



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO
MESTRADO EM COMUNICAÇÃO

LUCIANA SANTOS DE GOIS

ACESSO À SAÚDE POR PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: MODELOS
COMUNICACIONAIS EM CENÁRIOS DE CRISE

SÃO CRISTÓVÃO (SE)

2025

LUCIANA SANTOS DE GOIS

**ACESSO À SAÚDE POR PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: MODELOS
COMUNICACIONAIS EM CENÁRIOS DE CRISE**

Defesa de dissertação de Mestrado para
obtenção do título de Mestre em Comunicação
pelo Programa de Pós-Graduação em
Comunicação da Universidade Federal de
Sergipe-UFS.

Orientadora: Prof. Dr^a. Raquel Marques Carriço
Ferreira

SÃO CRISTÓVÃO (SE)

2025

RESUMO

A população em situação de rua enfrenta barreiras históricas e persistentes no acesso aos serviços de saúde, as quais se intensificam em cenários de crise. Esta dissertação investiga de que modo distintos modelos de comunicação de risco influenciaram o acesso à saúde dessa população durante a pandemia de COVID-19, a partir de uma análise comparativa entre as cidades de Aracaju, capital do Estado de Sergipe (Brasil), e Lisboa, capital de Portugal. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, estruturada como estudo de caso múltiplo e de natureza holística, com foco nas estratégias governamentais de enfrentamento da emergência sanitária, em especial nas práticas comunicacionais implementadas em cada contexto. A análise revela limitações estruturais, inovações institucionais e os impactos das ações comunicacionais sobre a efetividade das respostas em saúde destinadas à população em situação de rua, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais inclusivas, equitativas e sensíveis às especificidades de grupos em extrema vulnerabilidade social.

Palavras-chaves: Comunicação e Saúde; Comunicação de Risco; população em situação de rua; estudo de caso múltiplo; pandemias.

ABSTRACT

The homeless population faces historical and persistent barriers in accessing health services, which are intensified in crisis scenarios. This dissertation investigates how different risk communication models influenced this population's access to health services during the COVID-19 pandemic, based on a comparative analysis between the cities of Aracaju, capital of the State of Sergipe (Brazil), and Lisbon, capital of Portugal. The research adopts a qualitative approach, structured as a multiple case study and of a holistic nature, focusing on government strategies to confront the health emergency, especially on innovative communication practices in each context. The analysis reveals structural limitations, institutional innovations and the impacts of communication actions on the effectiveness of health responses aimed at the homeless population, contributing to the formulation of more inclusive, equitable and sensitive public policies to the specificities of groups in extreme social vulnerability.

Keywords: Communication and Health; Risk Communication; homeless population; multiple case study; pandemics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CDH	Comissão de Direitos Humanos
Centro Pop	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ENIPSSA	Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem Abrigo
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISCTE	Instituto Universitário de Lisboa
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNPSR	Política Nacional da Pessoa em Situação de Rua
PNTC PopRua	Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para População em Situação de Rua
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
PSR	Pessoa em situação de rua
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO BRASILEIRO	13
2.1 Caracterização da imagem da pessoa em situação de rua	17
2.2 Estratégias de saúde e de assistência à pessoa em situação de rua.....	17
2.3 Pandemia da COVID-19 aumenta desemprego e muda perfil da população em situação de rua	20
3. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO PORTUGUÊS	23
4. PANDEMIAS E EPIDEMIAS: CICATRIZES NA HISTÓRIA.....	25
5. COMUNICAÇÃO DE RISCO E A RESILIÊNCIA COMUNITÁRIA.....	29
5.1 Histórico da Comunicação de Risco	31
5.2 Comunicação de Risco em diferentes áreas: a saúde como foco e estratégias de eficiência.....	35
6. ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	46
7. ESTRUTURA INSTITUCIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.....	53
7.1 Aracaju.....	53
7.1.1 O que mudou durante a pandemia em Aracaju? Planos de contingência e medidas emergenciais.....	56
7.2 Lisboa	63
7.2.1 O que mudou durante a pandemia em Lisboa? Planos de contingência e medidas emergenciais	66
7.2.2 A experiência de Lisboa em planos de contingência	70
8. ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS DURANTE A CRISE SANITÁRIA	72
8.1 Aracaju.....	72
8.2 Lisboa	74
8.2.1 Lisboa: acesso à tecnologia e implicações comunicacionais	75
8.2.2. Comunicação bidirecional.....	77

9. A COMUNICAÇÃO, BARREIRAS E SUPERAÇÃO	78
9.1 Aracaju.....	78
9.2 Lisboa	80
9.2.1 Atuação das equipes de intervenção e estratégias de minimização de desafios por meio da comunicação.....	82
9.2.2. Lisboa: atendimento de saúde e redução de danos.....	86
10. ENGAJAMENTO COMUNITÁRIO NA PANDEMIA DA COVID-19	91
10.1 Aracaju.....	91
10.2 Lisboa	92
11. AVALIAÇÃO E MECANISMOS DE FEEDBACK	94
11.1 Aracaju.....	94
11.2 Lisboa	96
12. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	98
12.1 Integração analítica dos resultados à luz da teoria.....	101
12.2 Contribuições do estudo	102
12.3 Recomendações para a Gestão Pública	103
12.4 Limitações e caminhos para pesquisas futuras.....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

1. INTRODUÇÃO

A Comunicação de Risco consiste no processo de intercâmbio de informações e percepções entre autoridades, especialistas e a população acerca de ameaças potenciais à saúde, à segurança, ao meio ambiente ou à economia. Seu principal objetivo é promover a compreensão dos riscos e incentivar comportamentos preventivos ou corretivos por parte do público, especialmente em contextos de crise (Schiavo, 2014; Cardoso, 2006; Lourenço & Marchiori, 2012). Trata-se de uma estratégia essencial durante emergências em saúde pública, como pandemias, na medida em que permite reduzir danos e proteger comunidades vulneráveis.

A eficácia da Comunicação de Risco depende não apenas da clareza e exatidão das mensagens, mas também da capacidade dos governos em desenvolver estratégias inclusivas. Isso requer articulação com organizações de saúde e comunitárias, uso de mídias acessíveis, escuta ativa do público-alvo, engajamento de lideranças locais e atuação de equipes multidisciplinares na difusão das informações (OMS, 2018; Malinverni et al., 2015, 2023; Posetti & Bontcheva, 2020).

Surge, assim, o desafio: como alcançar a PSR, historicamente excluída das estruturas formais de comunicação? Esta população enfrenta instabilidade habitacional, estigma, ausência de documentos e limitações de acesso à informação — fatores que acentuam sua vulnerabilidade em emergências sanitárias (De Paula, 2020; Honorato & Oliveira, 2020; MDHC, 2023).

A rua, espaço de trânsito coletivo, é também, para muitos, moradia involuntária, onde os sujeitos vivenciam a experiência social, constroem a paisagem urbana e dela se despedem para a experiência do privado. A PSR enfrenta condições extremas de exclusão, como instabilidade habitacional, estigma, ausência de documentos, dificuldade de acesso aos meios de comunicação, que podem dificultar a recepção e a compreensão das informações sobre saúde (De Paula, 2020; Honorato & Oliveira, 2020; MDHC, 2023). Tais condições tornam essa população particularmente vulnerável em cenários como o da pandemia de COVID-19.

Diante disso, esta dissertação propõe-se a identificar, analisar e comparar os modelos comunicacionais adotados pelas gestões públicas de Aracaju, capital do estado de Sergipe, no Brasil, e Lisboa, capital de Portugal, durante a crise sanitária, com foco na Comunicação de Risco dirigida à população em situação de rua. O objetivo central é avaliar as práticas institucionais que contribuíram — ou não — para a proteção desse grupo em um cenário de emergência sanitária. A partir dessa análise comparativa, pretende-se contribuir com

evidências para o aprimoramento de políticas públicas mais equitativas e inclusivas, especialmente voltadas a populações em situação de extrema vulnerabilidade em contextos de crise.

A escolha dos dois contextos baseia-se na semelhança entre os sistemas de saúde brasileiro e português, ambos universais e gratuitos (apesar das exceções no sistema internacional). Portugal, por meio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e o Brasil, com o Sistema Único de Saúde (SUS), partem do princípio da integralidade e da equidade no acesso à saúde. Além disso, ambos os países desenvolveram políticas voltadas à população sem-abrigo, como a Resolução n.º 61/2021, em Portugal, que orienta ações nas áreas da habitação, saúde, trabalho e proteção social (Portugal, 2024).

Em Portugal, um levantamento realizado pela Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem Abrigo estabelece ferramentas para avançar no assunto (ENIPSSA, 2017). De acordo com o documento, em dezembro de 2021, havia 9.604 pessoas em situação de sem-abrigo em Portugal, o equivalente a 0,97 por mil habitantes — número que saltou 117% entre 2017 e 2021 (Welle, 2024). Em 2023, foram 13.128.

No Brasil, o cenário é parecido. Não é difícil encontrar pessoas que utilizam as ruas como local de moradia e de sustento, pessoas que fazem das praças, viadutos, e calçadas, seus únicos espaços de trânsito. Segundo dados do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC, 2023), no Brasil, em 2022, foram registrados 236.400 indivíduos nestas condições. Na capital sergipana, até o primeiro semestre de 2024, eram 1.053 pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro Único, o CadÚnico, que se autodeclararam nestas condições (Prefeitura de Aracaju, 2024).¹ Contudo, o primeiro censo divulgado pela gestão municipal identificou 623 pessoas em situação de rua (Censo Pop Rua, 2025). O levantamento considerou apenas indivíduos adultos que dormem e acordam nas ruas, bem como aqueles em situação de abrigamento temporário, acolhimento noturno ou hospitalização no momento da coleta dos dados.

Ao comparar o número absoluto de pessoas em situação de rua entre Brasil e Portugal, observa-se uma diferença significativa, com aproximadamente 225.400 indivíduos a mais no Brasil. No entanto, quando analisamos as porcentagens em relação à população total, a disparidade se atenua. Em 2022, a taxa de pessoas em situação de rua em Portugal era de 0,97% da população (ENIPSSA, 2017), enquanto no Brasil, era de cerca de 0,11%, considerando o total de 203 milhões de habitantes na época (IBGE, 2023). Esses percentuais,

¹ Dado fornecido pela Prefeitura de Aracaju, por meio da Assistência Social do município, durante coleta de dados para produção este material.

embora distintos, revelam a proporção da população de cada país que se encontra em situação de extrema vulnerabilidade, independentemente das diferenças absolutas.

Diante do que já foi exposto, esse grupo populacional que já é marcado por extrema vulnerabilidade tem em cenários de crises sanitárias, sua situação potencializada. A pandemia da COVID-19, iniciada no Brasil em março de 2020, atingiu a marca de 702.116 óbitos acumulados no país até maio de 2023, quando a Organização das Nações Unidas (OMS) declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Ainda que não existam dados específicos sobre o impacto da pandemia para a PSR no Brasil², é plausível afirmar que essa população foi impactada de forma desproporcional. Medidas como isolamento social, higienização das mãos e uso de máscaras mostraram-se pouco exequíveis para quem vive nas ruas e carece de acesso a água, abrigo e informação confiável.

Enquanto os governos difundiam campanhas preventivas, muitas pessoas em situação de rua não tinham clareza sobre a gravidade da doença nem acesso aos serviços básicos de saúde. Essa disparidade evidencia a necessidade de compreender como diferentes modelos de governança, infraestrutura e comunicação abordaram a mesma crise sanitária sob perspectivas diversas — e com resultados também distintos.

Em Aracaju, as equipes da assistência social e dos serviços de acolhimento atuaram como interlocutoras entre a gestão pública e a população em situação de rua, transmitindo orientações sobre sintomas, prevenção, testagem e isolamento. Em Lisboa, a articulação entre serviços de saúde, proteção civil e organizações da sociedade civil desempenhou papel semelhante, adaptando linguagem e formatos às especificidades do público-alvo.

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa, com base em um estudo de caso múltiplo e holístico. A coleta de dados envolveu entrevistas em profundidade, análise documental e observação direta. Foram entrevistados 11 participantes em Aracaju e 6 em Lisboa, todos atuantes durante a pandemia em diferentes funções, como coordenação, equipe técnica e comunicação. Em respeito à confidencialidade, todos os nomes foram anonimizados, conforme as diretrizes do Comitê de Ética do ISCTE.

Na capital sergipana, os interlocutores representam instituições como: Secretaria Municipal da Saúde, Consultório na Rua, Programa de Redução de Danos, Secretaria Municipal da Família e da Assistência Social, Movimento Nacional da População de Rua,

² Não há dados oficiais sobre o quantitativo de pessoas em situação de rua atingidas pela COVID-19 no Brasil, no entanto, julgamos que essa população não ficou imune à disseminação do vírus e a contaminação.

Pastoral do Povo da Rua, Associação Bom Pastor, Universidade Federal de Sergipe e Comitê Técnico-Científico e de Atividades Especiais. Em Lisboa, participaram representantes da Câmara Municipal (NPISA), Santa Casa da Misericórdia, Associação Crescer, Associação Vida Autônoma, Comunidade Vida e Paz, Equipa de Projeto do Plano Municipal para a Pessoa Sem Abrigo e Universidade Nova de Lisboa (UNL).

Os resultados da análise estão organizados em cinco eixos temáticos, discutidos nos capítulos seguintes:

- **Capítulo 7 – Estrutura institucional e políticas públicas durante a pandemia da COVID-19**
- **Capítulo 8 – Análise das estratégias comunicacionais durante a crise sanitária**
- **Capítulo 9 – A comunicação: barreiras e superações**
- **Capítulo 10 – Engajamento comunitário e participação social**
- **Capítulo 11 – Avaliação e mecanismos de feedback**
- **Capítulo 12 – Conclusões e recomendações**

Antes da apresentação dos resultados, a dissertação se estrutura da seguinte forma:

- **Capítulo 1 – A introdução do trabalho;**
- **Capítulo 2 – População em situação de rua no contexto brasileiro**, que discute o perfil da PSR, a legislação nacional, fatores históricos e os impactos da pandemia;
- **Capítulo 3 – População em situação de rua no contexto português**, com foco na cidade de Lisboa, abordando definições, dados e políticas públicas locais;
- **Capítulo 4 – Pandemias e epidemias: cicatrizes na história**, que apresenta o contexto histórico e conceitual das grandes crises sanitárias;
- **Capítulo 5: - Comunicação de risco e resiliência comunitária**, dedicado à fundamentação teórica da comunicação de risco e suas implicações para populações vulneráveis.
- **Capítulo 6 - Abordagem metodológica, pontuando sobre o percurso da pesquisa**, os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados, a fundamentação epistemológica que orienta o estudo, bem como as escolhas teórico-metodológicas que sustentam a investigação.

Ao final, a dissertação busca contribuir para o aperfeiçoamento das estratégias de comunicação de risco voltadas à população em situação de rua, reconhecendo a comunicação

como um instrumento de cuidado, inclusão e cidadania em tempos de crise.

2. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO BRASILEIRO

A presença de pessoas vivendo nas ruas é uma realidade visível em praças, calçadas, viadutos e outros espaços públicos das cidades brasileiras. Apesar da proximidade física com o cotidiano urbano, essas pessoas frequentemente permanecem socialmente invisíveis. Essa dicotomia entre visibilidade material e invisibilidade social reflete um distanciamento profundo em relação ao exercício pleno da cidadania. No Brasil, essa condição evidencia a lacuna entre os direitos garantidos formalmente pela legislação e sua efetiva concretização (MDHC, 2023).

A cidadania, conforme a legislação brasileira, abrange o acesso a direitos civis, políticos e sociais. Os direitos civis incluem liberdade de expressão, de ir e vir e o acesso à justiça; os políticos referem-se à participação nos processos democráticos; e os sociais garantem condições mínimas de bem-estar, como saúde, educação e assistência social (Carvalho, 2002; Costa e Ianni, 2018). No entanto, o mero reconhecimento formal desses direitos não assegura sua concretude, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade.

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 6º, um conjunto de direitos sociais essenciais, e no artigo 3º, a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades como objetivos fundamentais da República. A dignidade humana, como valor universal, deve ser assegurada independentemente de nacionalidade, gênero, cor ou condição social (Gomes, 2016).

No entanto, populações como a pessoa em situação de rua frequentemente ficam à margem dessas garantias. O Decreto Federal nº 7.053/2009 define a PSR como um grupo heterogêneo, unido pela pobreza extrema, pela ruptura de vínculos familiares e pela falta de moradia convencional (Brasil, 2009a).

Historicamente, a presença da população em situação de rua está associada às transformações urbanas e aos processos de exclusão social. Nas cidades europeias do século XIX, especialmente a partir de 1830, esse fenômeno já era visível em contextos de industrialização e migrações internas (Silva, 2006). Ao longo do tempo, a nomenclatura atribuída a essas pessoas também se transformou — de “mendigos” e “vagabundos” para “andarilhos” e, mais recentemente, “pessoas em situação de rua”, expressão que reconhece o caráter transitório e não essencial dessa condição (Nunes, Senna e Cinacchi, 2022).

No Brasil, o avanço do capitalismo e a consolidação do neoliberalismo, sobretudo a

partir da década de 1990, contribuíram para o crescimento desse grupo, impulsionado por fatores como o êxodo rural, o desemprego estrutural, a retração de direitos trabalhistas e a precarização das condições de vida nas cidades (Sicari e Zanella, 2018). A população em situação de rua passa a integrar o chamado “exército industrial de reserva”, compondo uma massa de trabalhadores que o sistema capitalista não consegue absorver de forma estável (Silva, 2006).

Os dados mais recentes do governo federal foi publicado em 2023 pelo MDHC, mas podem estar subnotificado, pois o processo de registro exige documentação pessoal, o que representa uma barreira significativa para essa população (IPEA, 2023 apud Brasil, 2023). O levantamento foi publicado em setembro de 2023, 14 anos após o último oficial ter sido divulgado. O censo "Rua Aprendendo a Contar", datado de 2009, identificou 31.922 adultos em situação de rua. Comparando os dois documentos, há uma diferença de 204.478 pessoas (Brasil, 2009c).

A discrepância, no entanto, se deve a forma como as duas pesquisas foram abordadas. Um desses pontos é que a primeira não considerou os menores de idade nem todos os municípios do país, abarcando apenas 71 cidades do país. Desta forma, não é possível definir como um crescimento potencial, já que a informação não é equiparada.

Os dados de perfil da PSR indicam que 62% estão concentrados na região Sudeste. Entre os estados, São Paulo apresenta a maior taxa, com 95.195 pessoas (40% do total). O Distrito Federal é a unidade federativa com maior percentual com relação à população total, com cerca de três pessoas em situação de rua a cada mil habitantes. Das pessoas em situação de rua no país brasileiro, a maioria é composta por negras (pardas - 51%; pretas - 17%) e do gênero masculino (87%). Grande parte é adulta (55% têm entre 30 e 49 anos) e sabe ler e escrever (90%).

Os principais motivos apontados que levaram à situação de rua foram os problemas familiares (44%), desemprego (39%), vício em álcool ou uso de drogas (29%) e a perda de moradia (23%). Quanto ao local de nascimento, 37% nasceram no município que habitam, 59% em outra cidade e 4% são estrangeiros (9.749 pessoas). Do total de migrantes internacionais, 54% são provenientes da América do Sul, dos quais 43% são de origem venezuelana, seguidos de angolanos (23%) e afegãos (11%).

O marco legal inicial voltado à população em situação de rua no Brasil ocorreu com a Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que alterou a Lei Orgânica da Assistência Social e tornou obrigatória a criação de programas de amparo a esse grupo. No mesmo ano, foi fundado oficialmente o Movimento Nacional da População de Rua, que passou a atuar como

aliado na formulação de políticas públicas e na conquista de direitos junto ao governo federal.

No entanto, autores como Rodrigues (2018) e Silva (2006) apontam que o reconhecimento político da população em situação de rua como sujeito de direitos se intensificou após o Massacre da Sé, em 2004, quando 16 pessoas em situação de rua foram agredidas e sete assassinadas no centro de São Paulo. O episódio trouxe visibilidade à pauta e impulsionou a pressão por respostas institucionais. A partir de então, as políticas públicas passaram a romper com a lógica repressiva e despadronizada que predominava, inaugurando uma nova relação entre o Estado e essa população, pautada na busca por autonomia e acesso aos serviços públicos (Barbosa, 2018).

Foi mais à frente, em 2009, uma das principais, se não a maior, conquista. Instituída em dezembro, a Política Nacional da Pessoa em Situação de Rua (PNPSR) promoveu e promove perspectivas progressistas. A medida surge por meio do movimento de forças sindicais e mobilizações sociais, sendo considerada o marco para o reconhecimento deste grupo, antes marcado pelo controle e a repressão. Para Rodrigues (2018), é uma transformação na maneira do Estado e a população se relacionar.

É através da PNPSR que é definido o conceito de população em situação de rua, que abordamos acima. Ela também é instrumento para garantia de direitos básicos, já que visa assegurar o acesso a políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho, por meio de serviços e programas transversais, intersetoriais e intergovernamentais.

O documento (Brasil 2009a) traz 14 objetivos que atravessam questões ligadas à cidadania da PSR, como assegurar o acesso aos serviços e programas que integram as políticas públicas, garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores, instituir a contagem oficial da população em situação de rua, desenvolver ações educativas permanentes, criação de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência, criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços, implementar ações de segurança alimentar e nutricional, disponibilizar programas de qualificação profissional para o acesso ao mercado de trabalho.

A PNPSR foi realmente ato significativo, mas, por outro lado, o grande desafio tem sido a efetividade dos planejamentos. A concretização da Política Nacional tem ficado, por vezes, na teoria. Segundo o próprio governo brasileiro (Brasil, 2023), o engajamento tem sido baixíssimo entre os entes federativos. Desde o lançamento da PNPSR até 2023, apenas com 18 municípios, seis estados e o Distrito Federal fizeram a adesão.

Para promover a efetivação da PNPSR, o governo brasileiro lançou em 2023 o “Plano

Ruas Visíveis - Pelo direito ao futuro da população em situação de rua”. O investimento inicial é de R\$ 982 milhões e a medida conta com sete eixos: assistência social e segurança alimentar; saúde; violência institucional; cidadania, educação e cultura; habitação; trabalho e renda; e produção e gestão de dados (MDHC, 2023).

Anteriormente, em 2009, é lançado o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua para intervenção com propostas no SUS, apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde (Saúde, 2009). Em 2013, a resolução n 2º da Comissão Intergestores Tripartite define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Saúde, 2013).

Em 2020, o Conselho Nacional de Direitos Humanos estabelece diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua (CNDH, 2020). Em 2023, a Comissão de Direitos Humanos (CDH) do Senado Federal aprovou a criação do Estatuto da População em Situação de Rua, que veda o recolhimento forçado dos bens e pertences e a remoção e o transporte compulsório das populações em situação de rua. O estatuto atribui ao poder público assegurar o acesso à alimentação gratuita, à água potável, a itens de higiene básica e a banheiros público (Senado, 2023).

Mais recente, em janeiro de 2024, foi sancionada e publicada a norma que institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para População em Situação de Rua (PNTC PopRua), através da Lei 14.821. Com mecanismos para acesso ao trabalho e à renda, traz a promoção da escolaridade das pessoas em situação de rua e também a qualificação profissional (Senado, 2024). Contudo, na perspectiva de alguns autores (Marques, 2021), esse modelo de políticas de assistência busca mitigar, de forma limitada, as manifestações da desigualdade social. Seu intuito não é eliminar a causa do problema, mas apenas suavizar suas consequências.

O retorno do Brasil ao Mapa da Fome da ONU, em 2022, evidencia o agravamento da insegurança alimentar, que afeta especialmente as populações em situação de vulnerabilidade, como a população em situação de rua. Embora o país tenha superado essa condição em 2014, o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de COVID-19 no Brasil (PENSSAN, 2022) revelou que 33,1 milhões de brasileiros não tinham o que comer em 2022, com 58,7% da população convivendo com algum grau de insegurança alimentar. Esse retrocesso é atribuído à crise econômica, ao desmonte de políticas públicas e ao aumento da desigualdade social.

Os principais fatores incluem a piora da crise econômica, o desmonte de políticas

públicas e o aumento da desigualdade social. A persistência desse panorama não apenas agrava a situação daqueles que já vivem nas ruas, mas também pode levar mais brasileiros a essa condição de extrema vulnerabilidade.

2.1 Caracterização da imagem da pessoa em situação de rua

O fenômeno da população em situação de rua revela uma crise complexa e sistêmica de direitos humanos, que impacta simultaneamente os planos individual e coletivo. Mais do que ausência de moradia, trata-se de uma condição marcada por violências estruturais, simbólicas e institucionais, como apontam Lacerda (2012) e Sambu (2014, apud Sicari e Zanella, 2018), ao descreverem sentimentos de autorrejeição e baixa autoestima provocados por exclusão, estigmatização e barreiras no acesso a direitos.

Silva (2006) aprofunda essa análise ao identificar seis dimensões centrais: as múltiplas determinações (estruturais, biográficas e ambientais) que levam à situação de rua; sua expressão como forma extrema da questão social; a concentração em centros urbanos; o estigma moral e preconceituoso que desqualifica essas vidas; as variações regionais no perfil da PSR; e, por fim, a tendência à naturalização do problema. Essa última revela uma contradição fundamental: enquanto o Estado e a sociedade reforçam a culpabilização individual, ignoram as causas estruturais que alimentam a desigualdade.

A relevância disso para a Comunicação de Risco é crucial — ignorar essas dimensões produz estratégias ineficazes e desumanizantes. Para que a comunicação pública seja efetiva junto à PSR, ela precisa romper com a lógica da culpabilização e do assistencialismo residual, reconhecendo os sujeitos em sua complexidade, escutando suas vivências e garantindo o acesso a informações e políticas de forma digna, acessível e horizontal. O relatório do Conselho de Direitos Humanos da ONU reforça essa urgência ao classificar a situação como uma crise global que exige resposta imediata, pois impacta profundamente a dignidade, a autoestima e o pertencimento social dessas pessoas (ONU apud Ministério da Cidadania, 2020).

2.2 Estratégias de saúde e de assistência à pessoa em situação de rua

Até este ponto, foram discutidas a legislação brasileira, o panorama nacional e internacional e os principais marcos teóricos relacionados à população em situação de rua. A partir daqui o foco recai sobre as estratégias de sobrevivência e os impactos da vivência nas ruas na saúde física e mental desses indivíduos. Entre as enfermidades mais frequentes estão

as cardíacas, como a hipertensão arterial (13,6%), os transtornos mentais (9,6%) — incluindo depressão, esquizofrenia e distúrbios psiquiátricos — e as doenças respiratórias (9,5%), como tuberculose e pneumonia (Brasil, 2009c). Tais condições são frequentemente adquiridas ou agravadas pelas condições extremas da rua, somando-se a doenças crônicas pré-existentes e evidenciando a vulnerabilidade da PSR diante da precariedade dos determinantes sociais da saúde.

O consumo de álcool e outras drogas é frequentemente apontado como fator que fragiliza os vínculos familiares de pessoas em situação de rua, ao mesmo tempo em que funciona como uma forma de anestesia emocional frente à dureza da vida nos espaços públicos. Somam-se a esse quadro os distúrbios psíquicos, que dificultam ainda mais o acesso a direitos e serviços.

No levantamento “Rua Aprendendo a Contar”, cerca de 14% das pessoas abordadas não conseguiram participar por desorganização psíquica, e quase 10% relataram algum tipo de transtorno mental (Brasil, 2009c). Além disso, 15% da população em situação de rua declarou ter alguma deficiência, sendo a física a mais comum (47%), seguida pelos transtornos mentais (18%) — incluídos na categoria de deficiência no cadastro — e pelas deficiências visuais (16%) (Brasil, 2009c).

Como abordado anteriormente, são 16 anos da implementação da PNPSR. Apesar de não estar prevista na Constituição, ela aponta para ferramentas que possam garantir a prática constitucional dos direitos fundamentais. Com ela, o serviço de atenção à pessoa em situação de rua passa a ser descentralizado e de responsabilidade da União e dos demais entes federativos que a aderirem (Brasil, 2009a). O documento apresenta dez diretrizes, como criar meios de articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificar a oferta de serviços e assegurar o acesso amplo aos programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda (Brasil, 2009a).

A trajetória das políticas públicas brasileiras evidencia avanços significativos na institucionalização dos direitos sociais, especialmente nos campos da saúde e da assistência social. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a Constituição Federal de 1988, representou uma mudança de paradigma ao estabelecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). A partir de então, o atendimento à saúde deixou de estar restrito aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, passando a ser universal, descentralizado e participativo. Essa transição marcou o reconhecimento da saúde como dimensão fundamental da qualidade de vida e não apenas como ausência de enfermidades.

Em contraste, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi regulamentado somente em 2005, apesar de a assistência social já constar na Constituição como parte da Seguridade Social, conforme previsto nos artigos 194, 203 e 204. Sua implementação foi consolidada com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) e a Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS, 2005), delineando os princípios da matricialidade sociofamiliar, descentralização político-administrativa, territorialização e organização dos serviços em níveis de proteção (básica e especial). Esse descompasso temporal entre as duas políticas reflete lacunas estruturais que se manifestam, especialmente, no atendimento à população em situação de rua (PSR), cuja complexidade demanda respostas articuladas e intersetoriais.

A essa população são ofertados serviços específicos, como o Serviço Especializado em Abordagem Social, os Serviços de Acolhimento Institucional e em República ³, os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP) e o Consultório na Rua. Este último, regulamentado em 2011, visa garantir o atendimento em saúde de forma itinerante e adaptada às particularidades da vida nas ruas. Entretanto, apesar de sua concepção inovadora e multiprofissional, sua cobertura permanece insuficiente. Dados de 2022 indicam que apenas 145 municípios possuíam equipes do Consultório na Rua, enquanto 3.354 registravam presença de PSR (BRASIL, 2023), evidenciando uma disparidade significativa entre a demanda e a capacidade de resposta institucional.

A precariedade dessa cobertura foi agravada durante a pandemia de COVID-19, período em que não houve um plano nacional articulado voltado à testagem, isolamento, monitoramento de contágio e atendimento específico para essa população (CATHANA et al., 2022). Tal ausência revela uma contradição estrutural entre os princípios universais que regem o SUS e a sua operacionalização efetiva para populações altamente vulnerabilizadas.

Os Centros POP, por sua vez, constituem espaços de acolhimento imediato, oferecendo refeições, higiene, orientação e atividades de convivência. No entanto, sua localização centralizada em zonas urbanas e o caráter espontâneo do acesso impõem barreiras àqueles com baixa autonomia funcional ou comprometimento psíquico.

³ O **serviço de abordagem social** é realizado por uma equipe de educadores sociais que identifica famílias e indivíduos em risco pessoal e social em espaços públicos. O **serviço especializado para pessoas em situação de rua** tem como objetivo garantir atendimento e promover atividades que favoreçam a sociabilidade, fortalecendo os vínculos interpessoais e familiares. O **serviço de acolhimento institucional** é oferecido em diferentes tipos de equipamentos destinados a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, com o propósito de assegurar proteção integral. O **serviço de acolhimento em república** proporciona proteção, apoio e moradia subsidiada para grupos de pessoas com mais de 18 anos em situação de abandono, vulnerabilidade e risco pessoal e social.

Outros serviços, como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os Serviços de Acolhimento Institucional (casas de passagem, abrigos e repúblicas), compõem a rede de proteção. No entanto, enfrentam desafios como baixa cobertura, limitação no tempo de permanência e inadequação das estruturas físicas e humanas para garantir o cuidado continuado e integral à PSR.

A análise revela que, embora existam normativas e serviços voltados à população em situação de rua, persistem lacunas estruturais, contradições na implementação e baixa articulação entre saúde e assistência. Isso compromete a efetividade do atendimento e da comunicação com esse grupo, especialmente em contextos de crise.

Nesse sentido, a Comunicação de Risco, enquanto estratégia que visa orientar condutas e promover o cuidado em contextos de ameaça à saúde, depende da existência de vínculos institucionais mínimos, canais confiáveis de informação e políticas públicas efetivas e territorializadas. A ausência desses elementos fragiliza a recepção das mensagens e a capacidade de resposta da PSR, agravando sua invisibilidade e exclusão. Assim, compreender as falhas e potencialidades das políticas públicas é fundamental para construir estratégias comunicacionais que sejam de fato acessíveis, éticas e eficazes para esse segmento da população.

2.3 Pandemia da COVID-19 aumenta desemprego e muda perfil da população em situação de rua

Segundo Pinho *et al.* (2019), o trabalho é peça fundamental para resgatar a autoestima e o pertencimento da pessoa em situação de rua, contudo, quem faz parte dessa parcela social enfrenta diversos desafios na hora de viver a empregabilidade. A baixa escolaridade, a carência de capacitação e experiência profissional, o uso abusivo de substâncias psicoativas e a vivência de transtornos mentais, o histórico prisional e a dificuldade de adesão e de gestão financeira são alguns deles. O preconceito e a discriminação também foram apontados como quesitos que circulam estes sujeitos e se localizam como oposição a inclusão produtiva de quem vive na rua.

Sobre questões trabalhistas, Abreu e Salvadori (2015) destacam que esta esfera influencia no processo de fragilização dos laços sociais da PSR. Quem está desempregado ou aqueles que exercem funções em condições precárias acabam atingidos pela perspectiva de que não são pessoas economicamente necessárias.

Os autores vão afirmar a motivação para muitas pessoas acabarem vivendo nas ruas é por não conseguir gerar renda suficiente para as necessidades de moradia. Entre os fatores para

isso, trabalhos informais e precários, falta de condições de retornar às suas casas devido às distâncias envolvidas, se ainda as possuem. Ademais, ao buscar trabalho nas grandes cidades e deparar-se com a falta de oportunidades, mesmo sem conseguir uma ocupação, muitos optam por não voltar imediatamente para suas residências para evitar enfrentar o fracasso diante de seus familiares (Abreu e Salvadori, 2015).

A partir deste entendimento, discutimos o trabalho e o panorama da pandemia da COVID-19. Durante a emergência sanitária, o desemprego assolou o país. Comércio fechado, eventos cancelados e um colapso econômico. Conforme apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2020, quando a pandemia impactou a economia mundial, o Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil caiu 3,3% (IBGE, 2022).

No mesmo ano, o órgão identificou uma taxa média de desocupação recorde em 20 estados do país - acompanhando a média nacional, que aumentou de 11,9% em 2019 para 13,5% em 2020, a maior da série histórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), iniciada em 2012. As maiores taxas foram registradas em estados do Nordeste: Bahia (19,8%), Alagoas (18,6%), Sergipe (18,4%). O Rio de Janeiro também se destacou nesse cenário, com o quarto maior número, (17,4%). As menores taxas foram no Sul do país. Santa Catarina (6,1%), Rio Grande do Sul (9,1%) e Paraná (9,4%).

No intervalo de um ano, a população ocupada reduziu 7,3 milhões de pessoas no país, chegando ao menor índice da série anual (86,1 milhões). Com isso, pela primeira vez, menos da metade da população em idade para trabalhar estava ocupada no país. Em 2020, o nível de ocupação foi de 49,4% (IBGE, 2022).

Se o desemprego aumenta, a probabilidade de mais pessoas passarem a cenários de pobreza cresce, conseqüentemente, as chances de uma vida nas ruas se intensifica. Como destacado por Gameiro (2021), com o agravamento da situação econômica e social no país, um novo perfil das pessoas em situação de rua foi crescendo. No Rio de Janeiro, por exemplo, uma pesquisa divulgada em 2021 pela prefeitura escancarou essa realidade. 31% das pessoas estavam na rua há menos de um ano (Fiocruz, 2021). Dessas, 64% estavam nessa condição por perda de trabalho, moradia ou renda. Entre os entrevistados, 42,8% afirmaram que sairiam das ruas se tivessem um emprego. Deste modo, os novos integrantes da população em situação de rua passaram a ser trabalhadores que perderam seus empregos e casas devido à conjuntura estabelecida pelo período pandêmico.

Um diagnóstico apresentado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada mostra um aumento de 38% da PSR entre 2019 e 2022, período pandêmico, quando o país atingiu a marca de 281.472 pessoas vivendo nas ruas. O cálculo aponta que durante uma década

(2012-2022), o aumento desse segmento da população foi de 211%, muito maior do que o da população brasileira, que foi de 11% no mesmo período (Ipea, 2023).

Essa ligação entre o aumento do desemprego e a presença da população em situação de rua é antiga. Em “Rua Aprendendo a Contar” esse já era um dos principais fatores para a falta de uma moradia fixa, que se repetiu no mais atual levantamento apresentado pelo governo federal. Também, com a pandemia, que desnudou as mazelas vividas por essas pessoas, ficou ainda mais difícil permanecer com a empregabilidades nas ruas, pois foi reduzida a circulação de carros e pessoas.

As vagas em empregos formais, como já foi possível observar, foram afetadas, mas quem trabalhava na informalidade, ou seja, quem não possuía a carteira assinada, não deixou de ser atingido (IBGE, 2020), e quem vive nas ruas se dedica, na maioria das vezes, as atividades informais, como catador de materiais recicláveis e flanelinhas (Brasil, 2009c).

Natalino e Pinheiro (2020) vão reafirmar que a crise afeta principalmente os trabalhos precários urbanos, aqueles que tiram o sustento a partir da rua, como guardadores, lavadores, catadores e ambulantes. No entanto, não puderam continuar com o exercício da profissão enquanto a pandemia exigia isolamento social. Estas condições seriam mais um acúmulo de desvantagens para quem já vive particularmente vulnerável.

Neste pensamento de tentar evitar que o número de pessoas em situação de rua se eleve por falta de moradia, em 2021, passou a valer a Lei 14.216 que trata sobre a proibição de despejo e desocupação de imóveis urbanos, sejam públicos ou privados, em decorrência ao cenário pandêmico da época. A validade da decisão se deu até 2022 (STF, 2022). Deste modo, ficaram suspensos os despejos em virtude do não pagamento de aluguel de imóveis comerciais, de até R\$ 1,2 mil, e residenciais, de até R\$ 600. A ressalva acontecia se o imóvel fosse a única propriedade do locador e o dinheiro do aluguel única fonte de renda.

Essa estratégia foi tomada ao entender que a moradia, principalmente naquele momento, era ferramenta para o direito social, ainda como contenção do vírus, afinal, o isolamento social foi disseminado pelos órgãos de saúde como medida de segurança.

A lei (Brasil, 2021) apresenta motivações que fundamentam suas diretrizes, destacando a importância de assegurar: (I) o direito à habitação, sem risco de novas remoções, de modo a viabilizar o cumprimento do isolamento social; (II) a continuidade no acesso a serviços essenciais como comunicação, energia elétrica, água potável, saneamento e coleta de lixo; (III) a proteção contra intempéries climáticas e demais ameaças à saúde e à vida; (IV) o acesso aos meios habituais de subsistência, incluindo o uso da terra, seus recursos, infraestrutura, fontes de renda e trabalho; e (V) a garantia de privacidade, segurança e proteção contra

violências e danos ao patrimônio. Esses elementos evidenciam o caráter multidimensional da proteção às populações em situação de vulnerabilidade.

Uma realidade que é impossível permanecer invisível ou escassa de efetividade. As políticas públicas apresentadas, não podem dispensar as singularidades de quem habita nas ruas, muito menos em crises sanitárias. A pandemia da COVID-19 foi modelo disto. Se de um lado, apresentou piora do cenário e evidenciou a dificuldade para governos operarem mecanismos de atuação, por outro, revelou, mais uma vez, a necessidade de se incluir os grupos vulneráveis nos princípios de prevenção às doenças através de decisões que perpassem a visão da exclusão, relações interrompidas, vícios e desamparo social.

3. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO PORTUGUÊS

A questão das pessoas vivendo nas ruas transcende as fronteiras brasileiras, configurando-se como um problema de escala global. Na Europa, por exemplo, a Federação Europeia de Organizações Nacionais que Trabalham com Pessoas em Situação de Rua (FEANTSA, 2023) estimou que, em 2022, os indivíduos sem-abrigo representavam ao menos 0,174% da população do continente. Nos Estados Unidos, a maior economia do planeta, mais de 650 mil pessoas viviam em situação de rua em 2023 (EUA, 2023), evidenciando a complexidade do desafio em diferentes contextos socioeconômicos.

No cenário mundial, a Finlândia emerge como um notável exemplo de sucesso no combate à falta de moradia. Em 2017, o país conseguiu minimizar drasticamente o número de pessoas em situação de rua, alcançando uma redução tão expressiva que levou a uma quase erradicação desse problema nas ruas. Atualmente, organismos internacionais reconhecem os resultados positivos e contínuos da Finlândia na diminuição do número de moradores de rua (El País, 2019). A chave para o sucesso finlandês é a política pública "Housing First" ("Moradia em Primeiro Lugar"). Esta abordagem oferece habitações permanentes sem impor condições prévias aos indivíduos. Além de garantir um lar estável, o programa integra assistência social para auxiliar os beneficiários a enfrentarem desafios como o vício em drogas e o desemprego. Estudos demonstram que essa iniciativa não só é mais eficaz, mas também mais econômica do que os programas de abrigos temporários, podendo gerar uma poupança de até 15 mil euros por ano por indivíduo (FEANTSA, 2023).

Em Portugal, a população em situação de rua é oficialmente designada como "pessoas em situação de sem-abrigo" (PSSA). Essa conceituação, fundamental para o delineamento de políticas públicas, é estabelecida pela Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (ENIPSSA). A ENIPSSA categoriza as PSSA em dois grupos

principais: sem teto — indivíduos que pernoitam em espaços públicos, abrigos de emergência, veículos abandonados ou imóveis desocupados — e sem casa — aqueles alojados temporariamente em instituições, centros de acolhimento ou habitações subsidiadas por serviços sociais (ENIPSSA, 2023).

Lisboa destaca-se como o epicentro dessa problemática em Portugal. Segundo dados do Instituto da Segurança Social (ISS) e da ENIPSSA (2023), em 2021 foram sinalizadas 9.604 pessoas em situação de sem-abrigo no país. Dentre elas, cerca de 61% estavam concentradas nas regiões metropolitanas de Lisboa e do Porto. Em 2023, esse número subiu para 13.128, sendo 7.705 sem teto e 5.423 sem casa — um aumento de 117% em relação a 2017.

Esse crescimento acentuado reflete uma confluência de fatores estruturais complexos: crise habitacional, precarização das condições de trabalho, envelhecimento populacional, intensificação dos fluxos migratórios e fragilidade das políticas preventivas. A população em situação de sem-abrigo em Lisboa é marcadamente heterogênea, composta por nacionais e estrangeiros, homens e mulheres, jovens e idosos, com diferentes trajetórias de vida e múltiplas vulnerabilidades — incluindo dependência química, transtornos mentais e rupturas familiares (ENIPSSA, 2023).

Um aspecto relevante do atual cenário é o aumento significativo da presença de imigrantes entre as PSSA. O Diagnóstico da Realidade das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (ENIPSSA, 2023) aponta que mais de 30% dessas pessoas são estrangeiras. Muitos enfrentam dificuldades de acesso à habitação digna devido à escassez de oferta a preços acessíveis e à instabilidade laboral. A ausência de redes de apoio social e familiar no país de acolhimento agrava ainda mais sua vulnerabilidade. Essa diversidade exige políticas públicas interseccionais, capazes de adaptar-se às diferentes realidades sociais, econômicas e culturais.

A resposta institucional à PSSA em Lisboa é coordenada pelo NPISA — Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo —, estrutura intersetorial que integra representantes da Câmara Municipal, Santa Casa da Misericórdia, Ministério da Saúde, organizações da sociedade civil e universidades. O NPISA busca implementar respostas articuladas nos eixos da habitação, saúde, emprego, educação e apoio psicossocial, promovendo uma abordagem integrada e orientada para os direitos humanos.

Nesse contexto, o Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo 2019–2023 (PMPSSA, 2019) estabeleceu diretrizes estratégicas para a prevenção, intervenção e reintegração social, incluindo a atuação em situações de crise sanitária, como a pandemia de COVID-19. O plano estruturou-se em cinco eixos principais: prevenção de novas situações de

sem-abrigo; intervenção em contexto de rua; criação de soluções habitacionais sustentáveis (como o modelo Housing First); promoção da integração social e profissional; e produção de conhecimento e sensibilização da sociedade.

4. PANDEMIAS E EPIDEMIAS: CICATRIZES NA HISTÓRIA

Ao longo da história, a humanidade foi marcada por eventos que moldaram sociedades, economias e o curso do tempo. Pandemias e epidemias se destacam como episódios severos, deixando cicatrizes profundas. Este capítulo explora as crises sanitárias mais significativas, destacando suas causas e impactos. Também abordaremos os conceitos essenciais para compreender esses momentos e citaremos exemplos de lições aprendidas sobre os riscos sociais ligados à saúde, tanto no Brasil quanto ao redor do mundo.

Iniciamos com a diferenciação entre os termos "pandemia" e "epidemia". Embora frequentemente usados como sinônimos, esses conceitos são distintos e fundamentais na epidemiologia e na saúde pública. Uma epidemia refere-se a um aumento repentino e excessivo de casos de uma doença em um espaço geográfico específico e durante um período determinado, conforme descrito por Szklo e Nieto (2014). A extensão e a gravidade de uma epidemia podem variar significativamente, desde surtos localizados em comunidades até afetar uma cidade, região ou até mesmo um país inteiro. Por exemplo, um surto de gripe em uma escola ou em um ambiente de trabalho seria considerado uma epidemia localizada, enquanto um aumento substancial nos casos de dengue em um município seria classificado como uma epidemia urbana.

Em contraste, uma pandemia se espalha por múltiplas regiões, cruzando fronteiras nacionais e afetando um número significativo de pessoas em diferentes continentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define uma pandemia como a disseminação mundial de uma nova doença. Mais do que a propagação territorial, uma pandemia implica um impacto substancial na saúde pública global, com consequências sociais, econômicas e políticas. Segundo a Fiocruz (2021), pandemias surgem a partir de epidemias e surtos que transcendem limites espaciais.

Atualmente, a OMS é responsável por estabelecer a escala desses eventos. Embora a organização tenha sido fundada apenas em 1948, pandemias e epidemias foram registradas em várias regiões do mundo antes disso. A principal diferença desde então é a forma como esses eventos eram caracterizados e tratados. A definição oficial e científica não era padronizada globalmente, nem sistematicamente categorizada, como é hoje com os critérios estabelecidos

pela OMS, que já declarou emergências de saúde pública em escala internacional em seis ocasiões distintas (Dominguez, 2020).

Quando uma crise sanitária é desencadeada, diversos âmbitos sociais são impactados. Na saúde pública, a vigilância epidemiológica desempenha um papel crucial na detecção precoce, no monitoramento e na implementação de procedimentos para conter a crise. Essa vigilância envolve a coleta, análise e interpretação de dados de saúde sobre padrões de doenças e eventos adversos em uma população específica (OPAS, 2010). A eficácia da vigilância epidemiológica é evidente em várias epidemias e pandemias ao longo do tempo. Por exemplo, durante a crise sanitária de gripe H1N1 em 2009, a vigilância permitiu uma resposta rápida e coordenada, ajudando a minimizar a disseminação do vírus globalmente (OMS, 2010).

Entre os princípios da vigilância epidemiológica estão 1. a coleta de dados, que representa a aquisição sistemática de informações sobre registros de doenças por meio de sistemas de notificação; 2. a análise de dados, para avaliação e interpretação das informações coletadas; 3. a interpretação dos dados, que fornece encaminhamentos dos elementos descobertos a profissionais de saúde, autoridades sanitárias e ao público em geral; 4. a difusão da informação, que se refere às medidas implementadas por meio da elaboração de materiais de divulgação para diferentes níveis de decisão (OPAS, 2010).

Embora não se alinhe com o conceito moderno de epidemias, registros na Bíblia, como no livro de Êxodo, exemplificam a representação de pragas e pestes que afligiram o povo egípcio. Outros eventos históricos incluem a Peste Antonina, também conhecida como Peste de Galeno (165 d.C.), considerada um dos primeiros surtos de varíola ou sarampo na Antiguidade, que afetou principalmente o Império Romano e resultou na morte de aproximadamente um quarto dos infectados, totalizando cerca de cinco milhões de pessoas. A Peste de Cipriano (250-271 d.C.), provavelmente causada por varíola ou sarampo nas províncias orientais, espalhou-se pelo Império Romano, causando até cinco mil mortes diárias. Por fim, a Peste de Justiniano (541-542 d.C.) foi o primeiro registro documentado de peste bubônica, iniciando-se no Egito e alcançando Constantinopla, onde dizimou cerca de 40% da população local e reduziu significativamente a população do Oriente Médio (Fiocruz, 2021).

Historicamente, pandemias como a Peste Negra no século XIV e a gripe espanhola de 1918 ilustram a devastação global desses eventos. Em contraste, epidemias como o surto de cólera em Londres no século XIX destacam como doenças infecciosas podem se espalhar rapidamente dentro de uma cidade, exigindo medidas urgentes de controle e prevenção (Gasque *et al.*, 2020).

Tabela 1: Relação das pandemias e epidemias e suas principais características.

Doença	Agente causal	Transmissão	Origem/Primeiro registro	Impacto global estimado	Cronologia no Brasil	Principais medidas de combate	Erradicada /cenário atual
Peste Negra	Bactéria	Pulgas em roedores, contato direto	Ásia Central	1/3 da população da Europa (séc. XIV)	Chegou em 1899; Último caso em 2005	Quarentena, soro, incineração de focos	Não erradicada, mas controlada (local)
Gripe Espanhola	Vírus Influenza A (H1N1)	Gotículas respiratórias	Provável EUA (1918)	17 a 100 milhões de mortes	Demora na resposta, hospitais de campanha	Distanciamento social, hospitais de campanha	Não erradicada, surtos sazonais
Cólera	Bactéria	Água e alimentos contaminados	1503 (registros iniciais)	Seis pandemias globais	Chegou em 1991; Caso autóctone em 2024	Educação sanitária, saneamento, vigilância	Não erradicada, endêmica em regiões
Tuberculose	Bactéria	Gotículas respiratórias	Antiguidade	Milhões de mortes (1/4 mortes na Grã-Bretanha no séc. XIX)	Programas de controle desde 1990s	Fortalecimento de estudos, acesso a tratamento	Não erradicada, esforços de controle
Poliomielite	Vírus	Contato com fezes de infectados - saneamento	Antiguidade	Mais de 99% de redução de casos	Último caso em 1989; Eliminada em 1994	Vacinação em massa, vigilância, conscientização	Erradicada (no Brasil)
Ebola	Vírus	Contato com fluidos corporais	1976 (África)	Mais de 11 mil mortes (epidemia 2014-2016)	Sem registro de casos no Brasil	Isolamento, rastreamento, vacinas, protocolos	Não erradicada, surtos esporádicos
Zika	Vírus	Mosquitos Aedes aegypti, sexual,	1947 (Uganda)	Milhões de casos; Malform	Chegou em 2015; Emergência	Controle de vetores, comunicação de risco	Não erradicada, endêmica em regiões

		vertical		a-ções congênit as	nacional		
HIV/AIDS	Vírus (HIV)	Relações sexuais, sangue, vertical	Década de 1980	Mais de 40 milhões de mortes	Primeiro caso em 1982; Programa nacional (1986)	Prevenção, TARV, campanhas educativas	Não erradicada, mas tratável
Varíola	Vírus	Gotículas respiratórias	Antiguidade	Cerca de 300 milhões de mortes (séc. XX)	Epidemia em 1904 (Rio); Vacinação obrigatória	Vacinação em massa, quarentena, vigilância	

Fonte: Elaboração própria.

A COVID-19

Após décadas marcadas por epidemias e emergências sanitárias, o mundo parecia mais preparado para enfrentar novos surtos. No entanto, em 2019, um novo desafio surgiu: o coronavírus SARS-CoV-2. Os primeiros casos de pneumonia de causa desconhecida foram registrados na cidade de Wuhan, na China, ainda não identificados como decorrentes da COVID-19. Em 31 de dezembro de 2019, o governo chinês notificou oficialmente a Organização Mundial da Saúde sobre os casos, mas, naquele momento, ainda não se tratava de uma emergência global (Dominguez, 2020).

No início de 2020, o número de casos aumentou drasticamente em diversos países. Quando surgiram infecções em pessoas que não haviam viajado à China, evidenciando a transmissão comunitária internacional, a OMS declarou a situação como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020 — o mais alto nível de alerta da Organização. Em 11 de março do mesmo ano, o cenário foi oficialmente caracterizado como uma pandemia (Dominguez, 2020; OPAS, 2020).

Naquele momento, persistiam incertezas sobre a forma de contágio e sobre medidas preventivas eficazes. Com o avanço das pesquisas científicas, medidas globais foram implementadas: quarentenas, lockdowns, distanciamento social, uso de máscaras faciais, restrições de mobilidade e, posteriormente, campanhas de vacinação em massa.

A pandemia teve impactos profundos em todas as esferas da sociedade, afetando economias, sistemas de saúde e dinâmicas sociais. As desigualdades estruturais foram acentuadas, especialmente entre populações vulneráveis. Nesse contexto, a disseminação de

informações confiáveis e uma gestão coordenada da crise foram cruciais para reduzir seus efeitos devastadores.

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em fevereiro de 2020, em um paciente com histórico de viagem à Itália. Pouco tempo depois, a transmissão comunitária foi registrada em diversas regiões do país, levando a um aumento acelerado dos casos (Brasil, 2020).

Diante disso, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais, adotou diversas medidas: fechamento de fronteiras, campanhas educativas, implantação de hospitais de campanha, restrições à circulação e a criação do auxílio emergencial destinado a trabalhadores informais, autônomos e desempregados.

A vacinação teve início em janeiro de 2021, com a aplicação das vacinas CoronaVac (Instituto Butantan/Sinovac) e Oxford-AstraZeneca (Fiocruz/Universidade de Oxford). Posteriormente, foram incorporadas outras vacinas, como Pfizer-BioNTech e Janssen. Apesar dos avanços, a resposta do governo federal foi alvo de críticas por atrasos na aquisição de vacinas, inconsistências na comunicação e disputas políticas. A promoção de medicamentos sem comprovação científica, como a cloroquina e a hidroxiclороquina, também gerou controvérsias (Hochman & Birn, 2021; Malinverni et al., 2023; Posetti & Bontcheva, 2020).

Atualmente, o Brasil continua enfrentando desafios, como a necessidade de equidade na distribuição de vacinas e o combate à desinformação. A pandemia deixará impactos duradouros na saúde pública, na economia e na vida social do país, evidenciando a importância de investimentos em preparação para emergências sanitárias e no fortalecimento do sistema de saúde.

5. COMUNICAÇÃO DE RISCO E A RESILIÊNCIA COMUNITÁRIA

A Comunicação de Risco é uma ferramenta essencial na gestão de situações que envolvem ameaças, incertezas e potenciais danos à saúde, ao meio ambiente ou à segurança pública. Trata-se de um processo estratégico de transmissão de informações claras, acessíveis e culturalmente adequadas sobre riscos reais ou potenciais, com o objetivo de orientar o público na adoção de medidas preventivas e de proteção (Jesus, 2013; Lowbridge & Leask, 2011; Freimuth & Quinn, 2004).

Em contextos de crise, como emergências sanitárias, desastres naturais ou tecnológicos, comunicar-se com eficácia torna-se uma medida vital. Este capítulo examina os fundamentos da Comunicação de Risco, sua evolução histórica, fatores que influenciam sua eficiência e práticas bem-sucedidas e falhas recorrentes em políticas públicas durante crises

sanitárias.

Segundo Schiavo (2014), Lourenço & Marchiori (2012), Freimuth & Quinn (2004) e Roriz & Oliveira (2023), a Comunicação de Risco é uma prática governamental essencial para informar a população sobre ameaças à saúde e promover comportamentos de prevenção e redução de danos. Crises podem originar-se de causas diversas: falhas humanas, negligência, decisões equivocadas, fenômenos naturais ou imprevistos como pandemias ou ataques cibernéticos (Sellnow, Seeger & Matthew, 2021). Essa multiplicidade de fatores reforça a necessidade de sistemas preparados para responder a eventos críticos e minimizar seus efeitos. Muitos riscos não são compreendidos corretamente ou são mal comunicados, o que contribui para três falhas principais: (1) normativas e de complexidade interativa; (2) deficiências nos sistemas de alerta e percepção de risco; e (3) falhas na vigilância contínua.

Ulmer, Sellnow e Seeger (2010) identificam três conceitos-chave na gestão de crises: (1) compreensão da natureza das crises, que envolve a análise de sua imprevisibilidade e impactos; (2) comunicação de crise, baseada na transparência e gerenciamento da incerteza; e (3) transformação da crise em oportunidade para inovação e melhoria contínua.

Sandman (1993) propõe dois momentos críticos na Comunicação de Risco: o de alarme inicial, quando se busca mobilizar o público para ações imediatas, e o de tranquilização, que visa contextualizar os riscos com dados precisos. Para ele, o risco pode ser mensurado pela multiplicação da magnitude do evento pela sua probabilidade de ocorrência.

Covello, Sandman e Slovic (1988) elencam sete princípios fundamentais da Comunicação de Risco:

1. Envolver o público como parceiro legítimo;
2. Planejar cuidadosamente;
3. Avaliar o desempenho;
4. Ser verdadeiro, franco e transparente;
5. Cooperar com fontes confiáveis;
6. Atender às necessidades da mídia;
7. Falar com clareza e compaixão.

A percepção de risco — influenciada por fatores como voluntariedade, familiaridade e confiança — interfere diretamente no comportamento do público (Spink, 2019). Assim, para a comunicação ser eficaz, é necessário alinhar a percepção de risco do emissor e do receptor.

Sandman também destaca que a comunicação precisa ser contínua, empática e adaptativa, ajustando-se às informações e percepções que evoluem durante a crise. Lourenço e Marchiori (2012) reforçam que o sucesso da comunicação reside no diálogo bidirecional, que

possibilita entendimento mútuo e cooperação entre os atores envolvidos.

Schiavo (2014) defende a participação ativa da população nos processos decisórios, o que aumenta a resiliência comunitária e a eficácia das políticas públicas. A identificação dos públicos-alvo é fundamental: gestores, funcionários, reguladores, ativistas, mídia, especialistas e populações vulneráveis requerem abordagens distintas e adaptadas às suas necessidades.

A comunicação em saúde, portanto, deve envolver a comunidade, profissionais e lideranças políticas e sociais. Como enfatizam Spink (2019) e Schiavo (2014), essa abordagem colaborativa fortalece comportamentos organizacionais e culturais que ampliam a capacidade de resposta e recuperação diante de emergências.

A Comunicação de Risco deve ser compreendida como um processo dinâmico que vai além da transmissão de mensagens. Seu foco está no compartilhamento estratégico de informações e na construção de relações de confiança. Conforme OPAS (2023) e Ulmer et al. (2010), diferentes fases exigem abordagens específicas:

Pré-crise: monitoramento e reconhecimento de riscos emergentes; preparação do público; construção de alianças com grupos e organizações.

Durante a crise: coordenação intersetorial; designação de fontes e canais oficiais; comunicação transparente sobre ações, riscos e mudanças; diálogo sobre causas e adequação das respostas; reflexão sobre riscos futuros.

Pós-crise: avaliação de estratégias; revisão de práticas e protocolos; análise dos impactos sociais, econômicos e culturais; compreensão das mudanças nas normas sociais e na confiança institucional.

A Comunicação de Risco, ao promover inclusão, empatia e clareza, contribui para mitigar crises e fortalecer a resiliência comunitária em cenários adversos.

5.1 Histórico da Comunicação de Risco

A Comunicação de Risco é um campo emergente que se desenvolveu ao longo do tempo, moldado por eventos históricos, avanços tecnológicos e transformações sociais. Desde tempos antigos, comunidades utilizavam sinais de fumaça, tambores e outros meios primitivos para alertar sobre perigos iminentes, como invasões ou desastres naturais. Em muitas culturas, líderes religiosos desempenhavam um papel na Comunicação de Riscos, alertando sobre catástrofes e promovendo preparativos espirituais e materiais.

O crescimento das cidades durante a Revolução Industrial destacou a necessidade de

sistemas formais de alerta para incêndios, epidemias e outros perigos urbanos. A disseminação de informações através de jornais e mídias impressas permitiu uma comunicação mais ampla sobre riscos e precauções. Durante guerras, calamidades naturais e crises sanitárias, como a pandemia de influenza H1N1⁴ (2009) e Chernobyl⁵ (1986)⁷, foi notada a importância da comunicação rápida e eficaz para mitigar danos e salvar vidas (Sandman, 1993).

A primeira vez que a discussão sobre saúde e comunicação foi inserida nos estudos comunicacionais como subconjunto ocorreu em 1975, com a fundação da Health Communication Division, da National Communication Association, nos Estados Unidos, com o propósito da análise e prática da comunicação em saúde pública e prevenção de doenças. Em 1997, a American Public Health Association fez o reconhecimento formal deste campo da comunicação. A Associação Americana de Saúde Pública foi fundada em 1872 e desde então divulga avanços científicos sobre as causas das doenças transmissíveis e organiza a atuação perante o governo e as comunidades (Freimuth e Quinn, 2004).

Quando foram iniciadas as discussões sobre o assunto no campo acadêmico, a Comunicação de Risco era vista como um modelo unidirecional, remetendo ao conceito apenas de público-alvo ou audiência, onde havia um emissor e o receptor de mensagens, e este último não estabelecia questionamentos, ou seja, tudo que era informado, era recebido e aceito passivamente. Entendia-se, na época, que bastava apresentar os dados para mobilizar os comportamentos. Inicialmente, este modelo comunicativo era tratado como satisfatório, uma comunicação tida como suficiente.

A visão de Baruch Fischhoff (1995), resumida por Spink (2019), destaca a evolução da Comunicação de Risco através de oito fases distintas. Inicialmente, a abordagem era centrada na gestão e cálculo preciso dos riscos. Na segunda fase, percebeu-se a necessidade de informar esses números à população. Na terceira fase, além da simples divulgação, passou-se a incluir explicações sobre os dados, inaugurando o conceito contemporâneo de "alfabetização em saúde". No quarto estágio, houve a incorporação da comparação com riscos já conhecidos, oferecendo contexto comparativo. O quinto estágio introduziu estratégias de persuasão, enfatizando os benefícios potenciais associados a certas tecnologias e riscos. Na sexta fase, emergiu a ideia de que "tudo o que devemos fazer é tratá-los bem", dando pontapé para o

⁴ Esta pandemia teve como hospedeiros porcos contaminados. Estudos científicos mostram que até 24% da população global na época pode ter sido infectada, totalizando potencialmente 1,7 bilhão de pessoas. Inicialmente, a OMS estimou cerca de 18 mil mortes, mas revisões posteriores sugerem que o número real pode chegar, aproximadamente, a 200 mil óbitos.

⁵ É considerado o pior desastre da história nuclear e, segundo a ONU, quase 8,4 milhões de pessoas em Belarus, Rússia e Ucrânia foram expostas à radiação.

reconhecimento da importância de competências em comunicação.

Com o passar das experiências, foi notado que estas concepções não eram efetivas. Pensar em uma emissão ingênua de informação e recebimento da mesma passou a ser uma atividade incompleta quando se estabelece os riscos envolvidos. A partir do sétimo estágio é quando se desperta para um novo conceito e modifica a visão deste tipo de comunicação. Aqui, o envolvimento do público passa a ser central nas decisões sobre riscos coletivos, promovendo uma forma de democracia participativa na gestão de riscos.

Conceitos mais recentes estabelecem clareza, participação e planejamento como ferramentas para se ter bons resultados. A participação pública é estabelecida como medida chave para que a comunicação do risco seja materializada e incorporada. Integrar o público permite diálogo, solicitude social e entendimento sobre a percepção pública em relação a suas próprias demandas. Como apontado por Seeger (2005), Lourenço e Marchiori (2012) e Covello, Sandman e Slovic (1988), incluir o público não apenas aumenta a aceitação das mensagens de risco, como melhora a confiança pública nas autoridades e nas informações fornecidas, gera compreensão sobre as mais variadas visões dos riscos, que podem mudar de acordo com cada grupo envolvido.

A participação pública apresentada pelos pesquisadores argumenta que envolver as comunidades afetadas no processo de comunicação gera autonomia para tomadas de decisões preventivas entre os civis. Modelos democráticos são aplicados para facilitar a interação entre *stakeholders*, permitindo que diferentes perspectivas sejam consideradas na formulação de políticas e na gestão de crises.

Covello, Sandman e Slovic (1988); Sadman (2024); e Jesus (2013) afirmam que participação pública traz benefícios para o processo comunicacional, como a 1. **aceitação** e o comprometimento, fazendo com que as mensagens de risco sejam absorvidas com maior facilidade e estabeleçam medidas de mitigação e adaptação; 2. **compreensão contextualizada**, ter o saber sobre as características peculiares de cada comunidade local, como atributos socioeconômicas, culturais e ambientais, melhorando a relevância e a eficácia das mensagens; 3. **fortalecimento da resiliência** - os indivíduos passam a ter ampliada a capacidade de se prepararem e responderem de forma coordenada as emergências, reduzindo o impacto e a disseminação de informações incorretas.

Por outro lado, são encontrados desafios nesta participação, as barreiras das desigualdades sociais, econômicas, linguísticas e a falta de acesso à informação podem impedir uma representação equitativa. Também, precisamos pensar nas questões éticas que envolvem a transparência, a confidencialidade e o respeito pelos direitos individuais, que

devem ser consideradas ao introduzir o público em processos de Comunicação de Risco (Covello, Sandman e Slovic, 1988; Sadman, 2024; Jesus, 2013).

A participação pública na Comunicação de Risco pode ocorrer de várias maneiras, dependendo das necessidades da comunidade e dos recursos disponíveis, como consultas e audiências públicas, formação de grupos de debates e deliberações que explorem as questões do risco, inclusão de líderes comunitários, organizações não governamentais, grupos religiosos, escolas e outras entidades locais na elaboração e implementação de planos de comunicação, campanhas educativas, uso da mídia digital e feedback contínuo para avaliação das percepções (Hooker, Capon e Leask, 2017; Freimuth e Quinn, 2004).

Isto posto, Sadman (1993) vai dizer que a tarefa final deste tipo de comunicação é buscar produzir uma cidadania que possua o conhecimento, o poder e a vontade de avaliar os seus desafios. Lowbridge e Leask (2011) complementam que, quando se fala em saúde pública, inserir o público e responder as perguntas e preocupações é igualmente importante quanto transmitir mensagens sobre o bem-estar público.

Atualmente, a Comunicação de Risco enfrenta novos obstáculos com o avanço das tecnologias, que influenciam profundamente como os riscos são percebidos e comunicados à sociedade. Spink (2019) identificou que o crescimento dos acessos aos meios digitais nos últimos anos se transformou em uma 'faca de dois gumes'. Vejamos as razões disso. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, divulgados em 2023, mostram que no ano anterior, 86,5% das pessoas de 10 anos ou mais de idade tinham telefone móvel, o que representa 185,4 milhões de cidadãos, um crescimento de 2,1 pontos percentuais em relação a 2021, quando foram 84,4%. Ou seja, o IBGE comprova o número crescente de pessoas que possuem o acesso à celulares. No entanto, a proximidade com a internet desperta nas pessoas um anseio em buscar informações em ambientes virtuais que nem sempre estão de acordo com o que é compartilhado por fontes oficiais. Deste modo, a autora vai dizer que, com o amplo alcance da informação, há também maior potencial de vigilância e desconfiança.

Se no passado governos e instituições eram os únicos berços de explicação, a internet passa a oferecer milhares de opiniões sobre os mesmos assuntos, com fontes não necessariamente confiáveis. Desta maneira, com a chegada da internet e, consequentemente, das redes sociais, a Comunicação de Risco passou por transformações abrangentemente potencializadoras, permitindo que informações se espalhem rapidamente, mas contracenando com o aumento do risco da desinformação.

Ainda assim, ao passo que a universalização da internet parece estar perto, boa parte da população lida com a situação precária de conexão. Cralde (2024) mostra que 78% dos

brasileiros não têm condições satisfatórias de conectividade, ambiente instigado pelo alto custo, ausência da posse de aparelhos tecnológicos, conexões fracas. Questões ligadas a raça e classe influenciam no cenário, pessoas mais pobres, pretos e pardos são as que mais são atingidas. A exclusão digital não é só um reflexo da desigualdade socioeconômica, como contribui para o agravamento. Sem acesso a ela, os indivíduos enfrentam maiores dificuldades para acesso a dados, informações.

Se antes falamos sobre a participação pública, vislumbramos que os meios virtuais podem ser instrumentos colaborativos efetivos quando boa parte da população tem acesso à elas. Plataformas online facilitam a participação da população na gestão de crises, permitindo o envolvimento direto de comunidades afetadas, por meio de formulários, workshops, anúncios educativos, debates entre os *stakeholders*, feedback, formações virtuais. Também, modelos computacionais avançados permitem prever riscos com maior precisão e agilidade, melhorando a antecipação e resposta a desastres naturais e emergências de saúde. Tecnologias como aplicativos móveis e alertas personalizados aumentam a eficácia da comunicação ao adaptá-la às necessidades individuais e locais. Em pandemias, é possível divulgar mensagens, criar fóruns interativos com informações de prevenção, uso de máscaras, importância do distanciamento social.

A historicidade da Comunicação de Risco demonstra uma evolução contínua, impulsionada pela necessidade de proteger vidas e comunidades frente as ameaças diversas. Desde métodos antigos de alerta até plataformas digitais modernas, a Comunicação de Risco continua a se adaptar aos desafios e cenários contemporâneos. Compreender seu passado ajuda a moldar estratégias futuras para lidar com novos desafios e promover sociedades mais resilientes (Spink, 2019; Jesus, 2013).

5.2 Comunicação de Risco em diferentes áreas: a saúde como foco e estratégias de eficiência

É importante entender que a Comunicação de Risco tem suas raízes principalmente na gestão de crises, saúde pública, segurança pública e ambiental, onde o objetivo principal é informar e proteger o público em situações de perigo iminente ou potencial. Todavia, apesar de não ter surgido da área da publicidade, a Comunicação de Risco compartilha princípios do marketing, especialmente no que diz respeito à forma como as mensagens são desenvolvidas e transmitidas ao público, com a segmentação de público, utilização de diversos canais de comunicação para alcançar o público-alvo, conteúdo persuasivo e transparente, gestão de

crises e a confiança do público (Lourenço e Marchiori, 2012).

A Comunicação de Risco converge também com outras áreas. Na psicologia, Slovic (2010), traça um ensaio que analisa como as pessoas comuns percebem e respondem aos riscos. Na sociologia, traz o comportamento diante de situações de crise. A Food and Drug Administration dos Estados Unidos publicou um guia, nominado de “*Communicating risks and benefits*”, que oferece insights sobre como mensagens de risco são interpretadas e agem como catalisadores de mudança comportamental.

No âmago da saúde, a abordagem comunicacional busca melhorar a disseminação e compreensão de informações para promover comportamentos saudáveis e reduzir riscos ao bem-estar público, além de estratégias para educar, informar e influenciar atitudes, crenças e comportamentos. Em períodos de crise sanitária, a importância do fluxo de informações se eleva. Pandemias e epidemias têm causado um número expressivo de vítimas ao longo da história.

Apesar de acontecerem em diferentes períodos e com singularidades específicas ao tempo e contexto regional, todas elas necessitam de algo em comum: a comunicação de medidas que ajudem a prevenir e auxiliem na diminuição do contágio. Assim, o entendimento dos riscos na eficácia das medidas preventivas e de combate às doenças emergentes se faz essencial. Para Roriz e Oliveira (2023), a ferramenta fundamental para isso é a Comunicação de Risco, que permite uma relação terapêutica e boas práticas de promoção da saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no documento “*Comunicação de Riscos em emergências de saúde pública - um guia da OMS para políticas e práticas em Comunicação de Risco de emergência*”, a comunicação na saúde pública é a estratégia para incentivar a adoção de medidas para proteção das vidas. Durante as epidemias, pandemias, crises humanitárias e catástrofes naturais, uma comunicação bem elaborada dos riscos permite às pessoas que se encontram em maior perigo compreenderem e adotarem comportamentos de proteção (OMS, 2018). A OMS exemplifica que diversas crises sanitárias, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) de 2003 (o documento é anterior a de 2019) e a da gripe H1N1 de 2009, resultaram em conhecimento para formação e orientações que auxiliam em outros episódios semelhantes. Contudo, após avaliação desses momentos, faz o alerta para as lacunas encontradas, destacando os desafios de comunicar os riscos. Essa fraqueza estaria ligada fatores como transformação tecnológica, culturais, políticas e econômicas, que estão estritamente ligados ao modo como as pessoas analisam os riscos e se comportam perante eles.

Para a OMS, a eficácia da Comunicação de Risco em situações emergenciais funciona

a partir do momento que une os meios tradicionais (rádios, telejornais) a instrumentos culturais, a exemplo de líderes comunitários, no repasse da informação, como programas de intervenção, campanhas de sensibilização de longo prazo e disponibilização da informação através dos centros comunitários e religiosos (OMS, 2018). Por essa razão, é preciso ouvir as populações para identificar suas necessidades e preocupações, a fim de que se tenha um aconselhamento confiável e aceitável.

No guia da OMS, é enfatizado que a Comunicação de Risco em situações de emergência deve funcionar com base em três funcionalidades distintas. Primeiramente, destaca-se a necessidade de estabelecer confiança por meio de uma comunicação acessível e compreensível, incentivando a participação ativa das populações afetadas, incluindo a própria comunidade na tomada de decisões. Em segundo lugar, é determinante integrar a Comunicação de Riscos em Situações de Emergência (ERC) nos sistemas de saúde, garantindo o fluxo contínuo de informações entre diferentes fronteiras geográficas e níveis administrativos. Por fim, o guia da OMS preconiza a prática efetiva da ERC, enfatizando a importância do planejamento estratégico que envolve a avaliação de necessidades, definição clara de objetivos, implementação coordenada de intervenções específicas e monitoramento rigoroso das atividades e impactos das intervenções (OMS, 2018, p. 18).

Na mesma concepção, a Organização Pan-Americana da *Saúde* (OPAS, 2023) desenvolveu um levantamento sobre a Comunicação de Riscos e a participação comunitária, a partir de aspectos que dão vida a funcionalidade dela, sendo:

- Liderar no âmbito nacional - refere-se à necessidade de que a Comunicação de Riscos seja coordenada e governada pelas autoridades nacionais competentes para uma abordagem unificada
- Centrada na comunidade - deve ser adaptada às necessidades e características específicas das comunidades locais
- Colaborativa e inclusiva - envolver diversas partes promove informações mais eficientes
- Integrada no sistema geral de preparação e resposta - indica que a Comunicação de Riscos deve funcionar como parte integrante de um sistema mais amplo de preparação e resposta a emergências
- Com dados baseados em evidência - as informações transmitidas devem ser fundamentadas em indicadores científicos sólidos e atualizados
- Ser auditável - a capacidade de que as atividades possam ser avaliadas para garantir a eficiência das estratégias utilizadas

Essas características devem ser desenvolvidas ao longo das quatro fases de gerenciamento de riscos. 1. A primeira fase é a preparação, que envolve a organização interna para estabelecer fluxos de informações, planos de contingência e estratégias operacionais. 2. Na segunda fase, ocorre a interação externa, onde são incluídos diversos atores, como escolas, personalidades religiosas e empresários, ampliando a rede de colaboração e apoio. 3. Na terceira fase, concentra-se o controle da crise, momento que são implementadas as decisões planejadas e coordenados os recursos. 4. Por fim, a quarta etapa dedica-se à recuperação pós-crise, visando não apenas a reconstrução física, mas o suporte social às comunidades afetadas (OPAS, 2023).

Antes de iniciar qualquer operação de campanha de comunicação, é precípuo estabelecer objetivos, identificar os públicos a serem alcançados e determinar as mensagens-chave a serem transmitidas. Posteriormente, é necessário definir os canais de comunicação adequados com base nas características demográficas e comportamentais do público, que maximizam o alcance e a eficácia das mensagens. Avaliar regularmente o êxito da comunicação através de feedbacks, pesquisas e análises de mídia social, o que permite ajustes e melhorias constantes.

Ainda, isso abrange divulgar informações precisas sobre a situação atual, como o número de casos e mortes, bem como as medidas de controle em vigor. Além disso, é preciso colaborar estreitamente com organizações de saúde, como a OMS e instituições locais, a fim de coordenar as mensagens transmitidas. A clareza é fundamental: as autoridades devem fornecer explicações sobre as decisões tomadas, como a implementação de lockdowns, a necessidade do uso de máscaras e a importância da vacinação. Também é importante capacitar porta-vozes oficiais para comunicarem-se de maneira eficaz, garantindo que as informações sejam transmitidas de forma compreensível e confiável para o público (OMS, 2018; Malinverni *et al*, 2023; 2015; Posetti e Bontcheva, 2020; Sadman, 2024).

É essencial que os governos promovam ambientes interativos abrangentes e sensíveis sobre prevenção, sintomas, tratamento e vacinação, utilizando de diferentes meios de contato disponíveis com as diversas populações. Isso compreende o uso de carro de som, rádio comunitária, distribuição de folhetos, redes sociais, websites oficiais e aplicativos móveis, bem como os canais tradicionais de mídia, como rádio, televisão e imprensa escrita. Nestes casos, Freimuth e Quinn (2004) pontuam que a mídia é uma ferramenta poderosa, principalmente para aqueles que fazem parte dos públicos minoritários, que são grandes consumidores. As pesquisadoras afirmam que vários estudos comprovaram que informações de comportamentos de saúde inseridas em conteúdos de entretenimento, por exemplo, tem

efeitos muito significativos.

Além disso, colaborar com figuras públicas e influenciadores para amplificar o alcance do conteúdo. Os líderes comunitários e organizações regionais conseguem chegar em zonas de difícil acesso, por isso não devem ser esquecidos, como veremos mais à frente. Ações de monitoramento das estratégias, realizando ajustes conforme necessário, precisam ser construídas. Também, operar em combate a desinformação e os boatos por meio da criação de materiais visuais e audiovisuais, o uso de mensagens de texto e alertas de emergência, bem como *briefings* para a imprensa (Schiavo, 2014; Lourenço e Marchiori, 2012).

Nesse encadeamento de ideias, os governos precisam levar em consideração a ferramenta comunitária no processo informacional. A troca de conhecimentos e mensagens dentro de uma comunidade específica representa um pilar fundamental na construção de sociedades mais engajadas, tornando os membros ativos, criando um sistema de emissão e recepção de conteúdos entre eles, servindo como uma alavanca entre os indivíduos, território e o cotidiano (Paiva, 2009). Gera, deste modo, a capacidade da comunidade em tomar decisões e promover mudanças sociais positivas, afinal, a cultura popular não se limita à passividade, mas se configura como um espaço de contestação e reelaboração dos discursos hegemônicos (Martín-Barbero, 2001).

Nesta percepção, a comunicação comunitária se comporta como um ambiente de estudos e práticas para emancipação social, processo dialógico, horizontal e participativo, desempenhando função imperativa no fortalecimento das relações sociais, onde a população é a protagonista na construção de suas narrativas, na promoção da democracia participativa, ao oferecer um espaço onde os indivíduos podem discutir, deliberar e tomar decisões sobre questões que afetam suas vidas em grupo.

Quando a conjuntura apela para a mitigação da disseminação de um vírus, deve ser entendida como um modelo onde a troca de informações é contínua e multidirecional entre os diferentes atores sociais, fazendo com que as mensagens não apenas cheguem ao público-alvo, mas sejam, primordialmente, compreendidas, internalizadas e aplicadas de forma eficaz, tornando as comunidades mais democráticas (Krohling, 2008).

A comunicação comunitária cumpre funções na sociedade, das quais, acesso à informação, contribuindo para que a conscientização seja levada em diferentes eixos sociais, arquiteta ações coletivas para transformações locais, promove educação popular através de saberes coletivos e facilita o engajamento da comunidade. Este envolvimento aumenta as possibilidades de aceitação. Por exemplo, em diversas comunidades ao redor do mundo, líderes religiosos e de organizações civis têm sido instrumentos essenciais no

compartilhamento de informações sobre medidas de proteção contra a COVID-19. Eles utilizam a confiabilidade e influência para alcançar um público mais amplo e diverso, facilitando a cooperação.

O Papa Francisco foi uma dessas personalidades, encorajando sobre medidas de saúde pública e solidariedade global durante a pandemia, promovendo a vacinação e o cuidado com os mais vulneráveis, através de mensagens em redes sociais, sites oficiais, em suas homilias e discursos (Vatican News, 2021). Outro exemplo é a organização social Cruz Vermelha, que presta assistência de forma multidisciplinar em diversos países e forneceu ações ímpares na conversa com a sociedade, com assessoramento de orientações e normas às autoridades para prevenir e controlar o surto, principalmente o que tange as zonas de conflito assistidas pela instituição. Trabalhou ativamente na educação populacional nas medidas de proteção ao vírus, como a inclusão de campanhas de conscientização através de mídias sociais, materiais educativos distribuídos localmente e programas de rádio e televisão (International Committee of the Red Cross, 2020).

A criação de mensagens perfiladas às realidades locais é outro elemento essencial, que devem ser redigidas em uma linguagem acessível, evitando jargões técnicos que possam confundir. Além disso, é importante que sejam culturalmente apropriadas, refletindo os valores e práticas da comunidade, com a participação de agentes conhecidos do público-alvo. Este processo de comunicação deve ser bidirecional, com as autoridades recebendo opiniões dos resultados para ajustar e melhorar as mensagens conforme necessário. Porém, apesar de todos esses avanços na concepção da comunicação e saúde pública, para Freimuth e Quinn (2004), a capacidade de compreensão deste campo para a eliminação das disparidades na saúde ainda é limitada.

A interação e sensibilização da população são primordiais nestes episódios de crise sanitária. Campanhas de informação, workshops e sessões pedagógicas são métodos eficazes para aumentar a conscientização, como foi possível comprovar durante a pandemia de Ebola em países da África Ocidental, que uniu formas de Comunicação de Risco e comunitária. De um lado, informações oficiais sendo compartilhadas em diferentes meios e eventos interativos, do outro, líderes locais incentivando a adesão aos protocolos de saúde (Frimpong e Paintsil, 2023). O diálogo permite que os membros da comunidade expressem suas dúvidas e preocupações, promovendo um ambiente de aprendizagem mútuo. A inclusão de grupos vulneráveis perpassa pela preocupação de adaptação da comunicação. A interação direta com estas populações permite uma compreensão melhor das suas necessidades e ajusta as estratégias de comunicação de forma apropriada, rompendo barreiras específicas, como analfabetismo,

falta de acesso a tecnologias digitais ou limitações linguísticas (Paiva 2009).

A comunicação comunitária em contextos de risco de disseminação de vírus deve ser um modelo dialogado, envolvendo protagonismo dos indivíduos pertencentes ao nicho social, mensagens culturalmente moldadas, educação contínua, transparência, acessibilidade e monitoramento constante.

A integração da comunicação comunitária com a Comunicação de Risco fortalece a base para o engajamento da população, uma vez que ambas buscam promover a participação ativa da sociedade. Para garantir a eficácia da Comunicação de Risco, é fundamental estabelecer e manter a confiança, algo que pode ser facilitado por práticas de comunicação comunitária. Juntas, essas abordagens ampliam o acesso à informação. Especialmente em contextos de crise, a comunicação comunitária auxilia na implementação de estratégias de Comunicação de Risco. Além disso, permite o feedback contínuo da comunidade, essencial para ajustar e aprimorar as mensagens e ações em resposta às necessidades e preocupações locais.

Um exemplo claro de Comunicação de Risco na saúde pode ser observado durante a pandemia de COVID-19. Este evento global exigiu uma comunicação rápida e clara para conscientizar o público sobre os riscos associados ao vírus, medidas preventivas e respostas governamentais. Na crise sanitária foi necessário fazer a identificação do vírus, avaliar potencial transmissão e impacto para saúde pública através de estudos e pesquisas epidemiológicas. Agora, serão apresentadas experiências quem deram certo e outras que deixaram a desejar.

Começaremos com Taiwan, que se destacou como um case de sucesso. As autoridades e responsáveis técnicos desenvolveram mensagens sobre sintomas, métodos de transmissão e precauções a serem tomadas, utilizando meios de comunicação múltiplos, incluindo mídias sociais, televisão, rádio e plataformas online, para alcançar diferentes segmentos da população e atualizar regularmente o público sobre novos casos, medidas de saúde pública e recomendações de proteção (Gomes, 2020).

O país se destacou como certeiro no processo de contenção da disseminação do vírus com o uso da Comunicação de Risco. Investiu na comunicação clara com o público através de campanhas educativas abrangentes que focaram na importância do distanciamento social, uso de máscaras faciais, higiene das mãos e adesão às diretrizes de saúde pública. Outro ponto foi o envolvimento ativo de líderes comunitários e especialistas em saúde pública na propagação de informações. A colaboração estreita entre autoridades governamentais, instituições de pesquisa e profissionais de saúde permitiu uma abordagem multidisciplinar na gestão da pandemia, reforçando a confiança da população nas medidas adotadas.

Desde o início da crise sanitária global, o governo taiwanês adotou uma abordagem proativa baseada em dados e tecnologia. Na região, foi feito um cruzamento de dados - como as informações do banco nacional de seguro de saúde, que agrupa todas as interações dos pacientes com o sistema médico do país e dados de imigração, a equipe médica era alertada do grau de seriedade do caso do paciente, com base no histórico de viagens e dos sintomas -, notada agilidade no processamento dessas informações e transparência na orientação à população (Gomes, 2020).

Foram projetados meios oficiais de comunicação, websites e aplicativos móveis exclusivos para o período pandêmico; lançadas tarefas educativas abrangentes que ampliaram a conscientização sobre medidas de prevenção para diferentes públicos; o governo incentivou a participação ativa da comunidade na resposta à pandemia, com espaços para feedback público e consulta, permitindo que os cidadãos compartilhassem suas preocupações e sugestões. Sobre os canais diretos com os moradores, um deles foi uma linha telefônica gratuita destinada a relatos de pessoas que suspeitavam ter os sintomas de covid-19 e comunicação com as pessoas em quarentena, que recebiam comida e apoio das equipes médicas. Taiwan emitiu *briefings* diários ao público e mensagens de conscientização de saúde e de alerta, conseguindo tranquilizar os moradores, com informações oportunas, precisas e diretas sobre a epidemia em evolução (Gomes, 2020).

Ao contrário do Taiwan, o Brasil enfrentou desafios significativos na Comunicação de Risco, uma vez que adotou uma série de estratégias que variaram ao longo do tempo e entre diferentes esferas governamentais. A polarização política se somou a gama de obstáculos no diálogo entre gestão e sociedade (Malinverni *et al*, 2023). Desde a emergência do SARS-CoV-2, no final de 2019, os meios de comunicação assumiram o protagonismo da produção e circulação das informações.

Em junho de 2020, foi formado um consórcio de veículos de imprensa com a participação de importantes empresas do setor, como G1, O Globo, Extra, Estadão, Folha e UOL. Essa iniciativa surgiu em resposta às tentativas do governo de Jair Bolsonaro, presidente à época, de ocultar informações da população e atrasar a divulgação dos boletins sobre a doença. Conforme Malinverni *et al*. (2023), o governo brasileiro propagou, por muitas vezes, discursos de negação da gravidade da pandemia e menosprezo às medidas de distanciamento social e o uso de máscaras, incentivando, por ocasiões, o uso de drogas comprovadamente ineficazes contra a doença pandêmica, o que, muito provavelmente, pode ter potencializado o número de óbitos em função da disseminação do vírus.

A ausência de uma estratégia coordenada de comunicação facilitou para a

disseminação de informações conflitantes gerando, deste modo, consequências negativas para a gestão da crise sanitária. Malinverni *et al* (2023) destaca que a falta de articulação entre os personagens envolvidos minou a confiança do público e dificultou a adesão às medidas preventivas. Essa falta de comunicação centrada nas necessidades da população deu brecha para uma interação fragilizada. A ponte entre líderes comunitários e organizações sociais junto ao governo foi comprometida, o que influenciou negativamente a adesão às políticas públicas de saúde, especialmente em comunidades marginalizadas.

Outro agravante foi a politização da pandemia, que fez surgir uma divisão social, de desconfiança, e transformou as medidas de saúde pública em tópicos de debate ideológico (Perini- Santos, 2022). Essa polarização tornou ainda mais delicada a adesão das medidas consensuais e levou à recusa de parte da população em seguir as recomendações das autoridades sanitárias. Somado a isto, a ineficiência dos canais de comunicação governamentais, que falharam em alcançar localidades vulneráveis, como indígenas e quilombolas. A falta de tradução dos materiais informativos para línguas dos povos tradicionais e de compatibilidade das mensagens para populações com baixo nível de escolaridade contribuíram para a disparidade no acesso à informação (APIB, 2020).

Neste contexto, se enquadra, ainda, a subutilização de plataformas digitais e redes sociais de forma integrada e estratégica para alcançar diferentes grupos populacionais. Ferreira, Andrade e Santos (2023) salientam que as redes sociais não foram suficientemente exploradas para facilitar o acesso às informações sobre as medidas de saúde pública e os riscos associados à doença. Os espaços virtuais, que poderiam ser aparatos para mitigação, passaram por desafios na comunicação, incluindo a gestão de desinformação e a manutenção da confiança pública em tempos de incerteza. No estudo dos autores, entre as categorias apresentadas na análise dos conteúdos elaborados pelo Ministério da Saúde nos perfis digitais, as relacionadas ao autocuidado, consideradas hábeis na atenuação da pandemia, representaram apenas 18,87% do total de conteúdos voltados à mitigação do vírus.

Dentro do aspecto da comunicação, há a apropriação da fake news na contramão do processo de informar com eficácia os indivíduos sobre procedimentos de prevenção e tratamento. É frequente encontrar em jornais e debates com especialistas como a disseminação de notícias falsas impactou significativamente o combate ao vírus, que se propagou de maneira intensa.

Na manchete do Senado Federal (2021), o tema foi destacado como um grande desserviço no enfrentamento à pandemia e enfatizou como as campanhas de comunicação sobre a covid-19 caminharam a passos lentos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a

Anvisa (Agência Brasil, 2023) enfatizou como o combate às notícias falsas é um desafio para próximos momentos de crise sanitária. No Seminário “Lições da pandemia para a comunicação das epidemias”, realizado em abril de 2024, (ABC Pública, 2024) Edgard Rebouças, Coordenador-Geral de Projetos de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tratou como uma “desinfodemia” o compartilhamento de informações contrárias a ciência.

Esta diferença na forma de utilizar a comunicação no combate à doença pode ser notada nos números. Dados disponibilizado pela Universidade John Hopkins dos EUA, que concentra as estatísticas mundiais da doença, mostram que até janeiro de 2021 foram registrados 889 casos confirmados de COVID em Taiwan e sete mortes, isso numa população de 24 milhões de habitantes. Em um comparativo, a cidade brasileira de São Paulo, com cerca de 12 milhões de habitantes, na mesma época, acumulava mais de 450 mil casos e quase 17 mil mortes (Graeml, 2021).

Apesar desse cenário no âmbito federal, é possível encontrar modelos de Comunicação de Risco voltados à população vulnerável nas esferas estadual e municipal brasileiras. Algumas iniciativas de comunicação se destacaram no período, pela forma de transmissão de informações sobre riscos simples e objetiva. Um deles é o projeto "Mãos Solidárias", em Recife, que utilizou bicicletas com carros de som adaptados para conscientizar moradores de comunidades periféricas, alcançando áreas sem internet ou com acesso limitado. Em São Paulo, o podcast "Desenrola e não me enrola" utilizou uma linguagem adaptada à realidade das periferias. Com episódios curtos, abordava informações essenciais sobre formas de contágio e medidas de prevenção de maneira acessível e relevante para a comunidade local (Ferreira *et al.*, 2023).

No estado de Sergipe, o reconhecimento foi dado a capital. A OPAS considerou Aracaju, em 2021, como eficiente na divulgação de estratégias voltadas ao freio da contaminação pelo vírus em pessoas em situação de rua. Para a Organização Pan-Americana da Saúde, Aracaju se sobressaiu através do trabalho realizado pelo Consultório nas Ruas. Por conta da particularidade do perfil social mencionado, o processo informacional se deu através da ponte com profissionais da saúde. Eram estes os agentes faziam a intervenção da comunicação, quebrando as barreiras existentes para prevenção, busca por tratamento e imunização. Eles, efetivamente, integravam as opiniões, preferências e necessidades dos grupos-chave.

Como descrito por Schiavo (2014) a sensibilização dos prestadores de cuidados de saúde, além de se ater as preocupações mais frequentes dos indivíduos, ajuda a equipá-los com treinamento e recursos sobre comunicação em saúde. A OPAS concorda com este pensamento

e diz que ações como essas aproximam a saúde pública da realidade de quem vive nas ruas, levando informações onde elas estão (OPAS, 2021).

Além das ações direcionadas a pessoa em situação de rua, no geral, o município fez a divulgação de boletins informativos diários, o site oficial da Prefeitura foi atualizado constantemente, incluindo protocolos de saúde e links para serviços online, as redes sociais atuaram neste mesmo modo, houve cooperação com os meios de comunicação para estender a conscientização, foram realizadas coletivas de imprensa para apresentar e explicar as decisões tomadas no período, o aplicativo da Prefeitura foi atualizado para incluir informações sobre a COVID-19, como mapa de casos, locais de testagem e vacinação.

Estes casos ilustram como a Comunicação de Risco na saúde pode fazer grande diferença no enfrentamento de uma crise global, enfatizando a importância da colaboração entre autoridades de saúde, cientistas, mídia e comunidade para promover uma resposta efetiva.

Como lição, observamos que antes que uma crise desponte, o estabelecimento de um plano de contenção é fundamental. Por meio de campanhas educativas e programas de conscientização, a comunicação desempenha um papel essencial ao ensinar às comunidades como reconhecer sinais de alerta precoce, como agir de maneira segura e onde buscar ajuda quando necessário. Já no desenrolar da crise, a comunicação precisa ser ágil e coordenada. Informações precisas sobre evacuações, abrigos, serviços de emergência e atualizações sobre a situação são necessárias para orientar a população e minimizar o pânico (Lourenço e Marchiori, 2012; Covello, Sandman e Slovic, 1988; Seeger, 2005; Sadman, 2024).

A sinceridade na comunicação também constrói confiança e cooperação entre todos os envolvidos na resposta à crise. Após o momento de crise, a comunicação permanece desempenhando um papel vital na recuperação e reconstrução. Informações sobre recursos de apoio, programas de assistência e orientações auxiliam a comunidade a se reerguer e se adaptar às mudanças trazidas pelo desastre. Desde a preparação inicial até a fase de recuperação, a comunicação clara, precisa e oportuna pode salvar vidas, reduzir danos e fortalecer a resiliência das comunidades afetadas.

Perrow (1984, *apud* por Sellnow, Seeger e Matthew, 2021) dedicou seu trabalho ao estudo da comunicação em situações de risco, e sua conclusão ressaltou que, à medida que a sociedade se torna mais complexa, aumenta as possibilidades que ocorram mais crises. Na análise, ele argumentou que a interconexão de sistemas complexos em diversos setores da sociedade moderna aumenta a probabilidade de falhas sistêmicas, que por sua vez podem desencadear crises. Nesse contexto, os acidentes e eventos disruptivos estão se tornando mais

comuns, não apenas devido à inevitabilidade da complexidade, mas também devido à dificuldade de prever e mitigar os riscos associados a ela. Essa perspectiva enfatiza a importância de um planejamento sério, uma comunicação bem estruturada, não apenas para gerenciar a crise imediata, como promover uma compreensão mais profunda dos fatores que contribuem para a ocorrência de crises e para informar futuras estratégias de prevenção e resposta (Perrow, 1984; Jesus, 2013; Sadman, 2024).

6. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Como apontado inicialmente, a pesquisa tem como objeto de estudo os modelos comunicacionais de risco operados na pandemia da COVID-19 para as pessoas em situação de rua, em dois contextos, Aracaju e Lisboa, de modo a entender se a atuação dos governos foi eficiente no período, contribuindo, assim, para a mitigação do vírus que se espalhava. Para chegar a prática de análise, este estudo adota a abordagem metodológica qualitativa interpretativa, arquitetada como um estudo de caso-múltiplo holístico.

Yin (2015) determina esta estratégia como uma investigação empírica profunda de fenômenos modernos por meio de etapas, que vão desde a definição do objeto, a realizar o planejamento rigoroso e estruturado dos casos, caracterização das técnicas adequadas para coleta dos dados - que tangem entrevistas, observação direta, análise de documentos e artefatos, entre outras. Em seguida, a avaliação das informações obtidas, conclusão e apresentação dos resultados.

Esta escolha considera casos individuais que compartilham características similares, permitindo uma análise comparativa detalhada entre eles, inclusive, cada um dos casos é tratado como uma unidade de análise separada. Ambos os contextos registram desigualdade social e esforços para integrar a saúde com os serviços sociais para populações vulneráveis. As duas cidades têm importância histórica significativa para suas regiões, funcionam como centros econômicos importantes e são conhecidas pela promoção da qualidade de vida e do desenvolvimento urbano. Os dois municípios têm políticas de assistenciais voltadas à PSR.

O estudo de caso ajudará a concluir o motivo do fenômeno existir e como ele se caracteriza. Suas vantagens incluem a capacidade de adaptar-se a diversas abordagens epistemológicas, o uso de várias fontes de evidência e o potencial para o avanço teórico (Ventura, 2007; Gil, 2002). Yin (2015) destaca que além de oferecer uma visão holística do fenômeno estudado, facilita a generalização analítica ao explorar padrões comuns e diferenças entre os casos.

Este método é particularmente útil para explorar fenômenos complexos e contextos específicos, proporcionando insights profundos e ricos sobre questões de interesse acadêmico e prático. De fato, a vantagem mais singular para a utilização de múltiplas fontes de evidência é o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, enquanto processo de triangulação de dados, uma maneira de tornar o estudo de caso robusto (Yin, 2015). É esse processo, de acordo com Stake (1995), que possibilita a provisão de teoria e produção de evidência científica.

Para atender aos objetivos desta pesquisa, foram executadas três fases distintas, **são elas:**

1. Revisão de Literatura: evidências científicas que apoiam a formulação de políticas de Comunicação de Risco em cenários de crises sanitárias.
2. Estudo de Caso Múltiplo: entrevistas, análises sistemáticas das estratégias operadas e documentos de apoio em Aracaju e Lisboa.
3. Análise Interpretativa dos dados: evidências indutivas e dedutivas de políticas e programas críticos observados.

A primeira etapa teve por objetivo sistematizar a concepção da literatura sobre o tema. Para tal, nos dedicamos a uma revisão de literatura para sumarizar e interpretar as categorias fundamentais do fenômeno no intuito de organizá-las, construindo uma teoria dedutiva do fenômeno estudado. Também entender as singularidades da pessoa em situação de rua, a legislação que envolve esta faixa populacional, como funcionam os sistemas de saúde e o que, de fato, é relacionado com estes cidadãos, através de políticas públicas e programas de governo. Ainda, nos dedicamos ao planejamento dos protocolos de coleta de dados a serem operados em Aracaju e em Lisboa - com o apoio do programa do ISCTE-IUL Instituto Universitário de Lisboa.

Em seguida, iniciamos à coleta dos dados com os gestores da Comunicação de Risco das cidades com a descrição dos programas críticos operados para mitigação do vírus da COVID-19 junto à PSR, das experiências contemporâneas da última pandemia. A investigação teve como finalidade a compreensão das propostas, dos desafios dos programas, dos seus *modus operandi*, da resolutividade vinculados às políticas executadas, isso segundo os registros documentais e perspectiva dos seus proponentes, gestores e executores.

Entrevistas em profundidade foram aplicadas, experiências foram coletadas com gestores dos processos, bem como representantes dos principais grupos parceiros fomentadores dos processos abarcados. Conforme Goldenberg (2011), a entrevista traz diversas vantagens, como ser um instrumento mais adequado para a revelação de informação

sobre assuntos complexos, o entrevistador pode observar o que diz o entrevistado e como diz, verificando possíveis contradições, permite uma maior profundidade, estabelece uma relação de confiança entre as partes e é mais flexível.

As entrevistas foram feitas a partir de pessoas que atuaram no período da pandemia. Em Lisboa, a professora Rita Lisboa auxiliou neste processo. Em conformidade com os princípios éticos que regem a pesquisa científica, todos os nomes, cargos e demais elementos identificadores dos participantes foram integralmente anonimizados, de modo a preservar sua privacidade e assegurar a confidencialidade das informações fornecidas. Essa conduta seguiu rigorosamente as orientações do Comitê de Ética do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE) e do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da UFS.

A coleta de dados foi precedida pela apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos metodológicos adotados, os riscos e benefícios envolvidos, bem como seu direito de recusa ou desistência, sem qualquer prejuízo.

A preservação do anonimato buscou garantir um ambiente seguro para a livre manifestação de percepções, experiências e opiniões, contribuindo para a integridade dos dados e a credibilidade dos achados, em consonância com os princípios da ética em pesquisa com seres humanos.

Eixos temáticos e questões orientadoras para entrevistas e observações:

1. Contexto institucional e experiência profissional:

- Qual sua função atual ou qual foi sua atuação no contexto da pandemia de COVID-19?
- Como a população em situação de rua era abordada no âmbito da sua instituição antes da pandemia?
- Quais mudanças estruturais ou operacionais ocorreram no seu órgão durante o período pandêmico?

2. Dados e diagnósticos:

- Havia registros oficiais atualizados sobre o número e perfil da população em situação de rua na sua cidade durante a pandemia?
- De que forma esses dados foram utilizados para orientar as ações de saúde e comunicação?

3. **Planejamento e resposta à crise sanitária:**

- Existiu um plano específico para a população em situação de rua? Se sim, quais foram os primeiros passos adotados?
- Como a instituição se reorganizou à medida que o cenário da pandemia se agravava ou se transformava?
- Houve protocolos específicos de comunicação voltados a essa população?

4. **Estratégias de comunicação:**

- Que papel a comunicação teve na resposta emergencial durante a pandemia?
- Quais canais, linguagens e formatos foram utilizados para alcançar a população em situação de rua?
- Houve interlocução entre as equipes técnicas e a área de comunicação institucional?
- Houve ou já existia treinamento para os profissionais?

5. **Recursos empregados:**

- Quais recursos financeiros foram destinados às ações voltadas à PSR?
- Como se deu a mobilização e o dimensionamento das equipes (recursos humanos) durante a crise?

6. **Desafios e limitações:**

- Quais foram os principais obstáculos enfrentados para implementar ações de comunicação voltadas à PSR?
- Houve resistência da população em aceitar orientações ou aderir a serviços durante a pandemia? Como isso foi tratado?

7. **Avaliação e impacto das estratégias:**

- Como você avalia a efetividade das práticas comunicacionais adotadas com a PSR durante a pandemia?
- A comunicação institucional foi adaptada ao longo da crise? Que aprendizados emergiram desse processo?

8. **Fase pós-crise e continuidade das ações:**

- Após o fim da fase emergencial, houve ações de continuidade na comunicação com a PSR?
- Foram realizadas escutas, pesquisas ou estratégias de monitoramento/feedback com a população atendida?

9. **Participação e escuta ativa:**

- A população em situação de rua foi consultada ou envolvida na construção das

mensagens ou ações?

- Como se deram os mecanismos de escuta, acolhimento e retorno das demandas da PSR?

Importa destacar que os questionamentos apresentados funcionaram como eixo orientador das entrevistas, mas não se configuraram como um roteiro rígido. A abordagem adotada foi a de entrevista semiestruturada, o que permitiu flexibilidade na condução das conversas e a inclusão de perguntas complementares, conforme as especificidades de cada interlocutor e os contextos narrados.

Dessa forma, criou-se espaço para que os entrevistados trouxessem reflexões espontâneas, experiências não previstas inicialmente e elementos contextuais relevantes para a compreensão da dinâmica comunicacional durante a pandemia de COVID-19. Essa abertura possibilitou captar nuances importantes das práticas institucionais, bem como identificar lacunas, percepções e estratégias não documentadas formalmente, mas que foram fundamentais no enfrentamento da crise sanitária junto à população em situação de rua.

No desenvolvimento do processo de dados, utilizamos informações de documentos, a exemplo do Plano de Contingência de Aracaju - publicado em fevereiro de 2020, que define diretrizes para a gestão municipal atuar, com determinações diferentes de acordo com as fases distintas de contaminação -, decretos, pesquisas, dados primários e secundários relacionados. Além das entrevistas em profundidade, foi realizada observação in loco. A observação empírica revelou aspectos que, por vezes, escapam aos documentos oficiais e aos relatos institucionais.

A terceira fase de investigação foi o aprofundamento das políticas e programas críticos de Comunicação de Risco voltadas para as PSR. É de fato o trabalho analítico que explora e compara as ações, os resultados, as percepções dos atores envolvidos no processo de formulação das intervenções estudadas. A análise tem por objetivo prover evidências para programas de Comunicação de Risco para a PSR e seus mecanismos de funcionamento. Este material é o produto da análise dos dados cruzados que nos trará luz sobre o que sabemos sobre as estratégias e sua resolutividade, além da sua estrutura de funcionamento em termos dos blocos definidos.

Os resultados da análise estão organizados em cinco eixos temáticos:

- **Estrutura institucional e políticas públicas durante a pandemia da COVID-19**
- **Análise das estratégias comunicacionais durante a crise sanitária**
- **A comunicação: barreiras e superações**

- **Engajamento comunitário e participação social**
- **Avaliação e mecanismos de feedback**

Definição escopo do estudo

- Questão de pesquisa - Quais e como se deram as políticas e programas de Comunicação de Risco voltadas à PSR na pandemia da COVID-19? Na medida do possível, privilegiando as motivações e os contextos para a adoção das estratégias observadas.

- Proposição teórica - Programas de Comunicação de Risco voltados às populações vulneráveis, fundadas em comunicação e informação abrangente, precisa e segura, contribui com o acesso a atenção à saúde (ainda que complementar de um sistema muito mais complexo), ao funcionar como uma área estratégica de interação e troca de experiências em saúde.

- Unidades de análise: Aracaju e Lisboa. Múltiplas fontes de dados foram utilizadas, incluindo entrevistas estruturadas, semiestruturadas e em profundidade com atores chave do processo (formuladores de políticas, gestores, pesquisadores e demais partes interessadas, como representantes de órgãos reguladores) e análise documental (tanto dos programas operados quanto documentos políticos, literatura cinzenta, literatura oficial e o que pertinente for).

- Vinculação dos dados às proposições: síntese comparativa dos dados.

A escolha pelas unidades de análises, Aracaju e Lisboa, se deu através das familiaridades que ambas cidades compõem no âmbito nacional sobre o sistema de saúde. De um lado, o Brasil, com o Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde n.º 8080/90 e nº 8.142/90. Tem por objetivo fornecer assistência a qualquer cidadão residente no país de forma universalizada. Para tal, conta com centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, fundações e institutos de pesquisa (Fortalecer o SUS, 202-).

No SUS, a população tem acesso de forma totalmente gratuita a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde. Engloba desde a atenção primária, média e alta complexidades, aos serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica, nos âmbitos municipais, estaduais e federais. O sistema de saúde brasileiro é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais (Fortalecer o SUS, 202-).

Cada ente que compõe o SUS tem suas responsabilidades. O Ministério da Saúde é o

gestor nacional, que produz, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas em articulação com o Conselho Nacional de Saúde, mas não tem a tarefa de realizar as ações. As Secretarias Estaduais de Saúde fazem parte da formulação das políticas e ações de saúde, e prestam apoio aos municípios em conjunto com o conselho estadual. Já as Secretarias Municipais de Saúde, organizam, controlam e executam as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde (Ministério da Saúde, 2022).

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), foi criado em 1979, com a função de oferecer assistência democrática, universal e gratuita. O sistema foi idealizado no modelo de Beveridge (inspirado no Reino Unido), que se norteia no financiamento dos serviços de saúde por meio das receitas obtidas por impostos. A partir de 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, Portugal define o sistema de saúde como uma responsabilidade do Estado, de cada indivíduo e das iniciativas sociais e privadas (Sousa, 2009).

Deste modo, o sistema de saúde português, em dadas ocasiões, cobra taxas moderadoras para consultas, serviços de urgência, visitas domiciliárias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, mas cerca de 60% da população está isenta do pagamento (Barros *et al.*, 2022). Sousa (2009) aponta que para alguns a inclusão destas medidas é justificável sob a resposta de que protegeria a manutenção do SNS, no entanto, para outros, este tipo de medida constrói barreiras para acesso ao sistema.

O SNS é organizado em diferentes níveis de cuidados de saúde. 1. Cuidados Primários, que são ofertados pelos centros de saúde e unidades de saúde familiar; 2. cuidados hospitalares, com serviços de internamento, cirurgia, tratamentos especializados e serviços de urgência e emergência. 3. cuidados continuados integrados, que incluem serviços de reabilitação, cuidados paliativos e apoio domiciliário para pacientes com condições crônicas ou em situação de dependência. O SNS também inclui programas de saúde pública, vigilância epidemiológica, programas de vacinação e campanhas de prevenção.

Contudo, o SNS enfrenta alguns desafios, de acordo com Barros *et al.* (2022) relacionados as disparidades geográficas e o pouco recurso encaminhado para à saúde, ficando muito abaixo de outros países da União Europeia.

Quando se fala na PSR, os dois municípios precisam lidar com dificuldades parecidas. Frequentemente, pessoas em situação de rua enfrentam desafios para acessar serviços de saúde devido a barreiras logísticas e administrativas. A ausência de um endereço fixo, a falta, muitas vezes, de documentos pessoais e a precariedade nas condições de vida podem limitar o acesso a cuidados médicos regulares e a tratamentos contínuos. Além disso, muitos não

possuem informações sobre os serviços disponíveis ou enfrentam estigmatização, o que pode desencorajar a busca por ajuda (Békási, 2022; Pina *et al*, 2020; Fernandes, 2006; De Paula, 2020).

Diante desses cenários, os sistemas de saúde precisam superar também as dificuldades na adequação dos serviços às necessidades específicas dessa população, que poderiam ser mitigadas com o uso da Comunicação de Risco de forma efetiva. A limitação de recursos e a falta de serviços adaptados podem resultar em cuidados fragmentados e insuficientes (Békási, 2022; Pina *et al*, 2020).

Nos aspectos semelhantes, as duas cidades são regidas por legislação nacional que garante o direito a habitação adequada e saúde como básicas na garantia à dignidade (Governo da República Portuguesa, 2017; Brasil, 1988).

Neste trabalho, poderemos verificar quais modelos de comunicação os governos adotaram no período da pandemia da COVID-19 que incluíram a população em situação de rua. Como essa atuação foi concretizada em dois contextos que carregam familiaridades, mas também possuem características particulares correspondentes as suas realidades locais. Isto, através de evidência científica, que é o conhecimento de um dado fenômeno, gerada por pesquisa. A utilização de evidência para a formulação de políticas de saúde é utilizada para garantir que a tomada de decisões seja formulada de forma mais coerente possível, embasada pela melhor evidência de investigação disponível (Oxman, et al. 2009).

Em contrapartida, a não utilização de evidência conduz à subutilização de estratégias eficazes, ao uso incorreto ou não comprovado de ações estratégicas e táticas (Strydom et al., 2010). Esse cenário pode criar consequências graves à população, sobretudo, quando tratamos de serviços de saúde, por comprometer, por exemplo, a promoção de cuidados de saúde adequados, aumentar as iniquidades em saúde e levar ao uso ineficiente de recursos limitados. Desde os anos 90, a tomada de decisão baseada em evidência tornou-se uma peça chave nos cuidados de saúde (Oliveira, 2017, p. 14-15).

7. ESTRUTURA INSTITUCIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

7.1 Aracaju

A análise da estrutura institucional e da coordenação intersetorial em Aracaju durante a pandemia de COVID-19 revela um cenário marcado por respostas fragmentadas, orientadas por ações emergenciais e pela ausência de planejamento estratégico específico para a

população em situação de rua. Verificou-se que as iniciativas de comunicação destinadas a esse público foram, em sua maioria, espontâneas e desarticuladas, refletindo a inexistência de diretrizes institucionais claras e contínuas.

A gestão municipal pautou-se por diretrizes gerais estabelecidas pelo governo federal, aplicadas de forma descentralizada e pouco adaptada ao contexto local. A ausência de padronização entre as secretarias envolvidas resultou em descompassos operacionais e na escassez de estratégias comunicacionais voltadas às especificidades da PSR. Embora a Nota Técnica SNAS nº 13/2020 (Brasil, 2020) recomendasse a utilização de canais diversos (rádio, TV, cartazes, comunicação interpessoal) e a participação de lideranças comunitárias, tais orientações foram aplicadas de maneira incipiente na capital sergipana.

As ações empreendidas seguiram um padrão reativo, baseando-se em estruturas pré-existentes e carecendo de adequações às exigências impostas pela crise sanitária. A falta de registro sistemático das atividades dificultou a análise retrospectiva das políticas adotadas, tornando o levantamento de dados dependente da memória dos atores institucionais. Destaca-se, ainda, a ausência de dados consolidados sobre o impacto direto da pandemia na PSR, incluindo indicadores de mortalidade, contágio e acesso à rede de saúde. Esse limite reduz a possibilidade de mensurar o real alcance e a efetividade das medidas adotadas, dificultando a construção de uma política pública baseada em evidências. O apagamento estatístico da PSR reforça sua exclusão simbólica e concreta, ampliando sua vulnerabilidade comunicacional diante das crises.

A análise dos 76 decretos municipais publicados entre março de 2020 e março de 2022 - desde o Decreto nº 6.094, que instituiu o Comitê de Operação de Emergência, o serviço de monitoramento epidemiológico (Monitoraju) e as primeiras medidas restritivas para contenção da transmissão viral, até o Decreto nº 6.761 que flexibilizou as medidas de controle sanitário e tornou facultativo o uso de máscaras - revelou a inexistência de menções explícitas a políticas públicas direcionadas à PSR. Tal lacuna comprometeu a efetividade das medidas de enfrentamento em contextos de vulnerabilidade extrema.

O Plano de Contingência municipal não contemplou estratégias específicas de comunicação para essa população, e a atuação da Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal da Saúde limitou-se à divulgação de conteúdos generalistas nos canais institucionais, sem segmentações ou formatos acessíveis.

Diante da limitada atuação governamental, organizações da sociedade civil desempenharam papel central na resposta emergencial. Entidades como a Pastoral do Povo da Rua, a Associação Católica Bom Pastor e o Movimento Nacional da População em Situação

de Rua mobilizaram recursos e ações de forma autônoma desde o início do *lockdown*, atuando tanto no fornecimento de itens básicos como na reivindicação por políticas públicas específicas. Essas iniciativas ocorreram, contudo, sem articulação sistemática com os órgãos governamentais.

A ausência de envolvimento de lideranças comunitárias nas ações institucionais e a falta de estratégias para construção de vínculos com a PSR comprometeram a qualidade da comunicação e o alcance das medidas de proteção. Conforme relato de um entrevistado:

“Quando a pop rua começou a pedir comida, não tive como permanecer em minha casa. E foi através do nosso trabalho, da nossa reivindicação, que as primeiras medidas foram adotadas, como a abertura de vagas em acolhimento, mas foram dias que as pessoas não tiveram nenhum tipo de suporte” (Entrevistado 7, 2024).

A não valorização das lideranças comunitárias como mediadoras da comunicação institucional compromete o processo de construção de confiança, reduzindo drasticamente o alcance e a legitimidade das mensagens de risco. A ruptura entre linguagem institucional e realidade vivida produz barreiras informacionais concretas, que agravam a vulnerabilidade comunicacional da PSR. O episódio relatado pelo entrevistado demonstra que, na ausência do Estado, as próprias pessoas em situação de rua tentaram ocupar o vácuo comunicacional com base em redes informais.

Embora os dados oficiais sobre mortalidade por COVID-19 na PSR em Aracaju sejam inexistentes, relatos de profissionais de campo indicam um número reduzido de casos confirmados. Segundo o Entrevistado 2 (2024), apenas um óbito foi registrado oficialmente, enquanto outros dois casos foram atendidos, porém provenientes de municípios vizinhos.

Conforme propõe a OMS (2018), a Comunicação de Risco deve ser baseada em evidências e ajustada conforme o monitoramento contínuo. A inexistência de dados sobre mortalidade, contágio e acesso da PSR aos serviços de saúde compromete a capacidade de calibrar ações e revela uma lacuna grave na resiliência institucional e na produção de conhecimento aplicado.

Outro aspecto recorrente nos relatos refere-se à mudança no perfil da população em situação de rua durante a pandemia, com o ingresso de pessoas recém-desempregadas. O Entrevistado 11 (2024) complementou essa observação, afirmando que, além do aumento de pessoas sem emprego, foi possível notar uma maior frequência de indivíduos que romperam vínculos familiares e/ou iniciaram o uso de substâncias psicoativas. Apesar dessa percepção, a falta de dados sistematizados no período impediu a quantificação desse fenômeno.

Ainda, o Entrevistado 5 (2024) apontou a dificuldade de acesso da PSR aos serviços de saúde básica, motivada por estigma e pela ausência de documentação civil. O Censo Pop Rua

Aju (2025), realizado posteriormente, confirmou parte dessas dinâmicas, apontando que cerca de 22% dos entrevistados relataram dificuldades de acesso a serviços públicos no ano de 2024, principalmente unidades básicas de saúde, associando a negativa ao estigma e à ausência de documentação civil.

Ainda que não seja possível estabelecer uma comparação direta com o período pandêmico, os dados disponíveis reafirmam a persistência das barreiras enfrentadas pela PSR no acesso à saúde, indicando uma continuidade de vulnerabilidades que extrapolam o contexto emergencial da COVID-19.

7.1.1 O que mudou durante a pandemia em Aracaju? Planos de contingência e medidas emergenciais

Diante da declaração da pandemia de COVID-19, a administração municipal de Aracaju implementou medidas emergenciais com o objetivo de mitigar os impactos da crise sanitária sobre a população em situação de rua. Inicialmente, as equipes da Assistência Social realizaram um levantamento preliminar com o intuito de quantificar a demanda por acolhimento institucional imediato, que chegou ao resultado de 40 pessoas acolhidas nas primeiras estratégias. Concomitantemente, foi determinada a manutenção dos atendimentos prestados pelo Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop) e pelas equipes de abordagem social.

Segundo o relato do entrevistado 2 (2024),

“o executivo teve o cuidado de ofertar os EPIs iniciais para os trabalhadores e assistidos, como máscaras, capotes, álcool em gel, aquela recomendação básica que a OMS trouxe para o atendimento, como o distanciamento preventivo nos atendimentos, mas entendemos que, naquele momento, não foram medidas universais. Elas não foram suficientes para garantir esse atendimento de forma plena e essa proteção de forma plena de trabalhadores e assistidos. Mas era o que poderia ser feito naquele estágio do surgimento do vírus aqui na capital” (Entrevistado 2, 2024).

O Centro Pop manteve suas atividades durante a pandemia de COVID-19, com uma interrupção temporária durante o período de *lockdown*, cuja duração precisa não foi especificada pelos entrevistados. O Centro Pop constituiu-se como a principal porta de entrada para as demandas de saúde e isolamento social da População em Situação de Rua em Aracaju, apesar de apresentar condições estruturais inadequadas, como a ausência de espaços de descanso e convívio. O equipamento ofertou serviços essenciais como alimentação, emissão de documentos e acesso às políticas municipais.

Em 2020, o Centro Pop registrou um total de 2.165 pessoas em situação de rua atendidas, com predominância de homens na faixa etária de 18 a 39 anos. Destaca-se o elevado número de usuários de drogas (1.166) e de migrantes (873) entre os atendidos.

Em 2021, o Centro Pop contabilizou o atendimento de 2.503 pessoas em situação de rua, mantendo a predominância do perfil masculino, com 860 indivíduos na faixa etária de 18 a 59 anos. Nesse período, aproximadamente 49% dos atendimentos foram de migrantes, evidenciando um significativo fluxo de pessoas provenientes de outros estados. Do total de atendimentos individuais, 556 foram realizados por meio da abordagem social. Contudo, o volume total de abordagens sociais registradas no Centro Pop em 2021 foi de 1.198, representando o número de pessoas multiplicado pela frequência das abordagens.

Ademais das abordagens realizadas no Centro Pop, a abordagem social direta na rua totalizou 552 indivíduos em 2021, com um volume de 861 abordagens. Em 2020, esse volume foi superior, alcançando 1.099 abordagens. Em relação à continuidade dos serviços do Centro Pop, observou-se uma divergência entre os relatos dos entrevistados. Enquanto o Entrevistado 2 (2024) afirmou a continuidade dos serviços, o Entrevistado 10 (2024) descreveu as atividades como precárias.

“A comunicação na primeira fase da pandemia foi difícil. Nos mantivemos na linha de frente, mas os equipamentos de proteção demoravam a chegar e era um número bem menor do que a demanda. A gente só sabia do que era divulgado na mídia e passávamos para eles, mas de forma bem incipiente. A gente tinha contato porque não tinha como não ter, mas era com medo do contágio. A procura era mais para os abrigos, o resto, naqueles meados de 2020, quase não fazíamos” (Entrevistado 10, 2024).

Figura 1: Parte interna do Centro Pop



Fonte: Corso (2024)

Conforme o relato do Entrevistado 12 (2024), nos estágios iniciais da disseminação da COVID-19, o acesso da PSR à unidade do Centro Pop foi inicialmente vedado, restringindo-

se a intervenção à entrega de alimentos. Em um momento posterior, o acesso para fins de higiene pessoal foi permitido, com a limitação de dez pessoas por vez. Nesse contexto, depreende-se uma subutilização do espaço para ações de conscientização dos usuários acerca da pandemia, restringindo-se a oferta aos serviços primários.

A concentração da demanda no Centro Pop, resultante do esvaziamento de outras áreas da cidade e da busca por atendimento por parte da PSR, tornou-se evidente. Nas palavras do Entrevistado 2 (2024), "indivíduos que frequentavam áreas economicamente atrativas migraram para o Centro Pop, que se tornou o principal ponto de atendimento à PSR durante a pandemia".

À luz do conceito de modelos centrados na resposta (Schiavo, 2014), observa-se que a atuação do Centro Pop foi reativa e ancorada em demandas espontâneas, com baixa capacidade de antecipação e planejamento contínuo. Embora o espaço tenha sido mantido como porta de entrada para atendimentos durante a pandemia, a ausência de infraestrutura adequada e protocolos de comunicação específicos limitou seu alcance e efetividade.

O primeiro espaço emergencial de acolhimento foi estabelecido em 30 de março de 2020. A Escola Municipal General Freitas Brandão, localizada no bairro Suissa, foi adaptada como unidade de assistência à PSR, com capacidade para até 70 pessoas. O local providenciou itens de higiene pessoal, vestuário, roupa de cama, álcool em gel e colchões, além de três refeições diárias. A referida escola encontrava-se desativada desde 2018 devido à baixa demanda de matrículas.

“De imediato, estruturamos um serviço de acolhimento voltado para essa população. Inicialmente, o acolhimento era geral, mas a Escola Freitas Brandão se consolidou como equipamento público da gestão, destinado principalmente a homens”, (Entrevistado 2, 2024).

A adaptação da Escola Municipal General Freitas Brandão como abrigo emergencial e temporário ocorreu em condições de moradia inadequadas. O Entrevistado 8 (2024) reconheceu a precariedade da estrutura, justificando que “diante da incerteza quanto à duração da pandemia, mantivemos as operações nessas condições precárias, priorizando a preservação da vida”. O abrigo Freitas, logo após sua abertura, acolheu todos os indivíduos em situação de rua que aceitaram deixar as ruas naquela fase inicial da pandemia de COVID-19. Esta unidade mantém seu funcionamento de forma permanente até o presente momento.

Outros espaços foram mobilizados:

- **Casa de Passagem Acolher** (Salgado Filho) atendeu até 50 pessoas, priorizando casos assintomáticos e estadias prolongadas. Com a evolução do cenário epidemiológico, a unidade passou a priorizar o acolhimento de famílias;

- **Centro-DIA da Pessoa Idosa** (Pereira Lobo) recebeu pessoas sintomáticas, com apoio do Consultório na Rua;
- **CRAS Terezinha Meira** (Veneza) funcionou como abrigo de quarentena, com 20 vagas para triagem e testagem, ficando em isolamento de acompanhamento por sete dias;
- **República Feminina**⁶ foi destinada a grupos familiares;
- **Centro Espírita Laura Amazonas** (Santos Dumont) acolheu idosos e pessoas com comorbidades, por meio de cessão voluntária;

Figura 2: Espaço de acolhimento Laura Amazonas, no Santos Dumont, em junho de 2020.



Fonte: Prefeitura de Aracaju (2021)

⁶ Esta unidade possui informações confidenciais atualmente por atender um público em vulnerabilidade e risco.

- **Estádio Sabino Ribeiro** (Industrial) abrigou famílias temporariamente em barracas, com apoio da Defesa Civil. Conforme o Entrevistado 2 (2024), “o estádio também serviu como abrigo, com o apoio da Defesa Civil, que instalou tendas. Contudo, a adaptação foi breve, devido às condições insalubres do local”.

O Entrevistado 3 (2024) salientou os desafios relacionados às condições estruturais e de funcionamento desses espaços de acolhimento: “Os abrigos funcionavam como depósitos, não como abrigos. A articulação com a Saúde era precária e os profissionais estavam apreensivos”. A carência de informações adequadas também se configurou como um obstáculo nessas unidades.

Nos espaços destinados ao acolhimento da PSR, a comunicação ocorreu predominantemente por meio das equipes de saúde e dos profissionais atuantes nas unidades, como educadores e assistentes sociais. No entanto, observou-se a ausência de protocolos estabelecidos ou medidas definidas para o compartilhamento de informações relevantes.

O encaminhamento para as unidades de acolhimento deu-se por demanda espontânea, ou seja, indivíduos que necessitavam de suporte manifestavam sua vontade às equipes (sendo o Centro Pop um importante aliado nesse processo) ou a partir do trabalho das equipes de abordagem social. O Entrevistado 8 (2024) relatou a dificuldade logística inicial: “foi um desafio imenso, pois o almoxarifado estava dimensionado para 40 pessoas e repentinamente tínhamos quase 200 abrigados”.

Houve consenso entre os entrevistados de que a maioria da PSR aceitou o acolhimento emergencial. Contudo, muitos solicitaram desligamento das unidades devido às normas estabelecidas, especialmente aqueles com histórico de uso prejudicial de substâncias psicoativas. A comunicação inadequada sobre as regras dos abrigos, como a proibição do uso de drogas, pode ter gerado conflitos e resistência, elevando o risco de exposição da PSR às vulnerabilidades das ruas. O Entrevistado 12 (2024) expressou a dificuldade em quantificar esse fluxo: “não sei precisar quantas pessoas que pediram desligamento e quantas entraram nos abrigos nesse período”.

A elevada rotatividade nos espaços de acolhimento, com saídas voluntárias associadas à rigidez das regras e à ausência de diálogo, evidencia os limites de um modelo centrado na institucionalidade, mas desconectado das realidades vividas pelos usuários. A falta de mediação comunicacional sobre as normas de convivência contribui para o não pertencimento e amplia o risco de retorno à rua. Isso reforça a importância da Comunicação de Risco como prática relacional, e não apenas informacional.

As estratégias de acolhimento demonstraram resiliência institucional no esforço de

adaptação de estruturas como escolas e centros comunitários, mas apresentaram fragilidades em acessibilidade comunicacional, como a ausência de informações claras sobre regras de permanência e cuidados sanitários.

Em 2021, o Consultório na Rua, equipe itinerante composta por quatro ou cinco profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psicólogo e, ocasionalmente, médico), expandiu seu horário de atendimento de segunda a sexta-feira, das 13h às 19h, para das 7h às 19h.

Aproximadamente, três novos profissionais foram incorporados à equipe por meio de remanejamento e parceria com a Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Reuniões semanais foram instituídas para a discussão de casos e funcionavam como momento para partilha das experiências e trocas entre os profissionais. Além do atendimento em campo, a equipe passou a monitorar os abrigos, realizando visitas a cada 48 horas nas unidades de isolamento.

As rotas da equipe de saúde não seguiam um planejamento fixo, concentrando-se principalmente no CRAS Terezinha Meira e no Centro-DIA da Pessoa Idosa, que atendiam pessoas sintomáticas. Nos demais abrigos, os deslocamentos ocorriam apenas quando solicitados pelas coordenações. Nesses atendimentos, eram realizados testes para COVID-19, aferição de temperatura, avaliação clínica e orientações sobre medidas de prevenção e cuidados sanitários.

Para a PSR acolhida nas unidades municipais, foram designadas equipes compostas por coordenadores e cuidadores, com turnos de 12 horas. A distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para profissionais da assistência social e saúde ocorreu. No entanto, a rotina de trabalho não foi acompanhada de treinamento específico, resultando em estratégias baseadas na experiência prática e em informações veiculadas pela mídia, evidenciando falhas na comunicação interna. A ausência de capacitação regular para o atendimento da PSR expôs a falta de preparo para emergências sanitárias, reforçando a necessidade de protocolos específicos.

Para a população que permaneceu em situação de rua, a equipe do Consultório na Rua relata ter atuado em todas as regiões do município, dividindo-se semanalmente para cobrir o território. Contudo, essa demanda não era formalizada, ocorrendo conforme o entendimento da equipe no período.

O Programa de Redução de Danos (PRD) era composto por 16 redutores de danos, que atuavam em duplas nos turnos da manhã e da tarde, de segunda a sexta-feira, além de realizarem atendimentos duas vezes por semana no período noturno, com possibilidade de

plantões conforme a demanda identificada. A educação em saúde constitui um dos pilares do PRD, sendo uma estratégia fundamental para o estabelecimento de vínculos entre o público atendido e as equipes, possibilitando a oferta de orientações acerca do uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como ações de prevenção e promoção da saúde.

As equipes do PRD eram divididas por regiões da cidade e realizavam visitas semanais às unidades de abrigo. No contato inicial, os profissionais apresentavam-se, explicavam o trabalho desenvolvido e a forma de atuação. A partir desse momento, iniciava-se o processo de escuta e a tentativa de consolidação de vínculos com a PSR acolhida para seguir, posteriormente, com os atendimentos de redução de danos.

O Consultório na Rua e o Programa de Redução de Danos são apontados como experiências de forte articulação interprofissional, conforme relatado pelo Entrevistado 9 (2024), uma vez que ambas as equipes frequentemente atuavam de forma conjunta e compartilhavam demandas identificadas no campo.

Sob a perspectiva da escuta ativa recomendada pela OMS (2018), o Consultório na Rua e o Programa de Redução de Danos destacam-se como experiências de maior proximidade com a PSR, permitindo a construção de vínculos a partir de práticas comunicacionais mais horizontais. No entanto, a falta de planejamento fixo das rotas, a dependência de acionamentos pontuais e a ausência de registros sistematizados limitaram o alcance e a efetividade das intervenções em saúde. Essas ações revelam a importância de equipes capacitadas para dialogar com populações em vulnerabilidade comunicacional, mas também a fragilidade de operar sem protocolos estruturados.

As equipes de Abordagem Social eram compostas por um mínimo de três profissionais, incluindo dois técnicos e um de nível superior, como educadores sociais, assistentes sociais e psicólogos. O Entrevistado 2 (2024) relatou que a busca ativa foi utilizada como ferramenta durante o período pandêmico. Contudo, sua aplicação caracterizou-se por uma subdemanda, sendo acionada apenas mediante o recebimento de informações pelas equipes. Em alguns casos, a busca ativa baseou-se em mapeamentos preexistentes, mas, predominantemente, era desencadeada por eventos reportados aos profissionais, como o contato direto da população.

Adicionalmente, observou-se a ausência de roteiros estruturados para as abordagens à pop rua, o que representou uma fragilidade na metodologia de intervenção. As entrevistas abordavam saúde, histórico social, prevenção à COVID-19 e incentivo ao acolhimento, mas havia falta de padronização nas abordagens e na coleta e disseminação das informações, resultando em ações individualizadas e pouco sistematizadas. Conforme o Entrevistado 2

(2024), "as ações foram caracterizadas pela incipiência, baseadas na militância e empatia dos profissionais".

Conforme Schiavo (2014), a comunicação dialógica exige bilateralidade no fluxo de informações. A ausência de roteiros estruturados para a abordagem social e a prevalência de ações baseadas na iniciativa individual dos profissionais evidenciam um modelo centrado na carência, não no diálogo. Isso limita a acessibilidade comunicacional e enfraquece o vínculo entre serviço público e usuários. A dependência de contatos ocasionais para acionar a busca ativa, aliada à ausência de padronização na coleta de dados, compromete a resiliência institucional e a construção de estratégias de longo prazo.

7.2 Lisboa

Em contraste com o cenário observado em Aracaju, a capital portuguesa dispõe de um arcabouço de políticas públicas bem estruturado, centrado na Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (ENIPSSA) e no Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo (PMPSSA). A ENIPSSA, em âmbito nacional, desempenhou um papel de órgão coordenador durante a pandemia, estabelecendo diretrizes normativas e promovendo a articulação intersetorial entre o setor público e o terceiro setor. O PMPSSA, por sua vez, definiu as estratégias e ações em consonância com a realidade local de Lisboa, considerando as especificidades da população em situação de rua na cidade.

O Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo de Lisboa representa um marco significativo na abordagem das políticas públicas direcionadas à população em situação de rua na capital portuguesa. Este plano insere-se em um contexto de crescente preocupação com a vulnerabilidade social e a imperatividade de respostas integradas e eficazes para essa parcela da população.

A elaboração do PMPSSA foi impulsionada pela constatação de que a situação de sem-abrigo configura um fenômeno multifacetado, com etiologias complexas que demandam uma abordagem abrangente. Nesse sentido, o plano busca transcender as respostas emergenciais, propondo ações estruturantes nas áreas de saúde, empregabilidade, habitação e promoção da autonomia.

A implementação do PMPSSA pressupõe a articulação sinérgica entre a gestão pública e as entidades da sociedade civil, reconhecendo a relevância do trabalho colaborativo desenvolvido entre distintos atores para a efetividade das intervenções. A Câmara Municipal de Lisboa (CML) exerce um papel central na coordenação do plano, sendo a participação de organizações da sociedade civil e de outros órgãos governamentais fundamental para a sua

consecução.

A análise do PMPSSA revela a preocupação em construir uma abordagem integrada e centrada na pessoa, com o objetivo primordial de fomentar a sua inclusão social e o pleno exercício da cidadania. O plano busca ir além da mera oferta de serviços básicos, propondo ações que visam o desenvolvimento de competências, a autonomia e a participação social da população em situação de sem-abrigo, a exemplo de iniciativas voltadas à empregabilidade.

A partir de 2016, a CML institucionalizou o primeiro Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo, consolidando estratégias e alocando recursos sob uma perspectiva integrada. Historicamente, a intervenção territorial em Lisboa já se orientava por essa lógica, com articulação regular entre diversos atores, embora o financiamento fosse de natureza anualizada.

O PMPSSA (2019) analisado na presente investigação, referente ao período de execução de 2019 a 2023, delineia um planeamento estratégico com uma alocação orçamentária de 14,6 milhões de euros (aproximadamente 64 milhões de reais) para intervenções nas áreas de saúde, empregabilidade, habitação e autonomia. Cumpre ressaltar que, embora exista uma versão mais recente do PMPSSA, esta extrapola o escopo temporal da presente análise.

Com o advento da pandemia, o plano já estava formalmente definido, o que demandou a antecipação de ações previstas para execução a longo prazo, conforme será detalhado nas seções subsequentes. O documento adota uma abordagem holística, estabelecendo ações coordenadas para a identificação, o acolhimento e o acompanhamento de pessoas em situação de sem-abrigo. A implementação do plano pressupõe a corresponsabilidade entre a gestão pública e as entidades sociais, demandando o engajamento de diversas organizações, a exemplo das participantes deste estudo.

No âmbito nacional, a ENIPSSA propôs uma abordagem estratégica e holística de prevenção e intervenção, centrada nas necessidades das PSSA, com o objetivo de promover a integração de pessoas em situação de sem-abrigo, através de três eixos de intervenção:

- Promoção do conhecimento do fenómeno do sem-abrigo.
- Reforço da intervenção para a integração dessas pessoas.
- Coordenação, monitorização e avaliação da estratégia.

A estratégia é implementada através de planos de ação bienais, construído por meio de consultas públicas, debates e votação do Executivo, com o envolvimento de entidades públicas e privadas, e conta com órgãos e estruturas de coordenação a nível nacional e local.

Com a declaração da pandemia, a Estratégia Nacional, em parceria com a Câmara

Municipal de Lisboa, adotou medidas específicas para proteger a população em situação de rua. As ações incluíram a criação de centros de acolhimento emergenciais, articulação com equipes de saúde mental, manutenção das equipes de intervenção territorial e a criação de um canal formal de comunicação com as entidades gestoras via e-mail (geral@enipssa.pt), para esclarecimento de dúvidas e apoio às equipes.

Integra a rede de apoio social de Lisboa a Santa Casa da Misericórdia, atuando em articulação com a Câmara Municipal e o Instituto da Segurança Social. Configuram-se, portanto, três organizações autônomas que operam de forma colaborativa. Conforme assinala o Entrevistado 6 (2024).

"De fato, é um exemplo vivo daquilo que é intervenção colaborativa, que nestes casos, e nas pessoas em situação de sem-abrigo, é fundamental. Sem colaboração entre as entidades, entre os parceiros, nós não conseguimos. Tivemos a questão do Covid, tivemos a questão da habitação e a questão da imigração também, que são desafios muito grandes que nós nos vimos a par e que, de fato, os recursos, por mais que se abram, são escassos para fazer face a esta problemática" (Entrevistado 6, 2024).

O Instituto da Segurança Social configura-se como um instituto público de regime especial, integrado na administração indireta do Estado Português, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, em conformidade com a legislação vigente.

A Misericórdia desempenhou um papel crucial no suporte à População em Situação de Sem-Abrigo (PSSA) durante a pandemia de COVID-19, adaptando e expandindo seus serviços para atender às necessidades prementes deste grupo vulnerável. A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) intensificou seus esforços, incrementando o número de refeições distribuídas diariamente.

Em termos quantitativos, foram fornecidas, somente no ano de 2020, 195.113 refeições nos centros de acolhimento, em colaboração com entidades como a Câmara Municipal de Lisboa, o Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA), a Proteção Civil e as Juntas de Freguesia. Este aumento é atribuído à resposta a novas situações de vulnerabilidade e à elevação da demanda pelas respostas sociais da SCML, especificamente em seus centros de acolhimento.

Ademais, registrou-se a distribuição de 813.743 refeições através do Centro-Dia (120.511) e do Serviço de Apoio ao Domicílio (693.232). Neste caso, o aumento foi parcial, concentrando-se principalmente no Apoio Comunitário a Famílias em Situação de Exclusão Social.

Outrossim, a SCML expandiu a capacidade de seus centros de acolhimento e adaptou seus protocolos de atendimento, implementando medidas rigorosas de higiene e segurança, como a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a desinfecção regular dos

espaços e a realização de testes de diagnóstico para a SARS-CoV-2.

Foram constituídas equipes multidisciplinares, integradas por profissionais de saúde, assistentes sociais e voluntários, que atuaram em estreita colaboração para assegurar um acompanhamento integral das PSSA. A SCML utilizou sua extensa rede de equipamentos sociais e de saúde para garantir o acesso a serviços essenciais, como alimentação, higiene pessoal, cuidados de saúde e apoio psicossocial.

Em 2020, no âmbito do NPISA, foi implementada uma intervenção específica com o objetivo de retirar indivíduos em situação de sem-teto das ruas da cidade de Lisboa. A meta estabelecida visava a reintegração de 15% do universo total de utentes nessa condição, assegurando sua saída da situação de rua e a adesão a um plano de intervenção individualizado.

A Unidade de Emergência da SCML alcançou um resultado expressivo, retirando 223 pessoas da situação de sem-teto que eram assistidos, de um total de 487 utentes, o que corresponde a uma taxa de sucesso de 45,8%. No mesmo ano, o volume de despesas correntes totalizou 256 milhões de euros, representando um incremento de 6,6% (+15,8 milhões de euros) em relação ao ano precedente. As principais rubricas da despesa corrente foram a área da Ação Social (55,2%) e a Saúde (23,4%).

7.2.1 O que mudou durante a pandemia em Lisboa? Planos de contingência e medidas emergenciais

O Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo (PMPSSA), com vigência iniciada em 2019, demandou adaptações em função da pandemia de COVID-19, declarada como emergência sanitária pouco tempo após o início de sua execução. No contexto da intervenção emergencial, o encaminhamento de pessoas em situação de sem-teto para acolhimento institucional foi priorizado.

Lisboa adotou medidas imediatas para acolher a população em situação de rua, criando quatro unidades específicas para casos de COVID-19, funcionando 24 horas por dia. Centros de acolhimento já existentes, antes noturnos, passaram a operar integralmente. As novas unidades foram instaladas no Pavilhão Municipal Casal Vistoso, Pavilhão da Tapadinha, Casa do Lago e Clube Nacional de Natação, acolhendo cerca de 200 pessoas diariamente.

O Centro de Acolhimento do Beato, o maior da cidade e sob gestão da organização Vitae, expandiu sua capacidade para acolher cerca de 270 pessoas em situação de sem-abrigo. Contudo, é importante ressaltar que, até o início da pandemia, o edifício apresentava a necessidade de reformas estruturais significativas, o que, inegavelmente, impactou a qualidade do acolhimento oferecido. A gestão municipal reconheceu essas deficiências, mas as obras de

requalificação somente foram viabilizadas após a fase mais crítica da crise sanitária.

O Centro de Alojamento de Emergência Municipal (CAEM Santa Bárbara), que iniciou suas atividades em 2021, possuía uma capacidade de acolhimento para cerca de 120 pessoas, distribuídas em vagas para casais, mulheres e homens.

Para além da ampliação da capacidade dos espaços físicos de acolhimento, Lisboa estruturou centros de emergência que integravam um conjunto de serviços essenciais, visando atender às necessidades imediatas da população acolhida. Esses serviços incluíam triagens médicas iniciais, monitoramento contínuo de sintomas relacionados à COVID-19 e o fornecimento regular de refeições.

Figura 3: Centro de Alojamento de Emergência Municipal em Lisboa na pandemia



Fonte: Câmara Municipal de Lisboa (CML, 2024)

Ainda, foi acionado o procedimento de acompanhamento para a Unidade de Atendimento à Pessoa em Situação de Rua (UAPSA) da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), instituição parceira do Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA), mediante a manifestação de vontade do indivíduo. Este processo envolveu a participação de técnicos na função de "gestores de caso", responsáveis pelo diagnóstico multidisciplinar e pela elaboração do plano individual de integração.

As ações municipais, inicialmente planejadas para um horizonte de quatro anos, demandaram uma antecipação de medidas. Essa antecipação implicou a expansão de serviços e estruturas, bem como o fortalecimento dos canais de comunicação entre o poder público, as organizações da sociedade civil e a população atendida.

No recorte temporal de 2019 a 2023, existiu um investimento significativo na área do alojamento, com mais de mil vagas na cidade de Lisboa financiadas pela Autarquia. Parte

desse investimento foi aplicado no Programa *Housing First*.

A expansão do programa *Housing First* representou uma das principais medidas implementadas em Lisboa durante a pandemia de COVID-19. A seleção de beneficiários, realizada pelas equipes técnicas das entidades gestoras de projetos voltados à população em situação de rua, priorizou indivíduos em situação de rua de longa duração. A participação no programa não é condicionada à renda, embora seja esperada uma contribuição de 30% dos rendimentos para despesas habitacionais, quando o indivíduo possuía rendimentos. O apoio oferecido é individualizado, com acompanhamento regular, e a gestão do programa é realizada por entidades sociais selecionadas por concurso público, com financiamento garantido.

Antes da pandemia, o *Housing First* contava com 80 unidades habitacionais, com a meta de alcançar 400 até 2023. Considerando os dados pré-pandêmicos, este número atenderia quase a totalidade das pessoas em situação de "sem-teto" – 361 –, mas não abrangeria aqueles em alojamentos temporários – mais de 1900 (PMPSSA, 2018). A questão de que o programa *Housing First* atende apenas uma pequena porcentagem da população em situação de sem-abrigo demonstra a necessidade de ampliar a oferta de moradia e fortalecer os serviços de apoio social.

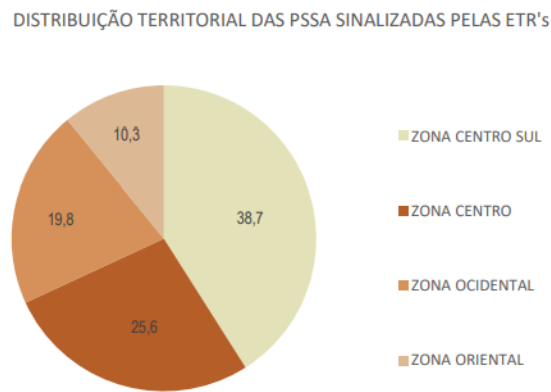
Diante da crise sanitária, 200 novas unidades foram disponibilizadas em 2020. Até o final de 2023 foram confirmadas as 400 unidades, sendo um investimento total anual superior a 2.080.000,00 €.

A adesão ao programa foi facilitada pelas equipes de intervenção, incluindo gestores de caso, responsáveis pelo acompanhamento individualizado e encaminhamento de demandas. Contudo, o Entrevistado 5 (2024) apontou a insuficiência de gestores de caso durante a pandemia, comprometendo a capacidade de resposta às demandas emergentes e evidenciando desafios estruturais, no entanto, nenhum dos participantes soube totalizar essa ausência.

A análise documental e cronológica revela que, no contexto nacional, em 2018, 70% das pessoas em situação de "sem-teto" possuíam gestor de caso, e 88% das pessoas em situação de "sem-casa". Em 2019, essas porcentagens foram de 67% e 89%, respectivamente. Em 2020, os valores foram de 61% e 91%, e em 2021, de 62% e 94%.

O mapeamento realizado pelo plano municipal identificou as áreas com maior concentração de pessoas em situação de sem-abrigo, permitindo o dimensionamento do público-alvo e o direcionamento de ações.

Figura 4: Gráfico sobre a distribuição de PSSA em Lisboa



Fonte: Câmara Municipal de Lisboa (2024)

Tabela 2: Comparativo das estratégias realizadas em Aracaju e Lisboa na pandemia da COVID-19.

Indicador	Aracaju	Lisboa
Número de pessoas acolhidas	40 inicialmente- Escola Freitas Brandão: até 70- Casa de Passagem: até 50- CRAS Terezinha Meira: 20- Centro Pop: 2.165 (2020); 2.503 (2021)	Centros emergenciais: ~200 pessoas/dia- Centro do Beato: até 270- CAEM Santa Bárbara: 120
Refeições distribuídas	Não há dado consolidado	SCML: 195.113 refeições (centros de acolhimento)- Centro-Dia + Apoio Domiciliar: 813.743
Testes de COVID-19	Realizados pelo Consultório na Rua em abrigos e na rua, sem número total informado	Mais de 24.700 triagens (2020) pela Médicos do Mundo
EPIs distribuídos	Sim, mas em quantidade inferior à demanda, sem número específico	Sim, com protocolos de higiene nos centros e distribuição regular
Atendimentos de saúde (consultas etc.)	Consultório na Rua (2021): expandiu atendimento das 7h às 19h- PRD atuante	45.194 atendimentos (2021)- 5.700 apoios medicamentosos
Profissionais envolvidos (Médicos do Mundo)	Não informado	82 voluntários: 48 médicos, 12 enfermeiros, 3 estudantes
Housing First (moradia permanente)	Não implementado	80 unidades antes da pandemia- 400 unidades até 2023
Número de usuários de drogas atendidos	1.166 (Centro Pop, 2020)	Não especificado

Migrantes atendidos	873 (Centro Pop, 2020)	Alto número, especialmente no Housing First e centros da SCML, mas sem número total consolidado
Ações educativas (rodas de conversa)	Sim, mas pontuais e sem registro	Sim, regulares nos centros de acolhimento
Materiais informativos	Não houve produção específica para PSR	Sim: panfletos, cartazes, materiais em 20 idiomas
Gastos públicos	Não informado	PMPSSA (2019-2023): 14,6 milhões €- SCML (2020): 256 milhões € (55% para ação social)

Fonte: Elaboração própria.

7.2.2 A experiência de Lisboa em planos de contingência

A experiência acumulada por Lisboa na execução de planos para períodos de frio extremo contribuiu significativamente para a organização da resposta à pandemia de COVID-19. A ativação prévia de abrigos emergenciais e a distribuição de itens como vestuário, alimentação e insumos básicos formaram uma base operacional sólida, adaptada com agilidade às novas exigências sanitárias.

Segundo o Entrevistado 2 (2024), a descentralização dos planos de contingência foi fundamental para evitar a sobrecarga dos serviços sociais. A comparação entre os planos voltados à população em situação de sem-abrigo (PSSA) para o frio extremo e para a pandemia revela convergências estruturais, com foco na proteção de grupos vulneráveis e na manutenção do acesso a serviços essenciais.

Ambos os modelos contemplaram a distribuição de equipamentos de proteção individual (EPIs), roupas e materiais básicos, além da disponibilização de vagas emergenciais de acolhimento. A ativação das medidas seguiu critérios técnicos definidos por indicadores climáticos ou epidemiológicos, permitindo respostas proporcionais à gravidade da situação.

A coordenação interinstitucional, envolvendo órgãos municipais, serviços de saúde e organizações da sociedade civil, foi decisiva para a implementação eficiente das ações. Essa articulação viabilizou respostas rápidas e integradas, adaptadas aos diferentes perfis e necessidades da população atendida.

Em síntese, a experiência de Lisboa demonstra que a existência de planos de contingência previamente testados favorece a transferência de estratégias entre contextos distintos de crise. A integração institucional e a flexibilidade operacional se mostraram

essenciais para garantir a proteção de populações vulneráveis em situações emergenciais.

Tabela 3: Estrutura institucional e políticas públicas durante a pandemia Aracaju e Lisboa

Eixo de Análise	Aracaju	Lisboa
Estrutura institucional prévia	Ausência de plano específico para PSR; respostas fragmentadas.	Existência do Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo (PMPSSA) e da Estratégia Nacional (ENIPSSA). Experiência em acionamento de planos emergenciais.
Coordenação intersetorial	Limitada e reativa, com poucos espaços institucionais formais de articulação, focado apenas na gestão municipal do Executivo.	Coordenação articulada entre Câmara Municipal, ENIPSSA, Santa Casa da Misericórdia e Instituto da Segurança Social.
Ações emergenciais	Ampliação de vagas em abrigos, inclusão em cadastro único, vacinação com busca ativa, distribuição de kits de higiene e alimentação nos abrigos.	Criação de quatro centros emergenciais 24h para COVID-19, ampliação do horário de funcionamento de abrigos, fornecimento de refeições, triagens médicas, testes e EPIs.
Capacidade de acolhimento	Expansão temporária com foco em emergencialidade, sem mudança estrutural duradoura.	Expansão estruturada com mais de 1.000 vagas novas, criação de novas unidades e expansão do programa <i>Housing First</i> .
Programa de Moradia (<i>Housing First</i>)	Não implementado.	Implementado e ampliado durante a pandemia: de 80 para 400 unidades entre 2020 e 2023, com acompanhamento individualizado.
Gestores de Caso/acompanhamento individual	Ausente nas ações.	Existência de gestores de caso para acompanhamento individualizado, embora com carência durante a pandemia.
Intervenção em saúde	Atuação das equipes de Consultório na Rua, Programa Redução de Danos e busca ativa para vacinação.	Equipes de saúde mental integradas aos centros, triagem e monitoramento de sintomas, testagem, EPIs e medidas de higienização.
Participação da sociedade civil	Atuação importante, mas pouco articulada com políticas públicas.	Colaboração sistemática com ONGs e instituições como a SCML, com protocolos e fluxos definidos.
Planos de Contingência	Ausência de planos anteriores específicos para crises sanitárias ou climáticas.	Experiência prévia com planos de inverno facilitou resposta à COVID-19; estrutura de contingência já existente foi adaptada.
Investimento financeiro (durante pandemia)	Sem dados consolidados públicos.	14,6 milhões de euros no PMPSSA (2019-2023); SCML com despesa de 256 milhões € em 2020 (55% Ação Social).

Fonte: Elaboração própria.

8. ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS DURANTE A CRISE SANITÁRIA

8.1 Aracaju

A comunicação em saúde persistiu como um desafio complexo, tanto no que concerne à disseminação de informações relevantes quanto à capacitação dos profissionais que atuaram na linha de frente. A ausência de estratégias comunicacionais especificamente direcionadas à PSR e o limitado acesso dessa população a meios digitais dificultaram a adesão às medidas preventivas preconizadas.

Nos espaços emergenciais de acolhimento, observou-se que a comunicação de risco ocorreu predominantemente de forma interpessoal e espontânea, conduzida por profissionais da saúde e da assistência social. No entanto, a ausência de protocolos definidos dificultou a padronização das mensagens e a efetividade da comunicação com a PSR. A escuta ativa realizada de forma conjunta pelo Consultório na Rua e por profissionais do Programa de Redução de Danos e da Abordagem Social representou a principal modalidade de aproximação e estabelecimento de vínculo.

A administração municipal de Aracaju utilizou carros de som como meio de disseminar informações sobre a COVID-19 para a população em geral, com início em 25 de março de 2020 e planejamento de duração até 13 de abril do mesmo ano. No entanto, os entrevistados não souberam precisar a continuidade ou o roteiro detalhado desse serviço.

A mensagem divulgada pelos carros de som, direcionada à população em geral, continha informações sobre prevenção da COVID-19 e acesso aos serviços de saúde. Contudo, não incluía informações específicas para a PSR, tampouco veiculou orientações sobre o acesso aos serviços públicos de cuidado destinados a essa população vulnerável.

A mensagem do carro de som era composta pelo conteúdo abaixo:

“A Prefeitura de Aracaju, em meio à pandemia do novo coronavírus, pede encarecidamente a todos os cidadãos que fiquem em suas casas.

Para evitar o contágio, evite aglomerações. Lave bem as mãos com água e sabão ou use álcool em gel, cubra o nariz e boca ao espirrar ou tossir e mantenha os ambientes bem ventilados, não compartilhe objetos pessoais e use máscara se apresentar algum sintoma. Se apresentar febre e tosse evite contato físico e se sentir dificuldade de respirar vá até uma unidade de saúde.

Está com algum sintoma ou dúvida sobre o coronavírus, ligue 156 ou preencha o

questionário online no www.aracaju.se.gov.br/monitoraju. Com cuidado e responsabilidade vamos vencer esse vírus. Prefeitura de Aracaju. Aracaju contra o coronavírus”.

A comunicação com a população em situação de rua em Aracaju também se deu por meio de rádio e televisão, acessíveis em unidades de acolhimento, e redes sociais, como WhatsApp e Instagram, para indivíduos com acesso a telefones celulares. O Entrevistado 2 (2024) relatou que a PSR também obtinha informações em estabelecimentos comerciais que operavam de forma irregular e por meio da comunicação interpessoal entre eles. O Entrevistado 9 (2024) evidenciou a frequência do acesso a aparelhos de rádio por parte da PSR.

Embora as unidades de acolhimento oferecessem acesso à energia elétrica e à televisão, a ausência de internet gratuita limitou significativamente o acesso à informação para a PSR. Diante dos aspectos supracitados, constata-se que a comunicação por meio de carros de som, mídias tradicionais e redes sociais, ao desconsiderar a limitada acessibilidade da PSR a esses meios, restringiu o alcance das informações e elevou o risco de exclusão informacional.

As equipes de atendimento à população em situação de rua realizaram rodas de conversa sobre saúde, sintomas da COVID-19 e isolamento social, com participação facultativa dos acolhidos. As ações foram pontuais e inseridas na rotina, sem materiais gráficos, panfletos ou audiovisuais. A participação era voluntária e não há registros sistemáticos que permitam avaliar seu alcance ou impacto.

Enquanto representantes da gestão pública relataram a realização de ações de conscientização nos espaços de acolhimento, como palestras e rodas de conversa, integrantes da sociedade civil apontaram a inexistência ou baixa efetividade dessas iniciativas. As ações, segundo esses relatos, ocorreram de forma despadronizada e dependiam da iniciativa de coordenadores e técnicos locais, sem diretrizes institucionais claras ou fluxos estabelecidos.

À luz do modelo de Schiavo (2014), que defende abordagens adaptadas aos contextos socioculturais dos públicos, a ausência de segmentação das campanhas oficiais durante a pandemia indica uma falha de acessibilidade comunicacional. A comunicação dirigida à população geral não alcança a PSR, que vive em condições de exclusão informacional e tem formas distintas de acesso a mensagens de saúde. Isso reforça a importância de uma abordagem que considere os canais, os mediadores e a linguagem adequada para esse grupo.

8.2 Lisboa

Durante a pandemia de COVID-19, a comunicação com a população em situação de sem-abrigo (PSSA) em Lisboa exigiu estratégias específicas, adaptadas às vulnerabilidades sociais, ao nível de letramento e às limitações de acesso a meios digitais desse grupo. A produção e a distribuição de materiais informativos, como panfletos, cartazes e backlights, constituíram uma das principais ações desenvolvidas.

Figura 5: Panfleto elaborado pela Enipssa para pessoa sem-abrigo



Fonte: Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (2020)

Os panfletos abordavam informações essenciais sobre a COVID-19, incluindo sintomas, fatores de risco, medidas de prevenção e orientações sobre quando e onde buscar assistência médica. A inclusão de informações relacionadas a comorbidades frequentes na PSSA demonstrou preocupação em comunicar os riscos específicos enfrentados por esse público. A linguagem adotada foi simples e direta, com frases curtas e ausência de jargões técnicos, e o uso de ilustrações coloridas facilitou a compreensão por pessoas com baixo letramento.

Esses materiais foram distribuídos por equipes de intervenção social e por

organizações da sociedade civil, priorizando áreas com maior concentração da PSSA. A veiculação em espaços públicos de grande circulação, como estações de metrô, ampliou o alcance da comunicação e favoreceu o engajamento também da população em geral.

A comunicação visual, por meio de cartazes e painéis instalados em locais estratégicos, teve papel relevante no reforço das mensagens de prevenção. Dados do Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem Abrigo (PMPSSA, 2024) indicam que a maioria da PSSA em Lisboa possui alfabetização básica, o que favoreceu a efetividade desses recursos visuais.

No entanto, a eficácia das ações comunicacionais não se restringiu à produção de materiais impressos. A articulação com estratégias presenciais foi essencial. Rodas de conversa nos centros de acolhimento funcionaram como espaços de educação em saúde e participação social, permitindo que as pessoas em situação de sem-abrigo expressassem dúvidas, contribuíssem com sugestões e se aproximassem dos serviços de saúde e proteção social.

As abordagens de rua também foram intensificadas pelas equipes de intervenção, especialmente diante da resistência de parte da PSSA ao acolhimento institucional. A atuação direta nos locais de vivência da população foi fundamental para manter vínculos de confiança e garantir o repasse de informações durante o confinamento. Essas ações facilitaram o acesso a informações atualizadas sobre prevenção, sintomas, testagem e serviços disponíveis.

Apesar da continuidade das atividades em campo, houve redução no número de profissionais atuando nas equipes, comprometendo a cobertura em determinados períodos. Conforme relatado pelo Entrevistado 3 (2024), a equipe foi reduzida de sete para três profissionais durante a fase mais crítica da crise sanitária.

Por fim, ressalta-se que a comunicação visual, isoladamente, não se mostrou suficiente para garantir a plena adesão da PSSA às medidas de prevenção. A efetividade da comunicação dependeu da sua articulação com outras estratégias, como o contato direto estabelecido pelas equipes de intervenção e a facilitação do acesso à informação por meio de tecnologias digitais. Adicionalmente, apesar da continuidade do trabalho das equipes, observou-se uma redução na sua composição durante o período crítico da pandemia, conforme relatado pelo Entrevistado 3 (2024), que mencionou a diminuição de até sete para até três profissionais.

8.2.1 Lisboa: acesso à tecnologia e implicações comunicacionais

Em contraste com o contexto aracajuano, a população em situação de sem-abrigo em Lisboa demonstrou um perfil caracterizado por um acesso relativamente significativo a tecnologias digitais e redes sociais. Essa particularidade, influenciada pelo desenvolvimento

socioeconômico local e pelos fluxos migratórios, resultou em uma ampla disponibilidade de dispositivos móveis entre os indivíduos em situação de rua.

Uma das iniciativas relevantes nesse contexto foi promovida pela Santa Casa da Misericórdia, que forneceu suporte financeiro para a aquisição de telefones celulares, priorizando pessoas com histórico de autonomia e confiabilidade. A medida visava mitigar o uso indevido dos aparelhos e ampliar o acesso à informação, empregabilidade e comunicação com serviços. No entanto, não há dados quantitativos disponíveis sobre a quantidade de dispositivos distribuídos durante o período pandêmico.

Segundo o Entrevistado 6 (2024),

"[...] achamos que é fundamental para tudo, nomeadamente para as pessoas com capacidade de empregabilidade porque têm que estar contratáveis, porque vão às entrevistas e para as outras também. Na generalidade, o que acontece é que vão perdendo muitas vezes os telemóveis e os cartões e mudam muitas vezes o número. Mas nós, esta equipa, tem sensibilidade para isso" (Entrevistado 6, 2024).

A infraestrutura urbana de Lisboa também contribuiu para o acesso digital. A presença de internet gratuita em espaços públicos e no transporte coletivo permitiu que parte da PSSA acessasse canais oficiais de informação, redes sociais e conteúdos sobre prevenção da COVID-19.

A recarga de dispositivos era viabilizada em ônibus, praças e instituições de apoio, o que favoreceu a manutenção da conectividade. A informação também foi acessível por meio de televisões instaladas em unidades socioassistenciais, embora a falta de dados precisos sobre o número de aparelhos dificulte uma avaliação precisa do impacto dessa iniciativa.

A comunicação direta, estabelecida pelas equipes de abordagem social, emergiu como o principal canal de informação para a população em situação de rua em Lisboa. O contato interpessoal facilitou a disseminação de informações sobre a pandemia e o acesso a serviços de saúde, por meio da mediação de profissionais e voluntários. Adicionalmente, as equipes promoveram o uso de tecnologias, disponibilizando *tablets*, celulares e *notebooks* para a comunicação com familiares e o acesso a teleconsultas. O acesso a recursos tecnológicos também foi proporcionado em instituições de apoio, como a Crescer e a Santa Casa da Misericórdia, mediante a presença dos assistidos nas unidades.

No que concerne ao teleatendimento, o Entrevistado 6 (2024) apontou para a complexidade dessa modalidade de comunicação com a PSSA. O entrevistado observou que a comunicação à distância nem sempre se mostrou eficaz, e, em alguns momentos, tornou-se necessário flexibilizar as diretrizes e realizar atendimentos presenciais para garantir um suporte mais adequado às necessidades específicas dessa população.

8.2.2. Comunicação bidirecional

A dinâmica comunicacional estabelecida durante a pandemia em Lisboa transcendeu a mera disseminação de informações unidirecional por parte das autoridades e organizações sociais. Conforme assinalado pelo Entrevistado 3 (2024), a população em situação de sem-abrigo também se valeu da comunicação como um meio de expressar suas necessidades, revelando uma dimensão dialógica na troca de informações.

Mensagens escritas pela própria população, como cartazes com apelos diretos — por exemplo, “não nos abandonem” — evidenciam a urgência em comunicar necessidades básicas e denunciar situações de negligência. Essas manifestações revelam a capacidade de organização simbólica da PSSA e o uso da comunicação como estratégia de resistência e solicitação de reconhecimento institucional.

A presença de uma comunicação bidirecional, marcada pelo intercâmbio entre população, poder público e organizações da sociedade civil, mostrou-se essencial para a efetividade das respostas emergenciais. A escuta ativa, por parte das equipes de intervenção, e a incorporação das demandas expressas pela PSSA nas decisões políticas contribuíram para o fortalecimento de estratégias mais responsivas e contextualizadas.

Nesse sentido, a comunicação deixou de ser apenas um instrumento de orientação e passou a compor um processo relacional, no qual o reconhecimento das vozes da população vulnerável é fundamental para a construção de políticas públicas inclusivas e sensíveis às particularidades dessa realidade social.

Tabela 4: Comunicação de Risco para população em situação de rua - Aracaju x Lisboa

Eixo de análise	Aracaju	Lisboa
Acesso a meios digitais	Limitado; poucas pessoas em situação de rua com celulares; ausência de internet nas unidades de acolhimento.	Acesso significativo a celulares; apoio da Santa Casa para aquisição de dispositivos; internet pública e pontos de recarga disponíveis.
Materiais informativos específicos	Não houve distribuição de panfletos ou materiais gráficos específicos para PSR.	Distribuição de panfletos com linguagem simples, ilustrações e informações adaptadas à PSR.
Uso de mídias tradicionais	Carros de som e mídias tradicionais utilizados, mas com mensagens genéricas e sem foco na PSR.	Cartazes, outdoors e comunicação visual em espaços públicos com foco também na PSR.
Ações presenciais e rodas de conversa	Rodas de conversa pontuais nas unidades de acolhimento, sem sistematização ou dados de	Rodas de conversa regulares nos centros de acolhimento; gestão participativa e escuta ativa da PSR.

	alcance.	Sem dados de alcance também.
Abordagem de rua	Equipes como Consultório na Rua e Redução de Danos atuaram com escuta ativa, mas ações não sistematizadas. Equipes da Abordagem Social.	Equipes técnicas multidisciplinares com atuação contínua, inclusive durante confinamento.
Uso de tecnologia nas ações	WhatsApp e redes sociais usados por poucos com celular; não houve iniciativas estruturadas de inclusão digital.	Disponibilização de tablets, celulares e notebooks para comunicação e teleconsultas.
Escuta e participação da PSR	Participação limitada e ações esporádicas, sem padronização.	Comunicação bidirecional com escuta ativa; PSR expressando demandas via cartazes e diálogo com equipes.
Desafios da comunicação de risco	Falta de foco específico na PSR; mensagens genéricas e dificuldades de acesso à informação.	Boa adaptação ao perfil da PSSA; estratégias visuais e digitais combinadas com presença constante das equipes.

Fonte: Elaboração própria.

9. A COMUNICAÇÃO, BARREIRAS E SUPERAÇÃO

9.1 Aracaju

No contexto da pandemia de COVID-19, Aracaju enfrentou desafios significativos na comunicação com a população em situação de rua. O acesso à informação não foi mediado por uma pluralidade de canais, sendo a comunicação direta com as equipes de saúde e assistência social o principal meio. A maioria da PSR não possuía acesso a telefones celulares ou internet, limitando o alcance das mídias digitais, em contraste com o observado em Lisboa, conforme análise subsequente. A administração municipal não disponibilizou recursos para a aquisição desses dispositivos.

Para a minoria com acesso a celulares, o carregamento das baterias era realizado predominantemente no Centro Pop, que, no entanto, não oferecia acesso à internet, restringindo o uso a indivíduos com recursos para a aquisição de pacotes de dados. O auxílio emergencial contribuiu para a subsistência econômica e o acesso à comunicação para alguns indivíduos da PSR.

Indivíduos acolhidos em abrigos ou outras unidades assistenciais tiveram acesso à televisão. Segundo os Entrevistados 2, 3 e 8 (2024), todas as unidades possuíam, no mínimo, um aparelho de televisão. O Entrevistado 2 (2024) destacou a relevância da televisão e do rádio como fontes de informação para aqueles sem acesso a dispositivos móveis, tanto nas unidades de acolhimento quanto em estabelecimentos comerciais que operavam

clandestinamente durante o período de *lockdown*, como lanchonetes na região central da cidade.

Conforme relatos dos Entrevistados 2, 5 e 7 (2024), a informação se disseminava rapidamente entre a PSR por meio de um ciclo de comunicação interpessoal. A informação sobre prevenção e serviços de saúde alcançou a população em situação de rua de forma generalizada. Contudo, a disseminação de informações falsas (*fake news*) representou um desafio significativo, comprometendo a precisão e a confiabilidade das informações. Os entrevistados relataram a frequência de informações errôneas, como a minimização da gravidade da COVID-19 (“é uma gripezinha”), a crença na proteção pelo consumo de álcool (“tem que usar álcool? Eu já tomo todos os dias”) e o questionamento da eficácia das vacinas.

Nessas situações, as equipes de saúde e assistência social atuaram na desmistificação das informações incorretas, contando com o apoio de entidades sociais que já mantinham laços de confiança com a PSR. A credibilidade dessas entidades facilitou a aceitação das informações legítimas.

Contudo, alguns entrevistados relataram dificuldades na colaboração com a prefeitura de Aracaju. O Entrevistado 5 (2024) mencionou a ausência de laços colaborativos, descrevendo a atuação conjunta como resultado de “pressão”. O Entrevistado 7 (2024) relatou a necessidade de mobilizações *online* durante as transmissões ao vivo do chefe do Executivo municipal para demandar ações específicas para a PSR. Em conjunto com entidades sociais e grupos ativistas, como o Movimento Nacional da População de Rua (MNPSR) e a Comunidade Católica Bom Pastor, foram organizadas intervenções *online* para cobrar ações, como a priorização da vacinação da PSR com a vacina de dose única, devido à sua mobilidade.

Enquanto a gestão municipal relatou a realização de atividades de conscientização em unidades assistenciais, como palestras e rodas de conversa, instituições contestaram a eficácia ou a ocorrência dessas atividades, descrevendo-as como pontuais e dependentes da iniciativa dos coordenadores das unidades, sem um fluxo de atividades oficializado.

Em Aracaju, não houve distribuição de materiais informativos específicos para a PSR, sendo utilizados materiais direcionados à população em geral, como cartazes em terminais de transporte público, que eram acessados ocasionalmente pela PSR.

Figura 6: Material fixado em um dos terminais de ônibus de Aracaju



Fonte: Prefeitura de Aracaju (2021)

Além disso, a falta de documentos que registrassem o protocolo a ser seguido ou mesmo que registrassem as atividades operadas sobre o que era feito, como eram realizadas e seus alcances, reduziu a eficiência governamental em administrar tais serviços. Até mesmo de conseguir dimensionar o que funcionou e o que poderia ser desenvolvido.

9.2 Lisboa

A comunicação eficaz emerge como um vetor crucial para a integração de imigrantes, embora a barreira linguística represente um obstáculo significativo a ser transposto. A

heterogeneidade linguística observada, resultante da diversidade de origens migratórias (a exemplo do Extremo Oriente, Paquistão, Índia, Bangladesh e Cabo Verde), dificulta a compreensão de mensagens essenciais e a plena integração social, contribuindo, em última instância, para a vulnerabilidade que culmina na condição de rua. Em um contexto complexo, a crise habitacional, intensificada pelo aumento generalizado do custo de vida e pelos fluxos migratórios contínuos, ampliou consideravelmente o contingente de indivíduos em situação de vulnerabilidade social.

A inserção de educadores de pares, indivíduos com vivência em situação de rua ou voluntários engajados, demonstra potencial para facilitar a integração de imigrantes, atuando como mediadores culturais e linguísticos. A colaboração estabelecida entre a assistência municipal e as organizações da sociedade civil na oferta de aulas de idiomas configura-se como uma estratégia relevante para a promoção da autonomia linguística.

A metodologia de educação e capacitação de pares, fundamentada no conhecimento experiencial, tem demonstrado eficácia na prevenção e redução de riscos em saúde, especialmente no estabelecimento de vínculos iniciais de confiança. A crescente participação de indivíduos egressos da situação de rua nessas iniciativas fortalece a credibilidade e a efetividade da comunicação estabelecida.

A capacitação das equipes de atendimento, embora prevista nos instrumentos contratuais firmados entre a gestão municipal e as entidades sociais, revela uma carência de padronização e clareza em seus objetivos e metodologias. A prática empírica, muitas vezes em detrimento de protocolos formais de comunicação, predominou durante o período pandêmico, expondo lacunas significativas na disseminação de informações cruciais e na articulação interinstitucional necessária para um atendimento integral.

A crise sanitária, nesse sentido, evidenciou fragilidades preexistentes nos modelos comunicacionais adotados, demandando adaptações urgentes e a implementação de novas abordagens que garantam uma comunicação verdadeiramente inclusiva e acessível à população imigrante em situação de rua. O engajamento comunitário, exemplificado pela atuação proativa dos educadores de pares, demonstrou ser um facilitador relevante na comunicação entre os serviços de assistência e os indivíduos em situação de vulnerabilidade.

A adoção de uma comunicação adaptada às necessidades específicas desse público, por meio de abordagens presenciais sensíveis e informativos com linguagem simplificada, promoveu um maior acesso aos serviços de saúde e assistência social disponíveis. O aproveitamento estratégico dos momentos de distribuição de itens de higiene e alimentos, bem como a implementação do programa *Housing First*, para a orientação sobre a prevenção de

doenças e o acesso à rede de saúde, mostrou-se uma tática importante para mitigar os impactos da pandemia na população sem-abrigo, incluindo os imigrantes.

O ativismo social, materializado na veiculação do manifesto "Como se faz quarentena sem casa?" e nas ações empreendidas pela Associação dos Inquilinos Lisbonenses, desempenhou um papel significativo ao pressionar por medidas como a suspensão de despejos e a proteção de inquilinos em situação de vulnerabilidade. A experiência da pandemia, nesse contexto, reforçou a urgência e a importância de fortalecer modelos de comunicação inclusiva e acessível, que se adaptem efetivamente às necessidades específicas da população em situação de rua, considerando as particularidades dos imigrantes.

9.2.1 Atuação das equipes de intervenção e estratégias de minimização de desafios por meio da comunicação

A apreensão do contexto pandêmico pela população sem-abrigo representou um desafio comunicacional significativo para as equipes de intervenção. Os entrevistados relataram que, inicialmente, houve uma descrença em relação à gravidade da situação. Contudo, a observação das mudanças sociais tangíveis, como o esvaziamento das ruas e a generalização do uso de máscaras, gradualmente contribuiu para a construção de confiança nas informações veiculadas pelas equipes. Nas palavras do Entrevistado 1 (2024),

"Eles perceberam a rua vazia. As pessoas, na altura, também estavam com medo, porque é um desconhecido. Tinham muito essa noção e acabaram, por muitas, por aceitar este tipo de resposta. Outras não. E isso foi um desafio que também tivemos durante a pandemia enorme"(Entrevistado 1, 2024).

Houve um consenso entre os entrevistados quanto à dificuldade de manter uma parcela dos indivíduos acolhidos nos espaços assistenciais durante a pandemia. Esse período foi marcado por uma intensificação dos protocolos de cuidado dentro das unidades, o que se mostrou particularmente desafiador para indivíduos com dificuldades preexistentes em lidar com o confinamento, condição que se exacerbou com a implementação de regras mais restritivas.

O Entrevistado 1 (2024) expressou essa complexidade:

"Talvez o maior desafio foi termos a noção de que havia pessoas que estavam na rua que podiam estar contaminadas, mas que não queriam qualquer tipo de apoio e podiam estar a pôr em risco outras pessoas, nomeadamente as próximas que estavam com elas. Isso foi bastante difícil de gerir, foi bastante complexo".

Nesse contexto, a estratégia de permitir uma maior autonomia nos espaços de acolhimento ("mercado livre dos hostes") foi avaliada positivamente, conforme apontado pelo Entrevistado 6 (2024): "porque não tinham, no fundo, regras tão apertadas". Adicionalmente,

o fortalecimento do programa *Housing First* demonstrou ser essencial para a agilidade na implementação de medidas preventivas direcionadas a essa população vulnerável.

Os Entrevistados 2 e 6 (2024) também relataram a resistência de parte dos sem-abrigos à adoção de medidas de restrição, como o uso de máscaras de proteção e o distanciamento social. A liberdade de movimento, característica marcante do cotidiano dessa população, representou um obstáculo considerável para a adesão às novas normas de conduta sanitária.

As equipes de intervenção atuaram de forma integrada, combinando a abordagem de rua para a sinalização de casos com o suporte de equipes especializadas na área da saúde, seguindo um protocolo conjunto estabelecido com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. A atuação das "Equipas Técnicas de Rua do Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem Abrigo" foi organizada em quatro zonas geográficas, visando cobrir toda a cidade de Lisboa:

- **Zona Ocidental:** Carnide, São Domingos de Benfica, Benfica, Campolide, Belém, Ajuda, Alcântara, Campo de Ourique, Estrela (sob responsabilidade da VITAE).
- **Zona Norte e Oriental:** Lumiar, Santa Clara, Olivais, Parque das Nações, Marvila, Beato, Penha de França.
- **Zona Centro:** Avenidas Novas, Alvalade, Areeiro, Arroios, Santo António.
- **Zona Centro Histórico:** Misericórdia, Santa Maria Maior, São Vicente.

A organização Médicos do Mundo desempenhou um papel crucial na prestação de cuidados de saúde primários à PSSA, realizando o primeiro atendimento nas unidades de acolhimento. Em 2020, foram realizadas mais de 24.700 triagens para a COVID-19, e em 2021, foram registrados 2.634 atendimentos à PSSA. A ficha de triagem utilizada, conforme ilustrado na Figura 7, priorizava a identificação de sintomas sugestivos da doença e o histórico de contato com indivíduos infectados.

Figura 7: Questionário clínico de epidemiológico de infecção

Critérios Clínicos
Data de início dos sintomas ____/____/____ Quadro clínico: febre __ tosse __ dispneia __ anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito __ Outros:
Dados epidemiológicos
Teve contacto com um caso confirmado de SARS-CoV-2? Não __ Sim __ Desconhecido __ O doente é profissional de saúde? Sim __ Não __

Fonte: Médicos no Mundo (2021)

No período compreendido entre março e dezembro de 2021, a organização Médicos do Mundo desempenhou um papel significativo na prestação de cuidados de saúde em Lisboa, realizando um total de 45.194 atendimentos, que englobaram consultas médicas e de enfermagem. Adicionalmente, foram efetuadas mais de 45.900 triagens de sintomas diversos e cerca de 5.700 apoios medicamentosos. A atuação da equipe abrangeu toda a extensão da cidade, com atividades desenvolvidas ao longo de toda a semana.

Durante o período pandêmico, a equipe foi substancialmente reforçada com a colaboração de 82 voluntários, dos quais 48 eram médicos, 12 enfermeiros e três estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Algarve. A equipe profissional regular foi composta por três enfermeiros adicionais, totalizando quatro, além de uma assistente social que atuava como coordenadora de projeto e um profissional com funções de motorista, tradutor e tripulante de ambulância e transporte.

A organização Médicos do Mundo manteve ativo o Programa de Consumo Vigiado Móvel, especificamente direcionado a consumidores de substâncias psicoativas de alto risco. Este programa ofereceu supervisão do consumo injetado e a distribuição de materiais destinados à redução de danos associados ao uso de drogas. Paralelamente, a equipe dedicou-se a fornecer informações cruciais sobre a COVID-19 aos usuários do serviço.

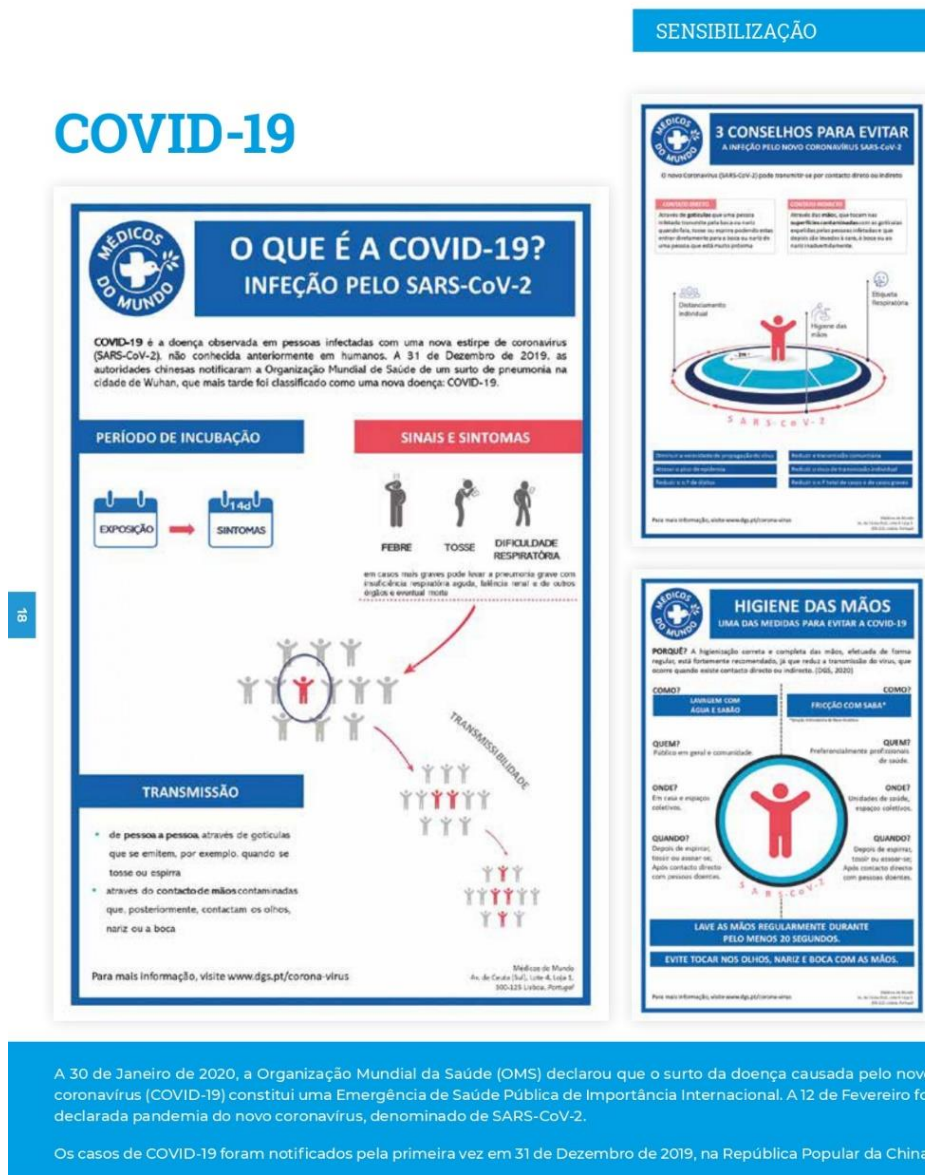
A composição da equipe multidisciplinar incluiu um diretor clínico/médico, um coordenador assistente social, um psicólogo, dois enfermeiros, um educador de pares, um mediador comunitário, um técnico de limpeza, uma comissão de avaliação em regime de voluntariado e os voluntários.

Dados referentes ao período de abril de 2019 a outubro de 2020 revelam um total de mais de 3000 atendimentos realizados, dos quais uma parcela minoritária (43%) estava diretamente relacionada ao consumo de substâncias. A maioria dos atendimentos (57%) destinou-se ao acompanhamento social e de saúde em sentido amplo. No total, as equipes da Médicos do Mundo e do GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos, que operacionalizaram essa resposta conjunta, acompanharam 191 usuários regulares, sendo que 74% desses indivíduos encontravam-se em situação de sem-abrigo.

A Médicos do Mundo elaborou um documento informativo abrangente sobre a COVID-19, contendo conselhos e orientações relevantes, que foi disponibilizado em mais de 20 idiomas e dialetos. Embora não fosse especificamente direcionado à PSSA, esse esforço comunicacional fortaleceu o cenário de distribuição de informações precisas no contexto de atuação das equipes, alcançando, inclusive, as pessoas em situação de sem-abrigo.

Essa iniciativa demonstra sua importância, considerando que a dificuldade de compreensão linguística por parte de uma parcela da população sem-abrigo imigrante representou um dos grandes desafios enfrentados durante a pandemia.

Figura 8: Panfleto usado junto às equipes durante atendimento a PSSA



Fonte: Médicos no Mundo (2021)

9.2.2. Lisboa: atendimento de saúde e redução de danos

Durante a pandemia de COVID-19, a resposta emergencial de Lisboa incluiu ações específicas voltadas à redução dos riscos associados ao uso de substâncias psicoativas, com ênfase na proteção da população em situação de sem-abrigo (PSSA) e de outros usuários em condições de vulnerabilidade. As medidas implementadas buscaram assegurar o consumo seguro dessas substâncias e mitigar os impactos sociais e sanitários relacionados.

O "Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos" (ICAD, 2024), adotado como referencial estratégico em Lisboa, delineou um arcabouço para

intervenções focadas na mitigação dos riscos inerentes ao uso de substâncias psicoativas. As ações primordiais preconizadas incluíram a mobilização de equipes multidisciplinares em contextos de rua, visando o engajamento direto com comunidades em situação de vulnerabilidade social.

Essas equipes desempenharam um papel crucial na disseminação de informações relevantes sobre prevenção e redução de danos, na distribuição de materiais de proteção e na facilitação do acesso a serviços de saúde e apoio social. Em consonância com uma abordagem centrada no usuário, o Entrevistado 4 (2024) enfatizou a filosofia subjacente ao programa de redução de riscos e minimização de danos, que se fundamenta na aceitação do indivíduo em seu contexto existencial, respeitando seus objetivos e evitando a imposição de trajetórias de vida pré-definidas.

No contexto específico da pandemia de COVID-19, observou-se um realinhamento estratégico das equipes de intervenção, conforme relatado pelo Entrevistado 1 (2024). A composição dessas equipes foi reconfigurada para incorporar especialistas em áreas consideradas cruciais, como dependência química e recuperação social.

Lisboa adotou um modelo de colaboração interinstitucional, promovendo ativamente a troca de conhecimentos e experiências entre as diversas organizações envolvidas na resposta à crise. O Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA) desempenhou um papel central na coordenação de um levantamento abrangente das necessidades formativas das equipes de atendimento.

Por meio dessa iniciativa, profissionais com expertise em áreas como dependência química e saúde mental foram conectados àqueles que demandavam capacitação específica. Essa rede de formação contínua, operando de forma autônoma e sem a necessidade de financiamento formal, ilustra o potencial da comunicação interinstitucional como um recurso estratégico para otimizar a eficácia das políticas públicas implementadas.

A distribuição de materiais informativos, a exemplo do panfleto analisado na Figura 3, especificamente direcionado à PSR e com foco na temática do uso de drogas, representou uma estratégia de comunicação crucial para a disseminação de informações sobre a prevenção da COVID-19 e as práticas de redução de danos.

Adicionalmente, foram implementadas ações concretas para garantir o consumo seguro de substâncias psicoativas, incluindo a disponibilização de carrinhas de metadona e a criação de espaços supervisionados para o consumo. As carrinhas de metadona, operando de forma itinerante, permaneciam em locais estratégicos por períodos de aproximadamente uma hora, facilitando o acesso à medicação para os usuários de metadona. O atendimento era realizado

por profissionais de enfermagem, através de um acesso específico na parte traseira da carrinha.

O financiamento das ações de redução de danos foi viabilizado por meio de recursos provenientes da gestão municipal, do Ministério da Saúde, através do Instituto dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (ICAD), e da União Europeia, por meio do programa PT 2030.

A implementação de estratégias de redução de danos, como a disponibilização de carrinhas de metadona e a criação de espaços supervisionados para consumo, demonstrou a preocupação das autoridades em assegurar o acesso a serviços de saúde e a segurança da PSSA e de outros consumidores de risco durante o período pandêmico.

A comunicação eficaz, estabelecida por meio da distribuição de materiais informativos adequados e do contato direto e humanizado com a PSSA, revelou-se fundamental para a disseminação de informações essenciais sobre a prevenção da COVID-19 e as práticas de redução de danos.

Figura 9: A European Lung Foundation elaborou um guia de recomendações na pandemia

INFORMAÇÃO É PARA TI

O que é?



O coronavírus é transmitido de pessoa para pessoa através de tosse ou espirro onde podes ficar exposto a gotículas que contêm o vírus. Não há fatores de risco conhecidos que pareçam tornar uma pessoa mais ou menos vulnerável a ser infectada. O principal risco é o contacto próximo com alguém infectado

O que podes sentir?

Quais são os sintomas da COVID-19? Os principais sintomas são semelhantes a uma gripe ou constipação muito forte • Febre • Tosse • Falta de respiração / respiração difícil • Fadiga



Estes sintomas aparecem entre 2 e 14 dias após a exposição ao vírus. As pessoas consideradas com risco acrescido incluem pessoas com problemas de saúde subjacentes, incluindo doenças cardíacas, doenças pulmonares, como asma, diabetes ou VIH, pessoas imunidade comprometida ou com mais de 60 anos..

Se te sentires do doente, o que deves fazer?



- Fica em casa ou caso vivas na rua procura as estruturas na tua zona para podes estar resguardado. Se preferires ficar na tua, tenta reduzir o contacto próximo com outras pessoas.
- Se conseguires, mede a febre em casa e evita outras pessoas, pelo menos 24 horas após a última febre e o desaparecimento de todos os outros sintomas.
- Se for necessário estares perto de outras pessoas e tiveres uma máscara segura, é hora de a usar, para evitar transmitir o vírus através da tosse ou espirro. Se não tiveres máscara cobre a boca com um lenço que deves deitar ao lixo assim que possível.
- Em quarentena, cuida da tua saúde mental e garante que tens o máximo de apoio possível (apoio emocional, alimentação, higiene, medicamentos, remédios). Se tens algum contacto de proximidade com um serviço de saúde, unidade móvel ou equipa de rua pede indicações. Se sentires sintomas da COVID 19 procura um local onde te possas testar, INFORMA-TE!

USAS DROGAS? CUIDA-TE

#DIZNAOCOV19

Não deixes que o COVID19 te apanhe na curva

Algumas, são mais fáceis de fazer do que outras, e algumas podem parecer impossíveis dependendo da sua situação a cada momento. Fazes o melhor que pudes.

Para um uso de drogas mais seguro:

- Evita partilhar o teu material
- Não partilhes cigarros, cigarros eletrónicos, ganzas, cachimbos, tubos nasais, boquilhas ou qualquer material de injeção, seringa, filtro, algodão ou carícas;
- Se precisares de partilhar, reduz os riscos com o material disponível (limpa com uma compressa embebida em álcool (70%) ou com os toalhetes disponíveis no KIT). Coloca o equipamento usado para fumar, cheirar e injetar nos contentores próprios para minimizarmos o contacto;
- Nas relações sexuais importa saber que o coronavírus pode ser transmitido por qualquer contacto próximo, tosse, beijo, saliva ou contacto outros fluidos corporais;
- Tenta minimizar o contacto próximo e garante o uso do preservativo nas relações sexuais;
- Lava as mãos sempre que possível;
- Se tiveres acesso a água limpa, lava as mãos com sabão por 20 segundos. (Canta a música "Parabéns a você".) Se não tiveres água e sabão, usa álcool ou um dos toalhetes do KIT do Programa Nacional de Troca de Seringas;
- Se fores tu a preparar a substância ou um companheiro/a garante que têm as mãos bem lavadas;
- Depois de lavares as mãos vira o saco do kit do avesso, com cuidado para colocares o teu material de consumo a servir de "tabuleiro";
- Pede Naloxona à tua equipa de rua porque tens que estar preparado o INEM-112 neste momento pode não aparecer a tempo;
- Garante que tens substância se não pudes sair de casa durante algum tempo; Mas tem cuidado por pode ser perigoso para ti se fores abordado pela polícia.

Fonte: European Lung Foundation (2021)

Tabela 5: Barreiras e superação da comunicação Aracaju e Lisboa

Aspectos de análise	Aracaju	Lisboa
Canais de comunicação utilizados	Comunicação direta por equipes de saúde e assistência social. TV e rádio em abrigos e comércios. Pouca presença de mídia digital.	Abordagens presenciais, educadores de pares, materiais informativos em diversos idiomas, mídia impressa e oral por ONGs.
Acesso à tecnologia e informação	Acesso restrito a celulares e internet. Carregamento feito em locais específicos, sem acesso à rede.	Inclusão digital não detalhada, mas houve esforço de tradução e simplificação de linguagem para facilitar acesso à informação.
Desinformação e	Disseminação ampla de	Resistência inicial, mas

Fake News	desinformação ('gripezinha', álcool protege, vacinas ineficazes). Equipes atuaram para desmentir com apoio de entidades confiáveis.	observação de mudanças sociais (ruas vazias, uso de máscaras) ajudou na aceitação das medidas. Panfletos e diálogo direto auxiliaram na correção de percepções.
Barreiras de comunicação	Ausência de materiais específicos para PSR. Falta de protocolos e registros de ações. Barreiras institucionais com a prefeitura.	Barreiras linguísticas (diversidade de línguas). Falta de padronização nos treinamentos e protocolos. Comunicação empírica predominante.
Atores envolvidos na comunicação	Equipes de saúde, assistência social, entidades como MNPSR, Comunidade Bom Pastor.	Educadores de pares, ONGs (Médicos do Mundo, GAT), NPISA, assistentes sociais, tradutores, profissionais de saúde.
Estratégias específicas de Comunicação de Risco	Rodas de conversa e palestras pontuais. Ações online para pressionar gestão. Uso de cartazes públicos (não específicos para PSR).	Uso de linguagem simplificada, materiais em mais de 20 idiomas, integração de ações com entrega de alimentos e higiene. Uso de espaços supervisionados para diálogo direto.
Mobilização social e ativismo	Pressão por redes sociais e transmissões ao vivo para garantir vacina. Falta de colaboração com governo local.	Manifestos como 'Como se faz quarentena sem casa?'. Ações de ativismo pressionaram por moratória de despejos e proteção habitacional.
Protocolos e Coordenação Interinstitucional	Ausência de documentos formais sobre protocolos. Ações dispersas e pouco monitoradas.	Existência de protocolos articulados (ex.: com hospitais psiquiátricos), coordenação via NPISA. Rede autônoma de formação interinstitucional criada.
Educação em saúde e capacitação de equipes	Dependente de iniciativas individuais. Sem fluxo oficializado de atividades educativas.	Parcerias para capacitação, com foco na redução de danos. Formação contínua de equipes sobre saúde mental e dependência química.
Resultados e cobertura das ações	Alcance limitado. Informação se espalhou por redes interpessoais. Faltou sistematização.	Ampla atendimento de saúde (ex: 45.194 atendimentos em 2021), ações sistematizadas, envolvimento de voluntários e uso de fichas padronizadas.

Fonte: Elaboração própria.

10. ENGAJAMENTO COMUNITÁRIO NA PANDEMIA DA COVID-19

10.1 Aracaju

Durante a pandemia de COVID-19, o apoio de grupos sociais e ativistas desempenhou um papel crucial na comunicação e assistência à população em situação de rua em Aracaju. A confiança estabelecida por esses grupos com a PSR facilitou a aceitação das informações transmitidas. Através de doações e trabalho social, as instituições criaram vínculos que permitiram o estabelecimento de canais de comunicação e conscientização. O entrevistado 1 (2024) enfatizou a importância da escuta ativa da PSR.

De acordo com o entrevistado 2 (2024), a Pastoral do Povo de Rua foi uma das principais fontes de apoio. Inicialmente, a pastoral suspendeu seus serviços, mas a demanda por alimentos por parte da PSR resultou na retomada das atividades. O grupo, que contava com cerca de 25 membros antes da pandemia, passou a operar com apenas um membro presencialmente, devido à vulnerabilidade da maioria dos voluntários, composta por idosos e indivíduos com comorbidades.

Através do trabalho individual, o representante da pastoral mobilizou recursos para alimentação, com apoio de outras pastorais e doações. Em relação à comunicação, inicialmente houve resistência da PSR em relação às informações transmitidas. No entanto, a observação das ruas desertas e a disseminação de notícias sobre a pandemia levaram à aceitação da comunicação realizada. A pastoral relatou o apoio da Comunidade Bom Pastor.

O entrevistado 7 (2024) disse que líderes de movimentos sociais realizaram reuniões clandestinas em praças durante o período de lockdown e proibição de aglomerações, disfarçados de pessoas em situação de rua, para discutir e articular as demandas da PSR. Estas iniciativas eram organizadas por integrantes da Pastoral do Povo de Rua.

A atuação de movimentos sociais e voluntários reflete a potência do engajamento comunitário na mitigação das lacunas estatais. Conforme Malinverni et al. (2015), práticas baseadas na confiança e no reconhecimento mútuo são mais eficazes na adesão de populações em vulnerabilidade. Ainda assim, a ausência de articulação institucional com essas iniciativas limita a efetividade e perpetua um modelo de dependência da boa vontade civil. Essas práticas reforçam a necessidade de políticas públicas que reconheçam e incorporem os saberes e ações da sociedade civil organizada como elementos essenciais da Comunicação de Risco.

Instituições de ensino, como faculdades e institutos federais somaram-se, durante a

pandemia, aos grupos de voluntariado, contribuindo com a doação de insumos que eram destinados às pessoas em situação de rua. A Universidade Federal de Sergipe (UFS) também realizou testagens em massa para detecção da COVID-19 em todo o estado. Conforme relato do entrevistado 4 (2024): “A UFS conseguiu um milhão e cem mil na forma de recurso para universidade comprar kit”, recurso proveniente de esferas federal e estadual.

Essa testagem ocorreu, inclusive, em feiras livres, por serem espaços de abrangente acolhimento comunitário. No total, foram realizados 823 exames na população em situação de rua.

O ativismo digital também teve papel estratégico. Durante transmissões ao vivo do prefeito de Aracaju, representantes de entidades sociais organizaram mutirões virtuais para reivindicar políticas específicas voltadas à PSR. Segundo o Entrevistado 7 (2024), ações como a priorização da vacina de dose única foram conquistadas por meio dessas mobilizações.

A vacinação aconteceu por meio do trabalho do Consultório na Rua. De acordo com entrevistado 9, foram organizadas reuniões que definiam o local de oferta do imunizante na busca ativa da pop rua, considerando o índice de demanda e o tempo necessário para refrigeração da dose.

“Inicialmente, a gente sentia uma resistência, mas conforme conversávamos, eles entendiam a importância da vacinação. A gente se reunia e definia para qual região ia e tentávamos definir, através do que já tínhamos de conhecimento da concentração de pessoas ali, quantas doses eram necessárias para que a gente não acabasse perdendo também. A adesão foi boa, muito boa, reconhecida pela Opas inclusive” (Entrevistado 9).

10.2 Lisboa

A distribuição alimentar configurou-se como um pilar fundamental da resposta emergencial implementada em Lisboa durante a crise sanitária, demandando a adoção de estratégias de comunicação eficazes para assegurar o acesso da população em situação de sem-abrigo aos serviços essenciais. O fechamento de mercados e outros estabelecimentos comerciais durante o período de confinamento resultou em um cenário de acentuada insegurança alimentar para muitos indivíduos em situação de sem-abrigo, exacerbando sua vulnerabilidade preexistente.

Em resposta a essa necessidade crítica, foram estabelecidos três pontos fixos de distribuição de refeições prontas, oferecendo almoço, jantar e lanches em horários estratégicos. Conforme o relato do Entrevistado 3 (2024), a demanda por distribuição de alimentos experimentou um aumento significativo no início da pandemia, duplicando a quantidade de refeições diárias distribuídas, passando de 400 para 800.

A abordagem adotada pelas autoridades e organizações envolvidas priorizou o acesso

irrestrito aos alimentos, dispensando a exigência de cadastramento prévio ou comprovação formal de necessidade, em uma demonstração de respeito pela autonomia e pelas necessidades imediatas da PSSA.

O planejamento da distribuição alimentar foi cuidadosamente elaborado com base em uma análise detalhada das necessidades regionais, conduzida pelas equipes de intervenção social que atuavam diretamente com a PSSA. A comunicação direta e interpessoal com a população-alvo emergiu como a principal estratégia para a disseminação de informações cruciais sobre os locais e horários específicos de distribuição dos alimentos.

Ainda, observou-se uma intensificação da distribuição de itens de higiene pessoal, reconhecendo a importância dessas medidas para a prevenção da disseminação do vírus. As instituições sociais também adaptaram suas práticas para fornecer refeições diretamente aos indivíduos que se encontravam em isolamento profilático nos apartamentos disponibilizados pelo programa Housing First. As equipes de intervenção, responsáveis pelo acompanhamento desses casos específicos, atuaram como um elo fundamental entre os beneficiários do programa e os serviços de entrega de alimentos.

A distribuição alimentar transcendeu sua função primária de provisão de sustento, constituindo-se também como uma oportunidade estratégica para a conscientização da PSSA acerca da pandemia de COVID-19. As equipes de intervenção aproveitaram ativamente esses espaços de encontro para dialogar sobre a importância da proteção da saúde individual e coletiva, reforçando a informação sobre o acesso facilitado aos serviços de acolhimento e às unidades hospitalares em caso de necessidade.

A articulação sinérgica entre a distribuição de alimentos e as estratégias de comunicação implementadas revelou-se crucial para garantir que a PSSA não apenas tivesse acesso aos serviços essenciais, mas também fosse adequadamente informada sobre os riscos da pandemia e as medidas preventivas a serem adotadas. A comunicação direta, estabelecida pelas equipes de intervenção no local de distribuição, permitiu a disseminação eficaz de informações sobre os locais e horários da distribuição, bem como sobre as medidas de prevenção da COVID-19, adaptando a linguagem e os formatos às necessidades específicas da população.

Outrossim, a distribuição de alimentos representou uma oportunidade valiosa para o estabelecimento e o fortalecimento de um vínculo de confiança entre as equipes de intervenção e a PSSA. Essa relação de confiança facilitou, subsequentemente, o acesso dessa população vulnerável aos serviços de saúde e de acolhimento disponíveis, criando um canal de comunicação aberto e receptivo às suas necessidades.

Tabela 6: Comparativo engajamento comunitário Aracaju e Lisboa

Tópico	Aracaju	Lisboa
Atores-chave no engajamento	Grupos sociais, Pastoral do Povo de Rua, universidades (UFS), movimentos sociais, Comunidade Católica Bom Pastor, MNPSR	Equipes de intervenção social, autoridades municipais, organizações sociais
Formas de engajamento comunitário	Doações, escuta ativa, mutirões em lives da prefeitura, reuniões clandestinas, testagens em massa, vacinação via Consultório na Rua	Distribuição de alimentos e kits de higiene, apoio ao isolamento em Housing First, intervenções diretas nos pontos de entrega
Estratégias de comunicação	Comunicação interpessoal com base na confiança; uso de vínculos prévios com PSR; pressão pública em lives; adaptação da linguagem; busca ativa para vacinação	Comunicação direta nos pontos de distribuição; adaptação da linguagem; informação sobre horários/locais; uso de entrega de alimentos como canal para prevenção e orientação, educadores de pares, cartazes.
Desafios enfrentados	Resistência inicial da PSR às informações; limitação de voluntários idosos; necessidade de mobilização constante para obter resposta do poder público	Necessidade de rápida reorganização logística; garantir comunicação sem burocracia; adaptação às regras de isolamento
Resultados alcançados	Adesão significativa à vacinação; reconhecimento pela OPAS; fortalecimento de canais alternativos de pressão social	Ampliação do acesso à alimentação e serviços; fortalecimento de vínculos com PSR; disseminação eficaz de medidas preventivas
Função da comunicação de risco	Favorecer a aceitação de medidas sanitárias (vacinação, isolamento); mobilizar políticas públicas emergenciais; reduzir desinformação nas ruas	Informar sobre serviços disponíveis e medidas preventivas; manter vínculos com PSR em isolamento; promover confiança e adesão às orientações de saúde

Fonte: Elaboração própria.

11. AVALIAÇÃO E MECANISMOS DE FEEDBACK

11.1 Aracaju

A pandemia de COVID-19 impôs desafios inéditos aos sistemas de saúde e às políticas públicas em âmbito global. Em Aracaju, capital do estado de Sergipe, a crise sanitária evidenciou e intensificou vulnerabilidades preexistentes, notadamente no que se refere ao acesso à saúde para a população em situação de rua. Um dos aspectos mais preocupantes desse cenário foi a ausência de mecanismos de *feedback* e avaliação das ações implementadas durante a emergência sanitária e no período subsequente. A inexistência de um processo estruturado de análise crítica e participação dos próprios indivíduos afetados resultou em

políticas fragmentadas e, frequentemente, ineficazes.

Durante a pandemia, a administração municipal de Aracaju adotou medidas emergenciais para atender à PSR, como a expansão do acolhimento institucional e a oferta de serviços de higiene e alimentação. No entanto, não há registros sistemáticos de consultas ou avaliações *a posteriori* sobre a efetividade dessas ações. A ausência de *feedback* impede a identificação de acertos e lacunas, limitando o aprimoramento das políticas públicas destinadas a essa população vulnerável.

"O Centro Pop está agora promovendo encontros com a PSR, mas, durante a pandemia, essas iniciativas eram inexistentes. A comunicação ocorria principalmente por meio de informações informais" (entrevistado 7, 2024).

Em contraste com a adoção de estratégias para coletar as percepções da população atendida, tais como questionários, grupos focais ou consultas diretas com organizações da sociedade civil, a gestão municipal de Aracaju manteve um modelo assistencialista caracterizado pela baixa responsividade às demandas da população em situação de rua. A implementação de ações desprovidas de mecanismos de *feedback* resulta em um distanciamento entre as decisões administrativas e as necessidades reais da PSR, culminando em políticas ineficientes ou descontinuadas sem justificativa transparente.

Nota-se que a pandemia de COVID-19 reforçou a necessidade de modelos comunicacionais eficazes para a transmissão de informações cruciais sobre cuidados de saúde, protocolos sanitários e serviços disponíveis. No entanto, a ausência de um processo avaliativo impede a obtenção de evidências concretas sobre a recepção e a compreensão dessas informações pela PSR, que enfrenta barreiras específicas, como o limitado acesso à internet e a baixa escolaridade.

Após o período crítico da pandemia, a administração municipal de Aracaju não implementou um programa formal de avaliação dos impactos das políticas emergenciais direcionadas à PSR. A ausência de monitoramento contínuo impediu a cidade de extrair aprendizados significativos da crise e aprimorar sua resposta a futuras emergências sanitárias.

A inexistência de mecanismos de escuta ativa resultou na perda da oportunidade de compreender a experiência da PSR durante a crise e as principais dificuldades enfrentadas no acesso à saúde. Essa falta de avaliação sistemática perpetua um modelo de gestão pública que opera sem um diagnóstico preciso das necessidades da população, dificultando a criação de estratégias eficazes a longo prazo.

A bidirecionalidade da comunicação, conforme Schiavo (2014), implica escuta qualificada e retorno às demandas expressas. Nos equipamentos visitados, a ausência de

canais formais de escuta ativa e de devolutivas para os usuários configura um modelo unidirecional de comunicação, centrado no repasse de informações, e não no diálogo. Esse padrão fragiliza a relação entre serviço e usuário e perpetua a lógica assistencialista.

O cenário pandêmico demandava um esforço coordenado para mapear os impactos da crise sanitária e estruturar políticas públicas mais inclusivas e acessíveis à PSR. A ausência de avaliação e *feedback* também compromete a formulação de modelos comunicacionais eficazes para situações de crise. Durante a pandemia, informações essenciais sobre saúde pública foram transmitidas por canais digitais ou materiais impressos distribuídos em serviços de assistência social. No entanto, a ausência de um processo avaliativo impede a garantia da adequação desses meios para alcançar efetivamente a PSR.

11.2 Lisboa

No âmbito da política de intervenção para a população sem-abrigo implementada em Lisboa, a administração municipal estabeleceu, desde a concepção do plano, a necessidade de uma avaliação continuada das ações adotadas. Para operacionalizar essa avaliação, a Universidade Nova de Lisboa (UNL) foi designada como responsável pela condução desse processo, que se desenvolveu entre setembro de 2022 e novembro de 2023. Embora o plano original previsse uma sequência de avaliações, abrangendo as modalidades *ex-ante* (análise prospectiva de resultados), *ex-post* (análise retrospectiva dos resultados efetivos) e *ongoing* (avaliação em curso), apenas a avaliação *ex-post* foi efetivamente realizada, próxima ao término da vigência do plano, em 2023.

Os objetivos centrais da avaliação foram definidos em três eixos principais: (1) analisar os resultados das políticas implementadas; (2) fornecer subsídios e sugestões para o planejamento de ações futuras; e (3) promover a escuta ativa desta população, tanto aquela que vivencia a rua quanto aquela acolhida em alojamentos temporários, bem como de todos os *stakeholders* envolvidos e com interesses na questão da população sem-abrigo.

O modelo de avaliação adotado possibilitou a aplicação de metodologias tanto quantitativas quanto qualitativas na análise dos impactos das ações implementadas. Isso incluiu a realização de inquéritos epidemiológicos para dimensionar aspectos de saúde, entrevistas em profundidade com a população-alvo para compreender suas experiências e percepções, e o monitoramento sistemático de indicadores específicos previamente definidos.

A participação da academia, por meio da UNL, revelou-se fundamental para a sistematização rigorosa dos dados coletados, assegurando que as estratégias de comunicação fossem criteriosamente avaliadas e pudessem ser ajustadas com base em evidências para o

planejamento de futuras intervenções. Aditivamente, a integração efetiva entre diferentes setores da administração pública e da sociedade civil – como saúde, assistência social e comunicação – favoreceu a criação de um fluxo contínuo de informações relevantes, permitindo respostas mais ágeis e eficazes diante dos desafios impostos pela complexidade da situação da PSR, especialmente em cenários de crise.

Em paralelo à avaliação conduzida pela UNL, foi instituída uma Equipe de Projeto do Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem Abrigo (EPPMPSSA). O objetivo primordial dessa equipe foi salvaguardar o acompanhamento, a avaliação e o monitoramento contínuos dos projetos em curso, por meio do estabelecimento de reuniões periódicas mensais, visitas regulares aos diversos equipamentos e projetos existentes, bem como o planejamento e a participação ativa em intervenções integradas direcionadas às pessoas em situação de sem-teto.

Contudo, é importante destacar que, durante o processo de coleta de dados para a avaliação, emergiram divergências significativas entre gestores municipais e representantes de diversas instituições parceiras no que concerne à existência e à sistematicidade de ações de *feedback* direcionadas ao atendimento da população em situação de rua. Enquanto alguns atores afirmaram que tais ações foram implementadas em suas práticas, outros negaram a sua ocorrência.

Essa disparidade de relatos sugere que a obtenção de *feedback* não se configurou como um protocolo estruturado e compartilhado de atuação coletiva, mas sim como iniciativas isoladas, conduzidas de forma individualizada por profissionais à frente de determinadas intervenções.

Entre aqueles que confirmaram a implementação de alguma forma de retorno informativo, a metodologia predominante adotada apresentou similaridades: o *feedback* ocorria de maneira espontânea e informal durante atendimentos médicos e assistenciais de rotina ou em momentos específicos como rodas de conversa organizadas para a população-alvo.

Nessas ocasiões, as pessoas em situação de sem-abrigo compartilhavam suas percepções subjetivas sobre as ações implementadas, oferecendo suas avaliações acerca da efetividade dessas iniciativas em suas vidas. No entanto, a ausência de formalização desse processo de escuta ativa limitou significativamente sua eficácia, principalmente devido à falta de mecanismos claros para a confirmação de ajustes ou adequações nas estratégias de intervenção com base nas sugestões apresentadas pela PSSA.

Tabela 7: Comparação de estratégias de feedback Aracaju e Lisboa

Aspecto de análise	Aracaju	Lisboa
Presença de mecanismos de avaliação	Ausência de mecanismos estruturados de avaliação durante e após a pandemia; nenhuma escuta ativa formal da PSR.	Avaliação ex-post realizada pela Universidade Nova de Lisboa com uso de métodos qualitativos e quantitativos.
Participação da população em situação de rua no processo avaliativo	A PSR não participou da avaliação nem houve estratégias de escuta ativa durante a pandemia.	Houve escuta ativa com entrevistas em profundidade, apesar de não sistemática em todas as frentes.
Uso do feedback para ajustar políticas públicas	Não houve coleta de feedback para ajustes nas políticas públicas.	O feedback foi parcialmente utilizado, mas faltou um protocolo compartilhado e estruturado para sua aplicação.
Integração institucional para avaliação	Gestão fragmentada e assistencialista, sem articulação intersetorial para avaliação.	Integração entre saúde, assistência e comunicação para coletar dados e promover intervenções articuladas.
Instrumentos de avaliação comunicacional	Não foram utilizados instrumentos para avaliar a eficácia das estratégias de comunicação com a PSR.	A avaliação incluiu análise de estratégias de comunicação, com apoio acadêmico e dados sistematizados.
Formalização de processos de escuta	Processos informais, quando existentes; não houve rodas de conversa ou canais institucionais de escuta.	Escuta ativa ocorreu pontualmente em rodas de conversa e atendimentos, mas sem sistematização formal.

Fonte: Elaboração própria

12. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A pesquisa demonstrou que, tanto em Aracaju quanto em Lisboa, a comunicação de risco direcionada à população em situação de rua enfrenta desafios estruturais e operacionais. Em Aracaju, a comunicação revelou-se fragmentada e pouco sistematizada, com forte dependência de iniciativas individuais de profissionais da assistência social e da saúde. Em Lisboa, embora as práticas estejam mais institucionalizadas e integradas à rede de proteção social, ainda persistem dificuldades em adaptar as mensagens às especificidades culturais e linguísticas de públicos migrantes.

Durante a pandemia, as ações emergenciais implementadas em Aracaju evidenciaram falhas na articulação entre os setores de saúde, assistência social e comunicação. Apesar da continuidade dos serviços do Centro POP e das unidades de acolhimento, não houve integração efetiva com a rede de saúde nem planejamento comunicacional estruturado. A ausência de estratégias coordenadas impediu a construção de mensagens consistentes de

prevenção e autocuidado, comprometendo a capacidade de resposta e a construção de vínculos de confiança com a população.

Entre os principais entraves observados em Aracaju destacam-se:

- Ausência de adaptação linguística e cultural das mensagens;
- Falta de estratégias de comunicação continuadas e sistematizadas;
- Inexistência de mecanismos formais de avaliação das ações comunicacionais;
- Barreiras estruturais, como o acesso limitado a meios informativos e tecnologias;
- Baixa adesão da PSR, agravada pela escassez de formatos acessíveis e pela dependência exclusiva de abordagens presenciais.

Em contraste, Lisboa apresentou uma resposta intersetorial mais integrada. A coordenação entre a Câmara Municipal, a Proteção Civil, os serviços de saúde, organizações da sociedade civil e estruturas de comunicação institucional possibilitou uma abordagem comunicacional mais coesa. Os Centros de Acolhimento de Emergência, como o instalado no Pavilhão Casal Vistoso, combinaram assistência, saúde e apoio psicossocial de forma articulada. Além disso, foram produzidos materiais informativos acessíveis, com linguagem simplificada e adaptada à realidade da população atendida.

A Direção-Geral da Saúde (DGS), em articulação com parceiros locais, conduziu campanhas voltadas à prevenção, testagem e vacinação da população em situação de rua. Essa atuação contribuiu para a credibilidade das informações e para a adesão às medidas sanitárias. Apesar das dificuldades iniciais, a fluidez comunicacional promovida pela rede intersetorial fortaleceu a confiança nas estratégias adotadas.

No entanto, um desafio comum a ambas as cidades foi identificado: a ausência de dados sistematizados sobre o alcance, a frequência e a eficácia das ações de comunicação. Em Aracaju, não há registros que permitam quantificar a população efetivamente informada nem os meios de comunicação utilizados. Lisboa, embora mais organizada, também carece de indicadores específicos voltados à comunicação com grupos vulneráveis.

Nesse contexto, a abordagem qualitativa adotada por este estudo se mostra central. A escuta de profissionais, a observação das práticas institucionais e a análise documental revelaram dinâmicas, lacunas e estratégias não perceptíveis por métodos quantitativos. Essa abordagem destaca o papel mediador de determinados serviços, a criatividade dos agentes públicos diante da ausência de protocolos e os esforços cotidianos para garantir o direito à informação.

Reconhecer o valor da análise qualitativa implica compreender que a comunicação de risco em contextos de vulnerabilidade é atravessada por dimensões subjetivas, relacionais e afetivas que escapam às métricas tradicionais. A escassez de dados quantitativos, portanto, não invalida a análise, mas reforça a necessidade de métodos que deem conta da complexidade dessas práticas nos territórios.

Entre as boas práticas observadas, destaca-se, em Lisboa, o uso de múltiplos idiomas, a adaptação de conteúdos para públicos com acesso limitado à mídia digital e a integração entre saúde, assistência e comunicação. Em Aracaju, apesar das limitações estruturais, houve experiências pontuais que associaram saúde e assistência social a práticas comunicativas relevantes, ainda que restritas a territórios específicos.

Este estudo reconhece como limitações a indisponibilidade de dados quantitativos sobre campanhas comunicacionais e a impossibilidade de avaliar diretamente o impacto das estratégias junto à PSR. Essas limitações reforçam a urgência de investimentos em sistemas de informação e metodologias avaliativas voltadas à mensuração da eficácia das políticas de comunicação de risco.

Futuras investigações podem aprofundar a análise da recepção das mensagens por pessoas em situação de rua, da eficácia dos diferentes canais utilizados e da evolução das estratégias comunicacionais ao longo do tempo e em contextos urbanos distintos.

Em um cenário global de crises sanitárias, emergências climáticas e aprofundamento das desigualdades sociais, a comunicação de risco deve ser compreendida como um direito e uma responsabilidade ética do Estado. A análise das práticas voltadas à população em situação de rua contribui para a construção de políticas públicas mais inclusivas, justas e transformadoras, nas quais a comunicação se constitua como instrumento de cuidado, escuta e cidadania.

Quadro 1 – Recursos Humanos

Item	Aracaju	Lisboa	Lacunas/observações
Quantidade de profissionais	Insuficiente, alta rotatividade	Estabilidade maior, formação continuada	Faltam números exatos comparativos
Perfil profissional	Psicólogos, assistentes sociais, médicos	Equipe multiprofissional ampla	Áreas detalhadas em Lisboa ausentes
Capacitação	Pouca oferta de formação continuada	Parcerias universitárias e capacitação regular	Quantificar programas
Desafios	Sobrecarga,	Integração de novos	Impacto dos desafios

	turnover, falta de especialização	profissionais, diversidade	pouco discutido
--	-----------------------------------	----------------------------	-----------------

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2 – Intersectorialidade e Parcerias

Elemento	Aracaju	Lisboa	Lacunas/observações
Parcerias principais	Saúde básica e assistência social	Saúde, assistência, educação, ONGs	Exemplos práticos pouco detalhados
Formalização dos fluxos	Pouca formalização, práticas informais	Formalização parcial, com desafios	Protocolos/documentos ausentes
Articulação institucional	Dificuldade para fluxos intersectoriais	Melhor articulação, integração real	Avaliação de efetividade não apresentada
Desafios	Falta de articulação, baixa continuidade	Integração de migrantes e novas demandas	Impacto dos desafios pouco desenvolvido

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3 – Desafios

Cidade	Desafios principais	Potencialidades/boas práticas	Ausências informacionais
Aracaju	Centralização, recursos humanos, financiamento, fragmentação de rede, falta de planejamento de comunicação de risco	Projetos pontuais na atenção básica	Falta de dados quantitativos, avaliação de impacto, descrição de processos inovadores
Lisboa	Integração de migrantes, expansão da rede, demandas novas	Programas inovadores, acompanhamento domiciliar, articulação com ONGs	Exemplos práticos de fluxos, dados quantitativos, resultados de inovações

Fonte: Elaboração própria

12.1 Integração analítica dos resultados à luz da teoria

Esta pesquisa comparativa revelou que os modelos comunicacionais adotados em Aracaju e Lisboa frente à população em situação de rua durante a pandemia da COVID-19 ainda operam sob lógica predominantemente verticalizada, com ações pontuais de escuta, mas sem sistematização de estratégias dialógicas contínuas.

Ao retomar os marcos conceituais da Comunicação de Risco, observamos que:

- O modelo proposto por Sandman (1989), que associa risco à percepção emocional ($\text{Risco} = \text{Perigo} + \text{Raiva}$), ajuda a compreender o distanciamento e resistência de parte da PSR frente às ações oficiais, muitas vezes sentidas como negligentes ou excludentes.
- A ausência de ações baseadas na construção de confiança e credibilidade (Covello & Allen, 1988) limita a efetividade da comunicação em ambas as cidades, sobretudo diante de populações marcadas por históricos de repressão, estigma e institucionalização compulsória.
- As propostas da OMS (Rice et al.) e de autores como Schiavo (2014) reforçam a necessidade de processos comunicacionais bidirecionais e culturalmente sensíveis. No entanto, tanto em Aracaju quanto em Lisboa, prevalece a produção de conteúdos genéricos e técnicos, pouco adaptados às realidades comunicacionais da PSR.
- A noção de resiliência comunitária, conforme delineada por Norris et al. (2008), aparece de forma difusa: em Lisboa, por meio da articulação interinstitucional coordenada pelo NPISA; em Aracaju, via protagonismo de agentes do Consultório na Rua e ONGs locais. Entretanto, faltam mecanismos estruturados de comunicação que sustentem essa resiliência em cenários de crise prolongada.

Esses achados indicam que a comunicação em saúde voltada à PSR deve ser compreendida não apenas como transmissão de informação, mas como uma dimensão política, afetiva e relacional das respostas institucionais, com potencial de inclusão ou de agravamento das vulnerabilidades sociais.

12.2 Contribuições do estudo

Este trabalho oferece contribuições relevantes para o campo da Comunicação e Saúde, sendo as três principais:

1. **Ampliar o debate** sobre a comunicação de risco em contextos marcados por extrema vulnerabilidade social, evidenciando a importância de considerar as especificidades dos grupos mais expostos às crises sanitárias;
2. **Demonstrar a limitação** de estratégias formais de enfrentamento sanitário quando não acompanhadas de ações comunicacionais adequadas às características, linguagens e realidades do público-alvo, o que pode comprometer a efetividade das medidas adotadas;
3. **Reforçar a necessidade de articulação intersetorial**, indicando que a integração entre comunicação, saúde e assistência social é fundamental para a construção de respostas emergenciais mais eficazes, inclusivas e humanizadas.

12.3 Recomendações para a Gestão Pública

1. Criar diretrizes nacionais de comunicação de risco voltadas à PSR, com foco em inclusão, linguagem acessível e mediações comunitárias;
2. Participação ativa da população em situação de rua na construção das mensagens, assegurando pertinência cultural e maior efetividade, incluir representantes da PSR ou seus movimentos organizados na elaboração de campanhas de prevenção e protocolos de crise;
3. Fortalecer a produção de materiais multiformato (áudio, visual, impresso) acessíveis a quem vive nas ruas;
4. Consolidar redes intersetoriais com fluxo constante de comunicação, que articulem saúde, assistência social, habitação e direitos humanos;
5. Capacitar profissionais das áreas de comunicação e saúde para atuação em contextos de exclusão comunicacional;
6. Para enfrentar as lacunas identificadas, recomenda-se a criação de mecanismos padronizados de coleta e monitoramento de dados, com indicadores que contemplem: número de pessoas alcançadas, canais utilizados, compreensão das mensagens e adesão às orientações. A adoção de instrumentos simples, como formulários, entrevistas de campo e registros periódicos, pode fortalecer a base informacional e permitir ajustes dinâmicos nas estratégias adotadas. Parcerias com universidades e centros de pesquisa são fundamentais para o desenvolvimento de metodologias adequadas e análises qualificadas, assegurando o uso ético e eficaz das informações coletadas.
7. Estabelecer sistemas de registro, monitoramento e avaliação das práticas comunicacionais voltadas a grupos vulneráveis;

12.4 Limitações e caminhos para pesquisas futuras

Embora a pesquisa tenha reunido dados relevantes e diversificados, reconhece-se como limitações:

- O número reduzido de entrevistados em Lisboa, o que pode limitar a generalização;
- A ausência de escuta direta de pessoas em situação de rua, o que será fundamental em futuros estudos (tendo apenas como representante o MNPSR em Aracaju).

Sugere-se o aprofundamento de investigações sobre:

- O uso de tecnologias móveis e redes sociais por pessoas em situação de rua;

- Estratégias de comunicação alternativa e comunitária em contextos urbanos de exclusão;
- A interface entre políticas de habitação e práticas comunicacionais em emergências sanitárias.

Ao reconhecer a comunicação como vetor estruturante do cuidado, esta pesquisa reafirma a urgência de incorporar modelos mais sensíveis, interativos e territorializados às políticas públicas voltadas às populações em situação de rua, especialmente em tempos de crise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. Anvisa: combate notícias falsas é desafio para próxima pandemia. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 4 maio 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-05/anvisa-combate-noticias-falsas-e-desafio-para-proxima-pandemia>. Acesso em: 25 jun. 2024.

APIB - ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. Nossa luta é pela vida: monitoramento territorial, autonomia e auto-organização indígena durante a pandemia de Covid-19. [S. l.]: [s. n.], 2020. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.

ARACAJU. Prefeitura. Prefeitura de Aracaju já investiu mais de nove milhões de recursos próprios no combate à Covid-19. Agência de Notícias Aracaju, Aracaju, 6 jun. 2020. Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/86631/prefeitura-de-aracaju-ja-investiu-mais-de-nove-milhoes-de-recursos-proprios-no-combate-a-covid-19.html>. Acesso em: 13 set. 2023.

BARIFOUSE, R. Como o Brasil foi afetado pela pandemia de H1N1, a 1ª do século 21? BBC News, São Paulo, 25 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52042879>. Acesso em: 2 ago. 2023.

BARROS, A. Com pandemia, 20 estados têm taxa média de desemprego recorde em 2020. Agência de Notícias IBGE, 13 mar. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30235-com-pandemia-20-estados-tem-taxa-media-de-desemprego-recorde-em-2020>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BATISTA, L. L. A Comunicação de Riscos no mundo corporativo e o conteúdo da mensagem. Revista Organicom (USP), São Paulo, ano 4, n. 6, 1º sem. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/138928/134276>. Acesso em: 25 abr. 2023.

BIERNATH, A. Como os presidentes brasileiros lidaram com a gripe espanhola no início do século 20? BBC News, São Paulo, 14 fev. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56031995>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Decreto nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, DF: Presidência da República, 2009b.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html. Acesso em: 8 out. 2023.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 2009a.

BRASIL. Lei nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024. Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jan. 2024. Disponível em: [https://legis.senado.leg.br/norma/38165569#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,de%20Rua%20\(PNTC%20PopRua](https://legis.senado.leg.br/norma/38165569#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,de%20Rua%20(PNTC%20PopRua). Acesso em: 5 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção Global. Protocolo para organizações religiosas e da sociedade civil sobre atendimento e acolhimento à população em situação de rua no âmbito da pandemia covid-19. [Brasília, DF]: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-da-orientacoes-para-acolhimento-da-populacao-em-situacao-de-rua-durante-pandemia/PROTOCOLOPARAORGANIZAESPopRuaCovid19.pdf>. Acesso em: 8 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de cuidado à saúde da população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [20--]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf/view. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual integrado de vigilância do cólera: 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_integrado_vigilancia_colera2ed.pdf. Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Responsabilidades dos entes que compõem o SUS. Brasília, DF, 26 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus/responsabilidades-dos-entes-que-compoem-o-sus>. Acesso em: 2 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/brasil-livre-da-tuberculose/view>. Acesso em: 2 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf. Acesso em: 2 mar. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua. Brasília: MDS, 2009c. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Plano Ruas Visíveis - Pelo direito ao futuro da população em situação de rua. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo->

federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2 of V3 plano acoes populacao de rua1.pdf. Acesso em: 18 jan. 2024.

CALDAS, A. C. Pandemia de fake news dificulta combate ao coronavírus no Brasil, alertam especialistas. Brasil de Fato, Curitiba, 30 out. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/10/30/pandemia-de-fake-news-dificulta-combate-ao-coronavirus-no-brasil-alertam-especialistas>. Acesso em: 25 jun. 2024.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA. Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem-Abrigo 2019–2023. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 2024. Disponível em: <https://lisboaparapessoas.pt/wp-content/uploads/2024/05/planolisboasemabrigo PMPSSA2019-23.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2024.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA. Plano Municipal para a Pessoa em Situação de Sem Abrigo 2024-2030. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 28 maio 2024. Disponível em: <https://cidadania.lisboa.pt/fileadmin/cidade temas/direitos sociais/documentos/PMPSSA 2024 2030 APROVADO 28 05 2024.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2024.

CAMPOS, A. L. V.; NASCIMENTO, D. R.; MARANHÃO, E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/9tFSfwSZjFX6NpSvxq9NZws/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2024.

CARVALHO, J. M. Cidadania no Brasil: O longo Caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Disponível em: <https://necad.paginas.ufsc.br/files/2012/07/CARVALHO-Jos%C3%A9-Murilo-de-Cidadania-no-Brasil1.pdf>. Acesso em: 7 maio 2023.

CINACCHI, G. B.; SENNA, M. C. M.; NUNES, N. R. A. População em situação de rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/07/Livro-Populacao-em-situacao-de-rua-abordagens-interdisciplinares-e-perspectivas-intersetoriais.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2024.

CNDH - CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. [Brasília, DF]: CNDH, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy of Resolucao40.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2023.

CNMP - CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua. Brasília: CNMP, 2015. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/Guia_Ministerial_CNMP_WEB_2015.pdf. Acesso em: 18 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2024.

CORSO, I. Visita no Centro Pop de Aracaju constata funcionamento precário. CUT-SE, 23 abr. 2024. Disponível em: <https://se.cut.org.br/noticias/visita-no-centro-pop-de-aracaju-constata-funcionamento-precario-1c58>. Acesso em: 15 jun. 2024.

COVELLO, V. T.; SANDMAN, P. M.; SLOVIC, P. Comunicação de Riscos, estatísticas de riscos e comparações e riscos: um manual para gerentes de fábrica. Washington, DC: Chemical Manufacturers Association, 1988. Disponível em: <https://www.psandman.com/articles/cma-1.htm>. Acesso em: 1 jun. 2024.

CRAIDE, S. Apenas 22% dos brasileiros têm boas condições de conectividade. Agência Brasil, Brasília, 16 abr. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2024-04/apenas-22-dos-brasileiros-tem-boas-condicoes-de-conectividade>. Acesso em: 29 jul. 2024.

DE PAULA, H. C. et al. No place to shelter: ethnography of the homeless population in the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, supl. 2, e20200489, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489>. Acesso em: [inserir data de acesso, não fornecida].

ENIPSSA - ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO. COVID-19: Medidas Específicas para Pessoas em Situação de Sem-Abrigo. Lisboa: ENIPSSA, 2020. Disponível em: <https://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/COVID-19++Medidas+Espec%C3%ADficas+para+Pessoas+em+Situa%C3%A7%C3%A3o+Sem+Abri+go/4360032f-2e6e-4beb-a791-dcd0ccb54401>. Acesso em: 10 dez. 2024.

ENIPSSA - ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO. Inquérito de Caracterização das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo – 31 de dezembro de 2023 – Quadros. Lisboa: ENIPSSA, 2023. Disponível em: <https://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/Inqu%C3%A9rito%2BCaracteriza%C3%A7%C3%A3o%2Bdas%2BPessoas%2Bem%2BSitua%C3%A7%C3%A3o%2Bde%2BSem-Abrigo%2B-%2B31%2Bde%2Bdezembro%2B2023%2B-%2BQuadros/bc4e2eb8-31ba-4aa4-984b-dbeccaaddf22>. Acesso em: 10 dez. 2024.

ENIPSSA - ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO. Plano de ação 2021–2023. Lisboa: ENIPSSA, jun. 2021. Disponível em: <https://www.enipssa.pt/documents/10180/0/Plano+de+a%C3%A7%C3%A3o+2021-2023/42f8e041-2f99-4152-9e04-b48088992721>. Acesso em: 10 dez. 2024.

FENNER, F. et al. Smallpox and its eradication. Geneva: World Health Organization, 1988. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/39485>. Acesso em: 1 mar. 2024.

FERREIRA, R. M. C. et al. Corona, uma campanha de banho de água fria! *Revista Española de Comunicación en Salud*, Madrid, v. [inserir volume], n. [inserir número], p. 81-94, 2023.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Dossiê O povo da rua: saúde, políticas públicas e comunicação. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, out./dez. 2023. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/announcement/view/37>. Acesso em: 7 maio 2024.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). Communicating risks and benefits. Estados Unidos: FDA, 2011. Disponível em: <https://www.fda.gov/media/81597/download>. Acesso em: 4 maio 2024.

FREIMUTH, V. S.; QUINN, S. C. The Contributions of Health Communication to Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 94, n. 12, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448587/#sec-a.c.dtitle>. Acesso em: 14 out. 2022.

FRIMPONG, S. O.; PAINTSIL, E. Community engagement in Ebola outbreaks in sub-Saharan Africa and implications for COVID-19 control: A scoping review. *International Journal of Infectious Diseases*, Amsterdam, v. 126, p. 182-192, jan. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36462575/>. Acesso em: 8 jun. 2024.

GAMEIRO, N. População em situação de rua aumentou durante a pandemia. Portal Fiocruz, Brasília, 8 jun. 2021. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 2 jun. 2023.

GEROLOMO, M.; PENNA, M. L. F. Cólera e condições de vida da população. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 385-391, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jRkfXzX8JnpczqVB38hFwQc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2024.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2011. Disponível em: https://www.academia.edu/28244243/A_Arte_de_Pesquisar_Mirian_Goldenberg. Acesso em: 9 mar. 2024.

GOMES, D. F. L. Fundamentação em Direitos Humanos e Cidadania V.01. Belo Horizonte: Marginália Comunicação, 2016. Disponível em: https://social.mg.gov.br/images/Direitos_humanos/Cadernos_Direitos_Humanos/Livro%2001.pdf. Acesso em: 3 jan. 2024.

GOMES, H. S. Como Taiwan, vizinho da China, freou o coronavírus usando tecnologia. UOL, Tilt, 13 mar. 2020. Disponível em: <https://www.uol.com.br/tilt/noticias/redacao/2020/03/13/como-taiwan-vizinha-da-china-usou-tecnologia-para-frear-o-coronavirus.htm>. Acesso em: 12 jun. 2024.

GOMES, I. Com serviços afetados pela pandemia, PIB de 2020 cai 3,3%. Agência Notícias IBGE, 4 nov. 2022. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35349-com-servicos-afetados-pela-pandemia-pib-de-2020-cai-3-3#:~:text=Em%202020%2C%20quando%20a%20pandemia,fam%C3%ADlias%20\(%2D4%2C5%25](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35349-com-servicos-afetados-pela-pandemia-pib-de-2020-cai-3-3#:~:text=Em%202020%2C%20quando%20a%20pandemia,fam%C3%ADlias%20(%2D4%2C5%25). Acesso em: 26 set. 2023.

GRAEML, C. Covid em Taiwan: com o dobro da população de São Paulo, 889 casos e 7 mortes. *Gazeta do Povo*, 25 jan. 2021. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vozes/cristina-graeml/covid-em-taiwan-pais-tem-menor-numero-de-mortes-por-milhao-de-habitantes/>. Acesso em: 25 jun. 2024.

HENAO-RESTREPO, A. M. et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease: final results from the Guinea ring vaccination, open-label, cluster-randomised trial (Ebola Ça Suffit!). *The Lancet*, London, v. 389, n. 10077, p. 1475-1487, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364328/>. Acesso em: 1 maio 2024.

HONORATO, B. E. F.; OLIVEIRA, A. C. S. População em situação de rua e COVID-19. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 770-781, ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/6f3zjNgGvdyqV4Sxx3K74Gz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2021.

IANNI, A. M. Z.; COSTA, M. I. S. O conceito de cidadania. In: IANNI, A. M. Z.; COSTA, M. I. S. (org.). *Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma*

análise teórica. São Bernardo do Campo, SP: Editora UFABC, 2018. p. 43-73. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/sysng/pdf/costa-9788568576953-03.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2024.

INTERNATIONAL COMMITTEE OF THE RED CROSS. COVID-19: Resposta global do CICV ao coronavírus. [S. l.]: ICRC, 2020. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/document/covid-19-resposta-global-do-cicv-ao-coronavirus>. Acesso em: 15 jun. 2024.

JANSEN, R. Brasil registra primeiro caso local de cólera em 18 anos, informa Ministério. CNN Brasil, 21 abr. 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil-registra-primeiro-caso-local-de-colera-em-18-anos-informa-ministerio/>. Acesso em: 26 mar. 2024.

LABOISSIÈRE, P. Saúde alerta para vigilância e imunização contra febre amarela. Agência Brasil, Brasília, 29 abr. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-04/saude-alerta-para-vigilancia-e-imunizacao-contra-febre-amarela>. Acesso em: 7 maio 2024.

LESSER, J.; KITRON, U. A geografia social do zika no Brasil. Estudos Avançados, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 115-131, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/QMfVJpGDpwKybkBMQzXFN9y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 mar. 2024.

LOURENÇO, M. R.; MARCHIORI, M. A prática da Comunicação de Risco nas organizações. FACESI em Revista (UEL), Londrina, ano 4, v. 4, ed. especial, 2012. Disponível em: http://www.uel.br/grupo-estudo/gecorp/images/Artigo_A_Comunica%C3%A7%C3%A3o_de_Risco_nas_Organiza%C3%A7%C3%B5es_Facsi_em_Revista.pdf. Acesso em: 31 mar. 2023.

LOWBRIDGE, C. P.; LEASK, J. Public health risk communication. NSW Public Health Bulletin, Sydney, v. 22, n. 1-2, p. 12-16, 2011. Disponível em: <https://www.phrp.com.au/issues/volume-22-issue-1-2/bug-breakfast-in-the-risk-communication-in-public-health/>. Acesso em: 5 mar. 2024.

LÖWY, I. Zika no Brasil: história recente de uma epidemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

MALINVERNI, C. et al. (org.). Desinformação e covid-19: desafios contemporâneos na comunicação e saúde. São Paulo: Instituto de Saúde, 2023. Disponível em: <https://portolivres.fiocruz.br/desinformacao-e-covid-19-desafios-contemporaneos-na-comunicacao-e-saude>. Acesso em: 29 dez. 2023.

MARQUES, L. M. População em situação de rua: reflexões sobre uma expressão da “questão social”. 2021. 76 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2021. Disponível em: https://monografias.ufop.br/bitstream/35400000/3362/6/MONOGRRAFIA_Popula%C3%A7%C3%A3oSitua%C3%A7%C3%A3oRua.pdf. Acesso em: 1 jul. 2023.

MARTÍN-BARBERO, J. De los medios a las mediaciones: comunicación, cultura y poder en la era digital. Barcelona: Gedisa, 2001.

MÉDICOS DO MUNDO. Revista FACE: edição n.º 16 e suplemento. Lisboa: Médicos do Mundo, jul. 2021. Disponível em: <https://www.medicosdomundo.pt/sites/default/files/2021-07/Revista%20FACE%2016%20e%20Suplemento.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2025.

MÉDICOS DO MUNDO. Relatório de atividades e contas 2021. Lisboa: Médicos do Mundo, jul. 2022. Disponível em: <https://www.medicosdomundo.pt/sites/default/files/2024-07/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%20e%20Contas%202021.pdf>. Acesso em: 9 jun.

2025.

MONTEIRO, D. Pandemia de Covid-19 muda perfil de população em situação de rua. Portal Fiocruz, 2021. Disponível em: [link suspeito removido]. Acesso em: 2 jun. 2023.

NASCIMENTO, D. R. Quando a peste aportou no Brasil no ano de 1899. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26., 2011, São Paulo. Anais... São Paulo: ANPUH, 2011. p. [inserir páginas, se houver]. Disponível em: https://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300799806_ARQUIVO_Anpuh2011texto.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comunicação de Riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em Comunicação de Risco de emergência. [S. l.]: OMS, 2017. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789248550201-por.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comunicação de Riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em Comunicação de Risco de emergência. [S. l.]: OMS, 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789248550201-por.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Doença do vírus Ebola. [S. l.]: OMS, 20 abr. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>. Acesso em: 24 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ebola virus disease. Fact sheet. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>. Acesso em: 15 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. H1N1 in post-pandemic period. [S. l.]: WHO, 10 ago. 2010. [Não foi possível localizar o link para acesso].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. HIV/AIDS. [S. l.]: OMS, 22 jul. 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwhvi0BhA4EiwAX25uj5G1RiT-bMApXWU6RT3CE1BSy1FMiTSbx2wQTTIVJ1jCiLRA-NiW5hoC6cgQAvD_BwE. Acesso em: 24 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Vírus Zika. [S. l.]: OMS, 8 dez. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>. Acesso em: 24 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. [S. l.]: OPAS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_4.pdf. Acesso em: 8 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Município brasileiro de Aracaju protege população em situação de rua com vacina contra Covid-19. [S. l.]: OPAS, 27 ago. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/historias/municipio-brasileiro-aracaju-protege-populacao-em-situacao-rua-com-vacina-contracovid-19>. Acesso em: 5 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Poliomielite. [S. l.]: OPAS, [20--]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/poliomielite#:~:text=Os%20casos%20de%20poliomielite%20diminu%C3%ADram,risco%20de%20contrair%20a%20poliomielite..> Acesso em: 15 jun.

2024.

PAIVA, R. A comunicação como projeto social. *Comunicação & Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 24, p. 13-36, ago. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1430/143069611007/143069611007.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 8 mar. 2024.

PENSSAN - REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. A fome e a insegurança alimentar avançam em todo o Brasil. [S. l.]: Rede Penssan, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/>. Acesso em: 4 dez. 2024.

PERINI-SANTOS, E. Desinformação, negacionismo e a pandemia. *Filosofia Unisinos Journal of Philosophy*, São Leopoldo, v. 23, n. 1, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fun/a/tPL3pCYjLSqNY7k94mnj7Nj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 fev. 2024.

POSETTI, J.; BONTCHEVA, K. Desinfodemia: Dissecar as respostas à desinformação sobre COVID-19. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2020. (Resumo das Políticas, 2). Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374417_por. Acesso em: 3 jan. 2023.

PREFEITURA DE ARACAJU. Prefeitura reforça atenção às pessoas em situação de rua durante a pandemia. Agência Aracaju de Notícias, Aracaju, 16 jul. 2020. Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/87059/prefeitura-reforca-atencao-as-pessoas-em-situacao-de-rua-durante-a-pandemia.html>. Acesso em: 15 jun. 2025.

QUÍRICO, T. Imagem E Devoção Em Tempos de Pandemia: Apontamentos Sobre a Peste Negra E a Religiosidade Cristã No Fim Da Idade Média. *Revista Concinnitas*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 40, p. 320-333, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/concinnitas/article/view/59062/38267>. Acesso em: 8 nov. 2023.

REYNOLDS, B.; SEEGER, M. W. Crisis and Emergency Risk Communication Model. *Journal of Health Communication*, London, v. 10, n. 1, p. 43-55, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7970925_Crisis_and_Emergency_Risk_Communication_as_An_Integrative_Model. Acesso em: 23 mar. 2024.

RIBEIRO, C. Portugal desobriga o uso de máscaras de proteção contra a covid ao ar livre. UOL – RFI, Lisboa, 13 set. 2021. Atualizado em 13 set. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/rfi/2021/09/13/portugal-relaxa-uso-de-mascaras-ao-ar-livre-rumo-ao-titulo-de-pais-mais-vacinado-do-mundo.htm>. Acesso em: 9 jun. 2025.

RORIZ, M. L.; OLIVEIRA, A. Dossiê O povo da rua: saúde, políticas públicas e comunicação. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2023. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/announcement/view/37>. Acesso em: 8 jan. 2024.

SAMPAIO, J. R. C.; SCHÜTZ, G. E. A epidemia de doença pelo vírus Ebola de 2014: o Regulamento Sanitário Internacional na perspectiva da Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 301-309, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/MMdyYbSpTBdHvJ6R7vtVXmt/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 10 jun. 2024.

SANDMAN, P. M. Peter Sandman's Risk Communication Website. [S. l.]: AIHA, 1993. Disponível em: <https://www.psandman.com/index-intro.htm>. Acesso em: 25 jun. 2024.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA. Relatório de Gestão e Contas 2020. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2023. Disponível em: <https://scml.pt/wp-content/uploads/2023/03/rel-gestao-contas-2020.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2024.

SANTOS, B. de S. A cruel pedagogia do vírus. Coimbra: Almedina, 2020. Disponível em: https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Livro_Boaventura.pdf. Acesso em: 4 jul. 2022.

SANTOS, T. Varíola: a única doença humana erradicada no planeta. In Vivo/Museu da Vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 30 ago. 2022. Disponível em: <https://www.invivo.fiocruz.br/saude/variola-erradicacao/#:~:text=Entre%201973%20e%201978%2C%20a,erradicada%20em%20todo%20o%20planeta>. Acesso em: 8 out. 2023.

SENADO FEDERAL. Desinformação e fake news são entrave no combate à pandemia, aponta debate. Agência Senado, Brasília, 5 jul. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/07/05/desinformacao-e-fake-news-sao-entrave-no-combate-a-pandemia-aponta-debate>. Acesso em: 25 jun. 2024.

SENADO FEDERAL. Estatuto da população em situação de rua é aprovado na CDH. Agência Senado, Brasília, DF, 11 out. 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/10/11/estatuto-da-populacao-em-situacao-de-rua-e-aprovado-na-cdh>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SELLNOW, T. L.; SEEGER, M. W. Theorizing Crisis Communication. 2. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2013.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em situação de rua no Brasil: Revisão sistemática. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 38, n. 3, p. 488-500, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2023.

SILVA, M. G. et al. A população em situação de rua diante da pandemia: um estudo de caso ampliado entre São José dos Campos/SP e São Paulo/SP. Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades, São Paulo, v. 8, n. 63, p. 1-22, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/347364122_A_populacao_em_situacao_de_rua_diante_da_pandemia_um_estudo_de_caso_ampliado_entre_Sao_Jose_dos_CamposSP_e_Sao_PauloSP. Acesso em: 15 maio 2023.

SILVA, T. D.; NATALINO, M.; PINHEIRO, M. B. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. Brasília: IPEA, 2020. (Nota Técnica, 74). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200610_nt_74_diset.pdf. Acesso em: 14 jun. 2023.

SOUSA, P. A. F. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 660-664, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MCCCbvMtwRBpNxxvZZnqZpzt/?format=pdf>. Acesso em: 14 out. 2023.

SPINK, M. J. P. Contribuições da psicologia discursiva para o campo da comunicação sobre riscos em saúde. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio

de Janeiro, v. 13, n. 1, 2019. DOI: 10.29397/reciis.v13i1.1749. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1749>. Acesso em: 5 jan. 2024.

SZKLO, M.; NIETO, F. J. *Epidemiology: Beyond the Basics*. 3. ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2014.

UNAIDS - PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. O Índice de Estigma. Brasília: UNAIDS, 2023. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Exec_Sum_ARTE_2_web.pdf. Acesso em: 7 mar. 2024.

UNAIDS - PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. Relatório do Dia Mundial de Luta contra a AIDS. Brasília: UNAIDS, 2023. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2023/11/UNAIDS-Sumario-Executivo-do-Relatorio-Global-do-Dia-Mundial-de-Luta-Contra-a-AIDS.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2024.

ULMER, R. R.; SELLNOW, T. L.; SEEGER, M. W. *Effective Crisis Communication: Moving From Crisis to Opportunity*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2011. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?id=bC3J1C0BXQwC&printsec=frontcover#v=onepage&q&q&f=false>. Acesso em: 18 abr. 2024.

VASCONCELOS, W. R. M. D. et al. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 488-500, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1019>. Acesso em: 2 fev. 2024.

VATICAN NEWS. Papa Francisco pede vacinação para povos da América Latina. Vatican News, Cidade do Vaticano, 11 ago. 2021. Disponível em: <https://www.vaticannews.va/pt/papa/news/2021-08/papa-francisco-mensagem-video-vacinacao-povos-america-latina.html>. Acesso em: 15 jun. 2024.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007. Disponível em: http://www.rbconline.org.br/wpcontent/uploads/a2007_v20_n05_art10.pdf. Acesso em: 30 jun. 2019.

WALDMAN, E. A. et al. Cholera in Brazil during 1991-1998: Socioeconomic Characterization of Affected Areas. *Journal of Health, Population and Nutrition*, Dhaka, v. 20, n. 1, p. 11-18, mar. 2002. Disponível em: [link suspeito removido]. Acesso em: 20 abr. 2024.

WESTIN, R. Aids chegou ao Brasil há 40 anos e trouxe terror, preconceito e desinformação. Agência Senado, Brasília, 2 jun. 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/aids-chegou-ao-brasil-ha-40-anos-e-trouxe-terror-preconceito-e-desinformacao>. Acesso em: 4 mar. 2024.

WESTIN, R. No Brasil Império, chegada de vírus mortal provocou negacionismo e crítica a quarentena. Agência Senado, Brasília, 1 jun. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/no-brasil-imperio-chegada-de-virus-mortal-provocou-negacionismo-e-critica-a-quarentenas>. Acesso em: 4 mar. 2024.

YIN, R. K. *Pesquisa Estudo de Caso: Desenho e Métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman.