade. Para Montagner e Montagner⁴, a crescente influência das ciências humanas e cientistas sociais no campo da saúde, somados aos movimentos políticos e sociais de questionamento da ordem econômica, social e papel do estado, colocaram as desigualdades sociais no centro dos debates acerca da saúde pública.

A incorporação das desigualdades, para além de fatores biológicos ou ambientais isolados, como causadoras de adoecimento permitiu a “ruptura com a tradição preventivista e

a criação de um modelo crítico à forma capitalista de produção de doenças”⁴ que propõe não só a cura ou controle de variáveis que afetam o progresso, mas um movimento amplo de transformação da realidade de promoção da saúde. No Brasil, esse campo de estudos e ação foi posteriormente chamado de saúde coletiva. A ascensão do paradigma da saúde coletiva não significou, no entanto, o esgotamento dos modelos biomédico e preventivista, que permanecem com notável prestígio científico⁴. O que se percebe, ainda hoje, é a coexistência e disputa das abordagens no campo da saúde pública.

O desenvolvimento do campo da saúde coletiva propiciou o questionamento de paradigmas norteadores das análises e intervenções em saúde, entre eles o conceito de risco, fortemente presente nos modelos explicativos dominantes que recorrem aos métodos matemáticos como principal fonte de dados para explicar o adoecimento. Para Montagner e Montagner⁴, o advento da modernidade abarcou o conceito de risco como perigo previsível e a ideia do Estado – de previdência – como agente central em sua identificação e minoração. Enquanto conceito indutor de práticas, a ideia de risco como “consequência mensurável das ações humanas, com foco nos resultados que comprometem o grupo social”⁴, promove a responsabilização de indivíduos ou grupos por consequências que são fruto da organização social e das desigualdades e traz implícita a noção de controle como alternativa para redução de riscos.

A epidemia de HIV, nos anos 70, e as reações de violência, discriminação e tentativas de controle direcionadas aos grupos mais afetados, estimularam a ampliação do debate sobre os aspectos individuais e coletivos que tornam os sujeitos, inseridos em uma determinada realidade, mais suscetíveis ao adoecimento¹⁹. Apesar de representar importante avanço na direção da compreensão ampliada de saúde, Montagner e Montagner⁴ consideram que essa definição, amplamente difundida e utilizada no debate sobre vulnerabilidade, ainda guarda estreita relação com aspectos individuais. Sugerem, portanto, a incorporação de elementos relativos à constituição da coletividade na sociedade capitalista para a construção do conceito de vulnerabilidade estrutural ou genética:

Situação definida historicamente, cuja origem concreta dentro de um determinado campo social é reconhecida em termos simbólicos e relacionais por grupos ou estrato da sociedade, reconhecimento este remetido ao patamar coletivo, supra individual. Essa origem (gênese histórica) representa uma trajetória daquele grupo dentro da sociedade, seus caminhos históricos e as determinações de força que o grupo sofreu dentro do campo social, culminando em uma situação específica de vulnerabilidade (estrutural).⁴

Os autores recorrem à lógica de Pierre Bourdieu para explicar parcialmente a situação de vulnerabilidade enquanto “ausência dos capitais sociais mais comuns e significativos, como o capital econômico, social, cultural, político, indicadores concretos da realidade simbólica e de classe deteriorada”⁴. O próprio surgimento do conceito no âmbito das políticas públicas e direitos humanos remonta à insuficiência da ideia de pobreza, restrita a aspectos econômicos e de renda, para explicar os históricos e complexos movimentos de exclusão e iniquidades produzidas no âmbito da sociedade capitalista. Portanto, não deve ser compreendida como aspecto individual, adjetivo para uma situação ou definidora de todo um grupo social ^{4,20}.

Enquanto categoria produtora de práticas, pesquisar e atuar na ótica da vulnerabilidade estrutural exige esforço para desvendar os contextos e situações às quais os sujeitos e coletivos estão submetidos em função de fazerem parte de grupo vulnerabilizado, sob a perspectiva das relações de poder, da responsabilidade do estado, dos direitos e das políticas públicas.

A nível global, fatores como a desigualdade social e econômica, disparidades de acesso a necessidades básicas – como saneamento básico, abastecimento de água potável, saúde, moradia, transporte, educação, segurança alimentar, assistência social – decorrentes de questões culturais, raciais, de gênero e sexualidade impactam significativamente os recursos, capacidades e oportunidades de comunidades, famílias e indivíduos se prevenirem dos riscos e enfrentarem as implicações de eventos calamitosos. Segundo Pires¹³ a desigualdades na distribuição dos efeitos e dos acessos no território contribuem para que as medidas do governo sejam vivenciadas de maneira diferente, de modo que “grupos sociais historicamente submetidos a processos de vulnerabilização sofram em intensidade desproporcional os efeitos adversos e a desatenção das medidas adotadas para o enfrentamento à crise.”¹⁷

Ainda, com base em Caprara²¹, salienta-se a importância, ao se pensar efeitos e medidas a serem adotadas, de se considerar a “coexistência de diferentes paradigmas de pensamento”, de formas diversas de interpretação da realidade, comportamentos e hábitos. Ao contrário do senso comum, ressalta o autor, pensar a questão não promove a subestimação de fatores estruturais, e sim contribui para ampliação das complexidades relativas aos fenômenos analisados.

No enfrentamento à pandemia no Brasil, seguindo a linha das diretrizes e recomendações internacionais, ganharam destaque as medidas de restrição de circulação, distanciamento social e estímulo para incremento de hábitos de higiene. Enquanto uma parte da população brasileira reúne condições para seguir adequadamente medidas de proteção,

manutenção das atividades laborativas e renda, acesso a recursos tecnológicos e serviços essenciais, como educação e saúde, parte significativa não dispõe de recursos mínimos para a manutenção da subsistência no período¹⁷. Em pesquisa realizada pelo Centro de Estudos em Finanças (FGVcef) da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP)²² e a Toluna, fornecedora de *insights* do consumidor sob demanda, 63,93% dos entrevistados disseram ter tido perdas na renda em função da crise. Quase 40%, perderam entre 10% e 30% dos seus rendimentos e 2,61% relataram que perderam toda a renda. O estudo indica que os mais pobres tiveram a renda mais impactada.

Pires¹⁷, com base em indicadores compilados em ensaio de Klintowitz, Moreira e Tavares²³, apresentam dados alarmantes. O déficit habitacional no país chegou a 7,5 milhões em 2018 e segue em crescimento; 4 milhões de famílias vivem em domicílio sem banheiro, 35 milhões sem acesso a água tratada e 100 milhões sem rede de esgoto; somam-se a isso a precariedade do acesso a políticas públicas como transporte, saúde, educação e segurança.

Estudos diversos evidenciam que a gravidade dos impactos em territórios marcados por vulnerabilidades estruturais tende a ser maior^{5, 17, 24-27}. Nesse contexto, restam severamente comprometidas as condições objetivas de colocar em prática até mesmo medidas aparentemente simples, como higienizar as mãos, até as mais complexas como ficar em casa, quando a subsistência depende de atividades autônomas e informais, ou quando simplesmente não há casa, como é o caso da população em situação de rua.

2.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A pandemia da COVID-19 afeta de forma desigual os desiguais. Em um país onde a desigualdade social é colossal, estratos sociais possuem diferentes recursos para lidar com as consequências de uma crise sanitária de tamanha proporção. Para compreendermos os contornos da pandemia para a PSR, primeiro é necessário compreender as características desse fenômeno e o contexto social, econômico e político do país.

Para Farias e Diniz²⁸ existe uma relação intrínseca entre o processo de formação das cidades no contexto da ascensão capitalista e as pessoas em situação de rua, uma vez que as

condições que permitem a construção e manutenção das cidades são as mesmas que sustentam a desigualdade e a negação de direitos para essa parcela da população²⁸. Em suas primeiras manifestações, a PSR representa o contingente de pessoas que, apesar de fundamentais para sua regulação do mercado de trabalho compondo o exército industrial de reserva, não são absorvidas por ele. A elas é negado o direito de acesso aos recursos da cidade, tais como moradia, saúde, educação, transporte, e ainda o direito de ser participe nos processos de tomada de decisão e transformação da cidade, de modo que a “PSR é tão parte da cidade quanto esta mesma cidade lhe é negada”^{28:41}.

Os autores destacam que:

as condições histórico-estruturais que a tornam condição necessária à reprodução do capital, permanecem tanto quanto a desigualdade social lhe é inerente. Isso implica que há uma combinação de determinações históricas-concretas que promovem a condição de rua em relação com a necessidade que o capital possui de estabelecer a precarização das relações de trabalho e desemprego estrutural. (p.45) (...) a formação da PSR como um fenômeno urbano está, então, fortemente associada a características do mercado de trabalho nas cidades e ao movimento centrípeto que o capitalismo desenvolve em direção às cidades, à pauperização e a miséria da vida de uma parcela significativa das pessoas nas cidades. ^{28:46}

Enquanto expressão radical da questão social^{VI}, a vivência de rua está diretamente relacionada aos movimentos de sociais, políticos e econômicos, especialmente àqueles relacionados ao mundo da produção e reprodução de vida, que no sistema capitalista se dá essencialmente através do trabalho. As mudanças recentes no mundo do trabalho, portanto, tem influência direta nos movimentos que levam e mantem pessoas em situação de rua e absoluta falta de acesso a garantias fundamentais para uma vida digna.

A pandemia chegou ao Brasil em um momento de ascensão de medidas neoliberais e agenda ultraconservadora no que diz respeito aos costumes, expressas e, entre outros na EC 95, de dezembro de 2016, a reforma trabalhista, em julho de 2017 e o gradativo questionamento e perda de direitos sociais e individuais e de participação, como no ato de revogação, em 2019,

^{VI} Silva, ML. Mudanças recente no mundo do trabalho e o fenômeno da população em situação de rua no Brasil 1995-2005. 2006, Dissertação (Mestrado em Política Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2006) Apud (28)

de centenas de conselhos, comitês e outros instrumentos de participação da sociedade civil na gestão pública.

Através de medidas de ajuste da economia, com redução de salários e gastos públicos, as políticas de austeridade, frequentemente justificadas como via de redução da dívida pública e aumento dos lucros, competitividade e retomada do crescimento, são desconsideradas a promoção e proteção de direitos humanos com o explícito favorecimento dos interesses do grande capital em detrimento da maioria dos cidadãos brasileiros, que utiliza os serviços públicos como saúde e educação, áreas mais impactadas pela EC95 ²⁹. “Trata-se, portanto, de uma teoria, não da justiça social, mas do sacrifício social, acrescida de uma distribuição desigual dos sacrifícios” ^{29:121}.

Tal projeto político age em favor da concentração de renda, o que pode ser constatado pelo enriquecimento e aumento de renda de setores específicos durante a pandemia³⁰, em contraposição ao massivo empobrecimento da classe trabalhadora.

As próprias estratégias adotadas pelo governo brasileiro durante a pandemia são elucidativas das escolhas pela proteção do capital em detrimento da vida dos cidadãos, uma vez que a falsa dicotomia entre saúde e economia esteve presente no discurso de presidente Jair Bolsonaro, que em tom negacionista e de minimização dos efeitos da crise sanitária afirmava que economia não poderia parar. Ainda, resistência às recomendações de distanciamento e isolamento e a insistência em tratamentos precoces sem comprovação científicas, provocaram ruptura no pacto federativo e social, e como consequência o país, dividido, alcançou a triste marca de quase 700.000 mil mortos³¹.

No âmbito da proteção social, a pressão da sociedade e oposição permitiu a instituição do auxílio emergencial, que atendeu à reivindicação ao mesmo tempo da classe trabalhadora e dos empresários, uma vez que manteve a economia em movimento; contudo, não houve esforço significativo em ações intersetoriais para redução das desigualdades com impactos para as populações mais vulnerabilizadas³¹

A pandemia novamente evidenciou, como apontam Lima e Gadelha,

“que os países mais bem posicionados para enfrentá-la foram aqueles que conseguiram integrar a organização dos sistemas de saúde, proteção social, prestação de serviços básicos, programas para mitigar os efeitos da crise econômica, as políticas de coesão social e resiliência comunitária, e um forte reforço da capacidade de resposta dos sistemas de ciência, tecnologia e inovação em saúde¹.

Entre os grupos mais afetados pela condição de vulnerabilidade estrutural e, portanto, pelos efeitos da pandemia da COVID-19, está a população em situação de rua. Segundo Bursztyn e Araújo^{VII}, a existência de pessoas em situação de rua é fenômeno mundial que remonta do aprofundamento da questão social e as consequentes mudanças nas ordens econômicas, políticas e sociais. Apesar das especificidades observadas na trajetória de cada sujeito, que evidenciam uma diversidade de vivências na rua, os complexos processos que influenciam o início e manutenção da situação de rua, como discutido por Varanda e Adorno¹⁴, apontam para a fundamental importância de elementos estruturais, sociais, políticos e econômicos em fenômenos como a exclusão social, desemprego estrutural e intergeracional, falta de acesso a direitos humanos básicos, baixa qualificação e rompimento dos vínculos sociais diversos¹⁴.

Na rua, os sujeitos “passam a vivenciar processos de exclusão, de violência, de repressão, de perda de vínculos e de referências, de marcação de estigmas e rótulos”³², o que exige o desenvolvimento e incorporação de recursos adaptados à nova realidade^{14,32}. Chamam atenção as estratégias que demonstram resiliência na superação dos grandes desafios provocados pela precariedade de recursos e instabilidade das relações sociais, contudo, na medida em que [as estratégias] permitem a sobrevivência na rua³², também impactam significativamente a saúde e as oportunidades e possibilidades de construção de alternativas para redução danos e sofrimento e melhor qualidade de vida¹⁴.

Historicamente, as demandas desse público são prioritariamente direcionadas a setores assistencialistas, que com grande recorrência atuam por meio de medidas de controle sanitário e higienistas e, mais recentemente, medicalizadas, reduzindo questões sociais complexas a diagnósticos médico-clínicos¹⁴. Mattos e Ferreira³³ destacam, com base em Guareschi^{VIII}, a perpetuação de relações de exploração de dominação por meio de representações sociais materializadas nas relações sociais, que interferem na construção das identidades pessoais dos sujeitos em situação de rua e, conseqüentemente, nas ações direcionadas a eles.

Apesar do Brasil não realizar contagem oficial de pessoas vivendo na rua, o que marca a invisibilidade e negligência histórica e impacta o desenvolvimento de políticas públicas, Natalino³⁴ considera que nos últimos anos houve um significativo desenvolvimento de esforços

^{VII} Bursztyn M, Araújo CH. Da utopia à exclusão: vivendo nas ruas em Brasília. Rio de Janeiro: Garamond, 1997 apud (14)

^{VIII} GUARESCHI, P. A. A ideologia: um terreno minado. Psicologia e Sociedade, São Paulo, vol. 8, n. 2, p. 82-94, 1996. Apud (33)

e instrumentos que permitem uma maior precisão nas estimativas. O autor estima que o número de pessoas vivendo na rua em março de 2020 é de 221.869, indicando crescimento de 140% da população no período analisado – 2012 a 2020 – com tendência de crescimento acelerado no atual contexto da crise econômica e sanitária, o que justifica a necessidade de ampliação dos estudos dedicados a temática de modo a qualificar e fortalecer as políticas públicas voltadas a esta importante parcela da população³⁴.

Além de serem acometidas por altos índices de prevalência de doenças infectocontagiosas, como tuberculose e HIV-AIDS, e questões graves de saúde mental, como transtornos mentais e uso prejudicial de álcool e outras drogas, a PSR enfrenta inúmeras barreiras para acesso aos serviços de saúde, como apontado por Borysow, Conill e Furtado³⁵. Ao observar o funcionamento de serviços específicos para pessoas em situação de rua em três países – Brasil, Estados Unidos e Portugal – os autores destacam que, a despeito das diferenças estruturais e conjunturais, todas as estratégias consideram a complexidade das demandas e o acesso aos serviços de saúde como elementos centrais para a superação das vulnerabilidades associadas à vida na rua, desenvolvendo estratégias com foco na busca ativa, formação de equipes multiprofissionais e articulação com setores diversos.

Diante da ausência de dados nacionais, alguns estados realizaram estudos e censos próprios e acusaram um importante aumento e mudanças importantes no perfil da população. De acordo com a Secretaria de Assistência Social do Município do Rio de Janeiro identificou 7272 pessoas vivendo nas ruas, sendo que aproximadamente 20% afirmaram ter ido para a rua após a pandemia, o que a secretaria assume como indicativo de aumento da PSR³⁶. No estado de São Paulo foi verificado aumento expressivo de 31%. Os dados demonstram ainda o aumento de 82,5% nos pontos de concentração, e 330% de aumento no número de barracas ou moradias improvisadas³⁷. No Distrito Federal, a Pesquisa Perfil da População em Situação de Rua no DF³⁸ identificou 2938 pessoas vivendo em situação de rua. Como a última contagem no território foi realizada há mais de 10 anos, não há dados que comprovem o aumento da PSR, porém, 38,2% afirmaram viver nas ruas a menos de dois anos, o que pode indicar um significativo aumento pós-pandemia.

2.3 EQUIDADE, INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE

Falar sobre as especificidades de um grupo populacional como a PSR, e a organização de políticas públicas que considerem a diversidade de condições para inserção e reprodução da vida na sociedade capitalista, passa necessariamente pela ideia de equidade. O debate que cerca a categoria equidade abarca elementos filosóficos, éticos, morais e políticos amplamente discutidos no decorrer da história, guardando estreita relação com os conceitos de igualdade e democracia. A constatação da existência de desigualdades, sejam elas humanas – decorrentes da condição de seres únicos com trajetórias particulares – ou sociais – iniquidades produzidas pelas formas de estruturação e organização política, econômica e cultural – evidenciam a importância de se pensar estratégias desiguais, partindo das necessidades dos sujeitos e coletivos, também desiguais, para o alcance da justiça social e igualdade^{39,40}.

A noção de equidade compreende, assim, a existência de um ordenamento político-jurídico que garanta uma série de direitos de cidadania que servirão de parâmetros para ação direcionada à diminuição das vulnerabilidades associadas às “desigualdades que são criadas por um processo histórico e pelos modos de organização e de produção da sociedade”³⁹. Dentre os segmentos sociais essenciais que influenciam as possibilidades concretas de alcance da igualdade, sendo alvo de ações de equidade, está o setor saúde. Whitehead^{IX} aponta que as “iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social”.

As fortes conexões entre as condições socioeconômicas e culturais com a saúde, afirma Corgozinho⁴⁰, sugerem que o investimento no desenvolvimento das condições de saúde das populações termina por reduzir as desigualdades sociais. Portanto, entende-se se que o setor saúde é responsável, em grande parte, pelas condições sem as quais o desenvolvimento social e humano mais igualitário não é possível. O mesmo autor chama a atenção para o uso do conceito de equidade na saúde pública, qual seja o de interferir na “distribuição de recursos e outros processos”⁴⁰ direcionando-os a grupos vulneráveis de modo que a prestação de serviços contribua para a materialização da justiça⁴¹.

No Brasil, ações para promoção de equidade tomaram corpo a partir de movimentos políticos e sociais, entre eles a Reforma Sanitária Brasileira, que culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988 e do SUS. A chamada constituição cidadã trouxe amplas

^{IX} WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. Apud (40)

inovações nas noções de direitos individuais e coletivos, justiça, seguridade social e responsabilidade do estado na manutenção de condições mínimas de proteção e satisfação de necessidades básicas da população.

O princípio de equidade, juntamente com universalidade e integralidade, estão presentes em diversos documentos doutrinários e técnicos da área da saúde nas últimas décadas, no Brasil e no mundo. Apesar de não constar entre os princípios expressos nas leis que instituem o SUS, como a CF 88 e a Lei Orgânica da Saúde, cujos marcos legais são igualdade, universalidade e integralidade, a equidade é frequentemente utilizada como sinônimo ou substituto para o conceito de igualdade, uma vez que expressa melhor o sentido da ação para a diminuição das iniquidades e acesso diferenciado de acordo com as necessidades específicas⁴¹.

Coelho³⁹ utiliza-se de extensa literatura no campo das iniquidades em saúde para demonstrar a persistência de um grande abismo em indicadores de saúde. Apesar de reconhecer que esse não é único fator para avaliar as condições de aplicabilidade e medição do princípio de equidade, salienta a centralidade do setor na observação do fenômeno, de modo que a compreensão acerca da distribuição dos serviços de saúde é uma forma eficiente de medir como o estado lida com as desigualdades. Para o autor, além não termos um significativo avanço na distribuição equitativa de serviços de saúde, é possível perceber o retrocesso em aspectos centrais do sistema de saúde. Como exemplo, apresenta dados acerca da expectativa de vida ao nascer, que mesmo em crescente em todo o país, é claro abismo que separa as regiões sul e sudeste do Norte e Nordeste. Assim, “a explicação da iniquidade e a luta pela equidade passam, necessariamente, pelo reconhecimento de atores com maior ou menor capacidade de reconhecer, formular e batalhar na defesa de seus interesses⁴²”.

Paim⁴³ destaca elementos como a tendência à diferenciação e individualismos presentes na sociedade brasileira; o predomínio do neoliberalismo; a insuficiência de infraestrutura; o subfinanciamento crônico, tornado constitucional pela EC95, como fatores que impactam significativamente a capacidade do SUS enfrentar os desafios crescentes, a exemplo do envelhecimento populacional, empobrecimento da população e o aumento do quantitativo de pessoas vivendo nas ruas.

As equipes Consultório na Rua são exemplos de política de equidade inserida no SUS. Sua criação remete ao reconhecimento da negligência histórica que afasta e dificulta o acesso à saúde para esse grupo populacional. Apesar de estar inserida na estrutura política e organizacional da Atenção Primária à Saúde, o trabalho das equipes consultórios na rua, como

tantas outras políticas específicas de equidade, impacta a rede de saúde de forma transversal, colocando em pauta as necessidades dos sujeitos que utilizam a rua como espaço de moradia e reprodução da vida.

Outro conceito fundamental para se pensar a políticas, ações e serviços de saúde que levem em conta a vulnerabilidade social é o de integralidade, que fortalece o entendimento de que as políticas, ações e serviços de saúde devem ser organizados a partir das necessidades e especificidades dos sujeitos e coletivos. Paim e Silva⁴¹ destacam a polissemia do conceito, que assim como o de equidade, necessita ser analisado a partir de uma historicidade. Os autores apontam para pelo menos quatro perspectivas de integralidades contempladas pela Reforma Sanitária Brasileira:

a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes de saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.⁴¹

Para Ayres⁴⁴, a busca pela integralidade passa pela essencialidade de qualificar o diálogo entre todos os envolvidos nas práticas de saúde, seja na relação profissionais/usuário, seja entre profissionais. Desse modo, é impossível “pensar integralidade sem considerar o contexto de intersubjetividade em que se dá o cuidado, sem considerar o diálogo como seu fundamento, em qualquer plano em que se analise, da macroesfera da constituição do Estado à microesfera do ato terapêutico.” Enquanto o princípio da universalidade nos mobiliza na construção do acesso a todos e o da equidade exige a pactuação acerca das necessidades coletivas e individuais, a integralidade “nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um”.

Pinheiro⁴⁵ também destaca a polissemia do tema no bojo das políticas públicas ao apresentar a integralidade como:

“ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual - onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.”^{45:69}

Mattos⁴⁶, por sua vez, entende a integralidade acima de tudo como uma “bandeira de luta”, um valor a ser defendido a partir de um conjunto serviços, atitudes e práticas desejáveis,

que se relacionam com a ideia de uma sociedade mais justa e igualitária. Nesse ponto, temos uma aproximação entre os conceitos da equidade e integralidade, de modo que ambos se constituem faces do Sistema Único de Saúde que, quando em prática, tem potencial para produzir cuidado na medida em que interferem nas iniquidades.

Esse autor compreende que a integralidade se materializa através de seus sentidos, que incidem sobre diferentes pontos do processo de atenção à saúde, sendo que identifica três principais. O primeiro, diz respeito ao encontro do profissional com o usuário, quando a integralidade se configura como uma atitude, uma conduta, ou boa prática, que permite a compreensão das diversas necessidades dos sujeitos, em uma perspectiva relacional. O segundo diz respeito a organização do trabalho e dos serviços, em recusa aos modelos que fragmentam os sujeitos e seus contextos. O terceiro aponta para o desenho das chamadas “políticas especiais” que dialoga com as formas pelas quais o estado responde aos problemas de saúde de populações específicas, onde a integralidade se constituiria como “uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem⁴⁶.”

Ao analisar a integralidade sob a perspectiva das necessidades de saúde, Cecílio⁴² promove uma nova aproximação entre os sentidos de integralidade e equidade. O autor contribui para o debate apresentando sua percepção sobre as duas dimensões principais da integralidade, a focalizada e ampliada. Por integralidade focalizada entende a “integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.” Já integralidade ampliada diz respeito à “integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde”. Seja pela distribuição dos serviços e tecnologias em saúde, seja pela necessidade de articulação intersetorial para promoção de melhorias nas condições de vida da população, a integralidade nunca se dá em um só local.

As dimensões da integralidade contemplam, assim, desde os elementos que constituem os sujeitos sociais e as interações com os serviços e profissionais de saúde até a articulação de políticas públicas para diminuição das iniquidades em saúde e sociais. Nesta pesquisa, a intersetorialidade desponta como uma das dimensões da integralidade que ganha destaque

frente ao caráter multidimensional do objeto, as políticas públicas direcionadas a pessoas em situação de rua.

A intersetorialidade está presente na maior parte dos debates na gestão pública, porém são incipiente os estudos e pesquisas para compreensão de seus mecanismos de efetivação e estabelecimentos de critérios para avaliação ^{47,48}.

Para Akerman et.al ⁴⁷, a intersetorialidade se configura como recurso que permite encontros e reconhecimento da diversidade, evidenciando interesses e conflitos. Contribui para a busca de convergências, evitando desperdícios de recursos, ações em duplicidade e planejamento integrado. As autoras salientam que a intersetorialidade não diz respeito somente de experiências intersetoriais esparsas e fragmentadas na gestão ou serviços, e sim a uma práxis de governo, que articula planejamento, ações e avaliação, de forma sincronizada e complementar, a partir da noção de direito, integralidade e participação social.

Reconhecida como estratégia para intervir em problemas complexos, Canato e Bichir⁴⁸ sustentam que práticas intersetoriais se apresentam mais como experimentos da gestão que como práxis de governo, ampliando a importância dos estudos e pesquisas na área. Ressaltam ainda, a partir de amplo estudo com referências nacionais e internacionais e casos empíricos, o predomínio de “abordagens tipológicas, que visam classificar “tipos ideais” de interação entre órgãos governamentais ou arranjos envolvendo parcerias com organizações da sociedade civil”, sendo que a realidade demonstra que as articulações intersetoriais derivam muito mais de construções incrementais, de modo que precisa ser produzida, não é dada e envolve setores diversos a partir problemas coletivos. As autoras propõem que seja valorizada a “natureza indeterminada dos processos de implementação”, em contraste com “abordagens prescritivo-formais”, de forma que o esforço de compreensão deve se dar a partir dos arranjos práticos^X. Para tanto, sugerem eixos de análise que apoiam o olhar para as articulações intersetoriais a partir dos (i) modo de definição dos problemas públicos; (ii) modos de coordenação; (iii) processos de tomada de decisão e (iv) arranjos de implementação.

Para Cunill-Grau⁴⁹, a referência à intersetorialidade no âmbito dos setores públicos abarca uma visão ampla centrada na resolução do problema, de característica multicausal a ser

^X Pires, R., & Gomide, A. (2018). Governança e capacidades estatais a partir da abordagem dos arranjos e instrumentos de políticas públicas. *Boletim de Análise Político-Institucional*, 19, 25-32. Apud (48)

enfrentado, de modo que a integração entre os setores se mostra como um caminho para uma abordagem integral. Assim, “é a procura da integralidade na abordagem de um determinado problema ou situação social que coloca como central a questão da relação entre diferentes setores do governo”^{49:36}

A intersectorialidade não implicaria, portanto, unicamente na entrega compartimentada de serviços setoriais a um público específico, mas também a articulação para o atendimento de necessidades sociais ou prevenção de problemas complexos, multideterminados e relacionados entre si, a partir de uma perspectiva de direito. Tal articulação é sugestiva de “relações de colaboração, claramente não hierárquicas e, inclusive, não contratuais”^{49:36} que ampliam foco para a além da pobreza em si, mas se pauta na transformação social, de modo que se apresenta como um “fundamento político” que exige uma interação entre os setores que supere a simples coordenação de ações^{49:42}

Nessa perspectiva, a autora propõe caminhos para a análise da intersectorialidade que passem pelo entendimento:

i) dos mecanismos de formulação das decisões e sua expressão nos processos de planejamento, formulação orçamentária, monitoramento e avaliação; ii) das modalidades de execução das ações, de alocação dos recursos para seu financiamento e de intercâmbio de informação; iii) dos formatos organizacionais suprasetoriais e intersetoriais (arranjos comuns de governança).^{49:50}

Além desses fatores, a autor sugere que qualquer análise considere as relações entre os atores envolvidos, como os recursos disponível a cada um, a percepção dos mesmos sobre a utilização dos próprios recursos e dos outros setores, as referências culturais, as formas de compartilhamento de poder e gerenciamento de conflitos e as formas de liderança. Ainda, apresenta um quadro com elementos que permitem um olhar mais apurado para os níveis de interação intersectorial nos territórios.

Quadro 1 - Intensidade da ação intersectorial de acordo com níveis de integração dos mecanismos de gestão e execução e das estruturas organizativas.

Alta integração	Baixa integração
Compartilha-se a formulação das decisões, monitoramento e avaliação <i>(Incorporação no ciclo de políticas)</i>	Apenas uma parte do ciclo de políticas é contemplada. Por exemplo, um plano de ação básico, coordenado por alguma instância central, no qual intervém um órgão intersetorial de caráter técnico.
Planejamento conjunto	
Programação orçamentária comum	As atividades básicas de planejamento, elaboração do orçamento e avaliação continuam assumidas setorialmente.
Monitoramento e avaliação compartilhados	
Compartilha-se a execução das decisões, a informações os recursos (mancomunidade)	Compartilham-se somente assuntos operacionais. Por exemplo, transferência de informação sobre um mesmo público.
Ações, recursos e responsabilidades compartilhadas com funcionamento em rede	O financiamento das ações fica a cargo de uma autoridade central.
Produzem-se alterações nas estruturas organizativas setoriais <i>(Estruturas orgânicas suprasetoriais ao menos para a governança comum)</i>	Não existem arranjos para a ação intersetorial, salvo algum tipo de instância técnica multissetorial.
Intersectorialidade de alta intensidade	Intersectorialidade de baixa intensidade

Fonte: CUNILL-GRAU, N. A intersectorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual. 49:48

A intersectorialidade está fortemente presente na produção técnica e científica direcionada à temática de pessoas em situação de rua. Segundo apontam Machado e Vaz⁵⁰, a análise de leis, política e documentos técnicos da área demonstram a centralidade da intersectorialidade enquanto estratégia para lidar com as complexas consequências da vivência de rua para os sujeitos. Para as autoras, a complexidade do fenômeno aponta para a necessidade de respostas também complexas, sendo este o principal desafio colocado para as políticas públicas, em especial a seguridade social.

3 DESENHO METODOLÓGICO

Tomando como ponto de partida o objetivo geral, esta pesquisa se deteve a descrição e análise qualitativa das ações interinstitucionais para pessoas em situação de rua no Distrito Federal no contexto da pandemia da COVID-19 sob a ótica da intersetorialidade.

A delimitação dos objetivos específicos balizou a priorização de instrumentos metodológicos, de modo que a coleta de dados se deu em três etapas: (1) sistematização de dados, notícias e informações sobre as principais ações para PSR durante a pandemia; (2) análise aprofundada do documento Perfil da População em Situação de Rua no Distrito Federal; (3) entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. O recorte de tempo compreende o período de aproximadamente dois anos e meio, transcorridos entre março de 2020, quando são identificadas as primeiras mobilizações decorrentes da declaração do estado de emergência sanitária, e meados de 2022. Projeto aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF, sob parecer nº 5.271.539, de 03 de março de 2022.

Quadro 2 – Desenho Metodológico

	Objetivo Específico	Instrumentos
Etapa 1	<ul style="list-style-type: none"> Sistematizar e contextualizar as principais práticas intersetoriais direcionadas a pessoas em situação de rua no Distrito Federal no contexto da pandemia da COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> Busca por notícias relacionadas ao tema em sites de agência oficiais de comunicação e veículos midiáticos de grande circulação Sistematização inspirada em modelo apresentado pelo IPEA – nota técnica 74/2020 Identificação de atores chave na rede intersetorial de políticas públicas para PSR
Etapa 2	<ul style="list-style-type: none"> Sistematizar e contextualizar as principais práticas intersetoriais direcionadas a pessoas em situação de rua no Distrito Federal no contexto da pandemia da COVID-19 Identificar e compreender inovações, retrocessos, fatores críticos e potenciais na execução das ações 	<ul style="list-style-type: none"> Análise do documento “Perfil da População em Situação de Rua no Distrito Federal” Análise acerca das semelhanças e diferenças entre os dois censos já realizado no DF Contextualização dos dados a partir das peculiaridades das políticas públicas no Distrito Federal
Etapa 3	<ul style="list-style-type: none"> Identificar e compreender inovações, retrocessos, fatores críticos e potenciais na execução das ações Indicar caminhos para qualificação da rede intersetorial de proteção e cuidado de pessoas em situação de rua 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas Semiestruturadas com atores chave Descrição das principais ações desafios e inovações identificadas nas falas dos atores com foco em intersetorialidade. Destaque de boas práticas intersetoriais nas políticas públicas para pessoas em situação de rua

3.1 Etapa 1

Na primeira etapa, os dados necessários para sistematizar e contextualizar as principais ações interinstitucionais direcionadas a pessoas em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19 foram obtidos por meio de fontes públicas de informação, principalmente reportagens de agências oficiais e veículos de comunicação de grande circulação, por meio da busca em navegador de internet pelos temas “pessoas em situação” e “Distrito Federal”. A opção por notícias se deu em função da facilidade de acesso para a formulação de um panorama geral. Também se justifica pelo fato de a pesquisa decorrer de forma quase simultânea ao acontecimento dos fatos, sendo muitas vezes a notícia a única fonte disponível. A inserção da pesquisadora em um dos serviços que compõe a rede pesquisada foi um importante facilitador e direcionador da busca.

Para organização e classificação das informações coletadas foi utilizado modelo apresentado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que publicou em junho de 2020 nota técnica que versa sobre as medidas emergenciais municipais direcionadas à população em situação de rua no enfrentamento à pandemia⁵¹, cujo objetivo principal foi o levantamento de iniciativas de caráter emergencial que se somaram ou inovaram em relação aos serviços/ações governamentais já em funcionamento para esse público nas capitais dos estados do Nordeste e Sudeste⁵¹. Para tanto, foram utilizados dados coletados por meio dos sítios eletrônicos das prefeituras e entrevistas com atores chaves sobre a qualidade e suficiências das ações, bem como desafios e sugestões para incremento.

A análise dos dados demonstrou a concentração de ações na “ampliação ou readequação dos serviços existentes no âmbito do SUAS e do SUS, além da implementação de medidas inovadoras”⁵¹. A sistematização do conjunto de iniciativas levantadas foi apresentada em forma de quadro, que dividiu as ações nas seguintes categorias: abrigo; alimentação; orientações; higiene; saúde; serviços. Os autores indicam que o objetivo do quadro é organizar os dados a partir de categorias principais, a chave principal para ação governamental, mas destacam que nenhuma delas é desvinculada entre si e estão relacionadas e articuladas em diversos pontos.

Devido às proximidades identificadas, por meio da prática, entre as ações observadas no Distrito Federal e aquelas mapeadas pelo levantamento do IPEA, bem como as similitudes identificadas entre objetivos e percurso metodológico, as categorias propostas pela nota técnica foram utilizadas nesta pesquisa como forma de apresentar, inicialmente, as ações direcionadas

à PSR no contexto da pandemia. A seguir, encontra-se o quadro de iniciativas adaptado à realidade do Distrito Federal para o enfrentamento da pandemia de Covid 19 junto à PSR.

Quadro 3 - Ações para a população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19

Categoria	Iniciativas	Detalhamento
Abrigamento	Ampliação de vagas	Disponibilização de novas unidades de acolhimento
	Unidades emergenciais	Criação de unidades provisórias em espaços públicos e privados
	Unidades para pessoas doentes ou grupo de risco	Implantação de unidades específicas para doentes, suspeitos ou pessoas em grupo de risco do COVID-19
	Criação unidades de acolhimento para públicos específicos (Em processo abertura)	República para público LGBTQIA+ e jovens e adultos com deficiência
	Ampliação de auxílio moradia	Concessão do recurso para pagamento de aluguel
Alimentação	Refeição Gratuita em Restaurantes Comunitários	Refeição Gratuita para as pessoas em situação de rua, que estão cadastradas pela equipe de Abordagem Social da SEDES enquanto durar a pandemia da COVID-19
	Entrega de refeições na rua pelas equipes de Abordagem Social de Rua*	Atendimento em pontos alternativos, para evitar aglomeração
	Doações da sociedade civil por intermédio de organizações não-governamentais - mobilizadoras	Captação de doações para posterior distribuição para pessoas em situação de rua
	Ampliação da entrega de alimentação no centro pop*	Ampliação do contrato de fornecimento de alimentos para frequentadores do Centro Pop
	Criação do Cartão Prato Cheio	consiste na concessão de crédito mensal no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) para aquisição de gêneros alimentícios às famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional.
Orientação	Normativas distritais orientadoras para execução dos serviços	Notas técnicas e documentos de instruções e orientações; portarias
	Abordagem Social acompanhada de profissionais de saúde	Avaliação de sintomas da COVID-19 no processo de abordagem
	Grupos de WhatsApp entre serviços de saúde e assistência social*	Compartilhamento de informações, acompanhamento remoto, plantão de dúvidas
	Divulgação ampla de informações	Participação de agentes públicos programas TV, rádio,
Higiene	Entrega de kits de higiene	Fornecimento de kits de higiene em equipamentos e em vias públicas.
	Higienização intensificada e especializada nos equipamentos	
	Reforma de banheiro público	Reforma de banheiro Público de forma a ampliar acesso à higiene
Saúde	Consultórios na Rua voltados para combate à COVID	Intensificação e concentração de das atividades das equipes de Consultório na Rua para combate à COVID-19
	Atendimentos de Saúde em Abrigos*	Atendimento de saúde nos espaços das instituições de acolhimento; avaliação de sintomas de COVID, condições gerais de saúde, saúde mental e redução de danos
	Testagem da PSR e profissionais de assistência social em abrigos e na rua	Testagem, diagnóstico e assistência em saúde para casos positivos

	Vacinação contra gripe para pessoas em situação de rua	Vacinação contra a gripe em abrigos, pontos descentralizados na
	Produção de fluxogramas de serviços e vídeos educativos com foco em segurança do trabalho	Cooperação entre serviços para Treinamentos e orientações sobre uso de EPI e identificação de sintomas -
	Parceria com residência Multiprofissional Fiocruz Brasília	Inserção de residentes do Programa de Saúde da família e comunidade em serviços de saúde e assistência social direcionados à PSR
Serviço	Equipamentos multiprofissionais emergenciais	Criação de equipamentos emergenciais para atendimento multiprofissional
	Ampliação de horário de funcionamento e ofertas dos serviços de assistência social	Ampliação do horário de funcionamento dos Centro POP, CRAS, CREAS
Gestão	Reuniões de Gestores, trabalhadores	Reuniões diversas entre gestores de serviços, áreas estratégicas e secretarias
	Construção de plano de ação	Articulação para planejamento de ação conjunto entre serviços
	Nomeação de servidores SEDES	
Trabalho e renda	Qualifica DF	Cursos de qualificação profissional com oferta de bolsas de estudo

Fonte: Elaboração própria a partir de categorização proposta pela Nota Técnica nº 74 IPEA/2020

Esta etapa foi iniciada ainda na construção do projeto e direcionou a construção da etapa 3, uma vez que possibilitou a identificação e melhor visualização dos informantes-chaves, de modo que a decisão de quais atores entrevistar foi influenciada, entre outros fatores, pelos achados expressos neste quadro.

3.2 Etapa 2

Nesta etapa, o esforço foi direcionado à análise do Relatório Perfil da População em situação de rua no Distrito Federal³⁸. Após dez anos da realização de estudo censitário direcionado à PSR no DF, em junho de 2022 foi publicado o documento que buscou realizar, além da contagem, um levantamento acerca do perfil e condições de vida desse grupo populacional. Segundo o presidente da Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN^{XI}, órgão responsável pela pesquisa, a demanda surgiu dos movimentos sociais que atuam na área, que necessitavam que informações acerca desse segmento.

O documento representa um importante avanço para rede de cuidado e proteção social à PSR no Distrito Federal na medida em que oferece dados extremamente atuais e fundamentais para elaboração, execução e avaliação de políticas públicas. Lembrando que o processo de invisibilização dessa população, que implica no reforço da exclusão e afastamento dos serviços

^{XI} Entrevista concedida à agência Brasília. Disponível em (<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2022/06/14/pesquisa-identifica-perfil-de-pessoas-em-situacao-de-rua-no-df/?amp=1>)

públicos, está em grande parte relacionado à ausência de dados para subsidiar decisões e ações. A apropriação dos dados contidos no documento pela rede intersetorial é imprescindível para se pensar nos rumos dos serviços dedicados ao público, reforçando assim sua relevância.

Ainda, todo o processo do planejamento e realização da pesquisa, bem como a elaboração e divulgação do relatório, foram realizados durante a pandemia e a partir de um esforço descrito como intersetorial, o que faz do relatório em si uma das ações intersetoriais mais relevantes identificadas no período.

Para a análise do documento foram utilizados, além do próprio relatório, informações do Relatório Projeto Renovando a Cidadania⁵², publicado em 2012. Este foi o primeiro e único esforço realizado no Distrito Federal, até então, com a intenção de contabilizar e caracterizar as pessoas em situação de rua vivendo no território do Distrito Federal. Sua publicação representou um marco para a política e possibilitou, junto a outros fatores de ordem estrutural, uma importante ampliação na rede de cuidado e proteção à PSR no DF. Um exemplo foi a implantação de três equipes consultório na rua a partir do número de sujeitos em situação de rua identificados pela pesquisa^{XII}. O longo período transcorrido entre um relatório e outro não permite uma comparação direta ou evolução das condições observadas. Não sendo possível comparar diretamente os dados o foco em foi expor a similitudes e divergências entre os conceitos e metodologias e as características gerais que expressam retratos dos momentos estudados. O esforço justifica-se principalmente pela necessidade de continuidade dos esforços de produção de dados no segmento, que especialmente pelas condições e vida e vulnerabilidade da PSR, precisam ser contínuos.

É consenso entre os principais autores^{34,38,52} que as metodologias e estratégias para contagem e caracterização das pessoas vivendo nas ruas devem ser diferentes daquelas tradicionalmente utilizadas para a população domiciliada. Registrar e analisar os esforços nessa direção já realizados no DF pode contribuir para a avaliação das pesquisas já executadas e planejamento de pesquisas futuras.

Para contextualizar alguns achados na análise do relatório foram incorporadas informações sobre políticas públicas nacionais e locais implantadas no período, bem como particularidades da rede de saúde e proteção social DF.

^{XII} O Ministério da Saúde estabeleceu, através da portaria 122/2012 o marco de 80 a 1000 pessoas em situação de rua para a implantação de equipes consultório na rua.

3.3 Etapa 3

Para identificar e compreender inovações, retrocessos, fatores críticos e potenciais na execução das ações, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os atores chaves na mobilização, gestão e execução das ações. A escolha pela entrevista semiestruturada ocorreu em função do instrumento permitir o acesso às percepções individuais e específicas dos sujeitos em relação à temática abordada na pesquisa³⁸. Possibilitou que a entrevista transcorresse de forma ampla, com maior abertura para a exposição de conflitos, relações de poder, contradições e influências, sem, contudo, fugir do direcionamento dado pelos objetivos da pesquisa.

Considerando o contexto de realização das entrevistas, em que os efeitos da pandemia da COVID-19 seguiam afetando indivíduos e coletivos, exigindo a manutenção de medidas de prevenção e proteção da saúde, as entrevistas foram realizadas de forma virtual. Também foi considerada a maior facilidade para adesão dos entrevistados a essa modalidade. Para a realização das entrevistas foi utilizado o aplicativo google Teams, disponibilizado com todos os seus recursos aos estudantes da Escola Fiocruz de Governo. Além de permitir a gravação das entrevistas, o aplicativo realizou a transcrição em tempo real, constituindo-se como ferramenta essencial para garantir maior confiabilidade, privacidade e transparência ao processo científico. A incorporação destes recursos de tecnologia em pesquisas qualitativas foi uma das transformações aceleradas pela pandemia e, ainda que caibam reflexões acerca da pertinência do uso em determinados tipos de pesquisa, é inegável que esses instrumentos representam um interessante incremento nas estratégias para a produção científica, transpondo inclusive alguns dos desafios importantes, como por exemplo a distância entre o pesquisador e os participantes e a transcrição de entrevistas.

Os atores-chave para alcance dos objetivos propostos foram selecionados com base em análise prévia do contexto – etapa 1, que indicaram os principais envolvidos nas ações institucionais direcionados a população em situação de rua no Distrito Federal no decurso da pandemia. Também contribuíram para a identificação dos atores a experiência prévia da pesquisadora como trabalhadora em equipe de saúde dedicada ao cuidado da PSR e o trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde coletiva, concluído em 2019 pela Fiocruz Brasília, em que esta pesquisadora e a colega Karina Machado se implicaram em investigar as relações intersetoriais entre SUS e SUAS com foco nas políticas públicas direcionadas à PSR⁵⁰. Com o objetivo de proteger as identidades dos sujeitos, conforme compromisso assumido em TCLE, não foi realizada a caracterização sociodemográfica dos entrevistados.

Assim como levantamento realizado pelo IPEA⁵¹, o quadro I evidenciou que os setores saúde e assistência social são os principais envolvidos na elaboração e execução de ações no

período. Destaca-se, ainda, participação ativa da sociedade civil organizada em instituições do terceiro setor e movimentos sociais.

No que tange aos serviços e instituições, no âmbito do SUS e SUAS, foram privilegiados aqueles que, no território do Distrito Federal, atuam com foco exclusivo ou prioritariamente direcionado para pessoas em situação de rua.

A análise dinâmica das informações contidas nas reportagens corrobora com a experiência da pesquisadora sobre os principais atores no processo de mobilização e operacionalização das ações, que podem ser divididos nos seguintes blocos:

Saúde - SUS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gerência de Atenção à Saúde de populações em situação de vulnerabilidade e programas especiais / GASPVP ○ Equipe Consultório na Rua Ceilândia ○ Equipe Consultório na Rua Plano Piloto ○ Equipe Consultório na Rua Taguatinga ○ Centro de Atenção Psicossocial II Asa Norte ○ Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III - Candango ○ Diretoria de Saúde Mental
Assistência Social - SUAS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Serviço Especializado em Abordagem Social- SEAS ○ Serviço de Acolhimento Institucional – SAIF Areal ○ Centro Pop Brasília ○ Centro Pop Taguatinga ○ Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal – Diretor da Diretoria de Serviços Especializados a Famílias e Indivíduos / DISEFI ○ Diretoria de Serviços de Acolhimento - DISA
Sociedade Civil Organizada
<ul style="list-style-type: none"> ○ Coletivo cultural Barba na Rua ○ Coletivo No Setor
Movimento Social
<ul style="list-style-type: none"> ○ Movimento Nacional da População de Rua - MNPR

Em cada um dos serviços/instituições, exceto uma das equipes consultório na rua, foi entrevistado um sujeito, totalizando 15 entrevistas. O acesso aos informantes-chaves foi

facilitado pelo fato de a pesquisadora fazer parte da rede em questão, o que também exigiu observação atenta dos princípios éticos. O contato inicial se deu via telefone para agendamento da data de entrevista. O link para acesso ao aplicativo foi enviado por mensagem e orientações repassadas antecipadamente. Inicialmente foi solicitado consentimento para gravação de voz de vídeo; quando autorizado, a gravação e transcrições foram iniciadas. A leitura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, foi realizada em conjunto e a pesquisadora solicitou novamente o consentimento, dessa vez gravado. Finalizada a entrevista, o TCLE foi enviado ao entrevistado devidamente assinado pela pesquisadora.

Na equipe Consultório na Rua Plano Piloto, da qual a pesquisadora é parte, não foi realizada a entrevista a um único representante e sim um levantamento com a participação de diversos membros da equipe em que a pesquisadora apresentou de forma mais dinâmica as questões presentes no roteiro. Esse modelo foi priorizado pela possibilidade obter uma visão ampliada e multidisciplinar do processo, o que infelizmente não foi possível com todas as instituições entrevistadas. Foi um momento rico, porém não gravado e transcrito, de modo que as informações apresentadas por essa equipe serão descritas.

O roteiro de entrevista semiestruturada (anexo I) foi construído a partir dos objetivos da pesquisa e priorizou questões amplas acerca dos principais impactos, desafios e estratégias desenvolvidas durante o período pandêmico. Na entrevista com a representante do Movimento Nacional da População de Rua – MNPR, o roteiro foi adaptado para permitir uma melhor apreensão da experiência vivenciada pelos sujeitos em situação de rua, de modo que o foco foi menor nas ações e práticas e maior na percepção sobre os desafios enfrentados pela pop. Rua e na qualidade das práticas executadas pelos setores. O material transcrito foi revisado e comparado com a gravação para correção de pequenas discrepâncias.

Segundo Bardin^{XIII}, a análise de conteúdo é definida como

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”
53:83

Com base nos instrumentos propostos por Bardin^{XIV}, os procedimentos metodológicos utilizados para análise das entrevistas foram:

^{XIII} Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed.70, 1979 apud (53)

^{XIV} Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed.70, 1979 apud (53)

- a) Pré-análise para apreensão do conteúdo geral
- b) Distribuição dos informantes em grupos com base em área de atuação
- c) Codificação do conteúdo de cada entrevistas com base nos objetivos e roteiro de entrevistas
- d) Aglutinação dos códigos em categorias de análise
- e) Inferências e interpretação dos resultados com base na literatura de referência

As informações contidas nas entrevistas foram codificadas e de acordo com os objetivos da pesquisa, também expressos no roteiro de entrevistas, e divididas nas seguintes categorias de análise: Contextualização; Descrição das Ações; Impactos e Desafios; Avanços, Inovações e potências; Intersetorialidade e Futuro da Política.

A análise de conteúdo foi realizada com apoio do software Atlas.Ti, que permitiu a codificação e a partir dos objetivos e a posterior aglutinação em categorias de análise.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil da PSR no Distrito Federal

Um importante documento produzido durante o período pandêmico, divulgado em 2022, foi o Relatório da pesquisa "Perfil da População de em Situação de Rua no Distrito Federal"³⁸. Uma das grandes questões que cerca a dificuldade de criação, monitoramento e avaliação de políticas direcionadas a esse segmento é justamente a ausência de dados fidedignos, o que aprofunda o processo de invisibilidade social da PSR nas políticas públicas³⁴. Em geral, os estudos censitários já produzidos ressaltam o importante desafio que é coletar dados em contexto de itinerância, pobreza extrema, violência e questões de saúde agravadas pela vulnerabilidade estrutural.

Antes do estudo recém-publicado, o último esforço para contar e caracterizar a população em situação de rua no DF ocorreu em 2011. Em que pesem as importantes diferenças entre metodologias utilizadas para coleta e análise dos resultados e o longo período transcorrido entre uma e outra, que impedem uma comparação direta e simples, faz-se necessário discorrer sobre

aspectos relevantes nos dois processos, uma vez que fornecem um panorama não somente do perfil, mas também do deslocamento nesses onze anos. Com o intuito de facilitar a análise dos resultados obtidos em ambos os esforços, serão apresentadas a seguir algumas das semelhanças e diferenças fundamentais entre eles.

Quadro 4 – Principais semelhanças e diferenças entre os estudos censitários da PSR no DF

	Renovando a Cidadania	Perfil da PSR no DF
Objetivo Geral	Associar a pesquisa acadêmica sobre as pessoas em situação de rua no Distrito Federal com a ação pública decorrente de seus resultados em benefício desse segmento social, colocando, assim, o conhecimento científico a serviço da construção de uma sociedade mais justa, digna e incluyente. p 11	objetivo geral quantificar e diagnosticar o perfil da população em situação de rua no Distrito Federal para subsidiar proposições legislativas, intervenções e políticas públicas alinhadas às necessidades dessa população. p 9
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar levantamento censitário da população em situação de rua no Distrito Federal, focado na obtenção de dados e informações que permitam compreender a singularidade do seu perfil e das suas condições de vida; • Identificar as principais causas que motivaram essa população a tal condição; • Realizar levantamento de todas as entidades que interagem com esse público e de suas ações; • Promover articulações com órgãos governamentais e não governamentais que desenvolvem ações sociais ou políticas públicas para essa população; p 11 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a contagem das pessoas em situação de rua que estivessem no espaço das ruas, em serviços de acolhimento institucional e em comunidades terapêuticas de todas as regiões administrativas do Distrito Federal; e • Realizar, por coleta amostral, caracterização do perfil das pessoas em situação de rua no Distrito Federal abordadas na rua e nos serviços de acolhimento. p 9
Conceito de PSR	“Grupo populacional de composição heterogênea, mas que possui em comum a pobreza extrema, a ausência de moradia convencional regular e que pernoita de maneira contumaz em logradouros públicos, espaços degradados ou abandonados, terrenos baldios ou outras áreas não-urbanizadas e/ou instituições de abrigamento e acolhida”. p 16	“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”. p 14
Mapeamento	Ausência de dados oficiais; pesquisa quantitativas anteriores e observação/experiência de membros da equipe do projeto – foram divididas regiões e cada supervisor do projeto percorreu uma área do DF fazendo o levantamento de pontos de dormida e estada.	análise detalhada de dados disponíveis sobre a quantidade, perfil e dinâmicas de deslocamento das pessoas no território, coletados sistematicamente pelo Serviço Especializado de Abordagem Social (Seas). A Codeplan e o UNFPA trabalharam juntas no georreferenciamento dos registros de atendimento realizados pelo Seas e produziram um mapa com a distribuição das pessoas pelas 33 Regiões Administrativas do Distrito Federal.
Temáticas presentes nos instrumentos de coleta	I. Identificação do Pesquisador; II. Identificação do Pesquisado; III. Dados Pessoais; IV. Escolaridade; V. Saúde; VI. Família; VII. Trabalho; VIII. Vida nas ruas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do questionário • Identificação do entrevistador • Identificação da situação de rua • Identificação do/a entrevistado •

		Características sociodemográficas • Habitação/Moradia • Educação • Trabalho e renda • Família, relacionamento e filhos • Saúde • Vida na rua • Violência • Serviços públicos acessados
Crianças e adolescentes	Inclui entidades de acolhimento institucional de crianças e adolescentes	Não inclui entidades de acolhimento institucional de crianças e adolescentes
Critério de inclusão e exclusão	Não explicitado	Perguntas Filtro: • onde você vai dormir hoje? • Onde você dormiu nos últimos sete dias?
Período de coleta	03 a 12 de novembro de 2010	07 a 18 de fevereiro 2022

Fonte: Elaboração da autora

Tabela 1 – Comparação de dados sociodemográficos da PSR no DF (2011/2022)

	Renovando a Cidadania ^{xv} - 2012	Perfil PSR no DF - 2022
Total de pessoas	2.512	2.938
Entrevistadas	1597	1767
Crianças / adolescentes	540	244
Sexo	74,6% sexo masculino 25,4% sexo feminino	80,7% sexo masculino 19,3% sexo feminino
Idade	29,0% - 22 a 30 anos 30,2% - 31 a 40 anos 20,0% - 41 a 50 anos	22,0% - 18 a 30 anos 47,2% - 31 a 49 anos 13,0% - 50 a 59 anos
Raça/Cor	Parda 42,2% Preta 40,4% Branca 16,5% Amarelo 0,5% Indígena 0,4%	Parda 50,4% Preta 20,7% Branca 14,7% Indígena 11,6% Amarelo 1,2%
Escolaridade	Aproximadamente 80% Alfabetizados	87,6 Alfabetizados 12,4 Não Alfabetizados
Principais locais de concentração	27,0 % Águas Claras 25,1% Brasília 10,7% Taguatinga 6,3% Gama	24,78% Plano Piloto 13,10% São Sebastião 12,59% Ceilândia 11,95% Taguatinga

O Relatório do Projeto Renovando a Cidadania⁵², publicado em 2011 e de autoria das pesquisadoras da Universidade de Brasília Bruna Papaiz Gatti e Camila Potyara Pereira,

^{xv} No relatório do projeto Renovando a Cidadania, os dados foram apresentados separadamente por faixa de idade: crianças, adolescentes e adultos. Os dados organizados na tabela 1, a partir da categoria sexo, se referem apenas à população adulta.

apresenta como objetivo não somente a contagem e caracterização da pop rua, mas também o levantamento das instituições que atuam no seguimento e propõe, como etapa final, um ciclo de debates sobre a temática, aproximando a pesquisa acadêmica da esfera de execução⁵² e reafirmando sua função social e política. A pesquisa da Codeplan, por sua vez, tem objetivos mais suscintos e descreve maior participação social, como do MNPR, e de entidades especializadas, como a SEDES e Fiocruz Brasília, na produção da metodologia, planejamento e validação de conceitos e estratégias.

Um das grandes diferenças que marca o estudo de 2011 é a inclusão de entidades de acolhimento institucional para crianças e adolescentes, o que resultou em uma contagem expressiva e a divisão da apresentação dos resultados em duas partes: crianças/adolescentes e adultos. Vários dos dados informados não estão relacionados ao total global, o que pode influenciar a análise comparativa com o estudo atual, que não utiliza tal divisão.

Outra diferença é o conceito de população em situação de rua adotado. Como em qualquer esforço que se pretenda científico, a definição de conceito é imprescindível para garantir transparência e a adequada definição de objetivos, métodos e instrumentos. Enquanto o projeto Renovando a Cidadania utiliza o conceito com base no proposto por Maria Lucia Lopes da Silva em 2009, na publicação “Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil”^{XVI}, o Relatório Perfil da PSR no DF utiliza o conceito da PNPSR, que segundo os autores conferiram maior segurança e rigor científico ao processo de pesquisa.

Todavia, destacam que o desenvolvimento da pesquisa, compartilhado com parceiros com vasta experiência na área e na realidade específica do DF – como SEDES, UNFPA e Fiocruz, mostrou algumas limitações do conceito adotado nacionalmente, de modo que propõe um conceito próprio, na expectativa de que represente melhor a realidade do DF:

Todas as pessoas que se identificam em situação de rua ou que usam a rua como espaço de moradia eventual ou permanente e/ou de sustento e que mantêm laços sociais e afetivos com outras pessoas em situação de rua ou com a própria dinâmica da rua. Inclui também as pessoas que estão em acomodação temporária para pessoas em situação de rua. ^{38:16}

^{XVI} Silva, MLL. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. Cortez, 2014 apud (52)

Na concepção dos autores, essa versão torna o conceito mais amplo e mais próximo do utilizado por organismos internacionais, uma vez que permite a inclusão de sujeitos que tem na “rua seu local de existência e habitação” ^{XVII} não somente pela ausência de residência e dormitório, pobreza extrema ou vínculos familiares. Entretanto tal conceito não foi utilizado na coleta de dados devido à dificuldade de operacionalização, de modo que a seleção dos participantes para a pesquisa se deu a partir da resposta às seguintes perguntas: Onde você vai dormir hoje? Onde você dormiu nos últimos sete dias?

Assim, apesar de o processo de pesquisa identificar a heterogeneidade de vivências na rua, a opção pelas perguntas de pesquisa restritas ao local de dormitório termina por limitar a contabilização de pessoas que efetivamente se percebem em situação de rua e tem na rua a principal fonte de interação social ou garantia do sustento. No estudo Renovando a Cidadania não está claro a utilização de alguma pergunta filtro. Em ambos os estudos, pessoas que estavam em condições semelhantes às que foram entrevistadas, mas por algum motivo não puderam/quiseram responder o questionário, foram apenas contabilizadas.

Outra diferença fundamental foi o meio utilizado para mapeamento das áreas de concentração da PSR. O projeto Renovando a Cidadania descreve como um dos principais desafios a total ausência de dados oficiais governamentais sobre o seguimento populacional; para mapear os locais de pesquisa utilizaram informações de escassos estudos quantitativos anteriores, a experiência de alguns componentes da equipe e realizaram um mapeamento próprio a partir da exploração do território por supervisores contratados. Novos locais de concentração de pessoas em situação de rua foram descobertos durante a aplicação de questionários e incluídos no itinerário.

^{XVII} PIMENTA, Melissa de Mattos. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: processos de estigmatização e invisibilidade social. *Civitas*. Porto Alegre, v. 19, n.1, p. 82-104, jan-abr. 2019. apud (38)

O estudo realizado pela Codeplan encontrou cenário diferente. A atuação, há cinco anos, do Serviço Especializado em Abordagem Social – SEAS, com rigorosa e extensa coleta de dados, possibilitou o acesso a um amplo banco de dados acerca da quantidade, locais de permanência, fluxos de deslocamento e características da população.

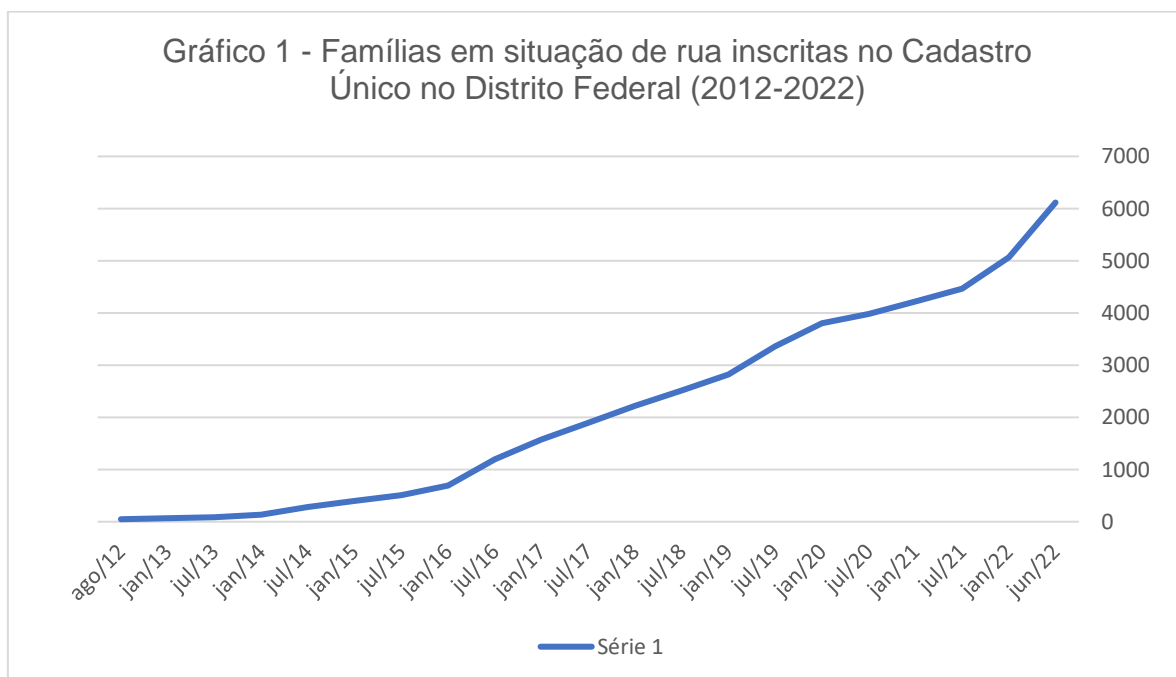
Expostas as diferenças de escolhas conceituais, metodológicas e estratégias de coletas de dados, propõe-se uma análise comparativa dos dados que considere esses elementos. Tal esforço faz-se necessário pois as pesquisas são as únicas produzidas até então no DF, e o olhar para os dois contextos pode apoiar a compreensão deste fenômeno neste território.

Em relação ao número de pessoas vivendo nas ruas, o fato de terem se passado 12 anos entre um censo e outro impede comparações diretas. No decorrer do período o país passou por transformações, incluindo crises sociais e políticas, reforma trabalhista, aumento do desemprego, fatores que contribuem para o aumento de pessoas vivendo nas ruas; no DF houve incremento da rede de atenção às necessidades da PSR com a criação, em 2012, do primeiro Centro POP e equipe Consultório na Rua; o próprio censo Renovando a Cidadania representa um marco no desenvolvimento das políticas para o seguimento neste território. Também houve investimentos nas políticas de acolhimento, habitação e trabalho e emprego no período. Não é possível, portanto, mensurar com fidedignidade se a pandemia provocou um aumento de pessoas vivendo nas ruas do DF, apesar de ser essa a percepção dos trabalhadores que atuam na área entrevistados nesta pesquisa, especialmente daqueles que atuam em serviços de atendimento direito ao público.

Outro fator que dificulta a comparação desse dado específico [número de pessoas vivendo na rua] é o fato da primeira pesquisa ter considerado crianças em instituição de acolhimento e o segundo não. De fato, pelo conceito de PSR adotado por ambas as pesquisas, crianças acolhidas em instituições de proteção de direitos por decisão judicial não

necessariamente se encaixam no perfil de PSR. Isso pode explicar por que o número de crianças no primeiro censo é quase o dobro do segundo.

Outra importante fonte de dados sobre o tema é o Cadastro Único do SUAS. Os dados apontam uma crescente no cadastro da PSR desde 2012, quando os registros foram iniciados. Entre 2020 e 2022 o aumento é de 60%, como é possível observar no gráfico I – Famílias em situação de Rua inscritas no Cadastro Único no Distrito Federal. O dado do Cadastro Único não reflete necessariamente um espelho da situação atual, especialmente no que se refere a PSR, devido principalmente à itinerância e a obrigatoriedade de atualização apenas de dois em dois anos, de modo que pessoas cadastradas no DF não necessariamente seguem vivendo no DF. Apesar disso, o dado representa um essencial elemento para análise do contexto, evidenciando que a política pública de atenção as necessidades de pessoas em situação de rua de fato sofreu importante impacto no período estudado. O dado também corrobora a percepção dos trabalhadores e gestores entrevistados, como veremos adiante, de que houve considerável aumento da demanda e de pessoas vivendo nas ruas durante a pandemia.



Elaboração própria. Dados: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação - SAGI

Dando prosseguimento à análise dos estudos, os quesitos sexo, idade, raça/cor e escolaridade apresentam dados análogos, que também se assemelham às demais pesquisas estaduais e nacionais, sendo seguro afirmar que entre 2011 e 2022 não houve grande alteração no perfil da PSR: homens, em sua maioria pretos e pardos, com idade entre 18 e 49 anos, em maior parte alfabetizados. Chama atenção um importante aumento de pessoas que se declararam indígenas (de 0,4% para 11,6%).

No que se refere ao local de concentração, uma parte importante da PSR segue ocupando o território da região central de Brasília, o Plano Piloto, e utilizando a rua como dormitório principal. No censo de 2012, a única unidade de acolhimento governamental existente no DF ficava no território da RA Águas Claras, o que explica a porcentagem. A grande expansão nos territórios de São Sebastião de Ceilândia, na pesquisa recém-publicada, deve-se especialmente à expansão de unidades de acolhimento – provisórias e permanentes – e comunidades terapêuticas.

Após a explanação sobre as características e transformações gerais observadas no período transcorrido entre as duas pesquisas, seguimos agora para uma análise detalhada do contexto atual através dos dados apresentados pelo Relatório Perfil da PSR no Distrito Federal, da CODEPLAN, especialmente aqueles que tratam mais diretamente do acesso a direitos fundamentais e políticas públicas intersetoriais.

Em relação ao tempo de permanência em situação de rua, 38,2% dos entrevistados afirmaram ter iniciado a vida na rua após a pandemia da Covid-19. Tal número chama atenção e corrobora as afirmativas sobre o grande impacto da pandemia da vida de populações vulnerabilizadas. Daqueles que já saíram das ruas alguma vez, destaca-se o percentual, 22,9%, que retornou para a situação de rua entre 1 e 3 meses atrás, o que pode indicar a fragilidades das políticas públicas existentes em de fato garantir a saída da rua de forma permanente.

A pesquisa revela equilíbrio entre o número de pessoas que é natural de Brasília (47,2) e aqueles que vieram de outros estados (51,7). A grande maioria veio ao Distrito Federal em busca de emprego (44,5). Em relação a moradia, 87% afirmam não possuir.

Sobre benefícios sociais, 50,7% disseram não receber, o que evidencia que apesar da expansão dos direitos e benefícios para a PSR nos últimos anos, a maioria ainda não tem acesso a eles. O Bolsa Família/Auxílio Brasil é o benefício de maior alcance, sendo recebido por 83,4% da população. Em relação a trabalho e renda, a pesquisa reafirma que se trata de uma população de trabalhadores, porém em atividades extremamente informais e precarizadas e sem qualquer vínculo ou garantia trabalhista, como a catação de materiais recicláveis (33,6%) e vigia e limpeza de carros em estacionamentos (15,2%).

A relação entre o local de permanência e recebimento de benefício assistenciais chama especial atenção que entre as pessoas abrigadas o número de beneficiários é consideravelmente maior do que entre aqueles que dormem nas ruas. Entre os acolhidos 67,3% informaram receber um ou mais benefícios, enquanto 65,3 daqueles que vivem nas ruas disseram não receber nenhum, o que pode indicar uma maior eficiência da rede de assistência social em fornecer atendimento especializado quando as pessoas estão em acolhimento e, por outro lado, a dificuldade de acesso às pessoas que utilizam a rua como dormitório.

Seguiremos agora as constatações da pesquisa acerca do perfil de saúde da PSR no DF. 37,7% da população relatou apresentar problemas de saúde mental, como depressão e transtornos; 35,7%, informaram problemas de saúde bucal e dores crônicas (28,7%). Traumas causados por acidentes (25,3%), Hipertensão Arterial (22,7%), Covid-19 (21%) e doenças respiratórias (19,8%) também foram indicados pelos entrevistados.

Em relação ao equipamento público mais utilizado, a Unidade Básica de Saúde ocupa primeira posição com 42,1%, seguida por hospitais e pronto socorros (32,7%). A equipe consultório na rua é citada por 5,7% das pessoas e o centro pop por 3,7%. Aqui cabem algumas

considerações importantes. A primeira delas é que historicamente, como é possível em observar em censos estaduais e nacional^{XVIII} anteriores, a PSR utiliza com maior frequência os serviços de urgência e emergência como porta de entrada no SUS. A pesquisa anteriormente realizada no DF não isolou essa variável e colocou todos os serviços públicos de saúde em uma mesma categoria, o que impede a comparação dos contextos locais. No entanto, chama a atenção que na pesquisa atual a UBS ocupe a primeira posição em relação a acesso à saúde, demonstrando a importância da atenção primária à saúde no atendimento às necessidades do segmento. Em que pese a equipe consultório na rua ocupar apenas o quarto lugar citado pelos entrevistados, certamente o fato de as eCR estarem justamente vinculadas a UBS's, influencia no uso do equipamento como primeira opção. Além disso observamos que aqueles que citaram centro pop como unidade de saúde, provavelmente também se referem aos atendimentos realizados pelas equipes consultório na rua no equipamento de assistência social, uma vez que o centro pop não possui equipe de saúde própria.

Os dados acerca de saúde sexual e reprodutiva indicara que 58% da população possui vida sexual ativa, sendo que 32% afirmam trocar de parceiro com frequência e 68,2% declaram fazer uso de preservativo em relações sexuais. No que se refere do ao uso de drogas, 72,9% das pessoas afirmaram utilizar alguma substância psicoativa antes de viver em situação de rua, sendo álcool a mais frequente (78,9%). Para 66,5%, o uso de pelo menos uma dessas substâncias é diário e apesar da percepção de que o uso não atrapalha as atividades da vida diária, como referem 60,3% delas, 64% informaram perda de documentos e pertences ou já terem sido roubadas quando se encontravam sob efeito.

Número expressivo, cerca de 57,4% relataram ter alguma dificuldade para atividades comuns da vida diária como enxergar, mesmo usando óculos (63,4%), deambular ou subir degraus (55,3%), pegar ou manusear pequenos objetos (37,8%) e ouvir mesmo com aparelho

^{XVIII} Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua – META/MDS 2008 – 43,8% procuravam em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuravam o posto de saúde

(20,3). Apesar de não representarem necessariamente uma deficiência nos termos estabelecidos em lei, dado que não foi coletado pela pesquisa, as limitações atividades cotidianas certamente impactam a autonomia e ampliam a vulnerabilidade na rua

No que se refere a documentação civil, mais de 70% dos entrevistados possuem CPF e carteira de identidade/RG. Em consulta aos relatórios anuais⁵⁴ da Subsecretaria de Atenção Psicossocial da Defensoria Pública do Distrito Federal, foi possível observar um expressivo aumento na emissão de vouchers para gratuidade no acesso ao documento de identidade durante a pandemia. Em 2019 foram emitidos 469 vouchers; em 2020 foram 735 e, em 2021, um total de 886; em dois anos um aumento de 88,91%.

Um em cada três entrevistados informou possuir aparelho celular (35,7%), porém 49,3% informaram não acessar a internet. Dos que acessam (54,4), a maioria utiliza dados do próprio aparelho (20,6%), aparelho de outra pessoa ou rede gratuidade de wi-fi (ambos 10,3%), lan house (8%) e equipamentos públicos (5,3).

O dado sobre acesso a alimentação oferece informações essenciais para a análise do impacto da pandemia para esse segmento populacional: 41,3% afirmaram ter ficado pelo menos 24 horas sem comer na semana de realização da pesquisa. Os estabelecimentos comerciais são as principais fontes de alimento para 40,7%. Em seguida vem os grupos de distribuição de alimentos (33,1%), serviços de acolhimento (23,4), compra com recursos próprios (22,4) e centro pop (21,4). O comércio também é a principal fonte de acesso a água. O Centro Pop figura como principal local de acesso a banheiro para 28,0%, seguido de banheiros públicos (24,3%) e albergues e abrigos (22,7).

Uma parte da pesquisa de dedicou a compreender a percepção das pessoas em situação de rua acerca da sua própria condição. No que diz respeito às necessidades que contribuem para a superação da situação de rua, 62,3% citaram emprego/dinheiro, 34,4% moradia e 9% ter acompanhamento médico ou psicológico.

A investigação acerca da frequência de utilização de serviços públicos considerou os últimos 30 dias e identificou que mais da metade das pessoas não acessaram serviços de saúde. Dos que utilizaram no período, indicaram a UBS (26,4%), seguida pela equipe Consultório na Rua (13%) e CAPS (10%), demonstramos a centralidade desses equipamentos para a saúde da PSR.

Por sua vez, os serviços de assistência social foram os mais citados como utilizados pela população sendo o centro pop o mais acessado por quase metade da população. No que se refere a frequência de uso, quase 30% afirmaram utilizar o centro pop por 5 vezes ou mais nos outros 30 dias, o que reforça a essencialidade do espaço tanto para PSR quanto para as políticas públicas direcionadas ao segmento. Também foram mencionados o serviço de acolhimento, utilizados por 38%, abordagem social (30%), CREAS (20%) e restaurante comunitário (18,3). Em percentual menor foram citadas a utilização de comunidades terapêuticas, escola e agência do trabalhador e número significativo, 13,3%, informaram utilizar os serviços da defensoria pública.

Sobre os serviços de acolhimento, 36,4% relataram já ter utilizado ao menos um serviço no DF. Chama atenção o alto índice daqueles que classificaram os espaços como ótimo (66,1) ou bom (38,6%).

4.2 Entrevistas

Assim como no levantamento realizado pelo IPEA⁵¹, as 15 entrevistas revelaram que os protagonistas na execução de medidas para atendimento das demandas da PSR foram os que estavam nos serviços do SUS e SUAS, em especial àqueles dedicados ao atendimento exclusivo desse segmento populacional. Entre os entrevistados que atuam nestes sistemas, foram ouvidos trabalhadores em diversos níveis de atuação, desde gestão de administrativa, técnica e de

serviço e atendimento direto à PSR. Também se observou ampla participação de organizações da sociedade civil e do Movimento Nacional de População de Rua – MNPR e órgão de justiça, controle e defesa de direitos. No que se refere ao gênero,

Com base nos dados levantados nas entrevistas com atores fundamentais na construção de práticas intersetoriais para PSR, foi possível o estabelecimento de quatro campos de análise que fornecem uma visão ampliada acerca do contexto no Distrito Federal e os impactos da pandemia na atenção aos direitos e necessidades desse segmento populacional. As unidades de análise foram definidas, ainda, com base nos objetivos da pesquisa e a partir dos núcleos de sentido nas falas dos atores, de modo que não são consideradas somente a frequência com que certas falas aparecem, mas principalmente sua relevância diante da temática e do referencial teórico adotado.

Na categoria **Impactos e Desafios**, a busca é por destrinchar as especificidades do contexto Distrital, conectadas às transformações sociais em andamento no país, especialmente no que diz respeito à organização das redes institucionais para atendimento das necessidades da PSR, e compreender a percepção da rede institucional acerca dos impactos da pandemia para a PSR. Ainda, busca-se elucidar os principais desafios enfrentados pelos serviços e instituições pela no decurso da pandemia.

A etapa **Resposta Institucional** tem como objetivo descrever as principais ações para PSR adotadas em função das demandas surgidas na pandemia, considerando aspectos destacados pelos entrevistados. Serão também apresentadas as percepções dos atores acerca dos avanços, inovações e potências identificadas no processo de enfrentamento da pandemia.

Na categoria **Intersetorialidade** serão apresentados aspectos específicos relativos às estratégias e qualidade da interação entre a rede institucional e de serviços no período estudado. A seguir a categoria **Futuro da Política** apresentará o entendimento dos atores acerca do futuro da política para PSR. A relevância de tal percepção é corroborada pelo fato de que os

entrevistados, atualmente, ocupam espaços de poder e tomada de decisão nessa rede sendo, em grande medida, os protagonistas desse futuro.

A divisão tem como objetivo organizar e facilitar a visualização do contexto, contudo é importante ressaltar que todas as categorias estão interrelacionadas. Os entrevistados serão identificados a partir dos códigos abaixo, de modo a relacionar as falas ao espaço ocupacional do entrevistado sem, no entanto, identificá-los, preservando o compromisso de sigilo expresso em TCLE.

SUS

- Gestão SUS – Atenção Primária
- Gestão SUS – Saúde Mental
- Trabalhador SUS – CAPS AD
- Trabalhador SUS – CAPS II
- Trabalhador SUS – ECR 1
- Trabalhador SUS – ECR 2
- Trabalhador SUS – ECR 3

SUAS

- Gestão do SUAS – SEAS
- Gestão dos SUAS – Proteção Especial
- Gestão do SUAS – Acolhimento
- Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento
- Trabalhador SUAS – Centro Pop 1
- Trabalhador SUAS – Centro Pop 2

Organização da Sociedade Civil

- Representante OSC 1
- Representante OSC 2

Movimento Nacional de População de Rua

- Representante MNPR

4.2.1 Impactos e Desafios: Como a pandemia afetou a rede proteção e garantias de direitos para PSR no Distrito Federal?

A partir das entrevistas foi possível compreender algumas peculiaridades do contexto do Distrito Federal e a seguir será apresentado um panorama geral dos impactos locais a partir da perspectiva dos atores institucionais diretamente envolvidos na atenção às necessidades da PSR.

Inicialmente, foi comum em todos os entrevistados, de todos os grupos, a preocupação com o fechamento do comércio e serviços, componentes fundamentais da rede institucional e comunitária de pessoas em situação de rua, e as orientações de isolamento domiciliar, tendo em vista a impossibilidade de cumprimento pela ausência de domicílio. A preocupação é corroborada quando olhamos para o perfil da PSR, cujo relatório recente aponta que 40,7% utilizam os estabelecimentos comerciais como fonte principal de alimentação.

Naqueles momentos iniciais tirou completamente as possibilidades de sobrevivência dessa população, no sentido de acesso à doação de alimentos ou a trabalhos de rua, né? Como a catação de materiais recicláveis, a guarda de carros é a própria mendicância e as estratégias de sobrevivência e geração de renda na rua é foram absolutamente, assim, minadas muito imediatamente, né? (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Quanto à população situação de rua, ela, ela vive na rua, né? Nos espaços onde tem mais movimento, onde tem mais comércio, onde tem mais circulação de pessoas que podem doar, que podem é alimentar onde tem restaurante, que assim eles têm, a gente conversa muito

com eles, né? Eles têm alguns lugares certos que eles já vão, que eles conseguem comer, né? Eles têm uma rede de apoio pela cidade, dependendo do lugar onde eles ficam e onde eles estão. (Gestão SUAS – Acolhimento)

Quando chegou a pandemia se fechou tudo no mundo inteiro se fechou, que ninguém sabia de nada. (Representante OSC 1)

Então era uma população invisibilizada e que durante a pandemia se tornou uma grande questão. Ninguém estava na rua. Só eles estavam na rua, né? Então a gente disse, respondeu muitos documentos, muitas ouvidorias de pessoas, mesmo de prédios, perguntando se estava sendo feito alguma coisa com essa população [...] (Gestão SUS – Atenção Primária)

E órgãos de controle também. Então não foi só a sociedade, não foi só serviço, foi órgão de controle, dá um assim, muitos documentos, Defensoria, várias, Promotoria, Ministério público federal, MPU, né? Todo mundo perguntando, né, querendo saber. (Gestão SUS – Atenção Primária)

Durante o final de semana já era difícil para eles. Com essa pandemia, ficou praticamente impossíveis, tinha bastante queixa assim, de falta de alimentação, que eles estavam tendo que procurar comida no lixo, né? E isso preocupou bastante. (Trabalhador SUAS – Centro Pop 1)

O vazio das ruas, né? Então, passar pelo setor comercial sul e não tem ninguém, está tudo fechado. Isso dava um desespero também com relação à como que essas pessoas que sempre mantiveram as suas redes de apoio informal, independente do consultório, na rua, independente do SEAS, independente da SEDES [...] foram as questões que mais me preocuparam, né? (Gestão SUAS – SEAS)

Os relatos revelam que, na contramão das orientações para isolamento e distanciamento, a PSR se aglomerou em busca de apoio mútuo, proteção e a mínima satisfação de necessidades básicas. As aglomerações chamaram a atenção não só de serviços especializados, mas da

sociedade como um todo, que passou a mobilizar órgãos governamentais e de controle para uma “resposta”. Em que pese uma parte da “preocupação” da sociedade estar relacionada a uma presunção de periculosidade, risco para a saúde pública e propostas de cunho higienista, também foram frequentes os relatos de aumento das doações, voluntários e outras formas apoio.

A demanda da comunidade, por mais que ela não seja uma instituição, quando ela vem via ouvidoria ou quando ela vem via chefe de estado ou quando ela vem via Defensoria [...] elas viram uma demanda institucional a meu ver, né? Então é a gente teve um aumento muito grande do número de demandas de parlamentares de que vocalizam um pouco as demandas da própria comunidade: venha aqui tirar essas pessoas, porque está sendo um antro de COVID [...] A gente começou a ter muito esse pedido de administrações, da própria Câmara legislativa, das próprias secretarias de estado, né? Que vinham, para além da demanda tradicional de higienização, vinha com uma questão nova de “essas pessoas estão colocando a minha saúde em risco, porque elas não usam máscara, porque elas estão desprotegidas. Então vocês têm que tirar ela daqui porque são um risco à saúde pública.” (Gestão SUAS – SEAS).

Parte da sociedade, pessoas me acusaram que eu ia fazer um mal pra população de rua, que o que eu estava fazendo era errado, que eu ia matar populações de rua, que eu estava juntando duzentas, trezentas pessoas no setor comercial sul. Só certamente agora a sociedade estava preocupada com extermínio da população. (Representante OSC 1)

Todos os projetos que levava comida, banho, que tinha uma interação com a população de rua, parou [...] por um outro lado, cresceu muito com ajuda humanitária, né? Apareceu muita gente, sejam do segmento de religioso governamental, entendeu? Pra ajudar a população situação, né? Então, naquele momento, apareceu muitos projetos, muita gente sensibilizada a tá na rua também (Representante OSC 1)

Foi comum entre os entrevistados a percepção de que a garantia da segurança

alimentar e acesso a outras necessidades básicas deveriam ser priorizadas, o que se refletiu nas ações e estratégias adotadas, como veremos adiante ao tratar mais especificamente das práticas. Aqui cabe uma reflexão acerca da percepção de pontos da rede sobre uma suposta “perda de segurança alimentar”, o que é muito questionável quando se trata da PSR. Pesquisa^{XIX} realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social, em 2018, identificou que apesar de 79,6% conseguirem fazer pelo menos uma refeição diária, 19% afirmaram não se alimentarem todos os dias o que contribui para desmistificar o senso comum de que pessoas em situação de rua não passam fome. Pelo contrário, a fome faz parte do cotidiano na rua, seja pela total e completa falta de alimento, seja pela ausência de alimentos na regularidade, quantidade, qualidade e condições adequadas para consumo. Segundo dados da pesquisa Perfil da PSR no DF³⁸, quase metade da PSR (41,3%) afirmou ter ficado 24 horas sem alimento na semana da realização da pesquisa, de modo que é factível afirmar o agravamento da insegurança alimentar pós pandemia, e não a perda de segurança alimentar que nunca existiu. Destaca-se que a pesquisa foi realizada no período em que o comércio local estava reaberto.

Presente no discurso de representantes dessa rede também temos a percepção de que a pandemia ampliou o olhar para a fome na rua e possibilitou mais discussões, inclusive com o movimento social, sobre a necessidade de criação de política permanente de segurança alimentar e nutricional para a PSR no Distrito Federal.

Quando veio a pandemia, e aí vem o decreto que fala, fecha tudo. Não tem mais comércio. Que que isso significa imediatamente? Assim que a população que está em situação de rua fica automaticamente em insegurança alimentar e nutricional. (Gestão SUAS – Acolhimento)

^{XIX} Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_ua.pdf>

[...] tem gente sem comida [...] organizar para que essa população situação de rua não morresse de fome, é a minha preocupação. Não era nem com coronavírus na rua. (Representante de OSC 1)

[...] quem mora na rua, quem transita muito pelas ruas hoje, às vezes tá boa parte das vezes está em menos insegurança alimentar e nutricional do que as famílias que estão dentro de casa, por exemplo (Gestão SUAS – Acolhimento)

[...] importância de criar uma política de segurança alimentar e nutricional de uma forma permanente para a população de rua. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

[...] É feito um diálogo entre a Secretaria, Subsecretaria de segurança alimentar com o movimento da população de rua. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Para a representante do MNPR, a pandemia não trouxe nenhum novo desafio para a PSR e o foco absoluto em políticas de garantia de segurança alimentar e outras necessidades extremamente básicas, novamente mascarou necessidades históricas, como moradia, e trouxe retrocessos para política pública.

Diferentes? Não. Diferentes, sim, que era meio maquiado isso, mas agora vai estar descarado. [...] houve um retrocesso muito sério, entendeu? É assim, a gente voltou naquele tempo do assistencialismo e parou nessa questão, né? (Representante MNPR)

Aqui no DF ficou essa situação assim. Recentemente eu vi uma entrevista da própria secretária de desenvolvimento social que ela disse que o problema da PSR é a fome, entendeu? E assim eu super discordo disso, por que a gente não quer ganhar esse peixe para comer na hora está bom? Não, a gente quer também gerar renda, como pessoas participativas está atuante em vários lugares, né? É isso que para mim esse ficou mais é ficou evidente agora, né? Já existia, mas pra mim não

era tanto assim porque a pessoa em situação de rua ou morada de rua, era confundido com essa questão, você já viu a pessoa situação de rua e você já enxergava a mendicância naquele cara. (Representante MNPR)

Uma fala também comum entre os entrevistados diz respeito à visibilidade que essa parcela da população ganhou durante a pandemia, em contraposição ao histórico processo de invisibilização dos sujeitos e suas demandas. Não só a população teve mais visibilidade como também as políticas e instituições que atuam diretamente na área, como afirmam os informantes chave, o que contribuiu para avanços importantes.

Primeiro isso trouxe uma visibilidade da demanda, assim, muito importante, uma visibilidade, inclusive, da importância da seguridade social como um todo. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Se a gente pode falar que a gente teve um ganho, né, nessa pandemia, esse ganho foi da visibilidade. (Representante OSC 1)

[...] Impacto da pandemia é dar visibilidade a essa população, né? Eu acho que por muito tempo, as pessoas se acostumaram com as pessoas em situação de rua sem voz, né? E não sei ou é a discriminação mesmo, né? Que é aquela questão, né? E aí, com a pandemia? E isso se tornou visível, né? (Gestão SUS – Atenção Primária)

[...] a população de rua, teve bastante visibilidade, não é? Ficou na mídia, eram invisíveis para todo mundo em casa e a população de rua sem ter o que comer, né? [...] nunca estiveram tão visíveis [...] antes era muito preconceito. Agora não vejo tanto preconceito. É um olhar um pouco diferente, né? De tentar entender a vulnerabilidade que eles estão passando, né? (Trabalhador do SUAS)

A pandemia trouxe maior visibilidade para a pop rua. (Trabalhador SUS – ECR 2)

A população de rua, apesar do risco social, eu acho que a pandemia está conseguindo ver, deixou um destaque. É muitas reportagens locais a nível nacional, e a mídia, né? Inclusive, a passou por várias entrevistas, né? [...] Apesar de uma crise, com consequências muito graves, a pandemia trouxe um olhar, acho que mais presente, mas eu acho que assim, depois de muito tempo, ele [o público em situação de rua] foi priorizado. (Trabalhador SUAS – Centro Pop 2)

Para outros, no entanto, o que a pandemia de fato visibilizou foi a desigualdade social e a grande vulnerabilidade a qual estão expostos. Em contraposição à visão de ampliação de recursos e acessos, esses atores chamam a atenção para o aumento de violação de direitos, inclusive por parte do estado, em especial nos processos de despejos, desocupações e confisco de pertences pessoais. Farias e Diniz²⁸ associam o as consequências da crise urbana com um processo de visibilidade perversa, que se apresentam como “mecanismos de estigmatização, repressão ou as tragédias urbanas que muitas vezes tem levado a PSR à condição de visibilidade”^{28:39}, em detrimento da invisibilidade forjada pela negação da cidade a esses indivíduos. Para os autores,

“a marca da indignidade se associa à exposição pública a partir de uma visibilização perversa, que coloca a PSR como fenômeno naturalizado e que, no limite, é incorporada ao sistema produtivo de forma extremamente precarizada, mas suficiente para movimento nichos de acumulação de capital a partir da dinâmica das cidades”^{28:36}

Há, entretanto, o reconhecimento de que recursos de mídia e rede sociais conferiram maior legitimidade e apoiaram a busca por responsabilização e reparação de algumas dessas violações.

A pandemia evidenciou problema de desigualdade, né? Vou colocar problema, que é problema de desigualdade. O problema não é a rua de maneira alguma, né? Estilo de viver a vida, e que eu tenho admiração por quem está ali todo dia vivendo, dando conta disso aí, sendo e fugindo desse sistema de alguma maneira, né? Problema muito nitidamente, porque

todo mundo foi para casa, não é isso? Acho que isso aí foi a inovação social que a pandemia trouxe, porque ela deixou claro o negócio. Todo mundo em casa estava a galera lá e aí se ninguém falasse, talvez não. Alguém ia falar, enfim, ia ficar óbvio que tem gente que depende de outros fatores. (Representante de OSC 2)

Nessa pandemia, praticamente a rua já era silenciada, já tinha é arrancado totalmente a língua da população de rua com essa pandemia, né? A gente fica muito invisibilizado [...] só ficava comentando a questão da mendicância e a questão de estar espaços onde as pessoas pudessem receber doações? Então aí a sociedade ficava doando, né? E o próprio governo fomentava isso e as outras coisas que é essencial para a vida da pessoa foi esquecido. (Representante do MNPR)

No que se refere aos impactos da pandemia que incidiram sob as redes de serviços SUS e SUAS dedicadas ao atendimento das necessidades da PSR, um dos primeiros impactos sentidos e relatados por gestores e trabalhadores foi nas condições de saúde mental do trabalhador.

Desespero, fui parar no hospital, com gastrite nervosa e com o estômago ferido. É por causa do alto grau de estresse. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

[...] pânico muito generalizado nas unidades, embora no monitoramento de dados que a Secretaria fez, a gente viu que mais pessoas em trabalho remoto tiveram COVID do que essas pessoas não trabalham presencial. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

O povo tinha era medo de morrer, né? (Representante OSC 1)

Foi um surto coletivo (Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento)

Foi horrível, foi desesperador, foi péssimo. Foi tudo que você pensar de noites não dormidas. Foi bem ruim. (Gestão SUAS – Acolhimento)

[...]bem exaustivo, porque é a situação, né? Do país, da própria pandemia, deixavam as pessoas muito inseguras (Trabalhador SUAS – Centro Pop 1)

[...]exacerbou bastante um trabalho que por si só, na sua natureza, já é bastante difícil em equipe. Né? Essa dificuldade de trabalhar em equipe de cada um, saber minimamente o que tem que fazer de cada um fazer a sua parte, fazer bem a sua parte. Então assim, nesse contexto de pandemia, eu acho que tudo eu acho que tudo ficou mais intensificado, né? Em todas as nossas relações, sejam trabalhistas e de familiares, seja sociais, eu acho que tudo ficou bem, bem intensificado. (Trabalhador SUS – ECR 3)

[...] foi muito cansativa, né? É um momento que foi de muito desgaste, porque era um desgaste físico, emocional, de preocupação mesmo, como é que ia ser até as coisas passar o tempo? E a gente entender mais ou menos como era a dinâmica dessa doença e como é que se comportava junto à população em situação de rua, de alguma forma, sabe? (Trabalhador SUS – ECR 2)

[...] eu acho que no começo imagem que as pessoas fossem morrer assim, né? Porque se todas as ordens, as palavras de ordem para proteção, a população em situação de rua não tinha condição nenhuma de cumprir, então a gente achou mesmo que [...] todo mundo ia ficar muito adoecido, que as pessoas vão ficar totalmente desprotegidas e que a gente ia ter mortes assim, né? Então, foi o que no primeiro momento foi que a gente ficou um pouco, um certo desespero. (Gestão SUAS – SEAS)

Com relação às outras ações, era puro desespero, né? Principalmente com relação ao acolhimento, né? Porque a gente via que a gente não tinha nada, de uma certa forma definido. No começo, a gente queria que essas pessoas fossem acolhidas, mas a gente também sabia que se elas fossem acolhidas nos lugares que a gente tinha os abrigos, era

totalmente incompatível com as orientações. Muita gente no mesmo quarto, sem ventilação, percevejo, aquela coisa toda. (Gestão SUAS – SEAS)

Os afastamentos do trabalho presencial daqueles que compunham o grupo de risco também afetou as rotinas e alcance dos serviços, gerando grande sobrecarga e necessidade de adaptação em um contexto de aumento da demanda.

[...]a unidade deveria estar aberta de domingo a domingo. Só que eu não tinha servidor e eu tinha pessoas afastadas por licença médica, não por conta da gravidade. (Trabalhador SUAS – Centro Pop 2)

[...]estabeleceu-se realmente uma lista de grupos vulneráveis de servidores, né? E de uma hora para outra os servidores tinham que estar em suas casas, eles não mais podiam estar no serviço. No nosso serviço, deu mais de 50% de servidores. Então assim, foi um impacto muito grande e de 1 hora para outra, e o serviço não pode fechar, não pode parar. Então aqui que dá para você fazer da sua casa, não teve o que eu estou querendo dizer que não houve um planejamento, as coisas elas somente explodiram na nossa cara assim, de uma hora para outra, e agora é assim que vai ter que funcionar. (Trabalhador SUS – CAPS II)

Segundo observaram alguns trabalhadores, o trabalho remoto, alternativa adotada para garantir o trabalho com segurança para servidores em grupo de risco, não conseguiu abarcar as necessidades da população em situação de rua, que em sua maioria não possui acesso aparelhos celulares e computadores com internet, o que deixou essa parcela populacional especialmente descoberta.

Os grupos migraram para a modalidade online. A gente conseguiu até colocar um quantitativo bom de grupos e tal, até por conta dos servidores. Teletrabalho essa população

não acessava, né? Então, assim, o que já era complicado ficou ainda mais difícil, se tornou ainda mais pontual. (Trabalhador SUS – CAPS II)

Para os gestores das secretarias de saúde e assistência social, as entrevistas realizadas nesta pesquisa corroboraram o importante papel dos órgãos de controle e proteção de direitos, como Ministério Público e Defensoria Pública, nos processos decisórios. Nas falas dos entrevistados, a intervenção desses atores é tida como um desafio, ou até mesmo um dificultador do trabalho. Contudo, a análise ampliada do contexto evidencia que as intervenções do Ministério Público e Defensoria Pública, em âmbito nacional e local, impulsionaram a ação estatal no sentido de garantir o direito de pessoas em situação de rua e impedir o retrocesso nas medidas já tomadas em benefício desse grupo populacional.

Foi desafiador esse processo de lidar com uma pressão do das promotorias defensorias. Milhares de documentos a todo tempo, a ponto da gente falar: pelo amor de Deus, se reúnam antes de falar alguma coisa porque está ficando difícil da gente trabalhar com essa quantidade de demanda, de judicialização. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

A justiça foi muito em cima da gente também, né? De ‘não fecha o alojamento’ ou ‘fecha o alojamento’, foi uma confusão, uma confusão, né? No fecha, como é que vai fechar, se vai fechar, para onde vão essas pessoas? Então tem um princípio de de não retroagir naquilo que é administração pública faz, né? E isso foi cumprido, pelo menos por parte da política de assistência. (Gestão SUAS – Acolhimento)

Nisso a gente começa a sofrer também uma pressão muito grande é do Ministério público, da Defensoria, inclusive com orientações que a gente precisou enfrentar muito para, para não atendê-las, que elas vinham como um aviso para gente bastante equivocadas, por exemplo, exigindo abrigos específicos para pessoas com covid, contrária às orientações da promotoria. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

E órgãos de controle também. Então não foi só a sociedade, não foi só serviço, foi órgão de controle, dá um assim, muitos documentos, Defensoria, várias, promotoria, Ministério público federal, MPU, né? Todo mundo perguntando, né, querendo saber, sendo que antes ninguém perguntava. Mas na pandemia, foi uma enxurrada de documento. (Gestão SUS – Atenção Primária)

[...] principalmente judiciário, porque o judiciário, na cabeça deles, eles não pedem, eles mandam e o pessoal da assistência, às vezes eu percebo que eles interpretam uma coisa muito pessoal, quando na verdade, é uma questão estrutural, né? É uma limitação estrutural e não uma valorização de uma vontade, né? Assim, se não estou atendendo essa demanda, não é porque eu não quero, é porque eu não tenho perna e toda vez que a gente justifica, eu pelo menos. (Trabalhador SUS – CAPS II)

No Distrito Federal, as entrevistas apoiam a percepção de que o processo de sucateamento do SUAS entra em conflito direto com a crise econômica e social desencadeada pela pandemia, que colocou o SUAS no centro das ações de enfrentamento de suas consequências.

Estávamos em um momento de dissolução da seguridade social e de fato a gente saiu desse momento para o momento de fortalecimento da assistência no DF. Então a gente mudou completamente um caminho, né? Teve uma troca de secretária nesse processo e saiu de um momento de fragilização da assistência para um momento de fortalecimento da assistência. Então a gente conseguiu chamar servidores, é trazer pessoas, é fazer um concurso. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Especialmente entre os gestores, responsáveis por tomar decisões práticas em contexto de escassez de recursos com a urgência que a pandemia exigiu, foram frequentes as falas a respeito da insuficiência de capacidade instalada para atender as demandas da população.

Também expresse o receio de que as decisões, especialmente as relacionadas com a rede de acolhimento, provocassem perdas e danos para população atendida.

[...]E as informações que a gente via no cenário europeu, era um cenário é, é, de altíssimo risco dentro dos acolhimentos e com muitas mortes dentro dos acolhimentos, né? Então a gente tinha ali uma situação instalada nas no espaço da rua, né? E também um medo dos acolhimentos, é haja vista que a gente nunca tinha feito uma discussão nessa escala de segurança sanitária, dentro dos serviços de acolhimento. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

A Secretaria não tinha uma rede de acolhimento capaz de garantir que essas pessoas fossem [...] para locais mais protegidos. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Era muito difícil a gente ter um diálogo [com a rede de serviços governamentais]. A gente tinha que provar ao estado que eles não iam matar. Ao contrário, a gente ia ter um controle melhor dessas pessoas do que dessas pessoas na rua. (Representante de OSC 1)

[...] a preocupação inicial foi onde essas pessoas vão, minimamente, ter acesso a ficar, né? Porque a gente já sabia que antes da pandemia as vagas de acolhimento eram insuficientes, né? A gente tem uma fila de espera, demora alguns dias aí para a pessoa poder ser ir pro serviço de acolhimento. (Gestão SUAS – Acolhimento)

[...] a gente teve que lidar com problemas com o agravamento de alguns problemas antigos, que é que é a falta, era a falta de vagas em serviços de acolhimento. (Gestão SUAS – Acolhimento)

[...] preocupação horrível, né? De assim, de repente, todo mundo morrer ali no início da pandemia, foi um horror, né? gente, vai morrer todo mundo. Se se colocar a pop, rua, todo mundo dentro, junto, dentro de um alojamento com 200 pessoas, vai todo mundo contaminar, todo mundo vai morrer [...] (Gestão SUAS – Acolhimento)

No que tange à disponibilidade de recursos materiais para a continuidade do trabalho, a falta ou inconstância no fornecimento de equipamentos de proteção individual – EPI, foi citada por vários entrevistados. Apesar de também ser uma queixa dos entrevistados que atuam no SUS, para trabalhadores do SUAS a ausência de normativas e recomendações específicas que orientassem o uso e distribuição dos equipamentos fez com que os trabalhadores se sentissem ainda mais vulneráveis no cotidiano dos serviços, ainda que os níveis de exposição ao vírus em vários setores da assistência social fosse semelhante ou até mesmo maior que em alguns serviços de saúde, como é o caso das equipes de abordagem social que passam várias horas com assistidos dentro do carro.

[...] as próprias condições de trabalho que a Secretaria de Saúde dá para gente, sabe? Aquela questão de se ter que lutar por um EPI para você ir atender, você tem que lutar, você tem que pegar uma máscara que você sabe que você vai ter que guardar ela ali, porque se não, se você perder, você não vai ter outra até daqui 15 dias (Trabalhador SUS – ECR 3)

[...] por conta da burocracia e da morosidade, mesmo do serviço público em distribuir EPI e álcool em gel e não só isso, foi chegando muito aos pouquinhos, então às vezes a gente não tinha os recursos mínimos para o atendimento. (Trabalhador SUAS – Centro Pop 2)

[...] ausência de um desenho estruturado de EPI, né? Essa dificuldade de aquisição, então, primeiro, foi máscara de pano. A gente nunca conseguiu ter máscara PFF2 na assistência e nunca teve um conjunto estruturado de EPI também, uma enorme expectativa de um EPI que nunca existiria [...] (Gestão SUAS – Proteção Especial)

[...] teve a questão da dificuldade de conseguir materiais, coisas básicas, álcool, máscara de proteção. Então se a gente teve é porque conseguiu recorrer a doações do Ministério público, que vem às vezes de questão do Sema [pagamento de penas em pecúnia]. (Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento)

Na rede de saúde, a percepção dos impactos, de forma geral, também aponta para insuficiência de recursos e agravamento de problemas antigos, como a dificuldade de acesso aos diversos níveis de atenção no Sistema Único de Saúde.

*[...] uma situação também que surgiu com a pandemia, mas que já era um problema antigo, que era da desospitalização de pacientes em situação de rua que precisam de cuidados.
(Gestão SUS – Atenção Primária)*

*O agravamento da questão de saúde mental da população e o ‘nada’ de apoio que a gente teve: nada a mais de RH, nada de ampliação da rede, não teve. Então, com a mesma rede que a gente atendia antes, a gente tá atendendo uma população muito mais agravada, né?
(Gestão SUS – Saúde Mental)*

*Existe uma necessidade de mais CAPS. Existe uma necessidade de mais recursos humanos. Existe uma necessidade de qualificação em relação a saúde mental e transtorno mental.
(Gestão SUS – Saúde Mental)*

Nossa maior dificuldade é mesmo referência para atenção secundária, quando houve necessidade (Trabalhador SUS – ECR 2)

*[...] E a gente acessar a rede de saúde é muito difícil. Às vezes demora conseguir fazer um exame. Aí a pessoa tem que ficar em isolamento. A gente não tem estrutura para isolamento.
(Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento)*

Só que no cotidiano é bem complicado. Como eu trabalhava num local que não tem consultório na rua, por exemplo, a regional de saúde do local me mandava ir para Taguatinga para levar a população de saúde pra lá porque eu não podia trazer a população em situação de rua aqui na UBS. (Representante do MNPR)

Diminuíram os leitos de saúde mental para atender crises. (Trabalhador SUS – CAPS AD)

Como grande parte dos equipamentos de saúde mental, em especial os caps, dentro da Secretaria de saúde funcionam de maneira completamente improvisada. Eu desconheço qualquer um, pelo menos um, assim que de fato funcione de acordo com o que a normativa diz, e a população de rua, ela não chega, e quando chega, em geral, são pessoas que estão de passagem. Então, acaba sendo um atendimento muito pontual. (Trabalhador SUS – CAPS II)

Chamou atenção, nas falas dos representantes da rede de atenção psicossocial, a grande dificuldade de adaptação no contexto imposto pela pandemia, tendo em vista a suspensão das atividades coletivas, principal recurso utilizados por estes serviços. Outro grande desafio para a atenção secundária no SUS relatado pelos entrevistados foi o remanejamento de profissionais para outros níveis de atenção, como atenção primária e emergências, em função das demandas da crise sanitária que sobrecarregou todo o sistema de saúde. Também foram comuns nesse grupo de serviço específico o discurso da ‘dificuldade de atender pessoas em situação de rua’, da falta de preparo e condições de serviço para fornecer o atendimento adequando às necessidades desse grupo.

Um primeiro momento assim foi mais desafiador, porque eu vou tentar explicar assim. Um caps, ele é muito voltado para a atividade coletiva, até de convivência mesmo, acho que a população em situação de rua talvez tenha essa maior necessidade de espaço de convivência, não é? Então, no início, por conta Das regras sanitárias, eu acho que foi bem difícil fazer essa adaptação. O que a gente podia ofertar? Estava mais atendimentos Ambulatoriais e individuais. (Trabalhador SUS – CAPS AD)

O caps não deveria ser, mas acabou virando um ambulatório assim, né? E um ambulatório de difícil acesso ainda para esse grupo, né? (Trabalhador SUS – CAPS II)

[...]mesmo servidores que ficaram presencial, eles estavam sendo aproveitados em outras atividades ligadas ao coronavírus, né? Assim não mais na finalidade do seu serviço [...] O

caps, que tem que se virar e readequar atividade, mas a prioridade é UBS vacinar, entendeu? (Trabalhador SUS – CAPS II)

[...]desafio que é tocar uma pauta tão difícil [saúde mental] no momento que o SUS estava a super sobrecarregado. (Gestão SUS – Saúde Mental)

O agravamento da questão de saúde mental da população e o ‘nada’ de apoio que a gente teve: nada e mais RH, nada de ampliação da rede, não teve. Então, com a mesma rede que a gente atendia antes, a gente tá atendendo uma população muito mais agravada, né? E aí é, a gente pensa muito é, com o pouco que temos, qual o melhor que a gente pode fazer, não é? (Gestão SUS – Saúde Mental)

O acesso à saúde das pessoas em situação de Rua é um desafio muito grande, não é? Quando a gente tem casos, por exemplo, deveria estar atendendo duzentas mil pessoas, na área de abrangência, A gente fica a novecentas mil pessoas, seiscentas mil pessoas. Então, assim, é um desafio muito grande a gente pensar isso. Como que a gente pode qualificar essas equipes, né, para essas demandas que são específicos. (Gestão SUS – Saúde Mental)

No lugar de lutar para avançar, a gente fica lutando para evitar retrocesso, é tentando lutar para evitar que coisas muito ruins acontecessem, digamos assim, que a gente viveu muito assim. (Gestão SUS – Saúde Mental)

E aí a dificuldade das equipes de fazer o PTS, porque o PTS é coletivo. Se não coletivizar, a gente não consegue dar conta da demanda do território e aí não tinha essas estratégias, não é? Então, foi, foi. Foi bem difícil assim foi mesmo. (Gestão SUS – Saúde Mental)

Para representante de uma das equipes Consultório na Rua, a pandemia evidenciou que, em geral, os protocolos da rede de saúde não contemplam as especificidades da PSR, de modo que um dos principais desafios foram viabilizar o acesso. Relatado ainda o aumento expressivo da demanda por laudos médicos para benefícios de assistência social (BPC) e gratuidade no

transporte público local e interestadual, que podem ser indicativos tanto do processo de empobrecimento da população quanto de um conhecimento acerca dos direitos. Para os trabalhadores dessa equipe, discutir processos de trabalho à exaustão foi necessário e fundamental para reorganização do serviço, reforçar a vigilância e monitoramento para a oferta de um cuidado “equânime, inédito e positivo” (Trabalhador SUS – ECR 1).

Adiante serão detalhadas as principais ações e medidas tomadas para lidar com os impactos da pandemia para a PSR no distrito Federal.

4.2.2 Resposta Institucional: como as instituições do Distrito Federal responderam às demandas e desafios impostos pela pandemia?

No âmbito da assistência social, as primeiras ações se desdobraram no sentido de atender ao cenário de insegurança alimentar, especialmente em locais onde a PSR se concentrou após o fechamento do comércio. A grande concentração de pessoas, em contraposição ao cenário de isolamento e distanciamento para pessoas domiciliadas, chamou atenção da comunidade local, sociedade civil organizada e do governo. O processo de aglomeração se constituiu, afinal, como uma estratégia de proteção da própria PRS, que conferiu maior visibilidade a essa parcela da população. A presença da sociedade civil organizada em alguns desses locais garantiu a presença constante da mídia e a organização de demandas e doações da comunidade, garantido uma resposta mais rápida e efetiva às demandas da PSR e pressionando o setor público a implementar medidas de proteção e cuidado.

[...] tive que sair da invisibilidade, que eu era um coletivo, tinha que montar um instituto com CNPJ. Eu tive que ter mais responsabilidade. Eu tive de ir para um enfrentamento com os nossos governantes tanto, né local como federal, porque a gente foi pro embate, para

mostrar para eles que a população de rua precisava de roupa, precisava comer, então pra mim me trouxe uma visibilidade. (Represente OSC 1).

A estratégia inicialmente adotada pelo governo foi a distribuição de alimentos utilizando própria capacidade instalada da SEDES-DF, por meio das equipes SEAS. Os relatos das entrevistas informam sobre os grandes desafios logísticos enfrentados pelos gestores e trabalhadores na operacionalização.

E a gente colocou todo o serviço de abordagem social no momento inicial, nos dois primeiros meses para entregar refeições para a população em situação de rua. Foi um desastre gerencial. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Onde as nossas equipes já conseguiram mapear uma concentração de pessoas, situação de rua, então essas marmitas foram distribuídas [...] as marmitas rodando o dia inteiro dentro do carro, com o acondicionamento precárias, marmitas azedavam. Então, assim era um caos. (Gestão SUAS – Acolhimento)

[...] um convênio permite que a gente tenha mais flexibilidade com relação a colocar e trocar gente de lugar [...]. Eles [SEAS] têm também uma malha de transporte. De fato, a Secretaria [SEDES] olhou e falou assim, bom, a gente vai ter que utilizar a força do SEAS pra conseguir fazer praticamente todo esse atendimento imenso da população em situação de rua. Então foi um caos nesse sentido, né? É um caos, porque a gente teve que parar de uma certa forma, o que estava fazendo, que é o trabalho cotidiano. (Gestão SUAS – SEAS)

Nesse mesmo período ocorreu a mudança de legislação dos restaurantes comunitários tornando gratuita a refeição para pessoas em situação de rua acompanhadas pelo serviço especializado em abordagem social – SEAS. Nem todas as regiões administrativas de Brasília possuem restaurante comunitário, como é o caso da RA Brasília, onde se concentra a maior

parcela da PSR, segundo dados do censo recente, de modo que essa medida beneficiou apenas uma pequena parcela do grupo. As dificuldades enfrentadas nessas duas estratégias propiciaram, segundo gestor do SUAS, uma ampliação na discussão sobre segurança alimentar para a população em situação de rua.

E conseguir visibilizar a importância de uma política de segurança alimentar e nutricional. Então, mesmo com o erro inicial [a estratégia de entrega de marmitas], com uma medida desesperada que não foi tão efetiva ou atendeu de uma forma imediata, mas precisava de um desenho mais estruturado, a gente conseguiu mostrar a importância de criar uma política de segurança alimentar e nutricional de uma forma permanente para a população de rua. Então ter criado o programa prato cheio, que prevê o cartão durante 6 meses, podendo ser renovado para pessoas no processo de saída das ruas, ter aberto os restaurantes comunitários de forma gratuita para o almoço [...] (Gestão SUAS – Proteção Especial)

O programa prato cheio foi instituído em 29 de dezembro de 2021, pelo decreto distrital nº42.873, e normatizado pela portaria 32, de 11 de maio de 22 e consiste na concessão de crédito mensal de duzentos e cinquenta reais, pelo tempo pré-determinado de nove meses, para aquisição de alimentos pessoas e famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional.

Ainda no que se refere à satisfação de necessidades básicas, foi crescente o questionamento acerca das condições sanitárias as quais estão submetidas as pessoas em situação de rua, impedindo a adoção de estratégias simples de autocuidado, como lavar as mãos.

No Distrito Federal uma região chamou especial atenção do governo e da mídia durante a pandemia, o Setor Comercial Sul - SCS. Esse território, localizado no coração da capital federal, é historicamente ocupado por pessoas em situação de rua, em grande parte devido ao intenso comércio e grande circulação de pessoas. Esse foi um dos locais onde a PSR se reuniu após o decreto do lockdown, gerando grande mobilização social, seja pela tensão social

crescente, seja pela presença de movimentos sociais e instituições do terceiro setor, que contribuíram para a ampliação da voz da PSR. Foi no SCS que se iniciaram as primeiras ações de distribuição de alimentos e marmitas pelo governo, posteriormente estendidas para outros territórios. Também foi nesse território que a população em situação de rua, com apoio dos movimentos sociais e organizações da sociedade civil, conseguiu maior visibilidade para o fato de não haver banheiro em funcionamento no local. As articulações entre as instituições da sociedade civil, PSR e governo propiciaram então a reforma do banheiro, que representou uma grande vitória para a PSR que habita aquele território.

[...]olha, é controverso a gente usar álcool em gel; a gente não está entendendo, quer dizer, a gente não tem água, a gente não tem um banheiro, a gente não consegue. (Representante OSC 1)

Está lá no setor comercial sul, aonde é uma crackolândia, onde reside pessoas que tanto são usuários de drogas, como não são usuários de drogas, naquele espaço que essas pessoas precisavam do básico, do básico, da sua dignidade que era um banheiro. (Representante OSC 1)

Nós conseguimos mostrar para o governo que onde tinha pessoas em situação de rua faltava o básico. Que é banheiro que as pessoas precisavam e com muita luta conseguiu no centro, no plano piloto dentro do setor comercial sul, dialogar com o governo, que ele fosse montado um banheiro tanto para as pessoas tomarem banho, quando precisar usar esse banheiro, usar dia a dia. (Representante OSC 1)

A gente fez uma reforma do banheiro público. Estava apagado, estava fechado com a com a ajuda de empresários começou a fazer um processo de gestão, manutenção do banheiro, com a própria pop rua. (Representante OSC 2)

Foi neste mesmo território, através da atuação de uma instituição da sociedade civil, que ocorreu uma ação importante e inédita para pessoas em situação que tem seus direitos violados pelo estado. Durante a pandemia, com aumento das ocupações no Distrito Federal, consequência da pauperização da população, o governo intensificou as desocupações. Algumas delas com relatos truculência e sequestro de itens pessoais e necessário para satisfação das necessidades mais básicas, incluindo documentos, alimentos, roupas, cobertores e barracas. A desocupação no setor comercial sul ocorreu no dia 28 de julho de 2021, e OSC que atuava no local saiu em defesa da PSR, movimentando sua rede de comunicação e mídia através das redes sociais. O conteúdo produzido pela OSC gerou grande revolta e mobilização da sociedade civil, que apoiou com a oferta de serviços voluntários, doações em dinheiro e itens de uso pessoal.

A atuação da OSC, no entanto, não se encerrou aí. Em um trabalho de organização e mobilização junto às pessoas em situação de rua lesadas, iniciaram ação judicial com o intuito de ressarcir as vítimas pelos danos morais e ao patrimônio sofridos. O processo já teve vitória em primeira instância, mas o representante entrevistado já considera uma grande vitória, especialmente porque o texto produzido na sentença expõe elementos fundamentais para embasar outras ações e refirma o direito das pessoas em situação de rua.

Estávamos fazendo esse trabalho na rua e a gravamos umas imagens e com procuração das pessoas da rua, entramos com uma petição cível pedindo devolução dos bens, danos morais, danos coletivos e a proibição desse tipo de ação de retirada de bens, ainda mais uma pandemia. Mas, enfim, não se pode tirar itens pessoais, que foi o que aconteceu. Retirada de bens pessoais das pessoas em situação de rua em plena pandemia. Então, saiu em primeira instância já um texto foda para caramba do juiz lá, que já serve de base para muita coisa, e já pelos advogados aqui já serve, é um texto que pode ser replicado em outras capitais. Aí pode acontecer, mas a gente ainda não venceu uma última instância. Parece que está bem perto de concluir isso aí. Eles [o governo] fizeram ação de novo. A gente entrou com pedido de novo e essa segunda ação ela vai virar um negócio ainda mais...ela vai

reforçar, vai dar um reforço assim que vai ser importante. Eu também vejo que isso é uma conquista de um direito se a gente conseguir concluir. Porque isso é uma coisa básica mesmo, direito básico da galera que já estava muito, muito desrespeitada. Ali a gente ficou muito puto, né? (Representante OSC 2)

Tem o lado visual, que ficava feio o Setor não sei o que lá...Por que que eles fizeram isso? Mas, enfim, a sensação agora é que vai ter de novo, não é? Setor comercial sul, vai acontecer [nova desocupação], não tem que fazer, vai, vai ter que entrar mais uma vez com isso [ação judicial]. É um negócio revolucionário, uma carta [sentença] é alguma maneira dar um respaldo. A gente não deixou passar, acho isso importante. (Representante OSC 2)

Estávamos tentando não atrapalhar um processo que já existia ali, tudo mais na rua. Não acho que essa foi nossa tentativa, mas também não deixar de ver uma, não permitir que uma coisa, uma violação sequencial de direitos fosse aceita pela sociedade. Saindo desse discurso de que tem que deixar acontecer o terror e o pânico para, para, para mostrar que tem que ser feito tal coisa. Eu só fui lá fora com o que dava, tentando não atrapalhar e tentando integrar com a rede. (Representante OSC 2)

Adiante, uma importante ação empreendida pelo SUAS no bojo da pandemia da COVID-19 foi a abertura de alojamentos provisórios, reorganização da rede existente e ampliação permanente de vagas de acolhimento. Os alojamentos provisórios criaram 400 novas vagas de acolhimento e iniciaram atividades aproximadamente dois meses após o início do lockdown. A unidade localizada no autódromo de Brasília abriu 200 vagas no dia 09 de maio de 2020 e encerrou atividades em janeiro de 2021. Em junho de 2020, tiveram início as atividades na unidade do Estádio Abadião, em Ceilândia que, com mais 200 vagas, manteve funcionamento por 20 meses.

Duas parcerias que foram feitas com duas instituições, organizações da sociedade civil Instituto Tocar aqui do autódromo e o instituto mãos solidárias, que rodou abrigo de Ceilândia. Então, cada um desses alojamentos provisórios, que a gente chamou, tinha capacidade para até 200 pessoas dentro desses abrigos. (Gestão SUAS – Acolhimento)

[...] dentro desses alojamentos, as pessoas tinham direito a entrar, permanecer, dormir, se alimentar, fazer algumas atividades lá dentro. Tinha equipe psicossocial assim, social, psicólogo e educadores sociais que ficavam lá com as pessoas. Serviço de lavagem de roupa e banheiro obviamente, né? E algum lazer, né? Televisão e algumas oficinas de algumas coisas nesse sentido. [...]Que era em contêineres, né? Então foi uma estrutura toda montada para isso, porque não existe nenhum lugar hoje especificamente que tem uma capacidade instalada para poder acolher 400 pessoas. (Gestão SUAS – Acolhimento)

As vagas criadas provisoriamente foram absorvidas e ampliadas e saltaram de 1050 para 1555. As vagas já existentes, segundo informam gestores da pasta, passaram por processo de reestruturação a partir de novos parâmetros organizacionais e sanitários. Durante a pandemia também foi implantada pela primeira vez no DF, em maio de 2021, a modalidade de acolhimento em repúblicas LGBT, que através dos protagonismos dos próprios moradores, propõe local de moradia compartilhada com foco nas necessidades e especificidades deste grupo populacional.

Segundo os envolvidos nas ações de acolhimento institucional, a pandemia abriu espaço para a discussão acerca da segurança sanitária nos espaços de acolhimento e sobre formas mais eficientes de organização dos serviços e espaços. Em que pese algumas falas terem embutidas o discurso de controle dos corpos dos acolhidos, é possível notar algum avanço na percepção de que as necessidades da PSR são heterogêneas e prescindem de estratégias coletivas e individuais diversificadas, o que se torna muito complexo em ambientes com grande concentração de pessoas. Também se amplia a percepção sobre a importância da vigilância em

saúde nos espaços de acolhimento, considerando não só a COVID-19, mas outras doenças infectocontagiosas que são prevalentes para esse grupo populacional.

Por que a gente foi mostrando, pois tá, colocar essas pessoas num espaço de 200 pessoas é muito mais difícil você ter um controle tanto social, da saúde, do que essas pessoas, num espaço com 50 pessoas, então daí se criou uma política aonde as casas que fosse acolher essas pessoas, pudesse acolher até 50 pessoas. Isso é outro ganho que a gente teve também.
(Representante OSC 1)

Quando a gente pensa em abrigo, como eu já conhecia, acolhimento a gente pensa sempre num coletivo grande de pessoas. E aí pensar em abrigo para 200 pessoas é diferente de pensar em um abrigo para 10, para 20 para 50. E aí, na verdade, a pandemia, pros acolhimentos, teve um grande impacto, mas a gente percebeu que não era só covid, a gente não estava preparado para nenhum tipo de doença infecto contagiosa. E assim tem uma doença infectocontagiosa que é muito comum, que é mato na população em situação de rua e que a gente praticamente ignorava em relação a manejo sanitário, que é tuberculose, por exemplo. Tuberculose é extremamente contagiosa se a pessoa não está em tratamento aquele negócio todo, né? Então assim, a gente aprendeu e ainda precisa melhorar ainda, mas a gente aprendeu que é preciso ter espaços de isolamento nos lugares de acolhimento coletivo. Então não é só covid, né? É qualquer doença infecto contagiosa [...] (Gestão SUAS – Acolhimento)

Mas o ideal, mesmo assim, seria a gente conseguir ter uma rotatividade menor nos serviços. Na verdade, eu acho que menos pessoas dentro dos serviços, porque se entra uma pessoa com uma doença infecto contagiosa, ela invés de infectar outras 49 ou dentro dos serviços que têm 50 [...] se ela entrar no serviço que tem 20, ela vai infectar, sei lá 19, né? E os impactos serão menores em relação a isso. [...]Que é até mais fácil de imaginar se lidar com abrigo de 200 pessoas e lidar com abrigo de 10 é muito mais simples, mas isso envolve uma alocação de recursos muito maior, né? (Gestão SUAS – Acolhimento)

[...] mas a gente tem procurado fazer isso com essas com essas vagas que foram que foram pactuadas agora, porque essas 400 vagas que eram provisórias hoje, se tornaram vagas permanentes, tá? Então assim a gente criou novas 400 vagas [...] ela são casas na comunidade, tem São Sebastião, Ceilândia, Taguatinga, Guará e Gama. A gente procura colocar menos pessoas dentro dessas casas, mas tem casa que tem 60, 70 pessoas. Vocês têm outras casas que tem a capacidade de até 30, então a gente vai manejando isso de alguma forma e todas elas hoje têm pelo menos um quarto de isolamento. Então é esse foi o legado covid, para o serviço de acolhimento, ter um espaço de isolamento. (Gestão SUAS – Acolhimento)

Em relação aos acolhimentos, talvez a mudança mais significativa observada seja a percepção dos gestores sobre a necessidade de se criar espaços com menor capacidade e descentralizados. A medida, que segundo uma participante entrevistadas já está em andamento no DF, beneficia tanto a PSR quanto o serviço, na medida em que permite a construção de estratégias com foco nos indivíduos, histórias de vida, condições de saúde e relações com a comunidade.

Ainda no âmbito mais específico dos serviços de assistência social, os atores descrevem as ações de ampliação das ofertas como as principais executadas no período pandêmico. Uma das mais notórias mudanças foi a ampliação de horário de funcionamento dos Centro pop, que antes funcionava de segunda a sexta e passou a atender de forma ininterrupta, também aos finais de semana.

[...]por conta da vulnerabilidade das pessoas em situação de rua, elas deveriam, unidade deveria estar aberta de domingo a domingo. (Trabalhador SUAS – Centro Pop 2)

Expandirmos a alimentação, que antes era só café da manhã, almoço. Agora Almoço e o lanche da tarde, não é? (Trabalhador SUAS – Centro Pop 1)

Recentemente houve mais uma ampliação com a distribuição de mais uma refeição no final da tarde, o jantar, segundo informação obtida em visita ao serviço no contexto de trabalho da pesquisadora. Apesar da distribuição de alimentos pelo Centro Pop ter mais que dobrado no período – como informam os dois gerentes dos serviços entrevistados – as atividades coletivas foram suspensas e o uso do espaço de convivência restrito. Essa também foi a realidade nos abrigos, que buscaram adaptar-se as regras de convívio e as atividades de acordo com as recomendações sanitárias vigentes em função da pandemia.

*Tivemos que fazer essa parte de isolamento. Eles não poderiam mais entrar na unidade
(Trabalhador SUAS – Centro Pop 1)*

*Antigamente tinha um horário mais flexível para eles entrar e sair da unidade e isso a gente deu uma restringida, até para evitar que eles ficassem muito tempo na rua batendo perna.
(Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento)*

[...] a gente não fez os trabalhos coletivos. (Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento)

*A gente faz pequenos grupos, pequenas reuniões, né? Antes a gente fazia com 50, a gente fazia com 5, pra diluir as atividades em pequenos grupos e pequenas atividades para não deixar de ter a essência do que é o centro pop, que é esse centro de convivência.
(Trabalhador SUAS – Centro Pop 2)*

O serviço de abordagem social – SEAS, que operacionalizou a primeira ação institucional com recursos governamentais, a entrega de marmitas, refere que foi necessário atuar na reorganização dos serviços para atender as demandas do período. Inicialmente foi priorizada a orientação dos próprios trabalhadores, com a realização de cursos de formação e vídeos de orientação. Os recursos tecnológicos incorporados ao trabalho, como as reuniões virtuais, permitiram a difusão de informação de forma mais rápida e eficiente. Também houve

mobilização no sentido de produzir conteúdo informativo que fosse acessível para as equipes, formadas em parte por pessoas que já vivenciaram a situação de rua, e para a PSR, incluindo orientações sobre identificação de sintomas. O SEAS atuou ainda na mobilização de redes comunitário nos territórios, na distribuição de kits de higiene e descrevem a participação massiva em reunião com a rede, instituições e comunidade para estabelecimento de fluxos, esclarecimentos sobre o trabalho das equipes SEAS e sensibilização, quando demandados para ações de higienização.

[...] eu senti uma certa tranquilidade porque o SEAS tem essa característica de prontidão, sabe? Eu ligava e falava assim, ó, tem que fazer isso. Dessa parte operacional, as pessoas se viravam, porque elas tinham condições de se virar. Elas tinham gente, elas tinham transporte e são pessoas sensíveis à causa da população em situação de rua. (Gestão SUAS – SEAS)

Há uma outra ação que teve que ser muito imediata, foi a orientação dos próprios trabalhadores. No SEAS tem 200 trabalhadores, é muita gente, né? E muitas pessoas com trajetória de rua que falavam, por exemplo, eu não preciso usar máscara. Então tinha umas coisas difíceis de conseguir orientar, de que olha, mas você precisa estar bem para você cuidar das pessoas na rua. Se você pega COVID, quem é que vai cuidar, né? Eles [equipe da OSC executora] fizeram vídeos com orientação tanto para os trabalhadores, de como então eles deveriam cumprir as regras para prevenir contágios e também de como eles fariam com a população de rua em uma linguagem mais clara, sem ser muito assustadora. Tentar pensar com os supervisores o que tinha em cada território de coisas possíveis, igreja pra lavar as mãos, foi pensado o que dava pra fazer em relação a essas orientações por conta do contágio. (Gestão SUAS – SEAS)

A gente falou, bom, vai entregar marmita, mas não vai só entregar marmita, dá uma checada se o cara está sentindo alguma coisa, enfim, vai fazer orientação, vai distribuir água, a gente

distribuiu máscara, distribuiu gel, né? O álcool gel a gente fez kits, né? É também foram feitos esses kits. (Gestão SUAS – SEAS)

No que tange aos avanços e inovações no SUAS, alguns atores descrevem um processo de “fortalecimento da assistência social no Distrito Federal”, em contraposição à crescente redução de sucateamento e desfinanciamento, em andamento no país. Alguns desses avanços são considerados como conquistas permanentes para o sistema de proteção de direitos da PSR, como é o caso do concurso público e contratação de servidores. Outras, porém, são isoladas ou dispositivos exclusivos do período de emergência e calamidade.

Momento de dissolução de seguridade social e de fato a gente saiu desse momento para o momento de fortalecimento da assistência no DF. Então a gente mudou completamente um caminho, né? Teve uma troca de secretária nesse processo e saiu de um momento de fragilização da assistência para um momento de fortalecimento da assistência. Então a gente conseguiu chamar servidores, é trazer pessoas, é fazer um concurso. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

[...] todos servidores que entraram passaram por curso de formação com discussões sobre direitos de população em situação de rua então é uma nova leva muito mais nivelada em termos de saberes, do direito e das políticas de assistência, né? Eu dei 2 horas de aula para todos os servidores novos é no curso de formação, sobre direitos de população de rua e sobre pautas LGBTs, sobre violência contra mulher e vários temas que a gente conseguiu nivelar um pouco saberes, mais dentro da Secretaria. Isso foi importante. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

É operacionalmente falando, né? Assim, teve uma coisa bastante interessante, que é o seguinte: a gente tem, como política de assistência, a gente tem esse que a gente chama do serviço de situação de calamidades e emergências, né? Que foi o que a gente evocou para poder abrir os alojamentos provisórios. A gente evocou esse serviço que nunca tinha sido

usado na história da política de assistência aqui, porque a gente não costuma, ao contrário de outros estados, a gente não costuma ter umas calamidades emergências a exemplo de sei lá, enchente, grandes desastres naturais, né? É a gente sempre falava: no dia que acontecer um negócio desses, vai fazer o que. Eu acho que também fica esse legado de que assim, se tiver uma próxima emergência. (Gestão SUAS – Acolhimento)

[...]com a decretação do estado de calamidade, né? A gente pode conceder outro benefício, é que auxílio calamidade para dar um suporte maiores maior para eles, né? (Trabalhador SUAS – Centro Pop 1)

Dobram o número de servidores. Quase 30 no pop de Taguatinga e no pop Brasília tem um pouco mais. [...] melhorou o serviço na em termos de mobiliário também de infraestrutura, né? Tem proposta de reforma [...] (Trabalhador SUAS – Centro Pop 2)

Apesar de uma crise, com consequências muito graves, a pandemia trouxe um olhar, acho que mais presente, mas eu acho que assim, depois de muito tempo, ele foi priorizado. Porque se não fosse a pandemia, eu acho muito difícil que a gente tivesse nomeação, que a gente tivesse essa reestrutura. No pop, que os contratos de alimentação fossem revistos, né? A gente tinha, por exemplo, existe um contrato com 200 refeições pelo dia com a pandemia, isso pode dobrar. Então assim, mais pessoas podem se alimentar. (Trabalhador SUAS – Centro Pop 2)

Do ponto de vista organizacional, serviços do SUAS citaram a incorporação de tecnologias no processo de trabalho como um avanço durante a pandemia, como a digitalização de arquivos e prontuário e a realização de reuniões online, que diminui as distâncias e propicia encontros entre instâncias de decisão e com a rede de maneira mais dinâmica.

Assim é por porque antigamente a gente mexeu muito com prontuários físicos, com papéis, tudo era papel e ficava passando aqui. Por conta da pandemia, a gente viu a necessidade de

tentar modernizar isso, então a gente está criando todo nosso arquivo, os prontuários, tudo na versão eletrônica. (Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento)

Também são citadas novas forma de acesso a recursos financeiro, pouco exploradas antes da pandemia, como os valores de pagamento de penas em pecúnia, repassados pelo Ministério Público e emendas parlamentares.

Aumentou a questão, por exemplo, do Ministério público, que é a questão das pecúnias, que teve um aumento porque quando eles tinham que fazer a prestação de serviço por conta da pandemia, a maioria começou a reverter em pecúnia. Então, para a gente, por um lado foi bom. Que a gente recebia em pecúnia e aí a gente via o que estava precisando, que realmente era máscara, álcool líquido, álcool gel. (Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento)

A gente conseguiu rodar emenda parlamentar, por exemplo, para o serviço. Coisa que era já foi feito em algum momento, mas assim que era muito mais difícil, muito mais moroso, né? Hoje a gente conseguiu abrir aí um caminho, trilhar um caminho assim, um pouco mais organizado, para poder acessar esses recursos de emenda parlamentar. O que é bom e ruim ao mesmo tempo, né? Porque na verdade foi o foi a necessidade fazendo o ladrão, então a gente teve que correr atrás disso. É bom a gente aprender e ter essa esse, recurso. Mas é ruim não ter a disposição mais recursos financeiros para poder rodar política, né? (Gestão SUAS – Acolhimento)

Outras inovações importantes no âmbito da assistência social foram os programas ampliados de acesso ao trabalho e a publicação do primeiro edital do programa moradia primeiro, que será implantado com recurso de emenda parlamentar^{XX}.

^{XX} <https://agenciabrasilia.df.gov.br/2022/03/10/df-tem-a-maior-rede-de-protecao-social-do-pais/> acesso em 14/10/2022

Ou coisas que a gente não tinha em perspectiva era ter estreitado o diálogo, mais nessa segunda etapa, mais pós crise, com a Secretaria do trabalho, e ter conseguido criar uma linha de acesso muito intensa da população em situação de rua, o programa renova DF, que permite a inserção de empregabilidade de pessoas em situação de rua. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

[...] isso foi outro ganho, conseguir tocar e o edital, deve sair aí no próximo mês, do programa moradia primeiro e fazer a discussão que a gente precisava avançar em outras modalidades de oferta e é principalmente para pessoas que o modelo de acolhimento não funcionava. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

O Programa Renova DF “consiste na oferta de cursos de qualificação profissional integrados às atividades de conservação do patrimônio público, com o fim de proporcionar a qualificação profissional do trabalhador de forma a torná-lo apto a atender às exigências do mercado de trabalho, combatendo o desemprego, durante e após as medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo COVID-19” (Governo do Distrito Federal). Já foram disponibilizadas mais de 3000 vagas, sendo a meta final 4500 formados^{XXI}. Para aqueles que completam o curso com carga horária de 80%, é disponibilizada uma bolsa no valor de 1 salário-mínimo, além do certificado de conclusão do curso.

Se ampliaram também, segundo a percepção de um entrevistado, as discussões sobre as interseccionalidades que sustentam e aprofundam vulnerabilidades na rua.

Pessoas com alto grau de agravo de saúde mental, com uma vinculação mais crônica com a rua, [...] a questão da, da migração Internacional. Então, no meio da pandemia, a gente tem um fluxo intenso de uma comunidade indígena warao venezuelanos para situação de rua, o que implica para a gente qualificar o debate sobre o atendimento para imigrantes e

^{XXI} Fote: correio braziliense <https://www.correiobraziliense.com.br/parceiros/gdf/2021/11/4966852-entenda-o-que-e-o-programa-profissionalizante-renova-df-e-quem-pode-participar.html>).

refugiados e para uma população indígena. Então isso é um outro tema que entra com força. Há a percepção de necessidade de medidas específicas de proteção a trabalhadoras e trabalhadores profissionais do sexo, que se mostra durante a pandemia também um público altíssimo, com uma alta vulnerabilidade que não tinha medidas ali se proteger a pandemia. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Todos os avanços e abertura de novos espaços para debate serviram para mostrar a centralidade e a força do SUAS no enfrentamento da crise sanitária no Distrito Federal.

E isso ajuda a gente num debate interno, mostrar a importância da assistência. Sim, a importância. Embora o discurso de heroísmo tenha sido só da saúde, eu acho que a gente conseguiu nesses últimos dois anos, salvar vidas numa escala inimaginável. Mesmo que ninguém lembre que a gente exista. Então, assim a gente vê uma escala de estresse gigantesca sim, mas a minha sensação é que a gente conseguiu, de fato, dar uma resposta que salvou vidas, dar uma virada de chave que se a gente não tivesse dado, o SUAS teria acabado. Sim, teria totalmente acabado. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Por sua vez, as organizações da sociedade civil referem as principais ações do período foram a intensificação de atividades já em andamento, como entrega de alimentos e doações, a participação em negociações com governo e serviços públicos e incorporação de atividade completamente novas em função das necessidades geradas pela pandemia.

Então tive que administrar, tive que arrumar um prédio, entregador, eu tive que fazer um serviço mais organizado do que eu fazia, e passei a fazer todos os dias (Representante OSC 1)

A gente fazia um trabalho com a cultura, quando começou a pandemia, a gente já tinha vínculo com muitas pessoas que estavam, que estavam aqui desamparadas, né? A gente buscou se organizar para entender o que que estava acontecendo aqui, então a gente fez um

questionário, levou os computadores, montou mesinha lá e começou a escutar demandas individuais, fazer um cadastro e atender demandas específicas de cada um que a gente normalmente. E aí, depois disso, a gente foi conversando ali atrás de resolução para esses, entendendo o que estava disponível na rede. (Representante OSC 2)

[...]hoje a gente consegue ter uma atividade por dia A gente começou a fazer rodas de conversa, café da manhã das mulheres, aí começou junto com a ajuda das tulipas^{XXII} [do cerrado]. Hoje a gente está tocando sozinho. (Representante OSC 2)

[...]todo dia tem atividade coletiva, focado nesse vínculo entre eles ali uma atividade mais lúdica, de lazer possível para eles ali se fortalecerem, discutindo, e aí através de psicólogos, voluntários e outros agentes, a gente, eles vão intermediar algumas coisas vão trabalhando algumas coisas ali no próprio Território. (Representante OSC 2)

[...]uma das ações foi também receber as pessoas, o voluntariado, muita gente começou a se prontificar para vir para cá e tudo, e a gente tentar entender se era possível ou não fazer isso. Acabamos recebendo um grupo de voluntários depois de já estar há um ano atuando ali na rua. (Representante OSC 2)

No SUS, as primeiras demandas relatadas foram a produção de documentos de orientação técnica. Os documentos técnicos produzidos pelo Responsável Técnico Distrital de Medicina de Família e Comunidade e pela Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável – GASPVP, direcionaram as ações voltadas à PSR em diversos níveis e setores.

^{XXII} Tulipas do Cerrado: Rede de Redução de Danos e Profissionais do Sexo do DF e Entorno. Atuam em Redução de Danos (RD) e na articulação de uma rede de proteção a profissionais do sexo, trabalhando principalmente com a população de rua e com as profissionais do sexo em situação de rua ou não, trazendo informação e educação em saúde. Fonte: www.tulipasdocerrado.com.br

Foram feitos documentos de orientação, né? Então a gente fez documento com ajuda dos profissionais de saúde, também para outras secretarias, documento para as equipes de saúde da família. (Gestão SUS – Atenção Primária)

As ações de prevenção e testagem vieram em seguida, especialmente em unidades de acolhimento. Em que pese a vacina contra COVID-19 estar disponível no SUS desde meados de janeiro de 2021 no Distrito Federal, a primeira articulação realizada para ofertar acesso ampliado a esse grupo específico ocorreu apenas em junho de 2021. Até então as pessoas vinham sendo vacinadas pontualmente de acordo com a etapa/idade de liberação de doses, como informam representantes das equipes consultórios na rua.

Também são descritas ações de monitoramento e referenciamento e ordenamento da rede de saúde para ampliar ou facilitar o acesso da PSR, especialmente nas regiões onde estão localizadas casas de acolhimento. Os serviços de saúde mental referem reorganização e novas propostas de atendimento considerando o contexto de ampla falta de recursos, principalmente humanos.

Um importante avanço no período foi a implantação de mais duas equipes consultório na rua.

Começou o ano com a vacinação, então, tinha que organizar essa questão das vacinas, né? E aí a gente também tem que fazer uma articulação muito grande com SEDES. (Gestão SUS – Atenção Primária)

[...] as unidades de acolhimento, né? A gente conseguiu fazer um mapeamento das unidades e fazer as referências da equipe de referência das equipes ESF (Gestão SUS – Atenção Primária)

É tipo a discussão também que eu lembrei agora com SAMU, era muito difícil. Conseguimos começar uma conversa. (Gestão SUS – Atenção Primária)

[...] a gente conseguiu pensar em atividades externas com a população então aí eu acho que a coisa melhorou, não é? (Trabalhador SUS – CAPS AD)

[...] a gente começou a acessar mais as UBS que estavam a nossa volta, que daria o nosso suporte, não é? E elas já estavam por si só, já bastante sobrecarregada com a questão de covid. Logo em seguida veio vacinação. (Trabalhador SUS – ECR 3)

A gente não ficou vacinando, só no centro pop, eu só na UBS não, a gente levava para a rua em alguns pontos onde os pacientes realmente não queriam ir até a UBS. A gente acabava indo nos locais onde os pacientes não queriam e até o pop ou não podiam ir ao pop, a gente acabava indo até eles. Então a gente conseguiu pegar uma grande quantidade de pessoas para vacinar. (Trabalhador SUS – ECR 2)

Foi aquela, quando a gente recebeu aquela doação dos kits [se refere a doações de kits de higiene oferecidos pela OPAS] que ajudou um pouco, né? Mas a gente sabe também que não poderia ser algo temporário, talvez tivesse que ser permanente, porque receber um sabonete, um shampoo, um álcool em gel só uma vez não resolvem o problema de 2 anos de pandemia. (Trabalhador SUS – ECR 2)

A gente botou as equipes para conversar, a gente fez uma circular conjunta, a gente normatizou os fluxos, a gente parametrizou isso, fez uma capacitação pra resolver da melhor forma, entendendo que a demanda é de todos, e só vai melhorar se a gente tratar dessa maneira. (Gestão SUS – Saúde Mental)

Eu acho que é isso em relação aos avanços, é. A gente teve esse avanço de ter mais 2 equipes consultório na rua. (Gestão SUS – Atenção Primária)

Para os trabalhadores da ECR 1 a pandemia representou para a PSR uma via de acesso para a saúde pública e oportunizou a diversificação das ofertas, utilizando recursos já disponíveis, e desmistificação de práticas consideradas polêmicas e geradoras de debates internos, como por exemplo a vacinação da rua. Destacam a incorporação de recursos tecnológicos e a disponibilização de smartphone de uso institucional, que provocou grande impacto na interação com a rede. Ainda, o uso do Sistema Eletrônico de Informação – SEI, recurso responsável por digitalizar toda a comunicação no âmbito da administração pública do Distrito Federal, é citado como importante instrumento utilizado com maior intensidade durante a pandemia para agilizar a comunicação, dar visibilidade às demandas da PSR, imputar responsabilidades omitidas ou negligenciadas e garantir direitos das pessoas em situação de rua.

Essa equipe também ressalta a intensa discussão do processo de trabalho no período e produção de materiais informativos e documentos técnicos. Inclusive partiu de trabalhador dessa equipe o primeiro documento com orientações e recomendações técnicas, submetido para análise em 16/03/2022, 16 dias após o decreto de lockdown, e intitulado ‘Guia para prestadores de serviços a Pessoas em Situação de Rua (PSR)’.

O referido documento, ao oferecer instrumentos para organização de serviços e processo de trabalho, influenciou até mesmo o não fechamento e ampliação de serviços. Em que pese a publicação oficial do documento ter ocorrido somente três meses após submissão, o fato de ter sido construído com base em evidências científicas conferiu a legitimidade necessária para utilização imediata, ocupando papel fundamental para a organização da rede de proteção e cuidado à PSR, como destaca um trabalhador do centro pop.

A saúde ajudou muito, mesmo que a gente criou aquele documento inicial que, a partir disso, que a gente conseguiu subir essa demanda que se não fosse a gente logo no início fazendo isso, ia demorar bem mais para mudar o esquema de atendimento, toda essa logística nova da unidade, né? É, vocês [equipe consultório na rua] ficaram também mais próximos,

saíram daqui mas ficaram mais próximos, sabíamos que estavam fazendo essas visitas, vocês estavam sempre, a gente sabia que vocês estavam na rua fazendo abordagem com eles.

Ainda, trabalhadores da equipe consultório na rua relataram participação de programas de mídia e TV para difundir informações e ampliar a voz da PSR e suas demandas, o que confere um caráter político a prática.

Outros atores destacaram a atuação das equipes consultório na rua no período:

Durante a pandemia, no início, até que não foi muito difícil essa abertura da saúde pra população em situação de rua. Só que no cotidiano é bem complicado. Como eu trabalhava num local que não tem consultório na rua, por exemplo, a regional de saúde do local me mandava ir para Taguatinga para levar a população de rua para lá [...] eu preferia levar no consultório de rua, que sempre teve uma abertura muito legal com a gente, com as pessoas que a gente levava. A gente via também a dificuldade também que eles trabalham é que você sabe muito, e é sério isso. E aí tinha que ter carro disponível, quando atua em várias regiões tem que ter um carro disponível, com equipamento, com tudo disponível para que se faça o atendimento da pessoa, né? Em todo lugar que você for no Distrito Federal, em toda a cidade satélite do distrito federal, você vai ver pessoas com doenças graves, com doenças sérias, entendeu? E nessa época que eu estava trabalhando aqui, eu atendi pessoas que que estavam com problema de coração inchava, entendeu? E como tudo ficou como se fosse COVID, então a saúde no geral focou nisso. Aí a gente veio puxando o consultório de rua porque, como eu estava com o público muito grande de pessoas em contágio do HIV, então a gente conseguiu pegar e trazer esse outro olhar. Mas já isso um ano depois, né? Da pandemia que já diminuiu e a gente viu que tinha outras doenças sérias. (Representante MNPR)

Também não pode esquecer que o ganho que a gente teve com consultório na rua, foi muito importante. Foi uma coisa de uma visibilidade. Que a área da saúde, mesmo estando numa pandemia, atendendo essas pessoas em situação de rua, para nós foi um ganho também que

não tem como a gente mensurar. Porque enquanto as pessoas iam para os hospitais, os hospitais, estavam lotado, né? Não tinha mais médicos para atender, a população em situação de rua podia contar com aquelas políticas públicas que ela tinha, que uma delas é o consultório na rua, então mesmo estando numa pandemia, a gente tinha visita dos consultórios na rua, onde tinham uma aglomeração maior de pessoas, e isso também foi importante, né? Para que a gente pudesse atravessar essa pandemia, por que que eu falo isso? Porque todo mundo estava na visão da pandemia, só que gente em situação de rua, a nossa problemática era muito maior. É, a gente não estava preocupado com a pandemia. A gente estava preocupado com a população em situação de rua e com suas outras doenças, né? Então, nós temos pessoas em situação de rua, com comorbidade, pessoas em situação de rua que tem é outras doenças, entendeu? E a gente pôde ter o acompanhamento do consultório na rua [...] (Representante OSC 1)

Posso falar em específico do consultório de rua? Foi muito parceiro. Especialmente ali, no autódromo, é? Bem o mal, todo mundo correndo naquele início, querendo testagem, testagem, testagem, a gente conseguiu alguns testes. Em algumas testagens foram feitas em massa, lá no abrigo e nos alojamentos, aliás, provisórios a gente conseguiu ter acesso a um pouco a isso. (Gestão SUAS – Acolhimento)

No cenário político, em 01/10/2020 foi publicada, por meio da lei nº 6.691⁵⁵, a Política Distrital para a População em Situação de Rua, no Distrito Federal. Por ser inspirada na PNPSR, a intersetorialidade tem a mesma centralidade dada pela política nacional e inclui, em seu artigo 5º, inciso X, a criação de “meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social – Suas e o Sistema Único de Saúde – SUS para qualificar a oferta de serviços”. Trata-se de um disposto meramente formal, visto que ainda não foi regulamentada, mas demonstra certa disposição da câmara e governo do Distrito Federal em olhar de forma mais aprofundada para as necessidades desse grupo populacional.

Seguindo as ações que impactaram a rede de cuidado e proteção de pessoas em situação de rua no período pandêmico, em 30/05/2022, através de audiência pública composta por

representantes da rede intersetorial e o movimento nacional da população de rua (MNPR), foi instalada a Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos da População em Situação de Rua. A principal voz ouvida na audiência pública, como não poderia deixar de ser, foi a do próprio MNPR, que colocou as necessidades e reivindicações históricas da PSR e criticou a repressão e violência estatal e a falta de integração da rede, em especial os serviços fundamentais de assistência social e saúde, como nas palavras de representante do MNPR^{XXIII} “Qual a dificuldade que tem de trabalhar junto? Inclusive fui prejudicado porque não atuam junto [...]”

A seguir serão melhores desenvolvidas ações que integraram serviços em objetivos comuns e algumas características da relação intersetorial no distrito federal no período estudado.

4.2.3 Intersetorialidade: como se deu a interação entre os serviços diante dos desafios e operacionalização de ações?

Muitos atores compartilharam a percepção de uma maior comunicação entre rede de serviços, tomadores de decisão, sociedade civil organizada e órgão de controle e proteção de direitos.

Uma das primeiras coisas que aconteceu no contexto da pandemia foi a necessidade da gente romper um pouco com essas de visões. Entre as profissões, entre as temáticas e na verdade, se considerar uma equipe como um todo para é atender um contexto de calamidade e emergência, né? Então, de fato, foi um momento onde essas divisões entre os setores precisaram acabar um pouco e todo mundo assumir uma responsabilidade um pouco mais coletiva. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

^{XXIII} Reportagem veiculada no site da Câmara Legislativa do Distrito Federal. Disponível em: <https://www.cl.df.gov.br/-/frente-parlamentar-em-defesa-dos-direitos-da-populacao-em-situacao-de-rua-e-lancada#:~:text=%E2%80%9CA%20popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de,%2C%20ter%20uma%20vida%20digna.%E2%80%9D> acesso em 14/10/2022

Com muitas instituições governamentais a nível local e a nível nacional a gente conseguiu ter um diálogo maior. (Representante OSC 1)

O desafio também, não quanto a população, mas de lidar com vários setores, lidar com diferentes opiniões, né? Diferentes organizações, não é? Diferentes entendimentos também de comunicação e de trabalho. Então eu acho que é... Foi uma coisa assim, muito nova, né? (Gestão SUS – Atenção Primária)

Se eu propor uma coisa sozinho, consultório na rua propor um negócio sozinho, Caps, governo, qualquer um propor um negócio sozinho não vai dar bom. Vai ser uma solução única e não tem como ter, né? Mas assim, não tem como ter uma solução única para um problema tão complexo. Mas eu acho que movimentou tantos atores para pensar junto e ver o que deu certo, o que deu errado (Representante OSC 2)

Então, a gente tem avançado muito nessa compreensão de rede, nessa parceria, né? Pessoal da atenção primária procura muita gente, procura apoiar as equipes na ponta, hoje em dia é bem mais alinhado. (Gestão SUS – Saúde Mental)

[...] houve nesse momento de pandemia, houve um esforço muito grande, intersetorial mesmo, seja com o pessoal da assistência social que estava ali com a unidade de acolhimento, né? [...] Então assim a gente conseguiu, claro, não foi com perfeição, foi cheio de ruídos até a gente conseguir afinar a nossa comunicação. Foi bem difícil, mas eu creio que dentro das possibilidades intersetoriais eu acho que cada um conseguiu cumprir minimamente o seu papel, sabe? (Trabalhador SUS – ECR 3)

A relação mais estruturada entre SUS e SUAS foi uma das interações mais citadas quando perguntados de forma livre sobre relação com outras instituições. Foram destacadas desde ações conjuntas de atendimento individual e coletivo até a produção de documentos conjuntos.

Foi possível estreitar como a gente nunca tinha tido uma relação próxima com a Secretaria de saúde, estabelecer uma relação assim, muito estruturada entre o SUS e o SUAS. Até então a gente nunca tinha tido uma relação tão forte com a saúde. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Então outros caminhos importantes que a gente conseguiu nesse processo foi estreitar a relação da assistência com a saúde e vincular os equipamentos, as novas unidades de acolhimento à Atenção Primária na saúde, que era algo que a gente não tinha. A nossa interlocução com a saúde era muito com consultório na rua e ponto. Então, nesse processo assim, ver as unidades básicas de saúde conversando com os acolhimentos, numa escala que a gente nunca teve, foi muito importante. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

[...] Porque não tinha uma ligação muito grande entre o SUS e o SUAS, né? Então, assim, eles foram bem ariscos. Mesmo depois, foi a gente foi que foi lidar com essa de fazer esses vínculos entre os setores, né? Pra conseguir propiciar uma atenção para pop rua? Então era um vínculo que estava fragilizado, estava quebrado. (Gestão SUS – Atenção Primária)

Mesmo assim, eles [da secretaria de assistência social] foram entendendo que a gente era um parceiro, que não era um vilão inimigo, né, que a gente não estava lá para boicotar e nem ficar mostrando os defeitos deles. A gente estava como um parceiro, que a gente estava na mesma instância de Secretaria e que era pra gente fazer um trabalho em conjunto, porque um depende do outro e não tinha como a gente fazer sozinho. (Gestão SUS – Atenção Primária)

[...] Aí a saúde é que ainda deu suporte. A gente viu que estava com sintomas, se procura UBS para vocês poderem ter algum atendimento, fazer a testagem, né? A orientação, questão de isolamento nas nossas unidades tiveram que criar setores específicos para acolhimento, para poder ficar em isolamento e não tem risco de contágio para os outros assistidos. (Trabalhador SUAS – Centro Pop 1)

Eu acho que principalmente a articulação com a saúde. O SEAS tem esse papel que é muito difícil, ele intermedia o acesso da população em situação de rua a outros serviços, esse é um lugar difícil, é um lugar que não é fácil. E as principais instituições que o SEAS, independente da pandemia, atua, são os próprios equipamentos de saúde, principalmente consultório na rua, os caps, as UPA's e as UBS's, eu diria que são esses os equipamentos territoriais que cotidianamente o SEAS conversa. E na assistência social, os CREAS, os centros pop, e os acolhimento, né? Então acho que principalmente esses setores. Na época da pandemia entrou o SAMU. A gente já tinha relação com SAMU, principalmente para chamar por conta dos casos de transtorno com crise e surto, mas começou de fato a ter tentativas de articular com o SAMU para esses atendimentos mais urgentes das pessoas com COVID muito aparente ou com suspeita de COVID. E eu acho que a intensidade com que a pandemia exigiu que essas conversas fossem feitas trouxe um ganho grande pro SEAS, eu acho, né? A rede se fortaleceu nessa articulação. (Gestão SUAS – SEAS)

Outros tantos destacaram os desafios observados na relação intersetorial, seja pelos vazios da rede em função do fechamento de alguns serviços, pela sobrecarga daqueles que seguiram funcionando ou pelas dificuldades de comunicação entre atores e serviços e o consequente desgaste nas relações.

É, mas aí a gente ficou também isolado. Então fora aqui da unidade a gente não conseguiu enxergar muito isso, né? A gente via quem chegava, o que ainda quem a gente procurava, suporte como proceder, né? Mas como eu falei, essa parte do INSS, Defensoria, Ministério público, tudo isso ficou parado, né? (Trabalhador SUAS – Centro Pop 1)

A gente tem uma a uma equipe da saúde aqui da clínica da família, que atende aqui. A gente tem uma parceria muito boa com a clínica da família aqui da região, então só que aí por conta da sobrecarga também lá na clínica, teve que se afastar daqui. (Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento)

O pop [Centro Pop] foi referência. INSS parou de atender, o TRE parou de atender, a Defensoria pública DF era e-mail, remoto. E num período crítico da pandemia, suporte na verdade, encaminhavam para o pop porque era um dos poucos de portas abertas. Então assim, a gente começou a fazer tudo o que você imaginar. (Trabalhador SUAS – Centro Pop 2)

A gente teve, se envolveu com isso porque a outra Secretaria [SEDES] não tinha competência para lidar com a saúde, então eles solicitaram muito a gente. Só que eles solicitaram de uma forma muito formal, assim, e aí a gente ter que ir atrás, correr atrás dos setores num primeiro momento. Eles foram muito ariscos com a gente, né? Porque não tinha uma ligação muito grande entre o sus e o suas, né? Então, assim, eles foram bem ariscos. Mesmo depois foi a gente foi ter que lidar com essa, de fazer esses vínculos entre os setores. (Gestão SUS – Atenção Primária)

[...] a relação foi melhorando [...] eles foram entendendo que a gente era um parceiro, que não era um vilão, inimigo, né? Que a gente não estava lá para boicotar e nem ficar mostrando os defeitos deles. Que a gente estava como um parceiro, que a gente estava na mesma instância de Secretaria e que era pra gente fazer um trabalho em conjunto, porque um depende do outro e não tinha como a gente fazer sozinho, né? (Gestão SUS – Atenção Primária)

Agora, eu acho que como as outras instituições, já falei um pouco dessas dificuldades, com o SAMU, com a UPA, com o consultório na rua, de demandas que o SEAS entende, tem a expectativa que sejam demandas de saúde e que, ao acionar os equipamentos, eles acham que essa demanda não é deles, né? E aí eu acho que tem algumas questões. Parte é um equívoco as vezes de expectativa do que é problema da saúde. Então acho que as vezes o SEAS tem uma expectativa de que os equipamentos [de saúde] têm que resolver coisas que às vezes não deveria ser só o equipamento de saúde, né? Ou também uma limitação de achar que os SEAS só têm que atuar num certo quadradinho, né? Então, eu fico demandando para o outro coisas que as vezes eu poderia fazer no próprio, no próprio SEAS. Que vira sempre um nó na fala das equipes de que as unidades não estão funcionando; de que esses

*equipamentos não atendem às nossas demandas, né? Eles não atendem o que gente pede.
(Gestão SUAS – SEAS)*

A relação ela é dificultosa, porque ela não acontece institucionalmente. Ela mais pessoalmente, entendeu? Então, por exemplo, é alguém que a conhece o chefe do novo gerente do centro pop, quando muda tem retrocesso, então ela vai indo dessa forma, entendeu? E com o serviço de abordagem e com os outros serviços daí do setor comercial sul, também o terceiro setor aí no território, a comunidade. É, é isso que é dificuldade. Assim, parece que ocorre sempre numa relação pessoal. E a gente não consegue assim de uma forma dialogar. Então assim, aí a gente, próprios comerciantes, né? Então assim, a gente já teve uma relação muito próxima com os comerciantes da nossa rede comunitária, né? Mesmo assim a as coisas que eles faziam era para nos tirar dali, porque não é porque a gente seria o causador do problema da população em situação de rua, no setor comercial, né? Então ele tem essa visão, né? (Trabalhador SUS – CAPS AD)

[...]a Secretaria de trabalho também, eles ficaram chateados porque a gente meteu pau numa matéria, depois de alguma ação [...] é a dificuldade da sociedade civil, falar um pouquinho o que acha e depois sofrem retaliação. Até hoje está nos limitando, já tem algum tempo. E para falar com polícia...a gente sempre teve próximo, como fazíamos muito evento, carnaval de rua no centro da cidade, tinha muito diálogo. O Diretor dessa PM, ele é um cara que nos escutou durante a pandemia quando a gente quebrou o pau lá, ele ainda assim, ele nos entende. Eu sinto que a gente tem um diálogo lá com esse altíssimo escalão, mas está muito distante da realidade da rua aqui, quando vem aqui não está legal, estão meio inimigos da gente assim. (Representante OSC 2)

Também ficou evidente nas entrevistas o importante papel ocupado pela Fiocruz Brasília, em especial o Núcleo de Populações em Situações de Vulnerabilidade e Saúde Mental na Atenção Básica (Nupop), na articulação da rede para PSR no Distrito Federal. Durante a pandemia a Fiocruz Brasília consolidou o papel de referência na produção de conteúdo e soluções direcionados para esse grupo populacional. No dia 02/04/2020, por meio de seu canal

no aplicativo youtube, o programa Conexão Fiocruz Brasília transmitiu nacionalmente a Live “Novo Coronavírus e as populações em situação de vulnerabilidade e de rua”.

Em 09/04/2022 ocorreu a primeira reunião Interinstitucional, mediada pela Fiocruz, que uniu trabalhadores, gestores, entidades da sociedade civil e pesquisadores, com o objetivo de construir um plano com ações articuladas, para prática imediata, visando o cuidado e proteção da PSR no Distrito Federal. Com o suporte da Fiocruz Brasília foi elaborado um plano de ação intersetorial, com divisão de responsabilidades e direcionamento único com foco nas necessidades mais imediatas da PSR.

Através da Fiocruz se deu a Implementação e Avaliação do Plano de Ação Interinstitucional de Atendimento às Pessoas em Situação de Rua do Distrito Federal no Contexto da Pandemia de Covid-19, que consiste na oferta de atendimentos de saúde por meio do programa de residência multiprofissional em saúde da família da Fiocruz Brasília à população em situação de rua, onde os profissionais residentes atuam clinicamente com foco em educação e saúde para o contexto dessa população e para as emergências sanitárias. Os atendimentos individuais e atividades de coletivas ocorrem em equipamentos do SUAS, como instituições de acolhimento e Centro Pop, e nas ruas, com atuando em parceria com as equipes Consultório na Rua⁵⁶.

Na pandemia também foram produzidas e disponibilizadas duas publicações importantes para o planejamentos de ações de equipes de saúde e assistência social no período, ambos lançando em meados de 2020: a cartilha “Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19: recomendação para os Consultórios na Rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua”; e o livro “Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19”, em parceria com o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes/Fiocruz) ;

Fiocruz ocupou um papel muito importante também, que a Fiocruz aparece como um parceiro. A gente considerar um projeto conjunto que permite o compartilhamento de residentes entre a saúde e assistência, né? Então, os residentes da saúde passaram se inserir dentro das unidades socioassistenciais, no trabalho com população em situação de rua. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

É um ganho muito grande que a gente teve foi a Fiocruz. A Fiocruz fez um trabalho de relevância muito grande, mas muito grande junto à população em situação de rua. Porque a Fiocruz, ela tinha dois focos, no meu ponto de vista. Um foco era o covid, né? As pessoas, eles trabalhavam a questão do covid. O outro foco que foi que eu achei que a gente teve uma visibilidade, foi a Fiocruz com os outros órgãos do governo ter na sua prioridade pra discutir a população em situação de rua. (Representante OSC 1)

Então a gente meio que teve que fazer essa pressão também com outros setores, né? E a parceria com a Fiocruz, que foi uma parceria com um laço mais estreito (Gestão SUS – Atenção Primária).

Outra informação que chamou atenção foram as estratégias conjuntas entre saúde e assistência social no campo da vigilância sanitária nos espaços de acolhimento e convivência da secretaria de assistência social. São citadas testagem em massa, atendimentos individuais e atividades coletivas nos espaços da assistência, referenciamento de abrigos em unidades de saúde da família no território e apoio na organização de estratégias de isolamento, quando necessário. Ainda, como fruto da interação próxima entre saúde e assistência, são citadas por gestores e trabalhadores da assistência social a necessidade de se pensar estratégias de vigilância e cuidado em saúde mental a serem executadas pelos próprios componentes dos SUAS, o que demonstra a importância da troca de saberes e interdisciplinaridade como recurso para ampliação das práticas. Também foram citados avanços na discussão sobre uma questão

recorrente e geradora de conflitos entres os serviços do SUS e SUAS, que é desospitalização de pessoas em situação de rua.

Posso falar em específico do consultório de rua? Foi muito parceiro. Especialmente ali, no autódromo, é? Bem o mal, todo mundo correndo naquele início, querendo testagem, testagem, testagem, a gente conseguiu alguns testes. Em algumas testagens foram feitas em massa, lá no abrigo e nos alojamentos, aliás, provisórios a gente conseguiu ter acesso a um pouco a isso. (Gestão SUAS – Acolhimento)

E aí, na verdade, a pandemia pros acolhimentos teve um grande impacto, mas a gente percebeu que não era só covid, a gente não estava preparado para nenhum tipo de doença infecto contagiosa. E assim, tem uma doença infectocontagiosa que é muito comum, que é mato na população em situação de rua, e que a gente praticamente ignorava em relação a manejo sanitário, que é tuberculose, por exemplo. Tuberculose é extremamente contagiosa, se a pessoa não está em tratamento aquele negócio todo, né? Então assim, a gente aprendeu e ainda precisa melhorar ainda um pouco, mas a gente aprendeu que é preciso ter espaços de isolamento nos lugares de acolhimento coletivo. Então não é só covid, né? Assim é qualquer doença infecto contagiosa. (Gestão SUAS – Acolhimento)

Existe uma necessidade de qualificação em relação a saúde mental e transtorno mental, né? Então há essa situação das populações em situação de vulnerabilidade, né? Eu acho que isso é um são os desafios e tem a ver com intersectorialidade? Porque, por exemplo, essa questão do da desospitalização tem que ter o envolvimento de todos no processo. (Gestão SUS – Atenção Primária)

Uma outra coisa que não é totalmente relacionada ao SEAS, mas eu acho que eu escutei isso naquele momento, é do apoio que teve da saúde dentro das unidades de acolhimento, que eu acho que essa é uma briga antiga nossa. [...] Eu acho que essa reivindicação histórica, assim, de que a os equipamentos da saúde entendessem um pouco as unidades de acolhimento como uma unidade territorial, de que as pessoas estão morando lá; que é claro

que a gente não quer institucionalizar e botar tudo lá dentro, mas que por uma unidade como o antigo albercon, com que tinha 400, 500 pessoas, já chegou a ter quando eu trabalhei lá; de que você precisava ter alguém da saúde pensando, o que que eu faço com a saúde dessas 500 criaturas que estão aqui? Não é isso? A gente sempre falou, sempre reivindicou. E aí ver na pandemia surgir um protocolo onde você discute como que essas equipes podem ir para dentro das unidades [UBS's], não só para fazer atendimento, mas para ajudar os trabalhadores da unidade dizendo: aí tem coisas que vocês podem fazer, que não precisa necessariamente das equipes de saúde. Tem uma parte de promoção de saúde que é, enfim, que a comunidade faz que os pais, as famílias e que assistência também pode fazer. Eu acho que isso foi um ganho enorme. Como está hoje, como se desenrolou, eu não sei, mas eu acho que mudou. Eu acho que mudou essa relação até no nível da gestão, por exemplo, na própria GESEAS, na própria DISEF, sentar com a saúde para discutir problemas a gente sempre sentou, mas eu acho que o número de reuniões no número de contatos que foram feitos aumentou muito, né? Isso sim, acho que sem dúvidas nenhuma, né? Então eu acho que foi a principal. Eu acho que foi assim o principal ganho. (Gestão SUAS – SEAS)

Esteve presente no discurso acerca das relações institucionais a maior facilidade de trocas intersetoriais propiciada pelos meios de comunicação digital. Trabalhadores da equipe SUS – ECR 1 destacaram o que consideram um importante ganho no processo de trabalho durante a pandemia, que foi a disponibilização, pela Secretaria de Saúde, de telefone institucional. Para esses profissionais, o telefone funcional permite uma interação mais qualificada, que institucionaliza a comunicação e ultrapassa as relações unicamente interpessoais, que não deixam de existir.

Teve gente que criou ou fortaleceu muito articulação via WhatsApp, por exemplo, tinha várias equipes do SEAS de rede Intersetorial que eles não participavam, né? Então, teve vários grupos deles também que foram criados para discutir questões específicas da COVID e que continuaram. Eu acho que isso também é um ganho. E um outro também, que é

inegável, é que a pandemia obrigou a utilizar o meio virtual para fazer reuniões. (Gestão SUAS – SEAS)

Eu acho que assim é, a gente acaba com essas reuniões online, acaba que a gente se aproxima muito mais. Na reunião online, ao mesmo que a gente está mais longe, a gente está mais perto. E também a gente troca mais. Hoje mesmo eu estava, eu saí de casa e tinha que fazer uma reunião com a diretora do socioeducativo, liguei pra ela e vim de lá até aqui, já conversando, costurando já, então assim você faz uma chamada WhatsApp já é uma reunião, não é? (Gestão SUS – Saúde Mental)

Duas ações em especial chamaram atenção pelo nível de interação entre os setores envolvidos, a campanha de vacinação e os Mutirões de Atendimento às Pessoas em Situação de Rua – PopRuaJud.

A primeira semana de campanha de vacinação da PSR no DF ocorreu entre 28 de junho e 02 de julho, priorizando o uso do imunizante do laboratório Jassen, de dose única, aproximadamente cinco meses após o início da população geral. Antes da campanha, pessoas em situação de rua estavam sendo vacinadas pontualmente, de acordo a faixa etária. A proposta da campanha foi de ampliar para o público sem restrição de idade, devido ao entendimento de grupos em vulnerabilidade devem ser priorizados. Apesar desse entendimento ser claro para aqueles que trabalham com a temática, foi somente em 02 de julho de 2021 que a PSR foi incluída como prioridade no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação⁵⁷ contra COVID-19, do Ministério da Saúde, por meio da Vigésimo sexto Informe Técnico – CGPNI/DEIDT/ SVS/MS.

A seguir, relato sobre a campanha de vacinação, uma vez que participou das atividades de planejamento e execução como trabalhadora de uma das equipes consultório na rua. O texto foi elaborado por esta pesquisadora no contexto da Comunidade de Práticas em Atenção Primária à Saúde e População em Situação de Rua no Contexto da Covid-19 (ComPAPS), fruto

de parceria da Fiocruz com o Conasems, definida pela diretora da Fiocruz Brasília^{XXIV} como “uma rede de experiências e trocas, uma mobilização do coletivo em torno de estratégias de cuidado voltadas à população em situação de rua, para que, com base na solidariedade e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), possamos construir condições mais dignas e justas para essa população”.

A imunização da PRS configura entre os principais desafios para as equipes de saúde. Afora as situações do cotidiano, que impactam severamente a saúde das pessoas aumentando o risco de adoecimento e complicações, as ações devem considerar a grande dispersão e ausência de recursos para locomoção e acesso aos serviços de saúde tradicionais, de modo que parte importante da assistência a esse público inclui ações em território, busca ativa e estratégias intersetoriais. A emergência sanitária instituída pela pandemia da COVID-19 ampliou tanto os problemas já existentes quanto a urgência para uma solução rápida e eficiente adaptada às necessidades dos usuários em situação de rua. No Distrito Federal, parte importante da estratégia de imunização envolveu os setores de saúde e assistência social de modo a superar os complexos desafios.

As articulações para realização da campanha se iniciaram com o planejamento conjunto pela gestão das secretarias de saúde e assistência social, que compartilharam dados disponíveis e necessários para dimensionamento e operacionalização através do cruzamento de dados do SUS com dados do SUAS.

- *Priorizado a oferta de vacina Jassen, de dose única, considerando a suposta dificuldade de realização de uma segunda dose.*
- *Articulação envolveu níveis diversos de gestão: gerências técnicas, vigilância sanitária, áreas especializadas, serviços.*

^{XXIV} Entrevista veiculada no site da Fiocruz Brasília (<https://www.fiocruzbrasil.br/compaps-direito-a-saude-da-populacao-em-situacao-de-rua/>).

- *Planejamento foi realizado com a participação dos trabalhadores que executaram as ações, que permitiu a melhor organização e previsão de necessidades e problemas*
- *A ação ocorreu em todo DF com maior mobilização nas regiões que contam com equipes Consultório na Rua, que também são as áreas de maior concentração da população em situação de rua – Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia*
- *A campanha foi realizada de 28 de junho a 02 de julho. Antes da campanha já estava em andamento a vacinação de grupos específicos de forma pontual, a ideia da campanha foi ampliar o acesso por meio da concentração de esforços, bem como reforçar entre a PSR a importância da vacinação.*
- *Criados pontos de vacinação descentralizados nos serviços de assistência social que atendem pessoas em situação de rua – Centro Pop, CREAS e Abrigos.*
- *Equipe de abordagem social fizeram busca ativa nos territórios e levaram usuários para vacinação*
- *Contamos participação de voluntários, principalmente estudantes de faculdades na área de saúde*
- *Realizada ampla divulgação com apoio de parceiros da rede: instituições da sociedade civil e diversos serviços públicos e do território*
- *Nos dias de campanha foram organizadas estações de atendimento. Equipe de assistência social ficou responsável pela recepção e identificação dos usuários e organização de dados de cadastro. Trabalhadores da saúde realizaram inserção da vacina no SIPNI; preenchimento do cartão de vacina; orientações e coleta e dados de saúde; vacinação.*
- *Pessoas sem documento e cadastro eram cadastradas na hora. Na impossibilidade de realização do cadastro, os usuários eram vacinados mesmo assim e todos os dados*

disponíveis eram coletados para cadastro posterior – a prioridade era vacinação sem restrições. Apesar disso a coleta de dados é de grande importância para dar visibilidade às necessidades da PSR.

- *Equipes de saúde utilizaram formulário do google forms para registro das ações e coleta informações importantes como raça/etnia e gênero. Também perguntado se o usuário já havia sido diagnosticado com COVID-19, uma forma de superar a subnotificação que afeta a PSR. A utilização do google forms permitiu o monitoramento em tempo real da vacinação, bem como a formulação automática de planilhas e gráficos.*
- *Em uma semana foram vacinadas 1372 pessoas em situação de rua no Distrito Federal, o que segundo o último senso disponível representa aproximadamente 52% da população em situação de rua vivendo no DF.*

As ações da campanha demonstraram o grande potencial de alcance e eficiência das ações articuladas no território. Por meio da atuação intersetorial garantimos a vacinação de mais da metade da PSR que vive no DF, o que tem grande impacto não só para as condições de saúde desse grupo, mas para a saúde coletiva como um todo, considerando que somente a vacinação massiva de toda população tem potencial para aplacar os danos provocados pela pandemia.

Outra importante prática intersetorial iniciada durante a pandemia são os Mutirões de Atendimento às Pessoas em Situação de Rua – PopRuaJud, realizado pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) em cumprimento ao disposto na resolução nº 425 do Conselho Nacional de Justiça, de 08 de outubro de 2021, que instituiu, no âmbito do Poder Judiciário, “a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades”⁵⁸. Cumpre destacar que tal resolução também foi publicada no período pandêmico em função das necessidades observadas no período.

Com o objetivo de integrar a rede interinstitucional para possibilitar acesso desburocratizado à justiça e serviços públicos essenciais, os mutirões, seguindo para sua 4ª edição^{xxv}, os mutirões reuniram até a última edição as instituições:

Justiça Federal – Subseção do Distrito Federal;

Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS;

Advocacia Geral da União - AGU;

Defensoria Pública do Distrito Federal – DPDF

Defensoria Pública da União - DPU;

Polícia Civil do Distrito Federal – PCDF;

Secretaria de Desenvolvimento Social do DF – SEDES;

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC – professores e alunos do curso de barbeiro e cabeleireiro;

Consultório na Rua;

Agência do trabalhador;

Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal – Caesb; Companhia de Desenvolvimento Habitacional do Distrito Federal – CODHAB;

Junta Militar;

A Polícia Militar do Distrito Federal - PMDF também prestou apoio de policiamento nas proximidades do evento. Durante a realização, que ocorre nos espaços dos Centro Pop Brasília e Taguatinga, são ofertados serviços de assistência jurídica, atualização e regularização de todos os documentos pessoais, acesso a benefícios sociais em âmbito federal (INSS) e distrital (atendimento da secretaria de assistência social que compõe equipe do Centro Pop), a atendimento coletivos e individuais de saúde (pela equipe consultório na rua)⁵⁹.

^{xxv} Primeira, segunda e terceira edição ocorreram em 14/12/2021, 08/03/2022, 28/06/2022, respectivamente.

4.2.4 Futuro da Política: o que vem a seguir?

Sobre o futuro da política, a percepção dos atores variou, ora mais otimista, em função dos avanços observados no período, ora mais pessimista, principalmente considerando o fim do período de emergência, o que na percepção de alguns sujeitos motivou e possibilitou os ganhos observados. Também ficou evidente a preocupação com a economia e política do país, na medida que os mais afetados pelas crises econômicas são aqueles já em condições de vulnerabilidade estrutural.

[...]E tendo que lidar desde as coisas mais estruturais, que é tipo, é como que a gente vai conseguir recompor a Secretaria nesse caos? Ali na proteção especial, mas depois do impacto, viria na básica, com uma, com uma situação generalizada de insegurança alimentar, de desemprego, a gente já estava prevendo isso, que é basicamente que a gente está vivenciando agora. Eu insisto que o pior da pandemia para assistência é agora. Mas agora a gente já não tem um clima de urgência, de visibilidade, do debate. esses impactos socioeconômicos provavelmente durarão mais de uma década e senso de urgência que a gente viveu não tem, não existe mais. Então isso é grave para a gente, a atenção básica aa assistência, ela está colapsada. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Só que essa crise não é vista mais como uma crise da pandemia, não é vista mais como resultado da calamidade, nossos servidores vão continuar com uma pressão gigantesca. Vamos continuar num grau hoje enorme de exigência, e sem qualquer senso de urgência e mesmo sem a ideia de valorização do servidor, sabe? (Gestão SUAS – Proteção Especial)

A gente precisa continuar nesse caminho de proteção da assistência. A gente precisa continuar lidando com esse impacto. Não, agora o mundo vai voltar ao normal. Não tem nada normal no mundo, não tem absolutamente nada normal do mundo. Tanto na incidência da violência quanto da fome, quanto do desemprego. Não tem nada anormal nisso. O trabalho infantil, aumentando numa escala gigantesca, basta andar na rua de Brasília, que

a gente não via mais criança desse tamanhinho. Então assim, é voltar para olhar de normalidade que naturaliza a barbárie. É péssimo. A barbárie continua. Assim, a calamidade continua na sua pior fase. Fome também mata, e mata muito. E cria impactos para o desenvolvimento social e o desenvolvimento biopsicossocial numa escala que vai demorar gestores e gestores para conseguir lidar com esse impacto. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Eu não ouço ninguém discutir pós pandemia, o que será feito. (Gestão SUAS – Proteção Especial)

Se a gente não tem uma proposta de política pública para a sociedade pós pandemia, quem mais vai sofrer ainda é a população de rua, porque que se a pandemia ela traz uma pobreza, se cresce uma vulnerabilidade social maior; com esse crescimento dessa vulnerabilidade maior, quem mais sofre é a população de rua. Você pega um acolhimento. Você a gente sabe que um acolhimento desse é uma política sem resultado, porque as pessoas daqui 3 meses são a rua, entendeu? Não, eu, eu só acredito numa política que daria certo, se os nossos governantes tivesse discutido uma política de rua, de trabalho para essas pessoas que estão na rua hoje porque perderam seus empregos. (Representante OSC 1)

Então eu acho que essas políticas aí, se permanecerem os governos e acho que é a tendência se deteriorar com o tempo, né? É piorar esse sucateio do que já está sucateado. Eu não tenho muito otimismo em relação a isso. Espero que eu possa estar errado. Mas eu não vejo muita mudança a médio prazo, se realmente a gente não está votando aí por esse bem-estar social, que pelo visto não é muito a preocupação dos nossos políticos aí não. (Trabalhador SUS – ECR 3)

Alguns atores apresentaram sugestões sobre o que se seria interessante manter ou criar no período pós-pandemia.

E eu acho que esse cuidado, porque não é só a questão do covid, é tudo. São várias doenças que deveria ter esse cuidado e que nunca tem, nunca teve. (Trabalhador SUAS – Serviço de Acolhimento)

Definir bem os territórios das equipes e colocar as equipes em todas as regiões e locais que as pessoas estão. Sim, né? Então, e aí também, alinhar com a equipe de saúde da família, que é um outro desafio do dia, que você entender esse público é dela também, né? Tem que ser um trabalho, enfim, o trabalho em rede, trabalho com os CAPS, né? Que a gente tem muita dificuldade. Aí os pacientes da saúde mental, de fazer essa aliança com os CAPS no plano de cuidado do plano. O PTS [Plano Terapêutico singular] deles, né? (Gestão SUS – Atenção Primária)

Outros tantos ressaltaram a preocupação com o sucateamento e esvaziamento da rede de atenção psicossocial em detrimento do fortalecimento de comunidades terapêuticas que prevaleceu no período, especialmente através de medidas do governo federal, e os impactos para a PSR.

Eu realmente não consigo vislumbrar no curto prazo e nenhum no médio, longo prazo, até pelo cenário que vem se desenhando aí, né? Nos próximos anos, cenário eleitoral e tudo uma mudança muito significativa, né? Até pelo próprio contexto da saúde mental estar ali, muito perto da população de rua. A gente teve um retrocesso muito grande que foi a volta e forte das comunidades terapêuticas, né? É então, principalmente para aqueles usuários em situação de rua que tem a questão do AD. Mas é importante também que o movimento de população de rua participe desses outros espaços, não é? Desde espaços Inter, setoriais, da conferência de saúde, vá lá dizer para fortalecer os cacos, não para as comunidades terapêuticas, né? Ampliação de leitos em hospitais gerais também que algumas pessoas não concordam muito, mas eu particularmente acho importante. (Trabalhador SUS – CAPS II)

Pô, esses dias eu vi um negócio da moradia primeiro no curso, pô. Achei lindo demais, cara, mas ele é mudar a lógica do sistema, porque que tem que ser outro negócio. Quem tá mais fodido tem que ter o melhor profissional. Olha que o governo está propondo isso. Sim, é para mim prejuízo em termos de investimento em casa terapêutica como única alternativa, acho que isso aí foi um fracasso e não serviu de aprendizado. Eu não sei que mais precisa acontecer? Vai ter que deixar chegar até que ponto para poder para a gente investir num processo de saúde mental em? Um processo alternativo de redução de danos, em que que falta para a gente poder estar redirecionando recursos? Aprendizado coletivo de que não é a única alternativa, é uma alternativa que serve para poucas, muito poucas pessoas. Na verdade, não é o contrário e é onde está maior parte do recurso [nas comunidades terapêuticas]. (Representante OSC 2)

[...] parece que está sentindo os impactos mais agora, sabe assim, parece que esse negócio de quarta onda é de saúde mental. Pelo menos assim, a minha impressão que os casos estão bem mais graves. (Trabalhador SUS – CAPS AD)

[...] como é que a gente faz isso no coletivo, né? Então, por exemplo, não é, como é que a gente consegue é, por exemplo, até envolver a segurança pública, que no entendimento deles lá é tem que descer a porrada em todo mundo, não é? Então assim. É difícil os comerciantes, então, é um desafio, até com lideranças comunitárias. Como é que a gente tenta trazer esses para uma proposta coletiva, sabe? (Trabalhador SUS – CAPS AD)

A seguir, destaca-se a percepção de representante do MNPR sobre a condução das ações na pandemia e seus reflexos para o futuro da política pública para PSR e as bandeiras de luta do movimento social.

Os auxílios que foram pagos e você não vê esse atendimento biopsicossocial que a pessoa situação de rua precisa para poder tentar se estruturar psicologicamente para ter uma casa e tentar sair da situação de rua, né? Esse era um grande momento, que podia ter essa atuação. Governo podia ter essa visão e investido, essa quantidade de pessoas em situação

de rua poderia ter diminuído, né? Agora já de pessoas, ações de rua, eu estou falando pelo trabalho que eu fiz no local no qual eu atuava como educadora, entendeu? Porque era um momento que a gente aproveitou para incentivar que as pessoas saiam da situação de rua, então, falta interesse, né? (Representante MNPR)

Pra gente o foco é reconstruir o que foi desconstruído, né? E hoje, a bandeira do movimento população de rua é a não segregação da pessoa situação de rua. Porque estavam sendo segregados, mas e principalmente, é a nossa luta hoje é por moradia, né? Que a moradia vem em primeiro lugar. Mesmo com a pandemia, a gente teve esse avanço sobre essa questão de se entendesse como ter moradia de qualquer forma, é um direito do ser humano, né? [...] Então, nosso objetivo hoje como movimento população de rua é, é que seja estabelecido isso que o governo tem essa, essa mesma visão que a gente tem de que o direito da pessoa começa com ter uma moradia. Tudo tem que começar pela casa, né? Porque se você tem onde dormir, você tem de acordar, você tem onde tomar um banho, onde então isso vai mudar a história de várias pessoas. Se a gente conseguir começar esse trabalho aí através disso, né? (Representante MNPR)

Até mesmo os mais otimistas destacam a importância da continuidade e investimento em políticas públicas para avançar no atendimento das necessidades de pessoas em situação de rua.

Pro futuro eu penso que vai ser bem melhor já que a população de rua teve bastante visibilidade, não é? Ficou na mídia, eram invisíveis para todo mundo em casa, e a população de rua sem ter o que comer, né? Então, esses mutirões, todas, essas ações que têm acontecido, foi essa visibilidade, então a tendência que eu acho é só melhorar. Mas é, dependemos também das políticas públicas. Assim, o pessoal do conselho da assistência social, os deputados, né, criarem as leis, os benefícios, o os equipamentos para ajudarem eles. Eu acho que poderia ter mais uma unidade de centro pop no próprio plano piloto, na asa norte, no final da asa norte. (Trabalhador SUAS – Centro Pop 1)

Parece que esquece, aí volta tudo novamente. Então tem que ter investimento a nível de políticas públicas mesmo, né? Oferecer oportunidade, né? Oferecer acolhimento digno, né? [...] eu sou otimista. Eu sou muito otimista demais da conta. Meu Deus, eu quero crer que isso vai só se fortalecer. Sabe, eu quero crer que as pessoas vão continuar olhando eles é, vão nos olhar como olharam durante a pandemia. A sociedade se mobilizou também ouvi isso. Isso é uma coisa muito positiva, né? Houve uma mobilização da sociedade civil, né, das pessoas em contribuir. (Trabalhador SUS – ECR 2)

Eu acho que o futuro seria assim, uma coisa que eu escuto muito e a gente precisaria, precisa de investimento. A gente fica tentando organizar uma coisa que na verdade, a gente precisaria mesmo de um plano de ação, de um aporte financeiro mesmo para fazer isso, porque ora a gente fica fazendo capacitação assim: eu conheço uma pessoa que sabe, ela vem aqui, a gente vai lá. A gente precisa ter um suporte financeiro pra gente fazer um plano de capacitação. Quais são os temas que estão na rede? Como a gente vai trabalhar? Ao mesmo tempo que você faz da capacitação, você melhora o recurso humano. (Gestão SUS – Saúde Mental)

Também merece destaque a percepção de representante do serviço de abordagem social, pela centralidade ocupada por ele na rede intersetorial do DF, uma vez que é atualmente o equipamento com mais trabalhadores a serviço da PSR nos espaços que ocupam como moradia, a rua. A entrevistada apresenta uma importante reflexão acerca da atuação baseada em prontidão, tão importante no trabalho com a PSR, *versus* a necessidade de avançar na construção conjunta de melhor qualidade de vida via fortalecimento da convivência e do vínculo.

E a nossa discussão um pouco era essa. Bom, o que que a gente acha que tem que mudar daqui para frente, né? Essa foi uma das principais questões que a gente colocou. Como que a gente muda um pouco essa relação com o CREAS, para o SEAS ficarem de fato vinculados mais nos equipamentos, né? E uma outra coisa que a gente falou que precisa mudar muito

é o próprio processo de trabalho e a metodologia de atendimento do SEAS, que a gente acha que é muito limitada hoje, né? Tem uma prontidão? Tem uma prontidão, mas tem um automatismo, não é? [...] está escrito na tipificação, que principais objetivos é atender as necessidades imediatas das pessoas em situação de rua. Então você chega ali, pergunta se está precisando de alguma coisa, documentação, primeira coisa e depois oferece acolhimento, depois vê se tem alguma demanda muito específica de saúde. Pergunta se tem alguma coisa na justiça, se é criança, adolescente... faz um pouco esse checklist, né? Mas tem uma limitação para ultrapassar isso, tem uma limitação para de fato um acompanhamento mais qualificado, né?

É Claro que tem um grupo que vai se beneficiar dessa forma de trabalho mais operacional. São pessoas que não precisam de muita coisa mesmo, são pessoas que de fato você vai falar documentação, ela vai sozinha, você fala, eu passo aqui amanhã e te pego.

Não é só a organização do serviço, é o que se espera. Por mais que lá esteja escrito na tipificação que tem esse trabalho de convivência, que tem um trabalho de fortalecimento de vínculo entre o trabalhador e a pessoa que você está atendendo, o que a gente vê de expectativa dos gestores das próprias secretarias, do governo, da ouvidoria, é um serviço de prontidão, né?

Acho que isso para o futuro dessa política, um pouco desse serviço, especificamente, eu acho que precisa avançar nesse outro braço. Esse braço da prontidão é fundamental. Eu acho que hoje o SEAS, da forma como ele está organizado, eu acho que a pandemia mostrou isso, a função que ele tem um pouco de vigilância socioassistencial e de prontidão, eu acho que fazem bem.

De tentar outras coisas, de passar mais tempo com essa pessoa na rua. Não tem nenhuma rede, você vai ser a rede dela, então você mesmo que vai ser. Eu acho que esse outro lado tem uma limitação de formação do SEAS para enxergar esse outro lado, mas tem uma coisa muito difícil, porque hoje não é expectativa dos serviços no geral, eu acho que isso não é

Brasília, você vê que fica amarrado, muito amarrado nessa nesse atendimento, dessas demandas urgentes e emergenciais, não é?

5 DISCUSSÃO

O olhar para as conexões construídas no território, a partir desta pesquisa, corrobora o observado por Canato e Bichir⁴⁸ quando afirmam que as redes intersetoriais se constituem em uma diversidade de arranjos de implementação, e que mais importante que abordagens prescritivas é o entendimento de como essas relações operam na prática, frente às relações de poder, governança e influências diversas. Nas palavras de Pires e Gomide^{XXVI}, é esforço de compreensão deve considerar “natureza indeterminada dos processos de implementação”, em contraposição com “abordagens prescritivo-formais”. Na análise das notícias, das entrevistas e do relatório perfil da população em situação no Distrito Federal, sob a ótica da intersetorialidade, quatro relações chamaram especial atenção, tanto pela quantidade de vezes em que foram lembradas quanto pelo valor atribuído por atores centrais na execução das ações no período. Longe de limitar as infinitas possibilidades observadas na prática, os grupos de análise demonstraram especial potencial de transformação da realidade.

A primeira delas é a evidente sinergia, ou necessidade dela, entre SUS e SUAS no atendimento da necessidade da PSR. As ações que mais impactaram as condições de vida da PSR no período passaram necessariamente pela atuação do dos sistemas da seguridade social, senão como protagonistas, como parceiros fundamentais.

^{XXVI} Pires, R., & Gomide, A. (2018). Governança e capacidades estatais a partir da abordagem dos arranjos e instrumentos de políticas públicas. *Boletim de Análise Político-Institucional*, 19, 25-32. Apud (48)

A segunda se refere a atuação da sociedade civil organizada e movimento social. A presença desses atores nas discussões e práticas trouxe elementos que, muitas vezes, passam despercebidos ao setor público governamental, de modo que influenciaram tomadas de decisões a partir de um olhar a atuação inovadoras.

Em terceiro lugar temos a influência da justiça e órgãos de controle, que participaram do processo não só como promotores, o que por si só já produziu efeitos positivos, mas também como executores de diretos, subvertendo a lógica da justiça meramente prescritiva.

A quarta diz respeito a atuação da Fiocruz Brasília, que para além da produção científica, fundamental para a organização de planejamento de ações, assumiu papel de mobilização e mediação da rede intersetorial local e atuou de forma muito concreta no cuidado e proteção social da PSR com a implementação inovadora do projeto de residência multiprofissional em unidades que atuam diretamente com a PSR.

5.1 Protagonismo SUS e SUAS

As construções do SUS e SUAS estão historicamente entrelaçadas. Em que pesem processos diferentes de constituição enquanto políticas públicas⁶⁰, os sistemas compartilham valores, objetivos, estruturas organizacionais e atuam de forma regionalizada em níveis de complexidade, de modo que atendem ao mesmo público em um mesmo território¹². Também tem em comum a valorização da intersetorialidade como dispositivo para o alcance dos objetivos na prática, ainda que os dispositivos e recursos para tanto sejam desiguais e diversos, a exemplo do orçamento destinado a cada setor⁶⁰. Antes de seguirmos para interações intersetoriais mais relevantes no período, faz-se necessário contextualizar brevemente as principais questões estruturais e locais que perpassam a implantação dos serviços no SUS e SUAS no DF durante a pandemia.

A pandemia deixou claro a essencialidade de ambos os sistemas para o enfrentamento de suas consequências. O SUS, naturalmente, ocupou papel central no controle da transmissão, vacinação, tratamento e ações coletivas de promoção da saúde no período. A pandemia encontrou o sistema de saúde já sobrecarregado em processo de aprofundamento do subfinanciamento histórico⁶¹, porém a capilaridade da rede existente e os serviços já organizados, bem como aportes emergenciais de recursos permitiram uma resposta na qual o SUS demonstrou sua potência, mesmo desgastado, sendo apontada inclusive uma mudança na forma que a mídia, organismos internacionais e cadernos de economia abordam a questão de sistemas de saúde pública em países em desenvolvimento⁶¹.

Porém, a visibilidade garantida ao sistema em tempos de pandemia não foi suficiente, segundo apontam Bousquat et al, para que os movimentos de precarização de desfinanciamento fossem repensados. A pandemia ampliou as crônicas disparidades no “acesso, cobertura e utilização de serviços de média e alta complexidade presentes no país na atenção à saúde das condições crônicas, especialmente no acesso à atenção especializada e hospitalar no SUS⁶². Segue especialmente desafiado o princípio da integralidade na produção alternativas e serviços que atendam às necessidades de saúde da população em todas as suas complexas dinâmicas.

Os cortes provocados pela EC95, já em vigência, promoveram na prática uma nova redução de recursos, sendo que em 2021 o sistema de saúde contou com menos recursos que em 2020 para enfrentamento da pandemia e outros problemas de saúde agravados pela crise. O orçamento disponibilizado para 2021 foi de 123,8 bilhões, em contraposição a 125,2 bilhões em 2019, e distante do valor indicado pelo Conselho Nacional de Saúde como ideal, 168,7 bilhões⁶¹.

Em relação às pessoas em situação de rua, no território estudado, foi comum entre os entrevistados que a existência de gerência, GASPVP e serviços, as equipes Consultório na Rua, dedicadas às necessidades da PSR ajudou a amenizar os efeitos para o grupo. Para alguns houve

o entendimento de que as equipes consultório na rua mantiveram um olhar integral no período, não somente focado na COVID-19, o que apoiou pessoas e serviços, uma vez que todos os outros pontos da rede de saúde estavam organizados, direcionados e sobrecarregados pelas demandas do novo vírus. Tal constatação permite a reafirmação da importância da integralidade e das políticas de equidade no SUS, que inclusive em meio a uma crise sanitária de tamanhas proporções permitiu o enfoque nas demandas de uma população estruturalmente vulnerabilizada. A nível de investimento, a implantação de mais duas equipes consultórios na rua, a previsão de criação de outras três, entre outros projetos para fortalecer a atuação das Unidades Básicas de Saúde frente às demandas da PSR são indicativos de uma ampliação real do olhar da rede de saúde para o segmento.

No entanto, é importante salientar o atual desmonte da Política Nacional de Saúde Mental promovido pelo atual governo que afeta diretamente a populações vulnerabilizadas estruturalmente, especialmente a população em situação de rua. As propostas e ações do governo federal, discutidas internamente e implantadas sem qualquer processo de consulta pública⁶³ promovem na prática o deslocamento de recursos do SUS ao financiar clínicas privadas, comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos (Revista Radis/ENSP/Fiocruz). Ainda, no campo do uso de substâncias psicoativas, é perceptível o movimento de deslocar o entendimento de saúde mental pautada em direitos humanos para estratégias de guerra às drogas e criminalização de usuários.

No período entre dezembro de 2019 e meados de 2020, aproximadamente quinze documentos foram modificados para compor o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS intitulou de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, caracterizada pelo incentivo à internação psiquiátrica e isolamento da chamada política nacional sobre drogas com ênfase em “abordagens proibicionistas e punitivistas” e incentivos a comunidades terapêuticas⁶⁴. Cruz et al⁶⁴ identificam a sistemática queda de incremento anual e

drástica redução no ritmo de implantação de CAPS em todo território nacional. Ainda, em 20 de junho de 2022 o Governo de Jair Bolsonaro decretou a extinção da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, subordinando a Política Nacional de Atenção Primária à Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Para os entrevistados que compõem a rede de atenção psicossocial no Distrito Federal, seja a nível de gestão ou trabalhadores nos serviços, o desmonte é sentido na falta de condições mínimas de trabalhos, instalações precarizadas, falta de equipamentos e equipes sobrecarregadas com uma área de abrangência muito maior do que aquela determinada como ideal. De uma forma geral os trabalhadores e gestores demonstraram se sentir especialmente despreparados e desabastecidos para lidar com as demandas da população em situação de rua devido à complexidade de adaptar ambientes e processos de trabalho às complexas demandas do segmento.

O SUAS, por sua vez, se viu diante de uma crise social e econômica de grande proporção e foi chamado a atuar em seus desdobramentos que afetaram milhares de famílias. Em 20 de março de 2020, através do Decreto Presidencial nº 10.282/2020, o governo federal estabeleceu a assistência social como serviço essencial no atendimento ao público que dela necessita⁷. Em âmbito nacional, segundo informações do Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social - CONGEMAS, os últimos governos, pós golpe de 2016, têm reduzido significativamente os recursos do SUAS, o que compromete seriamente a execução de ações e funcionamento da rede de serviços (CONGEMAS). Reforçam que o cenário encontrado pela pandemia foi de sucateamento e desfinanciamento, com orçamento, excluindo os benefícios de renda e emergenciais, compatíveis com o patamar da década de 1990, com redução de de 3,1 bilhões (2014) para 1 bilhão apenas (2021), sendo a mais expressiva queda a partir de 2019, no governo Bolsonaro.

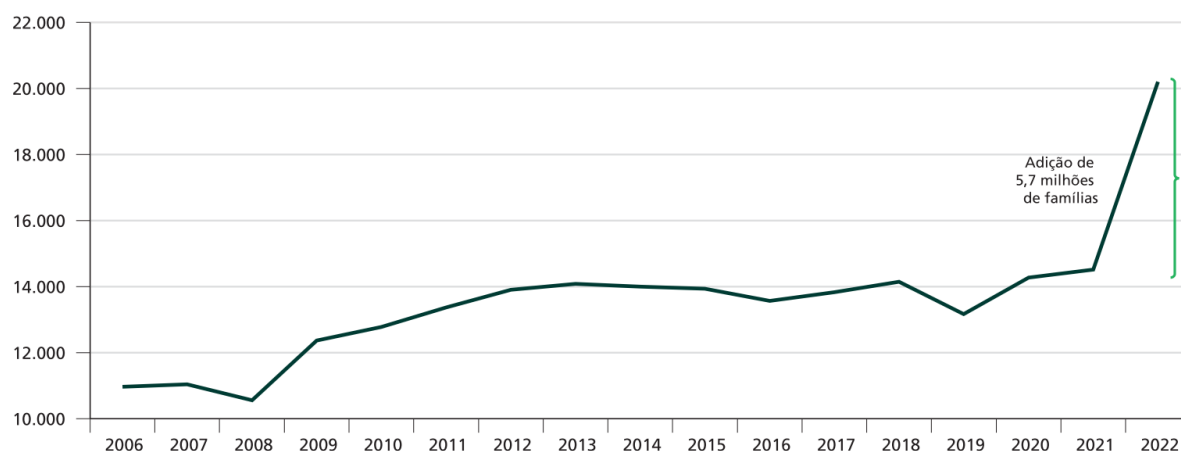
O cenário para 2023 é ainda mais alarmante, com previsão de cortes que chegam a 95%, conforme análise comparada entre a Lei Orçamentária Anual de 2022 e a Proposta de Lei Orçamentária Anual para 2023, que aponta redução de R\$ 638.552.040,00 mi para 31.927.602,00 mi na Proteção Social Básica; de R\$ 327.000.000,00 mi para R\$ 16.350.000,00 mi, na Proteção Social Especial; de R\$ 1.552.019.597,00 bi para R\$ 50.000,00 mi, na Estruturação da Rede de Serviços (CONGEMAS).

Os cortes também representam consequências nefastas da Emenda constitucional 95/2016 e revelam, segundo o CONGEMAS, uma “tendência de execução de programas e auxílios pontuais, de uma lógica que contraria a exigência constitucional do comando único na Assistência Social”⁶.

Ainda em nível nacional, um fator que teve grande impacto na vida das famílias brasileiras foi a aprovação pela Câmara Federal do auxílio emergencial, a extinção do programa bolsa família e implantação de uma nova modalidade de programa de transferência de renda, o Auxílio Brasil. Estudo recente do IPEA demonstra que a elevação do valor pago pelo Auxílio Emergencial^{xxvii} e posteriormente pelo Auxílio Brasil, em relação ao seu antecessor Bolsa Família, e a inclusão de mais de 5,7 milhões de famílias, até maio de 2022, impactaram positivamente as condições de vida do brasileiro, representando cerca de 2,5 vezes a perda de renda do trabalho das famílias pobres em decorrência da pandemia. Ressaltam ainda o aumento de recursos de aproximadamente 30,3 bilhões nos primeiros meses de 2022, no processo de intitula de “ampliação da rede de proteção social brasileira”^{65:4}. Cabe ressaltar que a instituição do novo auxílio foi acompanhada por um reajuste da renda per capita utilizada como linhas de corte e elegibilidade em situação de pobreza (R\$178 para R\$200) e de pobreza extrema (R\$89 para R\$100).

^{xxvii} Foram pagas 5 parcelas de \$600,00 e posteriormente 4 parcelas de \$300,00. Já o auxílio Brasil pagou inicialmente \$400,00 e aumentou em seguida para \$600,00, valor pago atualmente. Esse valor excede o valor básico anteriormente pago pelo Bolsa Família, \$89,00. Fonte: Ministério da Cidadania

Gráfico 2 - Evolução do número de famílias atendidas pelo programa social brasileiro (2006-2022)



Fonte: Figueiredo, E. A. De, & Preliminar, R. (2022). N o 12 Nota da Presidência EXPANSÃO DO PROGRAMA. Dados da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi)/Ministério da Cidadania

Esta pesquisadora, no entanto, entende ser prematuro considerar o auxílio-brasil, por si só, como “ampliação da rede de proteção social” em contexto de ações sistemáticas de sucateamento do SUAS e pelo fato da referida ampliação ter ocorrido em período de emergência sanitária e campanha eleitoral. É evidente o uso benefícios sociais pelo atual presidente da república com intenção eleitoreira, especialmente se consideramos que os recursos para manutenção do Auxílio Brasil seguem indefinidos com perspectiva de pagamento somente até o final de 2022 (Teodoro, 2022). De acordo com Teodoro (2022), é notório o caráter de provisoriedade, manifesto na “necessidade de aprovação de Emendas Constitucionais que permitam contornar o teto de gastos, como no caso dos Precatórios”, que revelam ação improvisada do governo⁶⁶.

Para Santos⁷, é fundamental o

“resgate do sentido precípua da Assistência Social enquanto política pública, não só por ser essencial diante do agravamento das questões sociais geradas pela crise pandêmica do Novo Coronavírus, mais para firmar sua consolidação como política que garanta direitos e compõem uma rede organizada de proteção social. Pontua-se ainda que esta política pública é essencial, porém individualmente incapaz de atender todas as mazelas deste período, portanto a articulação com outras políticas se torna primordial para prover estratégias de cuidado à população.”

A rede de proteção social para pessoas em situação de rua foi especialmente afetada no DF uma vez que lidam diretamente com o público em extrema vulnerabilidade, mas não só isso. Segundo demonstram as entrevistas, os serviços para a PSR foram os únicos no âmbito da assistência social do Distrito Federal que além de não fecharem as portas, intensificaram as atividades no período com a percepção generalizada de aumento da demanda e em contexto de diminuição severa de recursos.

Apesar disso, os atores entrevistados que compõe a rede de assistência social compreendem que houve investimento na rede SUAS DF no período pandêmico. Alguns desse investimentos serão absorvidos de forma permanente pelo sistema, como é o caso da contratação de servidores via concurso público e aumento das vagas em instituições de acolhimento. Outros são recursos apenas disponibilizados em períodos de calamidade, o que não se reverte em uma recomposição real dos valores perdidos pela assistência recentemente. Ainda com a ampliação recente na oferta de benefícios a nível nacional, persiste grande o número de pessoas em situação de rua que não recebe qualquer um deles (50,7%), como demonstra a pesquisa Perfil da PSR no DF³⁸.

Assim como Carmo e Guizard¹², compartilha-se aqui o entendimento de a intersectorialidade não ocorre organicamente nos serviços públicos e, como toda construção, seu desenvolvimento não se dá sem relativa resistência a mudanças e intervenções nos processos organizacionais. Segundo as autoras, é identificável uma tendência, intencional ou não, de proteção e isolamento em especialidades e no espaço privado, dificultando as relações entre setores e pessoas. “Esse movimento, acentuado pela assimetria de poder decisório entre os setores governamentais, enseja práticas de corporativismo e resistências, como apontam Feuerwerker e Costa^{XXVIII}.

^{XXVIII} FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate. Londrina, n. 22, p. 25-35, dez. 2000. Apud (12)

Monnerat e Souza⁶⁰, ao analisarem o desenvolvimento da integração entre as políticas compõe a seguridade social, identificam divergências que contribuem para uma forte concorrência entre as áreas e a inexistência de uma identidade da área social através do fortalecimento da seguridade. Por um lado, Fleury^{XXIX} aponta que a saúde assumiu posição “ambígua e até mesmo divergente em relação à seguridade”, receando perda de identidade na construção do SUS. Por sua vez, no âmbito da assistência social, “observa-se que a fragilidade institucional e o viés clientelista, historicamente predominante, constituíram relevantes obstáculos à mobilização desta arena setorial”. Os fatores associados levam ao que as autoras chamam de “abandono da perspectiva de integração da política social”, o que se reflete na fragmentação das ações e práticas no país⁶⁰.

Apesar do exposto, as entrevistas com os atores que executam a política pública direcionada às pessoas em situação de rua revelam os efeitos positivos da intersectorialidade. Enquanto para os serviços públicos não específicos para a PSR citam com maior frequência os desafios de operacionalizá-la, os serviços dedicados a esse segmento dão à intersectorialidade o tom de potência, talvez a principal potência, e condição sem a qual não são possíveis avanços na proteção social e cuidado a saúde de indivíduos em situação de rua. A percepção se refletiu, durante a pandemia, na maior aproximação entre os setores de saúde e assistência social relatadas pelos entrevistados. São descritas ações de planejamento e execução conjuntas em diversos níveis, com o compartilhamento de espaços entre gestores e trabalhadores. Nas interações entre a SES-DF e SEDES-DF foram citadas a produção conjuntas de documentos oficiais e técnicos, o planejamento compartilhado de ações – a vacinação, trocas de dados, composição de espaços de discussão em rede – como reuniões de rede e grupos no aplicativo whatsapp. Através dos gestores também se evidenciou uma aproximação fundamental entre aqueles que pensam a política em nível macro e aqueles que a executam no atendimento direto

^{XXIX} FLEURY, S. A Seguridade Social inconclusa. 2006. Disponível em: <www.fgv.rj.br>. Acesso em: 6 jul. 2008. Apud (60)

à população. Ainda, se observou protagonismo dos trabalhadores a nível de rua na mobilização da rede e de recursos necessários ao atendimento das demandas da PSR.

Em outros territórios a intersetorialidade também aparece em lugar de destaque como estratégia para enfrentamento das consequências da pandemia para pessoas em situação de rua. Aguiar et al, ao analisar as ações implantadas no município de Sobral – CE, descreve como primeira ação a realização de diálogo intersetoriais com o objetivo de planejar, executar e avaliar as estratégias direcionada ao segmento e implantação de grupo de trabalho com representantes da saúde dos setores da Atenção Primária, Atenção Hospitalar, Coordenadoria de Políticas Sobre Drogas, CAPS AD, Residência Multiprofissional em Saúde Mental e do setor de Proteção Social Especial de média complexidade da Assistência Social, inclusive centro pop, com o apoio de organizações da sociedade civil. A autora destaca o uso de tecnologias de comunicação, como videoconferências e aplicativos de mensagem de celular, como fundamentais para diminuir as distancias e permitir comunicação rápida e fluida⁶⁷.

No estado de São Paulo, Kemp e Magri⁶⁸ descrevem o processo construído por meio da Comunidade de Práticas, onde os municípios participantes chegaram a um denominador comum em relação ao principal problema a ser superado, qual seja a “ausência de fluxo intersetorial entre a saúde e a assistência relacionado ao isolamento de casos covid-19 na População em Situação de Rua” p10. A proposta conjunta para enfrentar o problema foi a criação de espaços intersetoriais de discussão e gestão com a seleção de atores com influência nos processos, especialmente das secretarias de saúde e assistência social, com foco na construção e qualificação de documentos técnicos e operacionais, protocolos e projetos terapêuticos direcionados ao cuidado. Trata-se de uma proposição ampla para abarcar as iniquidades territoriais nos municípios participantes, considerando os recursos, redes locais e arranjos de governança⁶⁸.

Apesar do aumento da interação entre os setores de saúde e assistência social no DF, não foi identificada a composição de espaços intersetoriais governamentais de discussão e tomada de decisão. Ao que parece, a partir da análise das entrevistas, os arranjos foram compostos prioritariamente por interações informais de gestões técnicas e trabalhadores a partir de problemas emergentes no momento. Recorrendo ao quadro elaborado por Cuniil-Grau (2016), reproduzido no referencial teórico deste trabalho (quadro 1), é possível identificar um baixo grau de integração, onde apenas uma parte do ciclo de políticas é priorizado a partir da construção de planos de ações básicos formulados a partir de demandas pontuais. O compartilhamento ficou restrito a assuntos operacionais, não há registro de avaliação compartilhada ou fontes únicas de financiamento. Os arranjos intersetoriais foram estabelecidos a partir da necessidade do momento, sem a construção de dispositivos permanentes de trocas ou ações em conjunto ou responsabilidade compartilhada, de modo que não se identifica modificações nas estruturas organizativas setoriais.

No entanto, não é possível deixar de considerar o aumento de interação entre os setores saúde e assistência social durante a pandemia como um avanço, uma vez que a situação relatada anteriormente era de isolamento e falta/dificuldade de comunicação. Ainda que não tenham se estabelecidos arranjos intersetoriais permanentes e institucionalizados, não se pode negar que a rede de proteção e cuidado a pessoas em situação de rua se mostrou aberta ao diálogo e composta por atores comprometidos, o que representa uma potência. Enquanto para alguns entrevistados o fato de as relações intersetoriais se pautarem em relações entre pessoas é um problema, podemos inverter a lógica de análise ao afirmar que, afinal, as redes são compostas por pessoas. Os próprios estudiosos do tema da intersetorialidade expressam que o grau de institucionalidade é apenas uma das dimensões para a análise das articulações entre serviços no território. Isso não exclui, é claro, a importância dos arranjos legitimados institucionalmente.

Aqui cabe destacar a atuação do SEAS, que é em sua definição um dispositivo intersetorial. A capilaridade e eficiência do serviço, bem como sua relatada característica de prontidão, fizeram dele um serviço estratégico em qualquer umas das ações empreendidas no período, o que nos leva a importância de fortalecer sua legitimidade enquanto dispositivo atualmente mais próximo das demandas das pessoas nas ruas. A posição estratégica desse serviço foi percebida pela CODEPLAN, ao contar com o apoio dos dados produzidos para a realização da pesquisa. No entanto, ao que parece na análise do contexto e a partir da vivência da pesquisadora, os serviços da rede pública intersetorial, especialmente a secretaria de saúde, tem dificuldade para compreender a centralidade do serviço.

Quanto aos principais desafios da atuação intersetorial, figuram entre os mais citados as diferentes expectativas em relação ao serviço *versus* as capacidades ou entendimento setoriais acerca das suas atribuições. Também foram frequentemente citadas a dificuldade de comunicação e o alto estresse decorrente dos conflitos. Os desafios sugerem a importância de maior clareza no estabelecimento das competências e setoriais e responsabilidades compartilhadas. Especialmente quando se atua em problemas complexos, sobretudo na área social, as fronteiras que separam os problemas não são claras. Na realidade é possível afirmar que elas sequer existem, considerando que lidamos com sujeitos inteiros, com trajetórias de vida tanto marcadas por fatores estruturais quanto individuais, biológicos, psicológicos e relacionais.

Na atuação cotidiana é a real a dificuldade de compreender qual serviço pode ser acionado frente a uma situação problema especialmente quando lidamos com o campo da saúde e assistência social, onde as condições de saúde afetam diretamente as condições de vida e vice e versa. Tal constatação nos permite afirmar, mais uma vez, que somente através da atuação articulada é possível avançar tanto no cuidado quanto na proteção social de pessoas em situação de rua. De toda forma, é importante que os setores tenham clareza de suas atribuições e

responsabilidades com base nas competências profissionais e os recursos das políticas públicas as quais estão vinculados. Tal clareza permite que a reponsabilidade seja assumida e imputada, evitando omissões e negligências também presentes no espaço público de atuação.

Esclarecidas as competências setoriais, também é fundamental que elas estejam claras e disponíveis para toda a rede intersetorial. A permeabilidade para as necessidades apresentadas por outros serviços no planejamento de ações direcionadas a um público em comum também é um dispositivo que apoia a tomada de decisão a partir de um olhar ampliado e intersetorial. Para tanto, é imperativo a construção de espaços legítimos de diálogo com a presença de atores capazes de mediar conflitos. Carmo e Guizard⁶⁰ apresentam, com base em pesquisa de vários autores, o entendimento de que “o desenvolvimento de competências para solução de problemas multidimensionais pressupõe a habilidade para o diálogo intersetorial.⁶⁰”

Para uma das equipes entrevistadas, a percepção de aumento dos ruídos na interação com a rede vem justamente do aumento dessa interação, e que a ocorrência é natural considerando o período de emergência sanitária que afetou a todos, em especial profissionais da linha de frente enfrentamento à COVID. Também destacou o aumento da demanda o do senso de urgência próprio de momentos de crise.

Um das estratégias apresentadas pelos entrevistados para diminuir o estresse provocado pelos conflitos e demandas da relação intersetorial é a utilização de um telefone institucional para as trocas entre as redes, principalmente em grupos de mensagem. É sabido que intensidade e velocidade das informações, trazida pelas redes sociais, é geradora de estresse e em alguns casos potencializadora de conflitos. No entanto, foi frequente o entendimento dos benefícios da comunicação virtual, especialmente para demandas de um público que exige articulação ágil. Para um dos atores entrevistados a incorporação do telefone celular institucional foi um marco que permitiu aproveitar os benefícios das redes sociais dividindo responsabilidades entre todos os membros da equipe. A rede de comunicação oficial do

Governo do Distrito Federal é historicamente deficiente, como observado por Machado e Vaz⁵⁰, e isso impacta diretamente a rotina das equipes.

Um segundo elemento importante, no que se refere à comunicação, foi o uso do SEI como ferramenta de garantia de direito da PSR. A rede de cuidado e proteção social para PSR, pela complexidade dos problemas e recursos nem sempre compatíveis, tem a frequente prática de adaptar e flexibilizar os processos de trabalhos com foco na diminuição das barreiras frequentemente impostas a esse público. Esse movimento é necessário, uma vez que é comum que os instrumentos e rotinas não estejam adaptados às necessidades específicas do seguimento.

No entanto, corre-se o risco de não utilizar todos os recursos disponíveis, em todos os níveis, sob o argumento de que tal instrumento ou ação não tem efeito prático ou imediato. Uma das entrevistadas apresenta uma importante reflexão sobre o imediatismo característico e necessário às práticas em detrimento do estabelecimento de relações e processos que de fato produzam mudanças nas estruturas. A utilização do recurso de comunicação oficial da administração pública do DF, possibilitou, para uma das equipes entrevistadas, a responsabilização do estado de uma forma mais integral. O registro da demanda, combinado com o amplo arcabouço legal que os trabalhadores têm disponível para a defesa de direitos, são potentes para mobilizar ações que de outra forma seriam negligenciadas ou negadas. Também apoiam no processo de visibilização das mazelas e necessidades da PSR, que muitas vezes estão distantes da percepção de gestores e trabalhadores de outros setores. Nas próprias entrevistas é possível perceber o valor atribuídos a alguns documentos no período, tidos como provocadores de reações estatais importantes.

Outra prática relatada por alguns entrevistados e que merece destaque é a participação de trabalhadores em processos políticos e decisórios. Como exposto no referencial teórico, a equidade, integralidade e intersetorialidade são conceitos ferramentas essencialmente políticos. Partem não só de diretrizes pré-estabelecidas, mas da construção de práticas que sejam

transformadoras. Foram descritas a participação de trabalhadores em eventos, debates, fóruns, reuniões com gestores, sociedade civil e movimentos sociais, bem como a produção de documentos técnicos baseados em evidências articuladas com os conhecimentos práticos. Permitir e estimular que os trabalhadores participem de espaços políticos além de fortalecer a tomada de decisões baseadas em necessidades e desafios concretos, oferece espaços de reflexão da prática, tão importante para a produção de sentidos em uma área de atuação marcada pela violência e pelo abandono institucional.

A seguir, serão apresentadas as ações que na análise desta pesquisadora mais refletem a integração intersetorial entre SUS e SUAS no período pandêmico. A primeira delas se refere à **mobilização da rede de atenção primária a saúde no atendimento das demandas das unidades de acolhimento em seu território**. Como bem descreveu uma das entrevistadas, trata-se demanda antiga da secretaria de assistência social, mas ainda sem resposta efetiva da secretaria de saúde. No período de emergência sanitária ampliaram as mobilizações para que as UBS assumissem a responsabilidade sanitárias em relação as unidades de acolhimento localizadas em sua área de abrangência. Novamente, não foram produzidos fluxos, protocolos ou documentos que tratem da questão específica, mas a modificação nas relações, ao menos durante a pandemia, foi relatada por vários representantes da política de assistência social. Segundo a gerente responsável na secretaria de saúde, a intenção é continuar e fortalecer essas mobilizações.

A segunda, também relacionada com as unidades de acolhimento, mas não somente, é a **absorção pela assistência social do discurso acerca da importância da vigilância em saúde nos seus espaços de atuação**. A fala veio de trabalhadores de unidade de acolhimento, gestores de área técnica e diretores, o que demonstra uma compreensão ampliada e em diversos níveis sobre o papel fundamental da política de assistência social nas estratégias de saúde coletiva. Foi relatada uma ampliação sobre a percepção de que os espaços de acolhimento devem

estar melhor organizados e preparados, inclusive os trabalhadores, para identificar e receber usuários com problemas de saúde, especialmente aqueles com agravos infectocontagiosos. O movimento provocou mudanças importantes na rede de acolhimento, como a abertura de casas menores, nas comunidades, com espaços reservados para isolamento, quando necessário.

Em terceiro lugar vem a **atuação de equipes de saúde dentro das unidades de assistência social**. Em especial são descritas ações das equipes consultório na rua, UBS's e do programa de residência da Fiocruz Brasília. As unidades do SUAS, principalmente o Centro Pop e unidades de acolhimento, são espaços particularmente potentes para a atuação de equipes de saúde, não somente pela grande concentração de pessoas, mas pelo fato de oferecerem uma série de recursos básicos de sobrevivência, como alimento, higiene, local para repouso, que são fundamentais para a manutenção da saúde e favorecem a promoção de autocuidado. São citadas principalmente a atuação das equipes de saúde nos alojamentos provisórios, parceria que se manteve por todo período em que estiveram em funcionamento. Foram ofertados atendimento individuais, atividades coletivas, testagem em massa a apoio para tomada de decisões relacionadas ao isolamento de pacientes com sintomas de covid.

Em seguida, o debate acerca da desospitalização de pacientes em situação de rua ganhou força durante a pandemia. A questão é complexa e a crise sanitária, colapso da rede de saúde e necessidade de desocupação ágil de leitos tornou mais urgente. Por um lado, a secretaria de assistência social não conta, em sua estrutura organizacional, com instrumentos e pessoal qualificado para realizar os cuidados em saúde específicos dentro das unidades, principalmente para usuários com alguma limitação de autonomia. Por outro, é perceptível o movimento de desresponsabilização da rede em saúde em relação a uma demanda que claramente compete também ao SUS, uma vez que se propõe integral. Contribui para agravamento do problema a inexistência na rede de saúde do DF de alternativas de espaços de residência terapêutica e espaços adequados para a reabilitação⁶⁹.As discussões no período apontaram para o fato de que

a questão envolve, necessariamente, uma responsabilidade compartilhada entre saúde e assistência social. Em 14 de abril de 2021 foi publicada a Nota Técnica de Orientação para a Atuação dos (as) Assistentes Sociais no Processo de Desospitalização – GSS/DASIS⁶⁹. Em que pese a nota apontar um fluxo de encaminhamentos e compartilhamentos para desospitalização que envolve diretamente as unidades de acolhimento institucional da secretaria de assistência social, o grupo de trabalho somente contou com a participação de integrantes da secretaria de saúde^{xxx}.

Finalmente, a campanha de vacinação da PSR no DF demonstrou o grande potencial de articulação intersetorial em um processo que foi compartilhado desde seu planejamento até a execução. As tratativas envolveram vários níveis de gestão e serviços nas secretarias de saúde e assistência social permitiram a realização de campanha com alto índice de adesão e eficiência na coleta de dados. Os arranjos que combinaram atuação das equipes de abordagem nas ruas, compartilhamento de sistemas de informações, cadastramento de pessoas e priorização da vacina Janssen, de dose única, foram fatores que contribuíram para o sucesso da ação. Talvez essa tenha sido a iniciativa que mais mobilizou os setores em ação coordenada e responsabilidade compartilhada com foco em um problema comum.

5.2 Sociedade civil e movimentos sociais

O debate acerca da participação da sociedade civil nas políticas públicas é permeado por contradições e está intimamente ligado com a própria constituição da democracia brasileira. Convivem em disputas projetos políticos e de poder que ora fortalecem a perspectiva dos

^{xxx} Informação obtida através do contato direto com a Gerência de Serviço Social da SES-DF, responsável pela produção da nota.

direitos coletivos e individuais e a primazia do papel do estado, ora refletem o neoliberalismo, o estado mínimo e interesses privatistas^{70;71;72;73;74}.

É a partir da constituição de 1988 que se fortalece o entendimento e os instrumento para efetivar a representação social no âmbito da gestão pública, especialmente daqueles historicamente excluídos dos espaços de poder⁷¹. O fortalecimento do pacto neoliberal, a partir de 1990, ampliam os ajustem para um estado mínimo, promovem o gradativo afastamento as instituições da sociedade civil dos movimentos sociais de base e ascensão de organização de cunho utilitarista⁷². Dagnino⁷², defende a existência de uma “confluência perversa” apoiada “no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva”.

A possibilidade de que a participação da sociedade civil organizada contribua para a melhoria das políticas públicas por estarem mais próximas do cidadão, permitindo um avanço da democracia, entra em constante confronto com o risco de que essas organizações ocupem o papel do estado na prestação de serviço via descentralização administrativa e terceirização⁷⁰.

Se por um lado a descentralização administrativa é um fundamental instrumento de aproximação e mobilização dos cidadãos e coletivos das decisões públicas, a partir do fortalecimento do papel do estado em uma perspectiva de direitos, corre-se o risco de que a sociedade civil possa se tornar um “mero braço ‘terceirizado’ do estado e do mercado, responsável pela prestação de serviços e pela consecução despolitizada do interesse geral”^{XXXI}.

Para Resende⁷⁰, os riscos não devem, no entanto, desconsiderar que a colaboração da sociedade civil em políticas públicas apresenta interessantes alternativas capazes de influenciar na modernização da gestão pública como agente no fortalecimento da esfera governamental, salientando que é justamente a partir do embate político entre governo e organizações da sociedade civil que reside a ampliação da democracia participativa. A autora argumenta que, e

^{XXXI} GÓMEZ, J. M. Reinventando a comunidade política, globalizando a cidadania. Petrópolis: Vozes, 2000. Apud (70)

que pese a persistência de grande desconfiança gerada pelas concretas contradições e conflitos de interesses, próprios da organização da sociedade capitalista, “a atuação em redes pode ser uma característica significativa para consolidar o potencial das organizações da sociedade civil como agentes de democratização e modernização das políticas sociais brasileiras”^{70:187}.

Tais contradições e antagonismos também estão presentes na rede de proteção e cuidado à PSR do Distrito Federal. Na análise das entrevistas fica evidente tanto a desconfiança das instituições governamentais em relação à atuação de OSC’s, especialmente àquelas que representam interesses privatistas do comércio, setor imobiliário, ou atuam com recurso público reproduzindo prioritariamente valores religiosos, quanto o fundamental papel que algumas dessas organizações ocuparam no jogo político e na execução de estratégias inovadoras na proteção de direitos das pessoas em situação de rua.

Cabe esclarecer que o cenário observado com maior dedicação foi o território do setor comercial sul – SCS, na área central de Brasília. Como descrito na primeira etapa da metodologia deste estudo, a primeira análise das ações intersetoriais se deu através da busca por arquivos de mídia. As instituições da sociedade civil que ficaram em maior evidência, devido a eventos de grande mobilização midiática no período, tiveram seus representantes entrevistados e ambas atuam no SCS; são o Instituto Barba na Rua e o Coletivo no Setor. Também foi entrevistado representante do CAPS AD que funciona no mesmo território.

O setor comercial sul foi palco dos principais conflitos envolvendo pessoas em situação de rua na pandemia, ao menos dos que tiveram grande repercussão midiática. O primeiro deles foi a grande aglomeração de pessoas tão logo o lockdown foi decretado; o segundo foi a ação de retirada dos pertences da PSR perpetrada pelo governo do Distrito Federal. Nos dois casos, a atuação das instituições do terceiro setor foi fundamental para a garantia de direitos básicos dessa população.

As duas instituições entrevistadas contaram com **apoio da mídia para mobilizar a comunidade e governo a partir das necessidades da PSR**. Foi principalmente através das mobilizações dessas OSC's e seus canais de comunicação, como evidenciaram as entrevistas, que a PSR que vive no local conseguiu importantes avanços, como o **início da distribuição de alimentos na rua, a reforma do banheiro** e a vitória em primeira instância no processo, ainda em andamento, por danos morais e coletivos, devolução de pertences e proibições de ações do tipo.

O idealizador do Instituto Barba na Rua, Rogério Barba, promoveu, no auge da pandemia, uma série de entrevistas em seu programa transmitido pela TV comunitária, onde conversou gestores das políticas de assistência social e saúde, profissionais de saúde entre outros atores relacionados com a rede de proteção e cuidado a pessoas em situação de rua. Das entrevistas, além de informações, orientações e visibilidade para a temática, saíram importantes compromissos de agentes públicos.

Em relação aos serviços ofertados, a medida em que o trabalhador do CAPS AD relatou que um dos maiores desafios foi adaptar o serviço com a suspensão das atividades coletiva, uma OSC relata justamente a **intensificação das atividades coletivas a partir das demandas apresentadas pelas pessoas que vivem no território**. Informado ainda o interessante **processo participativo na gestão cuidado ao banheiro, compartilhado entre a OSC e a PSR**. Uma parte do financiamento para a reforma foi público; atualmente os recursos financeiros para manutenção são captados por meio de doações pela instituição.

Também é possível identificar conflitos e contradições no território. Pelo relato de um dos atores, a parceria mais difícil de ser “conquistada” é do próprio CAPS AD. Na fala do representante do serviço também foi possível perceber a resistência, e desconfiança, diante da atuação da sociedade civil. Cabe mencionar o CAPS AD passou por diversas investidas por parte de entidades e indivíduos com poder local no sentido de retirar o serviço do local,

sugerindo que o “problema” da PSR no SCS tem relação com a instalação do serviço no território. Também contribui para os conflitos o fato de algumas instituições não estarem de acordo com valores e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, atualmente sob ataque sistemático do governo federal, o que leva a um dos entrevistados a afirmar que foi trabalhoso demonstrar que eles também atuam na perspectiva dos direitos humanos e percebem a importância da estratégia de redução de danos.

O Coletivo No Setor, formado por jovens com inserção inicial na área da cultura, descreveu um movimento orgânico de entrada no território e mudança gradativa nos rumos do trabalho devido as demandas da pandemia. Essa instituição demonstrou especial interesse em atuar juntos à política pública como parceiros, fortalecendo o papel do estado em sua primazia de garantia de direitos e apoiando a partir de necessidade concretas junto à PSR. Além das ações pontuais, percebe-se o papel de importante mobilizador político e potencializador das redes locais em processos participativos.

Destaca-se que o SCS não foi o único território onde pessoas em situação se juntaram para apoio mútuo, tampouco a ação de desocupação foi a única no Distrito Federal. Pelo contrário, durante a pandemia foram realizadas inúmeras ações deste tipo, inclusive de locais onde famílias em situação de vulnerabilidade viviam por gerações, como é o caso da ocupação localizada no Setor de Clubes Sul nas proximidades do Centro Cultural Banco do Brasil - CCBB.

A participação do Movimento Nacional da População de Rua também merece contexto Distrital. Durante a pandemia o MNPR passou por uma renovação das lideranças o que garantiu novo folego nas lutas da PSR. O movimento esteve presente em mobilizações de diversos níveis da política pública, desde o legislativo até o executivo. Assumiu posição combativa e alinhada com a direção nacional do movimento, constituindo importantes parcerias a nível local. Foram

relatadas, por atores diversos, participação do MNPR em discussões sobre segurança alimentar, programa moradia primeiro, frente parlamentar, entre outras iniciativas no período.

Ainda em relação as instituições do terceiro setor, o serviço de abordagem social no DF é executado pelo Instituto Ipês, que figura como ator central e mediador das relações na rede do DF. Segundo a gestora entrevistada, somente o fato de se tratar de uma OSC permitiu a realização de algumas ações estratégicas, devido a dinâmica do serviço, mais flexível e adaptável a mudanças que o serviço público. Como é possível perceber, a sociedade civil possui potentes instrumentos para apoiar a reivindicação, ampliação e sustentabilidade das políticas de direitos para PSR. No atual momento, em que se vislumbra o arrefecimento da visibilidade e investimentos conquistados no período pandêmico, é fundamental que fortaleçam as parcerias intersetoriais, cabendo ao setor público a tarefa de compartilhar com menos desconfiança e pró das pessoas que vivem nas ruas.

5.3 Órgãos de justiça, controle e proteção de direitos

A análise das entrevistas colocou em evidência o importante papel ocupado pelos órgãos do Poder Judiciário e proteção de direitos, em especial Ministério Público e Defensorias Públicas Distrital e da União. A participação não se deu somente no âmbito da fiscalização, exigência de cumprimento de deveres estatais e judicialização nas esferas coletivas e individuais, como é de se esperar, mas também no atendimento direto das demandas da PSR por meio, principalmente, da articulação intersetorial.

Segundo Fensterseifer^{XXXII}, o novo pacto federativo estabelecido a partir de 88 dissocia a “assistência jurídica” de “acesso ao Poder Judiciário”, ampliando a atuação da justiça no âmbito da garantia e proteção de direitos constitucionais. Para, Almeida⁷⁶ e Sorrentino⁷⁷, o desafio colocado é justamente não limitar a justiça ao processo ou ação judicial, mas sim possibilitar a justiça social por meio de ações e estratégias adaptadas a especificidades de cada público atendimento. Para o atendimento de pessoas em situação de rua os autores afirmam ser necessário superar os modelos tradicionais e adequar as práticas.

Algumas das estratégias identificadas para o alcance desses objetivos, na garantia de direitos da PSR, são a busca ativa, levando os atendimentos aos locais onde as pessoas estão, e a atuação intersetorial. Em levantamento publicado em 2019, Almeida et al, apresenta as principais ações realizadas no país pelas Defensorias Públicas, onde se identifica o claro direcionamento para a descentralização dos atendimentos em parcerias com instituições públicas ou da sociedade civil⁷⁶.

No Distrito Federal, no período em análise, algumas ações iniciativas merecem destaque. Primeiramente, ficou claro na fala dos gestores o papel de fiscalização e resguardo de direitos ocupados pelo Ministério Público, Defensoria e Poder Judiciário. Apesar da menção à “pressão” exercida pelos órgãos aparecer, de modo geral, relacionada a contexto de estresse e até mesmo um obstáculo para a administração pública, a **postura de vigília constante foi responsável por desencadear, acelerar e até mesmo impedir ações públicas em desconformidade com o regime de direito estabelecidos.**

Em um breve levantamento, uma vez que não se constitui como objetivo da pesquisa, foram identificadas decisões referentes a criação e adequação de vagas de acolhimento considerando o período de emergência sanitária; recomendação de não fechamento de

^{XXXII} Fensterseifer, T. Defensoria pública, direitos fundamentais e ação civil pública: a tutela coletiva dos direitos fundamentais (liberais, sociais e ecológicos) dos indivíduos e grupos sociais necessitados. São Paulo, Saraiva, 2015. Apud (75)

acolhimento provisório sem a proposição de alternativa adequada; ações de direitos individuais e coletivos em função das desocupações promovidas pelo Governo do DF; recomendação contra a práticas de cunho higienistas por agentes públicos; recomendação para organização e recomposição de serviços de assistência social, entre outras. Ainda, citado por um dos atores entrevistados, o **repasse de pecúnias, decorrentes de penas, pelo Ministério Público** ao serviço foi fundamental para a manutenção das atividades na unidade de acolhimento no período pandêmico, sendo utilizada principalmente para a aquisição de máscaras e álcool em gel.

Alguns dos entrevistados do SUAS relataram que o fechamento de serviços, nos primeiros meses de pandemia, acarretou prejuízos aos usuários e sobrecarga nos equipamentos de assistência social. Um dos citados foi a Defensoria Pública, o que demonstra o importante papel ocupado pela instituição na rede do Distrito Federal. O início do período de emergência marcou a adesão de muitos serviços, entre eles a defensoria pública, à modalidade de trabalho e distância e por meio do uso de novas tecnologias, como aplicativos de celular. O uso de tais recursos trouxe à tona no meio jurídico o debate sobre as diferentes condições para acesso à justiça e como o atendimento remoto não é capaz de alcançar as camadas mais vulnerabilizadas da população^{75:77}.

A Defensoria Pública do Distrito Federal – DPDF – oferta diretamente os serviços de assistência jurídica gratuita e interlocução com toda a rede de proteção, cuidado e garantia de direitos para PSR. Entre as maiores demandas está a disponibilização de voucher para terceira e quarta via de registro civil, solicitação de certidão de nascimento, mediação com a rede de saúde e socioassistencial. Apesar do período de adaptação inicial, a DPDF ampliou os atendimentos durante a pandemia⁵⁴. Por sua vez, a Defensoria Pública da União – DPU – é frequentemente utilizada pela PSR para e para processos referentes a benefícios sociais pagos pela união, como o benefício de prestação continuada – BPC, direto daqueles que se encaixam

no limite de renda de ¼ de salário-mínimo e possuem mais de 65 anos ou alguma deficiência permanente que impacte a autonomia. Se considerarmos os dados obtidos pelo Relatório do Perfil da PSR no DF³⁸, é grande o número de pessoas que declaram ter alguma limitação para atividades da vida diária, o que pode se configurar como deficiência. Em contraponto, 50% afirmaram não receber qualquer benefício de assistência social, o que amplia a relevância do serviço ofertado pela DPU.

O trabalho das Defensorias também possui grande potencial de **mobilização da rede intersetorial evitando judicializações**, o que favorece tanto ao usuário solicitante quanto o os serviços de assistência pública. Pela experiência de trabalho desta pesquisadora, somente a presença dos órgãos em reuniões de rede é suficiente para que todos os recursos disponíveis sejam efetivamente disponibilizados, talvez pela proximidade com o Poder Judiciário. Para o trabalho intersetorial é importante que os órgãos de proteção de direitos sejam valorizados como parceiros potentes no apoio inclusive aos trabalhadores, que também tem a oportunidade de demonstrar os limites e desafios estruturais impostos para a realização do trabalho. Uma vez que os objetivos são comuns, qual seja a defesa e garantia dos direitos da PSR, a proximidade com o poder judiciário, defensoria e ministério público tendem a fortalecer essa rede.

Um exemplo interessante de como são potentes as parcerias intersetoriais são os **mutirões PopRuaJud**. Para Sorrentino⁷⁷, os mutirões representam a primeira iniciativa brasileira de colocar em prático o disposto na Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua – Resolução 425/2021 – CNJ. A autora considera o próprio estabelecimento da política como um avanço na construção do paradigma de ampliação do acesso à justiça aos historicamente marginalizados e invisibilizados.

Para além dos serviços executados, descritos no tópico 4.2.3 deste trabalho, a ação representou importante instrumento norteador para a redes locais na medida em que permitiu a identificação das principais demandas e gargalos, além de possibilitar o planejamento de futuras

ações itinerantes permanentes com base as reais necessidade do território⁷⁷. Sorrentino⁷⁷ salienta a centralidade da cooperação interinstitucional neste contexto de negligência e negação de direitos, que, quando tratados de forma isolada e setorial, incorrem no risco de se reverterem em ações fragmentadas que não alcançam o real objetivo.

5.4 FIOCRUZ

A atuação da Fiocruz no enfrentamento da pandemia de COVID-19 foi um notável caso “de uma ciência que se constrói e se legitima em rede, para além dos laboratórios, em articulação com diferentes atores, em contextos sociais e políticos específicos”⁷⁸. Apoiada em 120 anos de tradição na defesa, promoção e garantia dos princípios do SUS, a fundação atuou em frente diversas em que se destacam a pesquisa e cooperação internacional; apoio ao diagnóstico; informação e comunicação; imunização; assistência, fortalecimento da confiança na ciência e no campo de população em situação de vulnerabilidade socioambiental, a exemplo da Chamada Pública para Apoio a Ações Emergenciais junto a Populações Vulneráveis, lançada em abril de 2021.

No Distrito Federal a Fiocruz ocupou papel central nas decisões e práticas da rede de proteção e cuidado da PSR. Foram identificadas ações de formação de pessoal qualificado para atuar na rede intersetorial; estratégias de informação e comunicação sobre temas relevantes para PSR; articulação da rede intersetorial em papel de mobilização, mediação, coordenação e supervisão; produção de material técnico e científico para apoio a equipes de saúde e assistência social. Ainda, foi mencionado no Relatório Perfil da PSR a participação da Fiocruz na definição dos melhores instrumentos e técnicas para realização da pesquisa.

Merece destaque a atuação da instituição na **organização da rede local para elaboração de um plano estratégico de ação intersetorial para atendimento da PSR no**

período de emergência sanitária. Inicialmente a instituição propôs a reunião e adesão da rede intersetorial, em especial serviços dos SUS, SUAS e sociedade civil, em um esforço de criar um plano de atuação intersetorial com foco nas necessidades mais urgentes e imediatas da PSR, com a pactuação de objetivos e responsabilidades. Tal esforço apoiou não só a tomada a decisão de gestores e trabalhadores no período, mas também permitiu uma melhor comunicação da rede, uma vez que a Fiocruz ocupou também o papel de mediadora. Se olharmos para os principais desafios relatados pelos atores entrevistados na interação em rede, a comunicação e a articulação entre as expectativas e recursos concretos de cada serviços foram frequentemente citadas como dificultadores, e o potencial de instituições de ensino e pesquisa na mediação de conflitos e apontamento de caminhos de convergência, na construção de objetivos comuns, é um importante recursos para a viabilização do trabalho em rede.

Em momento posterior, a Fiocruz Brasília, em atuação do Nupop, efetivou a **Implementação e Avaliação do Plano de Ação Interinstitucional de Atendimento às Pessoas em Situação de Rua do Distrito Federal no Contexto da Pandemia de Covid-19**, com a oferta de atendimentos de saúde por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fiocruz Brasília à população em situação de rua, onde os profissionais residentes atuam clinicamente com foco em educação e saúde para o contexto dessa população e para as emergências sanitárias. Os atendimentos individuais e atividades de coletivas ocorrem em equipamentos do SUAS, como instituições de acolhimento e Centro Pop, e nas ruas, com atuando em parceria com as equipes Consultório na Rua.

A estratégia, em especial por incluir uma residência multiprofissional, representa um excelente recurso para a superação da fragmentação do cuidado na atenção primária à saúde e desenvolvimento de competências necessárias para lidar com os complexos problemas de saúde⁷⁹. Possibilita ainda o contato com a temática da saúde para populações em situação de extrema vulnerabilidade por profissionais em formação que certamente comporão a força de

trabalho no SUS, modificando assim as bases necessárias para ampliação do acesso, qualificação do atendimento e garantia do direito à saúde para PSR.

Para os serviços, além de contar com mais profissionais dedicados às demandas da PSR, há o ganho nas relações intersetoriais na medida em que cada residente divide a carga horária do programa entre equipamentos do SUS e SUAS, permitindo conexões, trocas e reflexões essencial para a prática em rede.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa, no contexto do mestrado profissional, possibilitou um olhar diferenciado acerca do trabalho em saúde e a relação com a rede intersetorial. A certeza da importância da sinergia entre os setores para a garantia de direitos da PSR segue fortalecida e qualificada. Longe de abordar todos os temas relevantes conhecidos a partir do processo científico, o esforço se deu no sentido de dar visibilidade as principais ações ocorridas no período, notadamente fértil em iniciativas inéditas e inovadoras que reforçam a potência dessa rede, quando unida e abastecida de recursos.

Assim como grande parte dos atores dessa rede, reforça-se o entendimento de que o desafio é grande e que as consequências da pandemia podem impactar as políticas públicas ainda por gerações, porém, ficou evidente de que podemos mais e melhor.

A análise do contexto permitiu a constatação, em consonância com a literatura especializada, de que os problemas de saúde afetam de forma muito diversa os sujeitos e grupos populacionais, tanto que as medidas para proteção e cuidado da PSR foram principalmente executadas no âmbito da garantia de direitos básicos, como alimentação, abrigo, renda, acesso a rede básica de saúde e à justiça. Enquanto para grande parcela da população as estratégias recomendadas passavam pela adoção de comportamentos preventivos e protetivos que

dependiam condições sociais prévias, para PSR foi necessário, antes de tudo, garantir as condições mínimas de sobrevivência. Esse movimento deixa em destaque a intrínseca relação entre saúde e condições de vida, e fortalece o entendimento de que a integralidade em saúde passa necessariamente pela garantia de direitos sociais e humanos, o que não pode ser alcançado por qualquer setor da política pública isoladamente. Nesse sentido, a intersetorialidade é fundamental para o alcance da integralidade.

Em que pese a pandemia ter sido um período que acentuou os desafios enfrentados pela rede dedicada à proteção social e cuidado da PSR, também foi notável o amadurecimento das estratégias intersetoriais. As boas práticas identificadas no período são importantes para a compreender as especificidades da interação entre setores no contexto do Distrito Federal e podem contribuir para o fortalecimento de práticas integrais tão necessárias para a garantia de direitos de pessoas em situação de rua. As sugestões que se seguem são baseadas nas análises realizadas a partir dos dados obtidos nas etapas da pesquisa.

- Participação de organizações da sociedade civil, movimentos sociais e instituições de ensino e pesquisa nos processos de tomada de decisão, gestão, planejamento e execução de ações.
- Uso das mídias sociais como recurso para aumentar a visibilidade em relação às demandas da PSR.
- Compartilhamento entre setor público governamental, sociedade civil organizada e instituições de ensino e pesquisa para o avanço em estratégias inovadoras com potencial de superar o engessamento do serviço público.
- Sociedade civil e órgãos de justiça e proteção de direitos atuantes como apoiadores das pessoas em situação de rua, especialmente nas situações em que a violação de direitos é perpetrada pelo estado.
- Serviços de assistência social atuando na perspectiva da vigilância em saúde, com apoio dos serviços de saúde no território.

- Serviços de saúde ofertando atendimento e atividades nos espaços dos equipamentos de assistência social.
- Gerências e serviços específicos dedicados a demandas da PSR, confirmando a importância de instrumentos de efetivação da equidade.
- Pactuações e construções com a participação ampla de diversos níveis de trabalho e gestão setoriais e intersetoriais.
- Incorporações de recursos tecnológicos como grupo de mensagem, reuniões de rede online.
- Disponibilização de smarthphone institucional
- Produção de normas, protocolos e documentos técnicos de forma intersetorial com a participação de trabalhadores.
- Planejamento e execução intersetoriais de ações com foco específico ou ampliado, como campanhas e mutirões.
- Compartilhamento intersetorial de informações e dados para o planejamento a partir das necessidades dos territórios.
- Fortalecimento da responsabilidade sanitária da atenção primária à saúde em relação aos equipamentos de assistência social localizados em sua área de abrangência.
- Uso do Sistema Eletrônico de Informação como recurso para dar visibilidade às demandas das PSR e mobilizar rede governamental via responsabilização de áreas competentes.
- Participação de gestores e trabalhadores em eventos, fóruns e espaços ampliados de construção política.
- Criação de leis e regulamentações específicas com foco na intersetorialidade.
- Realização de contagem de pessoas em situação de rua com instrumentos e periodicidade adequada.

- Fortalecimento de espaços de troca entre serviços do SUS e SUAS.

Como trabalhadora dessa rede, poder olhá-la a partir de um esforço científico contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento profissional. A expectativa de que a presente pesquisa contribua para o fortalecimento das estratégias de garantia de direitos para PSR foi um dos principais motores nesse processo iniciado em 2020 e finalizado em 2022. A elaboração do trabalho se deu quase de forma concomitante aos acontecimentos, o que trouxe benefícios, mas também limitações na medida em que não estão disponíveis dados e informações suficientes para avaliar de forma mais aprofundadas algumas questões.

Dentre os principais desafios enfrentados para realização deste trabalho está relacionado com o foco na intersectorialidade, que implica o olhar para sistemas complexos e as também complexas articulações entre eles, de modo que as análises são limitadas pelas e recortes priorizados no percurso metodológico. A opção pelas entrevistas a atores que compõe instituições, uma vez que o objetivo foi analisar as relações entre elas, também é um fator limitador para a percepção dos principais desafios enfrentados pelos principais afetados, as pessoas em situação de rua. Alguns temas relevantes identificados nesta trajetória não foram desenvolvidos em função do tempo ou limitação da pesquisadora, porém abre-se caminho para mais estudos com foco na realidade das pessoas em situação de rua neste importante período histórico.

Todo o percurso de pesquisa e produção desta dissertação colaboraram para construção de conhecimentos orientados para a prática com foco na justiça social, objetivo precípuo do Mestrado Profissional em Polícias Públicas em Saúde. Permitiu não só aperfeiçoamento, mas o olhar crítico para a própria prática. O desafio que se apresenta para esta pesquisadora e trabalhadora do SUS, é o de seguir compondo essa rede com o olhar ampliado, aberto e direcionado para na construção de uma efetiva ação intersectorial com foco nas demandas da PSR.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima NT, Gadelha CG. A Pandemia COVID-19: Assimetrias Globais e Desafios para o futuro da saúde. Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças CCDC semanal/volume 3, nº 7, 2021.
2. Werneck GL. Cenários epidemiológicos no Brasil: tendências e impactos. In: Freitas CM, Barcellos C, Villela DAM, eds. Covid19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2021, pp. 31-41.
3. Boschetti I, Behring ER. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? Serviço Social & Sociedade, 140, 66–83, 2021. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.238>
4. Montagner MI, Montagner MA, Orgs. Manual de Saúde Coletiva. Curitiba: CRV, 2018.
5. Frente Pela Vida. Plano de Enfretamento da Pandemia da Covid-19. 2 v. [publicação online]; 2020 [acesso em 01 dez 2020]. Disponível em https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP%20COVID-19_v2.pdf

6. Congemas. Manifestação pela imediata recuperação do orçamento para a assistência social. 2022. Disponível em <http://www.congemas.org.br/manifestacao-pela-imediata-recuperacao-do-orcamento-para-a-assistencia-social-noticias>
7. Santos AT. A política pública de assistência social e sua essencialidade no combate às vulnerabilidades sociais agravadas pela pandemia da COVID-19. *Revista Orbes Latina*, vol. 12, nº 2, 2022. Disponível <https://revistas.unila.edu.br/index.php/orbi>
8. Heimer R, McNeil R, Vlahov D. A Community Responds to the COVID-19 Pandemic: a Case Study in Protecting the Health and Human Rights of People Who Use Drugs. *Journal of Urban Health*, 97(4), 448–456, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00465-3>
9. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: Um estudo multicêntrico em seis capitais Brasileiras. *Cadernos de Saúde Publica*, 33(6), 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037517>
10. Valle FAAL, Farah BF, Carneiro JN. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde Em Debate*, 44(124), 182–192, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>

11. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGDO, Saraiva AKDM. Direito à saúde da população em situação de rua: Reflexões sobre a problemática. *Ciencia e Saude Coletiva* [internet] 21(8), 2595–2606, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>
12. Carmo ME, Guizardi FL. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis [Internet]* ; 27(4): 1265-1286, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400021>.
13. Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, 2014. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf
14. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. 2008. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 56–69. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902004000100007>
15. Distrito Federal. Decreto Distrital nº 40.528, de 18 de março de 2020. Diário Oficial do Distrito Federal, Edição extra nº 31-c, 17 março 2020. Seção 1, p. 1.

16. Mattos RA. Ciência, Metodologia e o trabalho científico (ou tentando escapar dos rigores metodológicos). Capítulo 1 In: Mattos RA; Baptista TWF (Org.). Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2015, p. 28 a 81.

17. Pires, RRC (2020). Os Efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da Covid-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública TT - Nota Técnica n. 33. Nota Técnica / IPEA Diest, 33, 11. Disponível em [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9839/1/NT_33_Diest_OsEfeitosSobre Grupos Sociais e Territórios Vulnerabilizados.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9839/1/NT_33_Diest_OsEfeitosSobreGruposSociaiseTerritoriosVulnerabilizados.pdf)

18. Mattos RA.; Baptista TWF (org.). Caminhos para análise das políticas de saúde. 2015, Curitiba: Rede Unida CRV.

19. Ayres, JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências [e-book] 2nd. rev. and enl. 2009. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 2207-2677

20. Dimenstein M, Cirilo Neto M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. Pesquisas e Práticas Psicossociais, 15(1). São João del-Rei, janeiro-março de 2020. e2935

21. Caprara A. Antropologia das doenças transmissíveis. Interpretações do contágio e diferenças culturais / Andrea Caprara. ¾ Fortaleza-CE, 2018. [http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Antropologia das doencas transmissiveis EDUECE.pdf](http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Antropologia_das_doencas_transmissiveis_EDUECE.pdf)
22. Fundação Getúlio Vargas. <https://portal.fgv.br/noticias/pesquisa-indica-6393-tiveram-perda-renda-mensal-conta-pandemia-covid-19>. Acesso em 14/12/2020
23. Klintowitz D, Moreira F e Tavares J: A pandemia da desigualdade: de olho num outro futuro, 2020. Disponível em <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/A-pandemia-da-desigualdade-de-olho-num-outro-futuro>. Acesso em 14/12/2020
24. Plough A, Bristow B, Fielding J, Caldwell S, & Khan S. (2010). Pandemics and Health Equity: Lessons Learned From the H1N1 Response in Los Angeles County.
25. Smith JA, Judd J. COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. Health Promotion Journal of Australia, 2020. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/hpja.333>
26. Vaughan E, Tinker T. (n.d.). S324 | Influenza Preparedness and Response | Peer Reviewed | Vaughan and Tinker. American Journal of Public Health | Supplement (Vol. 99).

27. Heimer R, McNeil R, Vlahov D. A Community Responds to the COVID-19 Pandemic: a Case Study in Protecting the Health and Human Rights of People Who Use Drugs. *Journal of Urban Health*, 97(4), 448–456, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00465-3>

28. Farias TM, Diniz RF. População em situação de rua e direito à cidade: invisibilidade e visibilidade perversa nos usos do espaço urbano. In: Nobre TM, Amorim AKA, Medeiros FC, Matos ACV, orgs. *Vozes, Imagens e Resistências nas Ruas*. Natal: EDUFRN, 2020.

29. Carvalho CS, Costa AB. Austeridade fiscal em tempos de Coronavírus: reflexos da emenda constitucional do teto de gastos públicos no aumento das desigualdades educacionais no Brasil. In: Souza Junior JG, Rampin TT, Amaral AC (orgs.). *Direitos humanos e COVID-19: grupos sociais vulnerabilizados e o contexto da pandemia*. 1 ed., Belo Horizonte, São Paulo: D’Placido, p. 115-140, 2021.

30. Souza Junior JG, Rampin TT, Amaral AC. A pandemia e o isolamento de direitos: uma análise a partir da perspectiva de o direito achado na rua. Prefácio. In: Souza Junior JG, Rampin TT, Amaral AC (orgs.). *Direitos humanos e COVID-19: grupos sociais vulnerabilizados e o contexto da pandemia*. 1 ed., Belo Horizonte, São Paulo: D’Placido. 2021

31. Bueno FTC, Souto EP, Matta GC. Notas sobre a trajetória da COVID-19 no Brasil in: Matta GC, Rego S, Souto EP, Segata J, eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>

32. Trino AT, Machado MP, Rodrigues RB, Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. ed. - São Paulo : Hucitec, 2015, p. 27-53.

33. Mattos, RM, & Ferreira, RF. (2004). Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 47–58. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822004000200007>

34. Natalino MAC. Nota Técnica n. 73(Disoc) : Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). IPEA, 2020.

35. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: Estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saúde Coletiva, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>

36. Agência Brasil, Empresa Brasil de comunicação. Pandemia aumenta número de moradores em situação de rua no Rio, 2021. (<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-08/pandemia-aumenta-numero-de-moradores-em-situacao-de-rua-no-rio>)
37. Agência Brasil, Empresa Brasil de comunicação. SP: população em situação de rua cresce 31% em 2 anos, mostra censo, 2021. [https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2022-01/populacao-de-rua-cresceu-31-em-dois-anos-indica-censo#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20pessoas%20vivendo,Social%20\(SMADS\)%20da%20prefeitura](https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2022-01/populacao-de-rua-cresceu-31-em-dois-anos-indica-censo#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20pessoas%20vivendo,Social%20(SMADS)%20da%20prefeitura)
38. Distrito Federal, CODEPLAN. Perfil da população em situação de rua, 2022. Disponível em <https://infodf.ipe.df.gov.br/pop-rua-df/>
39. Coelho IB. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 15(1):171-183, 2010.
40. Corgozinho MM e Oliveira, AAS. Equidade em saúde como marco ético da bioética. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 431–441, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153764>.

41. Paim JS, Silva LMV da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [periódico na Internet], 109-114, 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt.
42. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade da atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, 8ªed.
43. Paim J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. In: 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). ABRASCO, Vol. 23, número 6, 2018.
44. Ayres JRCM. Prefácio à 8a. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, 8ªed.
45. Pinheiro R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, 8ªed.

46. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, 8ªed.
47. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! Ciênc. Saúde Coletiva 19(11), 4291–4300, 2014. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291
48. Canato P, Bichir R. Intersetorialidade e redes sociais: a implementação de projetos para a população em situação de rua em São Paulo. Revista de administração pública. Rio de Janeiro, 55 (4): 995-1016, Jul-Ago. 2021.
49. Cunill-Grau NA. intersetorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate: Intersetorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do Programa Bolsa Família. Brasília: MDS, 2016. n. 26, p. 35-66. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2026.pdf>>

50. Machado CBM e Vaz CS. SUS e SUAS: O desafio da intersetorialidade no cuidado integral e na proteção social de pessoas em situação de rua. PTCA Curso especialização em saúde coletiva. Fiocruz Brasília. 2019.
51. Silva TD, Natalino MBP, Pinheiro MB. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. Nota Técnica nº 74 - junho 2020: Diest/IPEA. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35809.
52. Gatti BP, Pereira CP (Orgs.) Projeto renovando a cidadania: pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Brasília: Gráfica Executiva, 198p.1, 2011.
53. Minayo MC (org), Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ. Vozes, 2011.
54. Defensoria pública do Distrito Federal. Relatório anual da Defensoria Pública. Relatório anual de atividades 2021 - Subsecretaria de atividade psicossocial - SUAP/DPDF. 2021. Disponível em <http://transparencia.defensoria.df.gov.br/>
55. Distrito Federal. Lei Distrital nº 6.691, de 01 de outubro de 2020. Diário Oficial do Distrito Federal, DODF nº 188, seção 1, 2 e 3 de 02/10/2020.

56. Fiocruz Brasília. O SUS a serviço da população em situação de rua. Brasília, julho 2022.
Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/o-sus-a-servico-da-populacao-em-situacao-de-rua/> acesso em 12/10/2022
57. Brasil, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid 19 – 2ed, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-a-covid-19-pno-2a-edicao-com-isbn> acesso em 11/10/2021.
58. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Resolução 425. Política Nacional Judicial de Atenção à População em Situação de Rua. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1447482021101161644e94ab8a0.pdf> acesso em 14/10/22)
59. TJDFT. Relatório do Terceiro Mutirão PopRuaJud. Disponível em <https://www.tjdft.jus.br/institucional/administracao-superior/vice-presidencia/centro-de-inteligencia/popruajud>

60. Monnerat GL, Souza, RG. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. 2017, *Revista Katálysis*, 14(1), 41–49. <https://doi.org/10.1590/s1414-49802011000100005>
61. Bousquat A, Akerman M, Mendes Á, Louvison M, Frazão, P, Narvai, P. C. (n.d.). Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. 2021, *Revista USP*, 1(128), 13-26. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26>
62. Tanaka OY, Drumond Junior M, Gontijo TL, Louvison MCP, Rosa TEC. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 3 [Acessado 7 Novembro 2022] , pp. 963-972. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.07312017>>.
63. Radis, Fiocruz. "Manicômios nunca mais": Mudanças na política de saúde mental ameaçam reforma psiquiátrica. Disponível em [https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/manicomios-nunca-mais#:~:text=No%20apagar%20das%20luzes%20de,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\) acesso 21/10](https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/manicomios-nunca-mais#:~:text=No%20apagar%20das%20luzes%20de,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS) acesso 21/10)
64. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 21 Outubro 2022] , e00285117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

65. Figueiredo EA. IPEA. Expansão do programa auxílio brasil: uma reflexão preliminar. 2022, Nota da Presidência, nº 12.
66. Teodoro LCA. Neoliberalismo, pandemia e políticas públicas: Análise comparativa entre o bolsa família e o auxílio brasil. 2022, Revista Serviço Social em Perspectiva, Volume. 6, Edição Especial. Anais do III Encontro Norte Mineiro De Serviço Social (687-700).
67. Aguiar CC, Sampaio FFF, Aragão HL, Livalter ALA, Sousa J da S. Atenção às pessoas em situação de rua, em Sobral-CE, durante a pandemia da covid-19. SANARE [Internet]. 11º de maio de 2021 [citado 7º de novembro de 2022];20. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1511>
68. Kemp B, Magri GM. São Paulo: Desafios da intersetorialidade para a população em situação de rua: saúde e assistência social no enfrentamento à Covid-19. 2022, Brasília, Fiocruz. Disponível em https://www.fiocruzbrasil.com.br/wp-content/uploads/2022/05/ComPAPS_SP.pdf
69. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Gerência de Serviço Social. Nota Técnica N.º 2/2021 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GSS, Nota Técnica de Orientação para a Atuação dos(as) Assistentes Sociais no Processo de Desospitalização - GSS/DASIS

70. Resende GA, Teodósio ADS. Democratização de políticas sociais no Brasil: venturas e desventuras das organizações da sociedade civil. 2014. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 14(1), 177. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2014.1.10689>
71. Raichelis, R. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. 2020, *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*, 1–17.
72. Dagnino, E. Sociedade Civil Participação e Cidadania: de que estamos falando? En Daniel Mato (coord.), *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. 2004, Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 95-110
73. Gohn, MG. Empoderamento E Participação Social. *Saúde e Sociedade*, 13(2), 20–31, 2004. <https://bit.ly/3bGO8vx>
74. Teixeira, S. M. (2007). Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. *Revista Katálysis*, 10(2), 154–163. <https://doi.org/10.1590/s1414-49802007000200003>

75. Souza, GA. O acesso à justiça para a população em situação de rua: Perspectivas frente às práticas autoritárias aporofóbicas e a atuação da Defensoria Pública. Dissertação (Mestrado em Direito) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.
76. Almeida AVB, Maia CBN, Weis C, Binda CV, Miranda FA, Carvalho FS, et al. Defensoria Pública, população em situação de rua e acesso à Justiça: Histórico das experiências brasileiras e a necessidade de uma política institucional ampla. In: Magno PC, Org. Congresso Nacional das Defensoras e Defensores Públicos Livro de teses e práticas exitosas: Defensoria Pública: memória, cenários e desafios, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/42541/Populacao_em_situacao_de_rua_e_acesso_Justica.pdf
77. Sorrentino, LYF. Acesso à justiça para os invisíveis: a política nacional judicial de atenção a pessoas em situação de rua. 38–55. 2022 Disponível em: <https://revistajuridica.tjdft.jus.br/index.php/diex/article/view/797>
78. Kropf SP, et al. A Fiocruz no tempo presente: Ciência, saúde e sociedade no enfrentamento da pandemia de Covid-19. 197 – 208. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series.

79. Teixeira, MB, Casanova, AO. Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19. Porto Alegre; Editora Rede Unida; 20221008. 189 p.
Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1397661>

8 ANEXOS

Anexo I – Roteiro de entrevista semiestruturada

<p>Questões de pesquisa</p> <p>Quais as principais influências e valores que permeiam a tomada de decisões e ações dos atores chave?</p> <p>Quais fatores promovem ou comprometem a execução das ações sob o ponto de vista da intersetorialidade?</p> <p>Como os mecanismos de prática das ações interinstitucionais no contexto da pandemia contribuem para o aprimoramento da intersetorialidade?</p>		
<p>Objetivo principal: analisar as ações interinstitucionais para PSR no contexto da pandemia sob a ótica da intersetorialidade a partir da ação e percepções dos atores-chave</p>		
<p>Objetivos específicos</p> <p>1 – Sistematizar e contextualizar as principais ações interinstitucionais direcionada a PSR no contexto da pandemia</p> <p>2 – Analisar a produção de textos oficiais e contexto de influências para tomada de decisões com foco na intersetorialidade</p> <p>3 – Identificar e compreender inovações, fatores críticos, potenciais e boas práticas na execução de ações</p>		
<p>Pergunta disparadora: Como foi atender (ou ‘ser gestor em um serviço’ ou ‘atuar na temática’) pessoas em situação de rua durante a pandemia?</p>		
Objetivo	Perguntas/temas	Ficar atenta!
1	<ul style="list-style-type: none"> Quais as principais ações realizadas para atender as necessidades desse público específico 	contextualização, descrição
2	<ul style="list-style-type: none"> Impactos da pandemia para a realidade do trabalho Como você analisa a participação de outras instituições no seu trabalho 	tomada de decisão; contexto de influências

3	<ul style="list-style-type: none">• Quais os principais desafios na construção e operacionalização das ações nesse período• Quais avanços inovações ou boas práticas você identifica• Futuro da política	aprendizados e desafios; futuro da política
---	--	---