

Transformar prácticas en modelos: caminos hacia una Red de Atención de Salud para la Población sin Hogar

Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas (<https://orcid.org/0000-0001-8499-9429>)¹

Luísa da Matta Machado Fernandes (<https://orcid.org/0000-0002-5440-7928>)¹

Ana Luísa Jorge Martins (<https://orcid.org/0000-0001-5634-9023>)¹

Rafaela Alves Marinho (<https://orcid.org/0009-0007-6577-9325>)¹

Diadorim Maria Rodrigues (<https://orcid.org/0009-0004-1812-9707>)¹

Gabriela Drummond Marques da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-1145-3940>)¹

Anelise Andrade de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-2408-7054>)¹

Rômulo Paes-Sousa (<https://orcid.org/0000-0002-3384-6657>)¹

Resumen La Población Sin Hogar (PSH) ha mostrado un crecimiento exponencial en la última década, provocando diferentes desafíos para el Sistema Único de Salud brasileño, especialmente durante la pandemia de COVID-19. Se ha implementado un estudio transversal, descriptivo y exploratorio con triangulación de métodos cuantitativos y cualitativos de 2020 a 2022, que exploró las prácticas de atención en la ciudad de Belo Horizonte dirigidas a la PSH. En la etapa cuantitativa se utilizaron bancos oficiales de las secretarías de salud y asistencia social, y se realizaron 48 entrevistas semiestructuradas y cuatro grupos focales en la etapa cualitativa, totalizando 86 participantes. Los resultados apuntan a la necesidad de una Red de Atención de Salud (RAS-PSR) poliárquica y multiprofesional, con apoyo intersectorial, orientada por la territorialización y longitudinalidad de la atención, integrada con sistemas de información, apuntando a la complejidad del abordaje y basada en la lógica de la clínica expandida. La actualización de los registros de la PSH en los sistemas de salud y los servicios de calificación son cruciales para la eficacia de la RAS-PSR. Comprender la dinámica de las acciones implementadas y/o ampliadas en el municipio y las lecciones aprendidas localmente permite coadyuvar en el desarrollo de políticas de cuidado efectivas y escalables a nivel nacional.

Palabras clave Red de Atención de Salud Continuada, Población sin hogar, Políticas Públicas

¹ Instituto René Rachou/
Fundação Oswaldo Cruz
(Fiocruz Minas). Av.
Augusto de Lima 1715,
Barro Preto. 30190-002
Belo Horizonte MG Brasil.
caroldantas.to@gmail.com

Introducción

En la última década, la población sin hogar (PSH) ha mostrado un crecimiento exponencial en Brasil. En 2022, se estimaba que en el país había 281.472 personas sin hogar, lo que representa un crecimiento del 211% respecto a 2012, mientras que la población general creció un 11% en el mismo período¹. Este aumento tuvo repercusiones en el Sistema Único de Salud (SUS), especialmente durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, las respuestas producidas a nivel municipal variaron en alcance y efectividad. En Belo Horizonte, durante este período, las acciones desarrolladas para la población general fueron reconocidas por su desempeño satisfactorio en la gestión de la emergencia sanitaria y sus respuestas multidimensionales a los nuevos desafíos². El Imperial College London³ destacó que Belo Horizonte tenía las tasas de mortalidad hospitalaria por COVID-19 más bajas entre las 14 capitales analizadas. Se estimó que se podrían haber evitado más de 300 mil muertes si la tendencia observada en esta ciudad se hubiera producido en todo Brasil³. Esto revela una historia de inversiones en políticas públicas, previas a la pandemia, incluyendo la estructuración del SUS y del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) en el municipio^{2,4}.

Una preocupación adicional al enfrentar la pandemia en Belo Horizonte estuvo relacionada con la PSR. Mitchell *et al.*⁵ señalaron que la PSH se diferencia de la población urbana general por la exposición a las peores condiciones de salud física y mental, tendiendo a presentar mayor uso de servicios de salud y mortalidad. Al tratarse de una población vulnerable, incapaz de cumplir con el aislamiento social y otras recomendaciones que reducirían el riesgo de enfermarse por COVID-19, el municipio elaboró un plan de seguimiento específico para la PSH, que incluye la reestructuración de la red de salud preexistente y la creación de nuevos servicios.

El reconocimiento de la PSH como un grupo poblacional que requiere atención diferenciada está definido a nivel nacional por la Política Nacional para la Población Sin Hogar (PNPSR)⁶, que apunta a asegurar un amplio acceso a diversas políticas públicas, entre ellas, las relacionadas con la atención de salud. Debido a las dificultades para implementar efectivamente la PNPSR en el territorio nacional, el poder judicial ha resaltado la necesidad y urgencia de atender las demandas específicas de la PSH. En julio de 2023, el Tribunal Superior de Justicia ordenó al Ejecutivo Federal formular un Plan

de Acción y Seguimiento para la implementación efectiva de dicha política⁷. En diciembre del mismo año, el gobierno federal lanzó el plan de acción y seguimiento para implementar el PNPSR. Entre los ejes cubiertos se encuentran acciones de política de salud que incluyen el fortalecimiento de los equipos del Consultório na Rua (CnaR), la formación de profesionales para la atención de la PSH, entre otros objetivos⁸.

Así, en busca de sentar las bases de una Red de Atención a la Salud para la Población sin Hogar (RAS-PSR), a través de evidencia empírica, este artículo tiene como objetivo explorar los fundamentos, tecnologías y estrategias, a partir de la experiencia de Belo Horizonte durante la pandemia de COVID-19 para identificar los posibles desafíos y potencialidades de su implementación. En este estudio se consideró la posibilidad de evaluar la experiencia de Belo Horizonte a partir de su ciclo de producción de políticas públicas y respuestas a la emergencia sanitaria, para inducir la elaboración de un modelo RAS nacional.

Metodología

Este estudio transversal, descriptivo y exploratorio ha adoptado una triangulación de métodos, incluyendo la recolección de datos primarios en la fase cualitativa y el análisis de bases de datos secundarias para la fase cuantitativa, de 2020 a 2022⁹. La investigación fue financiada por la Convocatoria INOVA de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), aprobada por el Comité de Ética del Instituto René Rachou, bajo CAAE 43259221.6.0000.5091 y dictamen 4.610.014.

La recolección de datos cualitativos ocurrió a través de entrevistas en profundidad con cinco gerentes y 11 trabajadores del SUS; seis directivos y seis trabajadores del SUAS; dos gestores de equipamiento intersectorial coordinados por la Secretaría Municipal de Salud (SMS) y la Secretaría de Asistencia Social, Seguridad Alimentaria y Ciudadanía (SMASAC); tres directivos y dos trabajadores de la *Pastoral Nacional do Povo da Rua (Pastoral de Rua)*; dos dirigentes de movimientos sociales vinculados a la PSH; un trabajador de la Defensoría Pública; y 13 personas sin hogar y/o que han superado esta situación. Además, se realizaron cuatro grupos focales con 35 personas sin hogar. En total participaron 86 personas. El período de recolección de datos primarios fue de junio de 2021 a junio de 2022 y los participantes fueron identificados según su vinculación con acciones encaminadas a la

PSR en el municipio y con el movimiento social, así como en base a indicaciones del Comité de Seguimiento de la Investigación, que Incluyó representación de todos los sectores involucrados en el estudio. Para las entrevistas y grupos focales se utilizaron guiones semiestructurados, elaborados de acuerdo con las especificidades de cada grupo entrevistado y los objetivos de la investigación. Todos los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado. Los grupos focales y entrevistas con la PSH se llevaron a cabo en lugares de fácil acceso para la PSH, con el apoyo del Movimiento Nacional de Personas sin Hogar (MNPSR) y la Sociedad Civil Organizada (SCO), representada por *Pastoral de Rua*.

Las entrevistas y grupos focales se realizaron de forma remota o presencial y fueron grabadas y posteriormente transcritas íntegramente para su posterior análisis de contenido¹⁰. Al final se delimitaron 35 categorías de análisis, incluida la salud. Los extractos presentados en los resultados se identifican con las siglas EGT para referirse a los discursos de directivos o trabajadores que indican el sector de procedencia; EPSR para personas sin hogar y GF para grupos focales, todos seguidos de un número que representa el orden de la entrevista en la base de datos de la investigación. Las siglas y numeración fueron desarrolladas con el objetivo de garantizar el anonimato de los participantes al momento de publicar los resultados de la investigación.

En el análisis cuantitativo se utilizaron métodos estadísticos epidemiológicos para evaluar el perfil de la PSH y la atención en las unidades de salud según ubicación geográfica. Se realizó una vinculación probabilística, con el fin de permitir la identificación de la única persona en los dos bancos evaluados. Los análisis descriptivos de salud se realizaron a partir las bases de datos de los servicios seleccionados para este análisis, es decir, bases de datos oficiales de la SMS y de la SMASAC.

La base de datos del SMS presentó información sobre los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) (Unidades Básicas de Salud/UBS y CnaR), además de información sobre la atención en salud mental, utilizando una ventana de análisis del 01/03/2019 al 28/02/2021, que permitió comparar información de un año antes y un año después del inicio de la pandemia (01/03/2020 al 28/02/2021). La forma de extracción se produjo a través de registros médicos electrónicos que contenían la marca de identificación del usuario como persona sin hogar. Para evaluar la información de la asistencia social se

utilizó el Registro Único de Programas Sociales (*CadÚnico*), con información del mes de septiembre de 2021, última fecha de actualización del registro dentro del apartado de evaluación del presente estudio. Esta base de datos permitió complementar la evaluación realizada del perfil sociodemográfico de las PSH en Belo Horizonte obtenido a partir de datos de salud.

Las variables seleccionadas para el análisis cuantitativo, con el fin de permitir la descripción del perfil de la PSH en Belo Horizonte y el perfil de los servicios de salud y asistencia social fueron: (i) salud: total de servicios prestados; atención por síntomas respiratorios, categoría y equipo profesional; número de personas sin hogar atendidas y diagnósticos confirmados por APS para COVID-19; condiciones más comunes identificadas por el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10); sexo de nacimiento; color y edad; (ii) CadÚnico: sexo al nacer; color y edad; educación; tiempo sin hogar; ingreso per cápita (PC); remuneración; contacto con familiares fuera de la situación sin hogar; subsidio de permanencia familiar y regional. Los factores asociados al tiempo sin hogar hasta por un año, para personas con datos actualizados hasta por 18 meses en CadÚnico (durante la pandemia), se identificaron mediante regresión logística. El análisis simple (20% de significancia) precedió a la estimación del Odds Ratio (OR) por el modelo múltiple. Las variables continuas se probaron en forma logarítmica y la selección del mejor modelo se basó en la Curva ROC. El factor de inflación de varianza evaluó la multicolinealidad del modelo final. La educación no formó parte del modelo múltiple debido a la multicolinealidad observada.

Resultados y discusión

Los resultados de este estudio se presentarán con base en la organización propuesta por Mendes¹¹, considerando los tres elementos constitutivos de la RAS, a saber: la población bajo responsabilidad sanitaria y económica de la RAS, la cual debe estar inscrita y registrada según sus riesgos sociosanitarios y la dinámica territorial; la estructura operativa constituida por nodos que se comunican a través de conexiones materiales e inmateriales y el modelo de atención de salud que organiza el funcionamiento de la RAS en función de la situación epidemiológica, así como sus fundamentos, tecnologías y estrategias¹¹⁻¹³ (Figura 1).

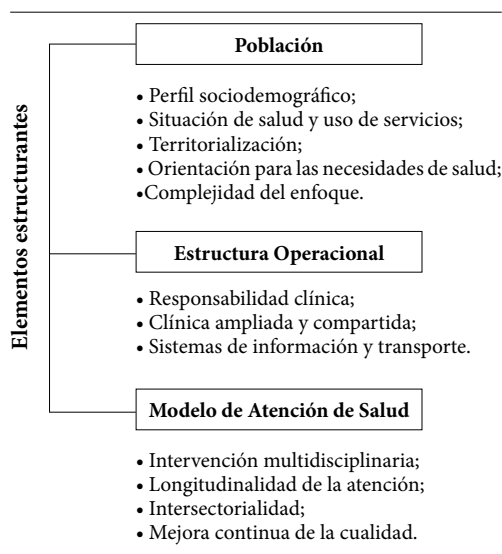


Figura 1. Elementos estructurantes de la RAS para la PSH.

Fuente: Adaptado a partir de Mendes¹¹ y Ouverney y Noronha¹².

Red de Atención de Salud para la PSH: la propuesta de un modelo basado en la experiencia de Belo Horizonte

Las justificaciones para crear un RAS impregnan la búsqueda generalizada de mejores resultados económicos, epidemiológicos y de atención de salud integral, pero también incluyen el reconocimiento de que hay ciertos grupos de población para los cuales se necesitan estrategias de atención continua en redes de salud únicas para garantizar la integridad y las economías de escala y alcance¹⁴. El estudio de la experiencia de Belo Horizonte durante la pandemia de COVID-19 en la atención de la PSH mostró que las barreras y dificultades estructurales de esta población para acceder a la atención se exacerbaban en la crisis sanitaria y fueron posibles de abordar con acciones intersectoriales bien coordinadas y desarrollo de servicios especializados enfocados a la demanda de la PSH⁹.

Una revisión de la literatura nacional sobre la PSH identificó algunos estudios que discuten líneas de atención e itinerarios terapéuticos para este grupo, pero ningún artículo que proponga una RAS estructurada para la PSH¹⁵⁻²⁰. Por lo tanto, se propone la composición del RAS-PSR representada en la Figura 2. La Figura 2a presenta las unidades y servicios que conformarían una RAS-PSR poliárquica, multiprofesional, integrada con sistemas de soporte y logística. La Figura 2b trae las características intersectoria-

les de la RAS-PSR, indicando la articulación de unidades y servicios de salud con otros actores y otras políticas orientadas a la PSH. Estos elementos y características constitutivas son las bases para la estructuración nacional de una RAS específica para la PSH.

Una RAS estructurada concretiza el principio de integralidad mediante la materialización de conexiones en los diferentes territorios con articulación supramunicipal¹⁴, lo que potenciaría el alcance de este grupo poblacional que transita territorialmente. El desarrollo de redes integradas de servicios de salud es una estrategia central de los sistemas de salud enfocados en la atención primaria para ofrecer atención de calidad y eficiente a grupos de población con demandas y necesidades de salud específicas²¹. La implementación de la RAS-PSR en el SUS representa la lucha contra las inequidades en salud, la ampliación del acceso y la calificación de la atención de salud.

La población sin hogar durante la pandemia de COVID-19 en Belo Horizonte

En esta investigación se evaluó información relativa a 13.885 personas sin hogar únicas que recibieron atención médica y 8.659 registradas en *CadÚnico* durante los periodos analizados. Estos datos muestran un crecimiento significativo de la PSH respecto al censo municipal de 2013²², siguiendo una tendencia similar al crecimiento de la PSH observado en la última década en Brasil¹. Los Sistemas de Información en Salud (SIS) y *CadÚnico* han sido las fuentes más utilizadas para caracterizar el perfil de la PSH. Sin embargo, existe una invisibilidad de las autoridades públicas en relación con quienes no acceden a estas redes, lo que refleja dificultades en la precisión del perfil sociodemográfico, laguna encontrada en los datos de este artículo.

En salud, predominó el sexo masculino (57,7%), con edad promedio de 33,9 años y color de piel negra o morena (69,0%). Este patrón se repite, independientemente del tipo de servicio en el que se produjo el servicio (Figura 3). En *CadÚnico*, la mayoría de las personas registradas también eran del sexo masculino (89,6%) con edad promedio de 42,4 años, color de piel negra o morena (83,6%) y educación primaria incompleta (51,8%). El perfil sociodemográfico de la PSH en estas dos bases de datos siguió la tendencia nacional²³.

Sin embargo, los efectos de la pandemia reflejaron cambios relativos en el perfil sociodemográfico de Belo Horizonte. Los profesionales

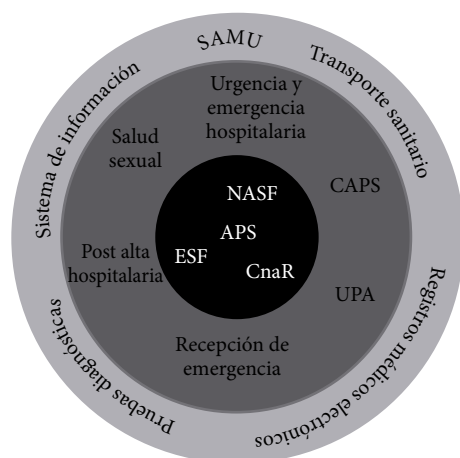


Figura 2a



Figura 2b

Figura 2. RAS-PSR.

Fuente: Autores.

y directivos entrevistados informaron de la percepción de que el perfil de la PSH cambió durante la pandemia con un aumento del número de personas mayores, mujeres y familias enteras que viven en la calle.

También vi crecer el número de personas mayores y el público LGBTQIA+, especialmente los jóvenes que viven en las calles, también fue algo visible, ¿sabes? Entonces sí, hubo crecimiento, ¿verdad? (EGT19_Asiencia Social).

En la evaluación del *CadÚnico*, hubo mayor probabilidad de pasar hasta un año en la calle entre blancos (OR=1,43), mujeres (OR=1,28), con ingresos PC de BRL 89,01 a 1/2 salario mínimo (OR=1,48), sin asignación familiar (OR=0,54) y fuera de la región Centro-Sur (OR=1,36). Esta probabilidad aumenta con la reducción del logaritmo de la edad (OR=0,25) (Tabla 1). El área de la curva ROC (0,674) fue baja, pero los resultados corroboran en gran medida la información del análisis cualitativo al sugerir un aumento de personas con perfil atípico para la PSH durante la pandemia.

En relación a la evaluación de la territorialización, se observó una mayor concentración de la atención a las personas sin hogar en las regiones Centro-Sur y Este del municipio. Estas regiones se caracterizan por una mayor provisión de servicios de salud y asistencia social y una mayor oferta de estructuras públicas y comerciales que permiten la supervivencia diaria (baño, comida y trabajo). La región Centro-Sur se destacó con el 32,97% (n=3.949) de personas

atendidas en APS, siendo el Centro de Salud Carlos Chagas el que registró el mayor número (n=2.536), por su histórico de referencia para la PSH. El resultado es corroborado por el estudio de Temponi *et al.*²⁴ en Belo Horizonte, que vincula el uso del territorio por parte de mujeres sin hogar y una mayor concentración en la región central debido a la oferta de bienes y servicios, la necesidad de autoprotección y la sociabilidad.

A pesar de esta concentración, todas las UBS del municipio registraron servicios de PSH en el período analizado, lo que denota simultáneamente la movilidad urbana relativa de los individuos y los diferentes puntos de fijación. Estos datos provocan la necesidad de que la RAS trabaje desde una territorialización con características más fluidas en la que el acceso a los servicios no esté restringido geográficamente. Debido a esta dinámica, los PSR en ocasiones se ven impedidos de acceder a atención en un determinado servicio de salud por no pertenecer a ese territorio o por falta de documentación personal o domicilio fijo, a pesar de existir normativa municipal que garantiza este derecho.

La asistencia social hizo un pedido para que me atendieran; ahí me atendieron sin mi DNI. Sin un documento no se le atende (GF3_PSR).

Como no tengo dirección de albergue ni nada, no me dio referencia para una radiografía. Ella dijo "ah, tienes que estar en el refugio para que te pueda ayudar" (EPSR4).

El concepto de territorio es un operador importante en la construcción de la política de

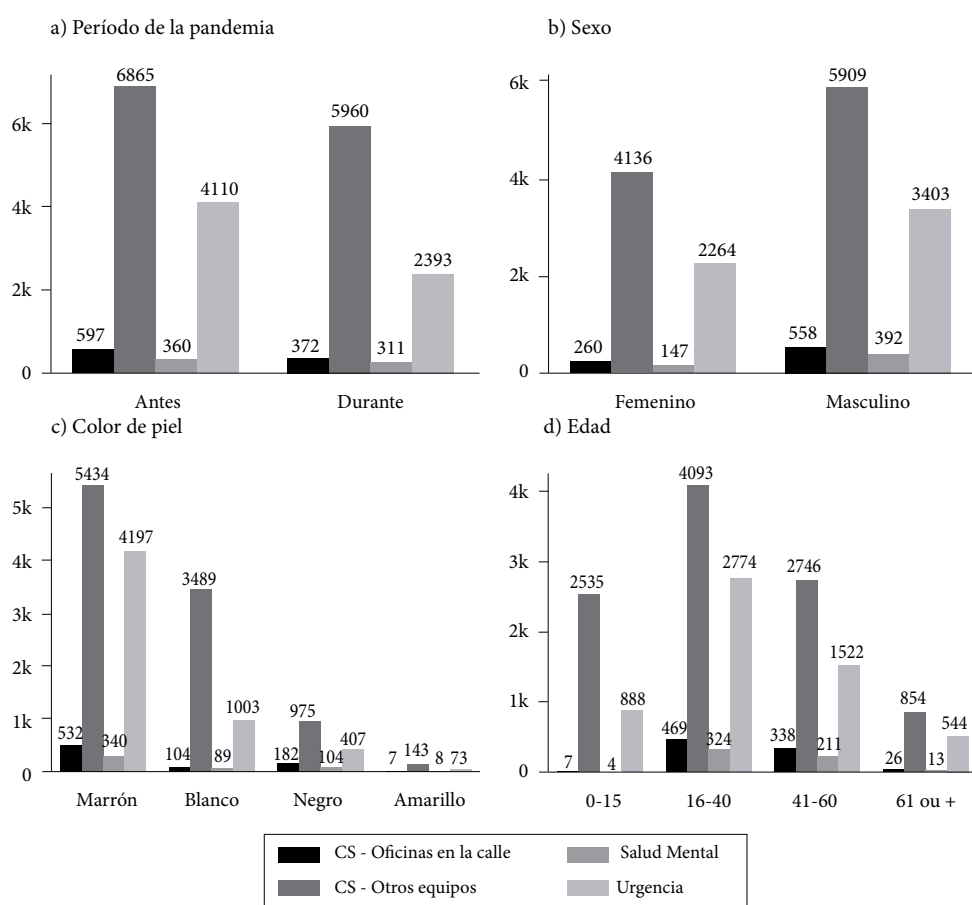


Figura 3. Personas atendidas por algún tipo de servicio de salud. a) período del servicio de pandemia. b) sexo. c) color de piel. d) grupo de edad. Nota: CS = Centro de Salud.

Fuente: Autores.

salud brasileña. Sin embargo, tiende a ser mal caracterizado y entendido sólo como una demarcación geopolítica, ignorando elementos como la circulación de los usuarios, las actividades económicas y el potencial de la comunidad²⁵. Esta distorsión puede comprometer el cuidado de la PSH que se desplaza constantemente por el territorio como estrategia de subsistencia. La rígida lógica territorial, especialmente para el registro de usuarios en la APS, puede comprometer tanto el acceso como la longitudinalidad de la atención de la PSH.

Necesitamos un seguimiento longitudinal. Si lo estamos, simplemente respondemos y damos la espalda y no pensamos en lo que pasará después, el paciente no se presenta y decimos “Gracias a Dios”, y él llegará al servicio peor (EGT10_Salud).

En este sentido, las redes temáticas en el SUS deben ser implementadas de acuerdo con las prioridades epidemiológicas, permitiendo

financiamiento, capacitación de profesionales y desarrollo de nuevos equipamientos de salud orientados a las necesidades de cada grupo poblacional considerando la dinámica de los territorios²⁶. Por tanto, se refuerza la necesidad de estructurar una RAS-PSR basada en una comprensión ampliada del territorio.

En términos de orientación a las necesidades de salud, la pandemia de COVID-19 motivó la creación de dos equipos específicos para la PSH en Belo Horizonte. Ambos se desarrollaron con un enfoque intersectorial y hubo consenso entre los entrevistados en la necesidad de continuidad después de la pandemia, ya que atendieron demandas de salud recurrentes y preexistentes de la PSH agravadas por la pandemia.

El primer equipamiento es el Servicio de Recepción de Emergencia y Provisional conocido como Recepción de Emergencia. Este servicio ofreció dormitorio, alimentación y la posibi-

Tabla 1. Odds ratio de estar sin hogar hasta por un año estimado en modelos de regresión logística simple y múltiple.

Variable/Categoría	Sin hogar – n (%)		OR (IC95%, p-valor) del modelo	
	Más de 1 año	Hasta 1 año	Simple	Múltiple
Color/Raza				
No blanca	1.747 (65,7)	911 (34,3)	1,0	1,0
Blanca	306 (60,1)	203 (39,9)	1,27 (1,05-1,54, p= 0,015)	1,43 (1,16-1,75, p= 0,001)
Sexo				
Masculino	1.852 (66,0)	955 (34,0)	1,0	1,0
Femenino	201 (55,2)	163 (44,8)	1,57 (1,26-1,96, p< 0,001)	1,28 (1,01-1,62, p= 0,044)
Regional de permanencia				
Centro-Sur	1.207 (67,8)	572 (32,2)	1,0	1,0
Otras	846 (60,8)	546 (39,2)	1,36 (1,18-1,58, p< 0,001)	1,36 (1,16-1,58, p< 0,001)
Ingresos PC				
Hasta 89	1.890 (65,0)	1.018 (35,0)	1,0	1,0
89,01 a 1/2 SM	41 (43,6)	53 (56,4)	2,40 (1,59-3,65, p< 0,001)	1,48 (0,92-2,39, p=0,109)
>medio SM	122 (72,2)	47 (27,8)	0,72 (0,50-1,00, p= 0,057)	0,49 (0,33-0,73, p= 0,001)
Contacto con fuera de la situación sin hogar				
Nunca	859 (65,3)	457 (34,7)	1,0	1,0
Casi nunca	490 (66,7)	245 (33,3)	0,94 (0,78-1,14, p=0,524)	0,95 (0,78-1,16, p=0,635)
Todo el año	121 (79,6)	31 (20,4)	0,48 (0,31-0,72, p< 0,001)	0,51 (0,33-0,77, p= 0,002)
Todo mes	302 (64,3)	168 (35,7)	1,05 (0,84-1,30, p=0,691)	0,93 (0,74-1,18, p=0,563)
Toda semana	206 (57,7)	151 (42,3)	1,38 (1,08-1,75, p= 0,008)	1,20 (0,93-1,54, p=0,153)
Todo día	75 (53,2)	66 (46,8)	1,65 (1,16-2,35, p= 0,005)	1,25 (0,86-1,82, p=0,235)
Log (Edad)				
Media (DE)	3,8 (0,3)	3,6 (0,4)	0,22 (0,17-0,29, p< 0,001)	0,25 (0,19-0,33, p< 0,001)
Programa “Bolsa Família”				
No	529 (55,2)	430 (44,8)	1,0	1,0
Si	1.524 (68,9)	688 (31,1)	0,56 (0,48-0,65, p< 0,001)	0,54 (0,45-0,64, p< 0,001)
Remuneración del mes anterior				
Media (DE)	21,3 (115,9)	41,3 (171,0)	1,00 (1,00-1,00, p< 0,001)	1,00 (1,00-1,00, p= 0,012)
Educación				
Sin educación	181 (70,7)	75 (29,3)	1,0	-
Primario incompleto	1.113 (69,7)	483 (30,3)	1,05 (0,79-1,41, p=0,754)	-
Primario completo	297 (65,6)	156 (34,4)	1,27 (0,91-1,77, p= 0,161)	-
Secundario incompleto	176 (55,2)	143 (44,8)	1,96 (1,39-2,79, p< 0,001)	-
>Secundario	286 (52,8)	256 (47,2)	2,16 (1,58-2,98, p< 0,001)	-

Nota: SM = Salarios mínimos, DE = Desviación Estándar, OR = Odds Ratio.

Fuente: Autores.

lidad de aislamiento para personas con casos sospechosos/confirmados de COVID-19. Fue un servicio gestionado por una Organización de la Sociedad Civil (OSC) afiliada a SMASAC e integrado con la atención de salud, considerando la necesidad de gestionar medicamentos, realizar pruebas de COVID-19 y gestionar la salud mental durante el período de aislamiento. El servicio presentó algunas barreras, dificultando el acceso o permanencia de los usuarios debido a su ubicación, las normas de no consumo de alcohol y otras drogas y el cumplimiento del tiempo de aislamiento necesario. Se destacó la gestión integrada entre la salud y la asistencia

social como una herramienta eficaz para superar estas barreras.

Los entrevistados resaltaron que, además de la pandemia de COVID-19, existe la necesidad de servicios para la PSH que no tiene indicios de hospitalización ni posibilidad de acercamiento a sus familiares, pero requiere aislamiento para tratar enfermedades como la tuberculosis, atención continuada a enfermedades crónicas, entre otros. En el municipio solo existía la Recepción Institucional de Post-Alta Hospitalaria con similar finalidad, limitada a derivación hospitalaria, sin cubrir demandas crónicas y con un número insuficiente de plazas.

La creación de una RAS-PSR puede ayudar a captar y dirigir recursos de manera más eficiente, con priorización de recursos por parte del Ministerio de Salud, como ocurrió en la Red de Atención a Personas con Discapacidad (PCD) y la *Rede Cegonha*^{27,28}. Una RAS-PSR también puede potenciar la creación de nuevos servicios de salud específicos a las demandas de esta población y con características orientadas a atender eficazmente a este público, como se ha observado en otras redes de atención, como la creación de los Talleres de Ortopedia y el programa Vivir Sin límite en las PCDs²⁷. Se observa que la recomposición del Comité Intersectorial de Seguimiento y Monitoreo de la Política Nacional para la Población sin Hogar (CIAMP Rua) apunta a un camino federal hacia una política intersectorial específica de la PSH^{8,29}.

Además de los equipos creados por la gestión municipal, se observó la participación de la SCO, que tiene énfasis en la atención dirigida a la PSH. Durante la pandemia fue creado por Pastoral de Rua de Belo Horizonte y, posteriormente, absorbido por SMASAC, albergues, que pasaron a ser conocidos como “posadas”. Las casas alquiladas en el centro de la ciudad estaban destinadas a alojar a personas sin hogar con autonomía reducida. Estas posadas se diferenciaban de las unidades institucionales de asistencia social, especialmente por la existencia de demandas de salud por parte de los residentes que recibían atención médica en el lugar. Incluso contaron con apoyo automotor para el transporte para acceder a los servicios de salud, garantizando la adherencia de los usuarios y la continuidad de los tratamientos. Las posadas, además del equipo de enfermería, incluían profesionales de terapia ocupacional, psicología, servicios sociales, reductores de daños y conductores. Esta estructura puede ser utilizada como punto de partida para la discusión e implementación de un servicio en la RAS-PSR similar a lo que ya sucede en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) con el Servicio Terapéutico Residencial³⁰.

En términos de complejidad del abordaje, se observa que la atención a la salud de los HP tiene una dinámica específica, ya que este grupo enfrenta dificultades en la realización de los tratamientos de salud programados, incluida la continuidad de la atención a las enfermedades crónicas. Estrategias como el seguimiento de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en consultas especializadas y exámenes programados, y la disponibilidad de transporte sanitario son utilizadas por los equipos de salud de la familia (eSF). Una barrera que aún persiste en el muni-

cipio es la necesidad de ajustes en el flujo regulatorio con priorización de programación de citas y exámenes para la PSH.

En las oficinas regionales donde la CnaR estaba integrada con el eSF, era posible concertar citas para el mismo día. Además, la disponibilidad de insumos y pruebas rápidas como embarazo, VIH y sífilis, que pueden ser realizadas por los equipos contra el SIDA del CnaR y del *BH de Mãos Dadas*, facilita la adherencia de los usuarios. La literatura destaca que el CnaR funciona como referencia en la atención de salud para la PSH, facilitando la vinculación mediante la comprensión de las dinámicas territoriales y las especificidades de la PSH^{15,31}. A nivel internacional, se ha observado que los servicios de salud móviles pueden mejorar la calidad de vida y promover la igualdad de acceso a la salud³². Sin embargo, existe un rezago en la cobertura de este servicio en el territorio nacional³³.

Estructura Operacional de la RAS-PSR

La situación de salud y la utilización de los servicios de salud encontradas en el estudio corroboran el papel de la APS como coordinadora de la atención a la PSH, siendo destacada por todos los entrevistados como responsable de la coordinación clínica y de la integración de la atención de salud de esas personas. Existe, sin embargo, una necesidad de atención en el territorio y de una mayor coordinación con otros servicios regionalizados como la Unidad de Atención de Emergencias (UPA), el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), hospitales y atención especializada.

Tres diagnósticos que pudieron resolverse en la APS se destacaron en los registros de atención antes y durante la pandemia: hipertensión arterial (n=618, 5,11%), nasofaringitis aguda (n=372, 3,07%) e influenza con virus no identificado (n=276, 2,28%). Estos dos últimos mostraron un crecimiento durante la pandemia, mientras que las visitas por hipertensión arterial disminuyeron (Figura 4). Al evaluar el tipo de atención más frecuente en otras unidades de salud, también destaca la atención a la salud mental.

En Belo Horizonte, la CnaR pertenece a la RAPS en interfaz con la APS, actuando desde la perspectiva del cuidado en libertad y basándose en la ética de la reducción de daños. Este dispositivo monitoreó a 597 personas antes de la pandemia y a 372 durante la pandemia (Figura 3) y fue identificado en la investigación como el principal vínculo entre la PSH y salud.

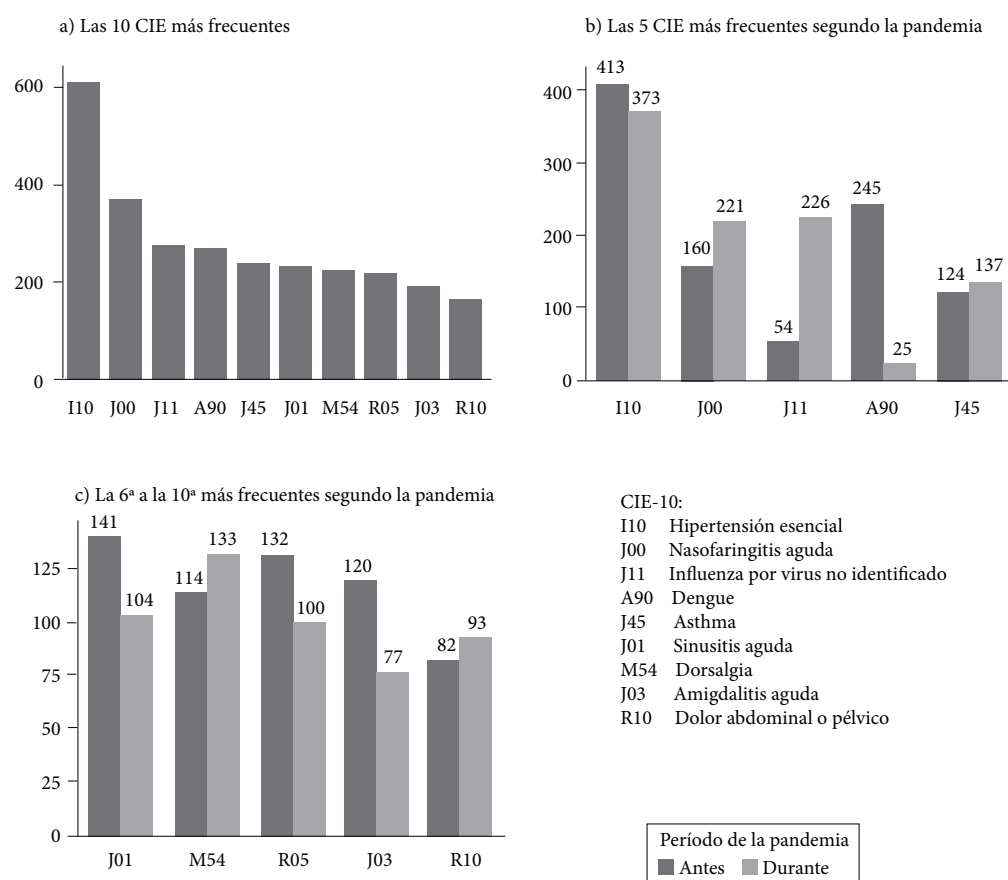


Figura 4. Número de personas atendidas antes y durante la pandemia en las 10 CIE más frecuentes para población sin hogar.

Fuente: Autores.

El CnaR es como un servicio complementario, forma un puente entre usuarios y servicios para poder vincularlos en el territorio, porque la atención del usuario será más calificada si está en el territorio, ¿no? Por eso es importante que la atención primaria, que el centro de salud, se haga cargo de este usuario (EGT8_Salud).

La RAPS del municipio cuenta con ocho Centros de Referencia en Salud Mental (CERSAM) y cinco Centros de Referencia en Salud Mental-Alcohol y otras Drogas (CERSAM-AD). Además, existen equipos de salud mental en las 152 UBS de la ciudad. De esos servicios, los más accedidos por la PSH fueron los CERSAM Este y Oeste y el CERSAM-AD Centro-Sur.

En cuanto al acceso de la PSH a los servicios de Atención Especializada/Red Complementaria, se tuvo un registro de servicio en todas las unidades antes y durante la pandemia. En relación a la red de Urgencia y Emergencia, las UPA

Centro-Sur y Noroeste fueron las que registraron mayor volumen de asistencia a la PSH antes y durante la pandemia, siendo una importante puerta de entrada a la red de salud.

La UPA es muchas veces la puerta de entrada a la atención de la PSR, especialmente en territorios donde hay dificultad de vinculación con la UBS. Esto indica la necesidad de diálogo entre los equipos de la UPA, la UBS, el CnaR, el CERSAM y otros servicios de la red de salud. En Belo Horizonte, esta integración ocurre sin el apoyo de sistemas de información y depende del contacto personal entre los trabajadores, lo que representa una barrera para compartir análisis clínicos. Entre otras barreras encontradas se destacan las específicas de la PSH, tales como falta de registro de la PSH en el sistema de información; no identificación como PSH en la historia clínica electrónica; y falta de sistemas de información que integren los servicios SUS y SUAS.

No podemos tener acceso en tiempo real a los registros de quienes se encuentran actualmente en el albergue. Tienen la lista y normalmente preguntamos por internet, "Mira, me cuesta encontrar a fulano de tal, de ese centro de salud, por ejemplo, que ha programado un examen". "¿Fulano de tal es un cliente habitual del albergue?" Uno responde que sí, el otro que no, la última vez que lo vieron tal y tal (EGT5_Salud).

Los sistemas de información integrados son esenciales para planificar, implementar y evaluar acciones y servicios de salud y asistencia social, siendo capaces de identificar problemas individuales y colectivos y, por tanto, ayudar en los procesos de toma de decisiones de gestión³⁴.

En el ámbito de la clínica ampliada y compartida, las reuniones interdisciplinarias organizadas por los distritos de salud para discutir casos son estrategias adoptadas que califican la atención para la PSH. Las reuniones que solían realizarse presencialmente en Belo Horizonte pasaron a realizarse a distancia durante la pandemia, lo que aumentó la participación y optimizó los debates. Además, se crearon grupos temáticos para discutir situaciones más específicas, como mujeres embarazadas, ancianos y la PSH, fomentando políticas para promover la equidad en salud³⁵.

Como sistema de apoyo y logística, el transporte sanitario para la PSH se identificó como una estrategia relevante para garantizar el acceso y un punto transversal a la RAS-PSR. En Belo Horizonte, este transporte estaba disponible para personas con dificultades de movilidad, personas vulnerables o personas que no tenían recursos propios para llegar al servicio de salud. Los profesionales de la salud entrevistados informaron que lograron incluir a la PSH como público de esta política.

Modelo de Atención de Salud de la RAS-PSR

La investigación demostró que la atención de la PSH fue brindada por equipos multidisciplinarios tanto en la APS como en la RAPS antes y durante la pandemia. El carácter multidisciplinario de la intervención expresa la comprensión ampliada del proceso de atención a la salud-enfermedad-atención y responde al principio de atención integral en el SUS. El trabajador social forma parte de estos equipos multidisciplinarios, siendo un actor clave en el flujo de atención, en el trabajo de referencia y contrarreferencia en los

servicios de salud y asistencia social, así como el ACS desarrolla un papel central en la atención, como referente de la PSH.

El abordaje especializado de los equipos de salud mental de la UBS, incluido el psiquiatra, resultó exitoso en atender las demandas de la PSH, permitiendo la coordinación con otros puntos de atención de la RAPS. En la APS, el intercambio de casos y el apoyo matricial entre la eSF y los servicios especializados es una práctica esencial para la calificación de la atención en salud mental respecto a la RAPS^{36,37}. Sin embargo, los trabajadores de salud resaltaron la necesidad de calificar las formas de derivación y contrarreferencia para optimizar la atención de la PSH, reforzando cuán frágil es aún esta relación.

Las acciones multidisciplinarias y especialmente intersectoriales son una fuerte característica de la atención específica a la PSH. Este enfoque ha sido reconocido y recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la conferencia de Ottawa en 1986, y se hizo eco de los principios de la Iniciativa *One Health* y los llamados a la colaboración de los gobiernos y diferentes sectores de la sociedad para aunar esfuerzos para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)^{38,39}. La creación de una RAS que permita la coordinación intersectorial y multisectorial aborda los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y promueve la equidad⁴⁰⁻⁴².

Durante la pandemia, la intersectorialidad se hizo aún más necesaria, indicando la urgencia de avanzar en la gestión integrada entre las políticas de salud y de asistencia social.

Un punto positivo creo que es la articulación. Tenemos un centro de vulnerabilidad en todas las oficinas regionales y una referencia técnica específica, claro, de la PSH. Otro punto fuerte son las reuniones, los GTs intrasectoriales e intersectoriales, que realizan estudios de casos, que brindan apoyo en la atención, tanto en el centro de salud como en redes integradas (EGT27_Salud).

En la experiencia de Belo Horizonte, la PSH exige una mayor interacción entre políticas de vivienda, defensorías públicas, seguridad pública, educación de jóvenes y adultos, políticas de empleo, entre otras. La experiencia internacional señala la necesidad de una coordinación intersectorial, incluido el potencial para reducir los costos de atención médica para esta población^{43,44}. Otros autores advierten sobre la necesidad de abordar la brecha entre el desarrollo y la implementación de políticas públicas intersectoriales orientadas a la PSH⁴⁵.

Conclusión

Este estudio constató que existe una demanda para la creación de una RAS-PSR, que estará compuesta por unidades y servicios de atención ya existentes en el SUS, en intersección con otras RAS. También identificó la necesidad de que los servicios atiendan demandas específicas de la PSH en la lógica de integralidad y continuidad de la atención. Entendiendo la dinámica de las acciones implementadas en Belo Horizonte y las lecciones aprendidas localmente, nos propusimos coadyuvar en el desarrollo de políticas y acciones permanentes para el cuidado de la PSH a nivel nacional, a partir de la propuesta de una RAS-PSR que vaya más allá de los contextos de emergencias sanitarias.

La experiencia desarrollada en BH demostró que la gestión intersectorial de los servicios es potencialmente resolutoria, lo que hace de la intersectorialidad un aspecto fundamental en la efectividad de una RAS-PSR. Esta debe estructurarse a partir del diagnóstico situacional de salud, la selección de servicios de referencia en la atención, indicación de ampliación o creación de nuevos servicios, implementación

de sistemas logísticos como sistemas integrados de información, transporte de salud y registros médicos electrónicos.

El cambio en el perfil sociodemográfico y el aumento de la PSH en el municipio apuntan a un probable déficit en la actualización de los registros de estas personas en los sistemas de salud. Llenar este vacío es una condición importante para calificar una RAS. Además, debe guiarse por un modelo de atención desde una perspectiva multidisciplinaria, una clínica ampliada y compartida y un trabajo intersectorial.

Finalmente, la complejidad del abordaje de la PSH en el SUS trae desafíos para gestores y trabajadores en sus diferentes niveles. El papel central de la APS en la coordinación de la atención en red se ve comprometido cuando no hay una inversión efectiva en mecanismos de derivación y contrarreferencia. A pesar de los desafíos en la implementación de la RAS-PSR y la superación de barreras en la comunicación intra e intersectorial, la investigación mostró el potencial que tiene el SUS, basado en la APS, para responder con calidad a las necesidades de salud del PSR, especialmente cuando se articula con el SUAS y la SCO.

Colaboradores

ACMTV Dantas contribuyó a la investigación, concepción del manuscrito, metodología, análisis y discusión de resultados, redacción del manuscrito y revisión final del texto. LMM Fernandes, ALJ Martins, RA Marinho, DM Rodrigues, GDM Silva y AA Souza contribuyeron a la investigación, definición metodológica, análisis y discusión de los resultados y redacción del manuscrito. R Paes-Sousa participó en la concepción del manuscrito y revisión final del texto.

Financiación

Fundação Oswaldo Cruz - Edital INOVA (PITSS) – Fiocruz.

Referências

- Natalino M. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022)*. Brasília: Ipea; 2023.
- Bastos L, Magalhães BD, Santos IC, Brasil FPD, Carneiro R. *Governo local, gestão de crise e respostas multidimensionais - uma análise do caso de Belo Horizonte no contexto da pandemia de Covid-19*. Encontro Brasileiro de Administração Pública; 2021.
- Brizzi A, Whittaker C, Servo L, Hawryluk I, Prete C, De Souza W, Aguiar R, Araujo L, Bastos L, Blenkinsop A, Buss L, Candido D, Castro M, Costa S, Croda J, Aruska A, Santos S, Dye C, Flaxman S, Fonseca P, Geddes V, Gutierrez B, Lemey P, Levin A, Mellan T, Bonfim D, Miscouridou X, Mishra S, Monod M, Moreira F, Nelson B, Pereira R, Ranzani O, Schnekenberg R, Semenova E, Sonabend R, Souza R, Xi X, Sabino E, Faria N, Bhatt S, Ratmann O. Report 46: Factors driving extensive spatial and temporal fluctuations in COVID-19 fatality rates in Brazilian hospitals. *Nat Med* 2022; 28(7):1476-1485.
- Andrade MV, Noronha K, Turra CM, Guedes G, Cimini F, Ribeiro LC, Bernardes AT, Domingues E, Ribeiro MM, Botega LA, Carvalho LR, Nogueira D, Calazans JA, Julião NA, Souza A, Silva VA, Andrade JP, Ferreira MF, Santos RO, Silva JA. Os primeiros 80 dias da pandemia da COVID-19 em Belo Horizonte: da contenção à flexibilização. *Nova Econ* 2020; 30(2):701-737.
- Mitchell E, Waring T, Ahern E, O'Donovan D, O'Reilly D, Bradley DT. Predictors and consequences of homelessness in whole-population observational studies that used administrative data: a systematic review. *BMC Public Health* 2023; 23(1):1610.
- Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 24 dez.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. *Plenário referendo na medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 976 Distrito Federal* [Internet]. 2023 [acessado 2024 fev 10]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadordpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=770954718>.
- Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. *População em Situação de Rua. Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; 2023.
- Martins ALJ, Souza AA, Silva GDM, Dantas ACMTV, Alves RM, Fernandes LMM, Oliveira AMC, Magalhães Júnior HM, Paes-Sousa R. Access to health and social protection policies by homeless people during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods case study on tailored inter-sector care during a health emergency. *Public Health* 2024; 12:1356652.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
- Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 143-182.
- Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSE. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery* 2015; 19(1):169-173.
- Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, Andreazza R, Chioro A. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Cien Saude Colet* 2021; 26(10):4769-4782.
- Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: Práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1839-1848.
- 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. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):879-890.
- Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: Um desafio para o Consultório na Rua e para o SUS. *Cad Saude Publica* 2017; 33(2):e00196916.
- Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7):1497-1504.
- Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivem em situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(Supl. 1):732-740.
- Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Rev Esc Enferm* 2014; 48(6):1066-1073.
- Pinto D, Máñez MA, Minué S, Pérez-Cuevas R, Regalia F, editors. *Health networks in action: the experiences of Argentina, Brazil, Colombia and Mexico*. Inter-American Development Bank (IDB), Felipe Herrera Library; 2020.
- Duarte F, Ricardo G, Souza CA, Brito CMD, Afonso LN, Castro M, Silva Filho HC. *Terceiro censo de população em situação de rua do município de Belo Horizonte*. Viçosa: Suprema; 2014.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília: MDS; 2009.
- Temponi SRN, Ribeiro LP, Pinheiro TMM, Carvalho SM. "Tudo é violência, viver é violência!": representações sociais e vivências de mulheres em situação de rua. *RPDS* 2022; 11:e4027.
- Tetemann EC, Trugilho SM, Sogame LCM. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos Contextos* 2016; 15(2):356-369.

26. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2010.
27. Brasil. Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*; 2012.
28. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*; 2011.
29. Brasil. Decreto nº 11.472, de 6 de abril de 2023. Altera o Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019, que dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. *Diário Oficial da União*; 2023.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: MS; 2004.
31. Franço PA, Mângia EF, Muramoto MT. O cuidado com a população em situação de rua: o consultório na rua nas redes de atenção à saúde e Intersetorial: revisão integrativa da literatura. *Rev Ter Ocupacional USP* 2020; 30(2):124-131.
32. Perna LK, Patterson C, Chairez AA, Lewis J, Jordan J, Komara H, Harris H. Healthcare outcomes for unsheltered persons experiencing homelessness using a street medicine model of care: a pilot program evaluation. *Cogent Soc Sci* 2024; 10(1):2328895.
33. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). *População em Situação de Rua - Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal*. Brasília: MDHC; 2023.
34. Saraiva LIM, Ramos FAZ, Santos GF, Vetorazo JVP. Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. *Rev Eletr Acer Enferm* 2021; 9:e6418.
35. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JIJ. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: O papel do ministério da saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1397.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *HumanizaSUS equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: MS; 2004.
37. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):371-382.
38. World Health Organization (WHO). *Ottawa charter for health promotion* [Internet]. 1986 [cited 2024 fev 10]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference#:~:text=The%20first%20International%20Conference%20on,health%20movement%20around%20the%20world>.
39. Queenan K, Garnier J, Nielsen LR, Buttigieg S, De Meneghi D, Holmberg M, Zinsstag J, Rüegg S, Häslar B, Kock RA. Roadmap to a one health agenda 2030. *Cab Review* 2017; 12(4):1-17.
40. Amri M, Chatur A, O'Campo P. Intersectoral and multisectoral approaches to health policy: an umbrella review protocol. *Health Res Policy Syst* 2022; 20(1):21.
41. Amri M. Global health in Canada: Three emerging prospects. *J Glob Health* 2021; 11:03025.
42. Vega J, Irwin A. Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bull World Health Organ* 2004; 82(7):482.
43. Brown M, Rowe M, Cunningham A, Ponce AN. Evaluation of a comprehensive SAMHSA service program for individuals experiencing chronic homelessness. *J Behav Health Serv Res* 2018; 45(4):605-613.
44. Zaretzky K, Flatau P. *The cost of homelessness and the net benefit of homelessness programs: a national study*, AHURI Final Report No. 218. Melbourne: Australian Housing and Urban Research Institute; 2013.
45. Martins ALJ, Souza AA, Fernandes LMM, Oliveira AMC, Cordeiro JC, Oliveira AF, Magalhães Júnior HM. A interface entre as políticas públicas para a população em situação de rua: revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2023; 28(8):2403-2416.

Artículo presentado en 26/02/2024

Aprobado en 25/06/2024

Versión final presentada en 27/06/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva