

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
INSTITUTO SAÚDE E SOCIEDADE
TERAPIA OCUPACIONAL

GABRIELA GALDINO JANEIRO

**O cuidado com a população em situação de rua na pandemia da COVID-19:
Sistematização de informações jornalísticas das cidades Nova York e Madrid.**

Santos
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
INSTITUTO SAÚDE E SOCIEDADE
TERAPIA OCUPACIONAL

GABRIELA GALDINO JANEIRO

**O cuidado com a população em situação de rua na pandemia da COVID-19:
Sistematização de informações jornalísticas das cidades Nova York e Madrid.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista.

Orientadora: Prof. Dra. Débora Galvani

G118c Galdino Janeiro, Gabriela.

O cuidado com a população em situação de rua na pandemia da COVID-19: Sistematização de informações jornalísticas das cidades Nova York e Madrid.. / Gabriela Galdino Janeiro; Orientadora Debora Galvani. -- Santos, 2020. 45 p. ; 30cm

TCC (Graduação - Terapia Ocupacional) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2020.

1. Sistematizar as informações divulgadas em veículos jornalísticos sobre ações governamentais e não governamentais com a população em situação de rua na pandemia da COVID-19 nas cidades de Nova York e Madrid. I. Galvani, Debora, Orient. II. Título. CDD 615.8515

SANTOS
2020

Resumo

Em 2020, a pandemia causada pelo coronavírus levou o mundo a vivenciar uma das maiores crises do sistema capitalista, com profundos impactos no cotidiano de pessoas, grupos e comunidades. O presente trabalho teve como objetivo compreender as estratégias governamentais e da sociedade civil de atenção à população em situação de rua na pandemia da COVID-19 nas cidades de Nova York e Madrid, através de informações divulgadas em veículos jornalísticos. Este trabalho foi realizado no período de março a julho e a escolha de cidades de outros países foi necessária pois a pandemia ainda estava iniciando em território brasileiro. Concluiu-se que, o combate a disseminação do coronavírus é responsabilidade dos Estados-nação, apesar da existência de organizações transnacionais como a Organização Mundial da Saúde, e que as duas cidades foco desta pesquisa apresentaram diferenças claras no combate a COVID-19, porém explicitam a ineficiência do modelo assistencialista de atenção a este grupo social.

Abstract

In 2020, the pandemic caused by the coronavirus led the world to experience one of the greatest crises of the capitalist system, with profound impacts on the daily lives of people, groups and communities. The present work aimed to understand the government and civil society strategies to care for the homeless in the COVID-19 pandemic in the cities of New York and Madrid, through information published in the news media. This work was carried out from March to July and the choice of cities in other countries was necessary because the pandemic was still starting in Brazilian territory. It was concluded that the fight against the spread of coronavirus is the responsibility of nation-states, despite the existence of transnational organizations such as the World Health Organization, and that the two focus cities of this research showed clear differences in the fight against COVID-19, however explain the inefficiency of the assistance model to care for this social group.

SUMÁRIO

1.	Introdução	4
2.	Justificativa	5
3.	Objetivos	8
3.1.	Objetivo Geral	8
3.2.	Objetivos Específicos	8
4.	Metodologia	9
5.	Resultados	11
5.1.	Panorama Geral	11
5.2.	Instruções para abrigos	11
5.3.	Isolamento Social	12
5.4.	Isolamento de pessoas infectadas	16
5.5.	Alimentação	18
6.	Considerações finais	19
7.	Referências	20
8.	Anexos	23

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OMS), o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) se tornou uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em janeiro de 2020, e em março, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Foram confirmados no mundo, até o dia 3 de agosto de 2020, 17.918.582 casos de COVID-19 e 686.703 mortes (OMS, 2020).

Os sintomas mais comuns da COVID-19 são febre, cansaço e tosse seca, alguns podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, entre outros. Para orientar a população mundial de como proteger a si e aos outros, a OMS recomenda que praticar a higiene das mãos e respiratória é a melhor maneira de proteção, além de manter uma distância de pelo menos um metro entre os indivíduos (OMS, 2020).

Afirma-se que esta pandemia pode ser a principal causa da pior crise do capitalismo desde 1929, considerando suas amplas repercussões econômicas, políticas e sociais, evidenciando as contradições do sistema capitalista. O enfrentamento desta crise socio sanitária requer esforços de setores de políticas públicas, para além do setor da saúde, devido o impacto que causa desde as atividades básicas do cotidiano, até a forma de trabalho e como as pessoas se relacionam (BARDI, *et al.*, 2020).

O risco de contaminação pela COVID-19 é generalizado, mas os recursos apresentados por diferentes grupos sociais para o enfrentamento da situação, demonstra que os mais afetados são os indivíduos de baixa renda, que vivem nas periferias, os que não contam com abastecimento de água, a população negra, a população indígena, entre outros que têm menos acesso aos seus direitos (PEREIRA, *et al.*, 2020). Santos (2020), destaca o acesso a cuidados de saúde, apólices de seguro e às terapias, como recursos do padrão de consumo dos grupos mais privilegiados economicamente.

De acordo com Antunes (2020 *apud* PEREIRA, *et al.*, 2020), esta pandemia evidencia cada vez mais a existência de populações, em diversas nações, que são excluídas de direitos básicos da vida, de acesso a espaços de informação e participação e condições dignas de trabalho, sendo populações que já tinham seu cotidiano caracterizado por níveis de exploração do trabalho, precarização e também pelo desemprego, subemprego e informalidade.

Em qualquer momento da história, a população em situação de rua é considerada um dos grupos mais vulneráveis da sociedade mundial, principalmente em um momento de crise sanitária, pois não possuem a oportunidade de seguir nenhuma recomendação de prevenção da doença apresentada pela OMS, *“revelando a precariedade de um sistema de proteção social que numa situação de crise aprofunda o recorte explícito de raça e classe dos desassistidos”* (BARDI, *et al.*, 2020, p. 501).

Sendo assim, espera-se que esta pesquisa, além de registrar de forma sistemática um momento histórico que aprofunda as desigualdades sociais, deixando evidente, em diversos países, a ausência ou ineficácia de ações de proteção do Estado, possa também subsidiar elementos para elaboração de políticas públicas que atendam de forma integral as necessidades da população que vive nas ruas. O presente trabalho teve como objetivo sistematizar as informações divulgadas em veículos jornalísticos sobre ações governamentais e não-governamentais com a população em situação de rua na pandemia da COVID-19, nas cidades de Nova York e Madrid.

2. JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa teve como objetivo analisar de que forma a população em situação de rua foi assistida durante a pandemia da COVID-19 nas cidades de Nova York e Madrid. A partir da perspectiva de veículos jornalísticos internacionais, buscou-se sistematizar as estratégias governamentais e da sociedade civil voltadas à população em situação de rua no contexto da pandemia, além de identificar os impactos na vida cotidiana desse grupo social. Para realizar esta pesquisa, foi necessário a revisão do plano de trabalho da pesquisadora, devido a necessidade do distanciamento social imposta pelo coronavírus.

O interesse por esta temática originou-se das práticas realizadas pela pesquisadora com a população em situação de rua, durante o desenvolvimento do curso de Terapia Ocupacional. Realizando práticas no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas (CAPS AD), no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) do município de Santos e no Consultório na Rua do município de Guarujá, a pesquisadora conviveu com esta população e pode perceber a dificuldade que eles apresentam em sua dinâmica do cotidiano, em acessar seus direitos e ser respeitado como cidadão.

A Política Nacional para População em Situação de Rua, instituída no Brasil em 2009, define esta população como

grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009).

De acordo com a antropóloga Simone Frangella (2004), os habitantes das ruas vivem cotidianamente em contraposição às estratégias econômicas e políticas que idealizam as cidades contemporâneas. Na visão de políticos, acadêmicos e outros, a liberdade e a ausência de trabalho colocam estas pessoas como a forma mais extrema da marginalização econômica e social. E, segundo Frangella, a reação a este movimento é a exclusão, que ocorre de maneira física, pelas ações policiais por exemplo, e com atitudes de ofensa e humilhação social.

Como afirma Galvani (2015, p. 21), *“as pessoas em situação de rua, enquanto grupo social, têm em comum experiências ligadas à ruptura de redes de suporte e precarização nas relações de trabalho e experienciam a desqualificação social”*. Sendo assim, a dificuldade que apresentam em realizar as atividades do cotidiano faz com que aqueles que vivem nas ruas criem estratégias para desenvolver mecanismos de sobrevivência e tentar acessar seus direitos.

Para realizar uma leitura da situação de rua do ponto de vista processual, o sociólogo Robert Castel apresenta conceitos muito relevantes, com sua análise forjada na realidade francesa. Discutindo o processo de precarização do trabalho, Castel (1997) apresenta algumas constatações que caracterizam a cristalização desta nova questão social. Dentre elas, está a definição de um perfil de pessoas que podem ser chamadas de “sobrantes”, as quais não estão integradas na sociedade, onde este entende que estar integrado é estar inserido em relações de utilidade social e de interdependência com o conjunto da sociedade.

De acordo com Castel (2005, *apud* GALVANI, 2015) as relações que um indivíduo constrói com as atividades produtivas configuram zonas de existência social: inserção,

vulnerabilidade e desfiliação. Para o sociólogo, a desfiliação é compreendida como a ausência de participação em qualquer atividade produtiva e o isolamento relacional.

Sendo assim, pode-se dizer que a população em situação de rua transita entre a vulnerabilidade e a desfiliação social (CASTEL,2005) e a dificuldade que apresenta no cotidiano em acessar seus direitos e ser respeitado como cidadão, é resultado da sociedade preconceituosa que estigmatiza a pessoa que utiliza a rua como moradia e muitas vezes não é capaz de enxergar como seres-humanos.

Analisando o conceito de cotidiano em um contexto histórico-social, a terapeuta ocupacional Sandra Galheigo afirma que *“a vida cotidiana do sujeito se revela no entroncamento da realidade exterior e da realidade psíquica, na rede de suas relações sociais, nas atividades costumeiras de auto-cuidado e auto-manutenção, nas manifestações de solidariedade”* (2003, p. 108).

Desta forma, pode-se dizer que um cotidiano que já é marcado por altos níveis de desigualdade e vulnerabilidade social, em um cenário de pandemia, escancara que a população mais exposta do ponto de vista sanitário, será também a mais atingida economicamente a longo prazo. A estagnação de setores econômicos causa a demissão de muitos trabalhadores, além da redução de jornada de trabalho com cortes salariais, aumento de postos de trabalho sem remuneração adequada, garantias e direitos trabalhistas, expande o contingente de pessoas em situação de vulnerabilidade social (BARDI, *et al.*, 2020) e demonstra a importância que os profissionais estejam envolvidos com a temática deste grupo social, realizando estudos e levantando dados para a identificação de demandas e necessidades.

A Terapia Ocupacional Social, a fim de estimular a participação política de indivíduos, a emancipação, pertencimento e protagonismo social, além de fortalecer as redes de suporte, atua através da mediação sócio-ocupacional e aborda problemas da vida cotidiana interconectados com a inexistência de condições sociais que oportunizam uma vida digna (CHAGAS, *et al.*, 2015).

Com a população em situação de rua, a Terapia Ocupacional Social tem revelado potenciais de ação técnica na colaboração com o acesso às redes de serviços e projetos nas áreas de cultura, saúde, educação, arte, entre outros, reconhecendo as escolhas e a produção de sentido nas trajetórias individuais, com a construção dialogada das necessidades (CHAGAS, *et al.*, 2015).

Sendo assim, a pandemia tem apresentado aspectos que levam o terapeuta ocupacional no campo social à ação e à reflexão. Como afirma Bardi *et al.* (2020), além do que tem sido feito pelos terapeutas ocupacionais que estão na linha de frente do combate à propagação da COVID-19, no âmbito dos serviços de saúde e no âmbito da assistência social, em serviços de cadastro de transferência de renda e proteção social, cabe aos profissionais construir ações multi e intersetoriais que englobam os grupos que já vem sofrendo os efeitos da pandemia de forma mais intensa, gerando uma reflexão generalizada sobre outras formas de organização social e econômica que rompam com a lógica capitalista e que possam se estruturar em bases mais igualitárias.

O presente trabalho, teve como objetivo então, além de apresentar as medidas tomadas com a população de rua em Nova York e Madrid em um cenário de pandemia, gerar uma reflexão sobre como é necessária, além do investimento nas políticas sociais, a transformação das relações de produção na estrutura econômica e social globalmente.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Sistematizar as informações divulgadas em veículos jornalísticos sobre ações governamentais e não-governamentais com a população em situação de rua na pandemia da COVID-19 nas cidades de Nova York e Madrid

3.2 Objetivos Específicos

Compreender as estratégias governamentais de atenção a população em situação de rua na pandemia da COVID-19 nas cidades de Nova York e Madrid

Identificar impactos na vida cotidiana da população em situação de rua durante a pandemia da COVID-19

Identificar estratégias organizadas pela sociedade civil voltadas a população em situação de rua no contexto da pandemia nas cidades de Nova York e Madrid.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada através da busca em veículos jornalísticos com a intenção de compreender ações governamentais e

não-governamentais com a população em situação de rua na pandemia da COVID-19 nas cidades de Nova York e Madrid.

De acordo com a socióloga Maria Cecília Minayo (1996), a pesquisa qualitativa coloca como tarefa central das ciências sociais a compreensão da realidade humana vivida socialmente. *“A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda riqueza de significados dela transbordante”* (MINAYO, 1996, p. 15).

É de extrema importância ressaltar que os veículos jornalísticos apresentam um viés político e que, ao realizar uma pesquisa de um assunto da atualidade, são a forma mais rápida de obter informações sobre o tema, por isso a escolha da pesquisa em jornais como metodologia, em tempos de distanciamento social. Ao analisar técnicas da metodologia qualitativa, o sociólogo Pedro Demo (2000, p.134) afirma que *“a agenda jornalística é naturalmente seletiva, as emissoras tendem a acentuar certas notícias e evitar outras”*, apresentando informações com menos sentido preciso do que as informações científicas.

O sociólogo britânico-jamaicano Stuart Hall (1980), ao estudar o funcionamento dos meios de divulgação televisivos com uma abordagem relativa à linguagem e ao processo discursivo, juntamente com análise da influência exercida pelos fatores sociais, culturais e políticos sobre esse processo, afirma que a produção de material na comunicação apresenta etapas distintas, de produção, circulação e consumo do material. Dessa forma, não é possível que ocorra um "erro" na compreensão de um conteúdo, apenas uma assimetria entre o sentido pretendido pelo produtor e o compreendido pelo receptor.

Sem desconsiderar as contradições da pesquisa com a fonte jornalística e seu amplo campo de estudos, o que se considera nesta pesquisa é a pertinência em acessar e sistematizar tais informações em momento de crise sanitária, econômica e política.

Para iniciar a realização da pesquisa, a escolha de outros países foi necessária pois a pandemia ainda estava começando a afetar o Brasil no momento da realização do trabalho de campo, e não era possível ter dimensão das medidas que seriam tomadas em relação à população em situação de rua brasileira. Também existe um interesse da pesquisadora em observar de que forma outros países compreendem suas populações que vivem nas ruas.

Sendo assim, os países escolhidos foram Espanha e Estados Unidos da América, devido o alto número de casos que apresentavam já em março. De acordo com o relatório da OMS, os primeiros casos confirmados de COVID-19 nos dois países foram em fevereiro de 2020. Além disso, os países foram escolhidos devido a facilidade da pesquisadora em

compreender as línguas correspondentes. Para a leitura das notícias, foi necessário realizar um trabalho de tradução, devido o objetivo da pesquisadora de disponibilizar a perspectiva que outros países têm de suas populações de rua e de que forma compreendem o cuidado que é necessário para a mesma.

Após selecionar os dois países, a pesquisadora buscou pelos jornais com mais relevância histórica nos mesmos e que também possuam acesso gratuito às notícias online, sendo estes *El País* e *New York Times*. As informações foram coletadas nos endereços eletrônicos dos respectivos jornais. O sistema de busca dos sites dos respectivos jornais foi utilizado como estratégia para encontrar as reportagens de interesse. Foram utilizadas palavras chave na área de busca em espanhol *sin hogar* e *coronavírus*, e em inglês *homeless* and *coronavírus*.

As notícias sobre a população de rua com relação a pandemia nos dois países começam em março, sendo então selecionado o período de março até final de junho para a pesquisa, com acesso diário aos jornais. Ao todo, a pesquisadora identificou 30 notícias no jornal espanhol e 40 notícias no jornal americano, inicialmente sendo de qualquer estado dos países. Devido o uso das palavras-chave na pesquisa, foi possível o acesso direto as notícias que abordam a atenção com a população de rua durante a pandemia.

Após a análise inicial destas notícias, percebeu-se a quantidade excessiva de informações para análise, levando a estabelecer novo foco de pesquisa. Deste modo, o escopo da pesquisa foi reduzido para as notícias referentes a uma cidade de cada país, sendo definidas as cidades de Madrid e Nova York. Estas foram escolhidas devido ao alto número de notícias e também ao número de casos da COVID-19, porém há uma grande diferença na quantidade de pessoas em situação de rua nas duas cidades, o que será um fator bem relevante na apresentação dos resultados.

Após a exclusão das notícias com este novo critério, foram selecionadas 10 notícias do jornal americano e 11 notícias do jornal espanhol. A análise seguiu no sentido de realizar uma categorização das notícias em relação às medidas que foram tomadas com a população de rua e as diferentes esferas da vida que o vírus aparentemente interfere, de acordo com a análise dos governos de cada estado, além da compreensão do que é viver nas ruas nestes países. Sendo estas, as categorias: instruções para os abrigos, isolamento social, isolamento de pessoas infectadas e alimentação.

Depois de ter as duas cidades como foco da pesquisa, foi possível também pesquisar por ONGs e coletivos envolvidos com a população de rua nestes lugares e que continuaram suas ações mesmo com a pandemia, como por exemplo a ONG *Nadiesolo* de Madrid e a *Coalition for the Homeless*, em Nova York. Estas ONGs foram encontradas através das notícias nos jornais, que apresentavam ações da sociedade em relação a população de rua durante a pandemia.

5. RESULTADOS

5.1 PANORAMA GERAL

Para apresentar os resultados da busca realizada nos veículos jornalísticos por medidas tomadas em Nova York e Madrid com sua população de rua na pandemia, é necessário ter clareza de qual forma esta população vive e é compreendida nas duas cidades, que serão apresentadas segundo dados informados por órgãos governamentais dos dois países..

De acordo com o Departamento de Serviço para Desabrigados da cidade de Nova York (DHS), agência do governo da cidade, em março de 2020, 60,923 pessoas vivem nas ruas e abrigos da cidade, onde existem em média 450 abrigos. O departamento afirma apresentar programas voltados para o emprego e prevenção da situação de rua, garantindo a disponibilidade de abrigos temporários de emergência para indivíduos e famílias, além de manter a segurança e o saneamento dos abrigos. Porém, de acordo com o Departamento de Investigação de Nova York, os abrigos são considerados pela população de rua locais inseguros, devido a violência, roubos e maus tratos.

É possível perceber semelhanças entre as condições de vida da população de rua em diversos lugares do mundo, tendo seu acesso a direitos sociais e humanos esbarrando nos entraves que a disseminação de uma imagem negativa associada a eles constroem. No relatório parcial de 2018 do Ministério dos Direitos Humanos do Brasil, são apontadas 573 violações cometidas contra pessoas em situação de rua no país, sendo 23 ocorrências acontecidas dentro dos albergues. É importante ressaltar que existem diferenças nas concepções do que é a população de rua na Espanha, Estados Unidos e Brasil, porém elas não serão abordadas neste trabalho.

Em Madrid, de acordo com o Serviço Social de Atenção Municipal a Emergências Sociais (Samur Social), em 2018 existiam 2.998 pessoas em situação de rua e a cidade

apresenta oito abrigos municipais, com funcionamentos e propósitos distintos. O serviço apresenta objetivos semelhantes com o Departamento de Serviços para Desabrigados de Nova York, assim como os serviços da rede do Sistema Único de Assistência Social do Brasil. Percebe-se que a pessoa em situação de rua, em diversos países, ainda é atendida por um modelo extremamente assistencialista e que, além de tornar o movimento de saída das ruas muito mais desafiador, gera altos gastos para o governo do país.

Desta forma, será apresentado a seguir as medidas de intervenção com a população de rua durante a pandemia da COVID-19, publicadas em jornais de Nova York e Madrid.

5.2 INSTRUÇÕES PARA OS ABRIGOS

Em março, as primeiras notícias sobre possíveis medidas de prevenção com a população de rua em relação a COVID-19 foram publicadas nos jornais dos dois países, sendo estas instruções a abrigos de como rastrear as pessoas quanto a sintomas do vírus e quais devem ser as medidas a serem tomadas, explicando também como o vírus se espalha e quem são as pessoas do grupo de risco.

Na Espanha, uma instrução de defesa (anexo 1) foi publicada no Diário Oficial do Estado (BOE), incluindo medidas como a criação de unidades em todo o país para a distribuição diária de *kits* de higiene e alimentos, orientando as pessoas em situação de rua e explicando as medidas de prevenção.

Nos Estados Unidos da América, o Departamento de Saúde e Higiene Mental da cidade de Nova York publicou um documento (anexo 2) instruindo abrigos para rastrear as pessoas quanto a sintomas, identificar e isolar rapidamente aqueles que contraíram o vírus.

5.3 ISOLAMENTO SOCIAL

Em março, também foram publicadas as primeiras notícias relatando de que forma os governos atuariam para isolar as pessoas que vivem nas ruas e que não contraíram o vírus, considerando a orientação da OMS em relação a disseminação da doença.

Na Espanha, no início do mês de março, o delegado de Igualdade e Bem-Estar Social de Madrid, Pepe Aniorte, anunciou a extensão da campanha de inverno até o final de maio, como forma de manter isolada a população de rua que já estava abrigada e possivelmente segura contra o vírus.

Na mesma semana, o porta-voz da área de Assistência Social da cidade relata que as pessoas começaram a ser encaminhadas para um procedimento de emergência da prefeitura que permite 479 lugares, além de anunciar a abertura de até 110 vagas em um hotel no município Arganda del Rey, como também uma pensão com 70 vagas.

No fim do mês de março, um albergue improvisado foi planejado para abrir na Instituição de Feiras de Madrid, conhecida como IFEMA, espaço que organiza feiras e que, devido a pandemia, foi onde a cidade lançou o maior hospital da Espanha. Neste albergue, poderiam ser recebidas até 600 pessoas, de acordo com as fontes municipais, onde apenas pessoas assintomáticas podem viver e todos tiveram sua temperatura medida quando chegaram. Também foi montado um abrigo provisório com 150 vagas, apenas para homens, no centro esportivo Juan Antonio Samaranch.

No início de abril, o jornal apresentou relatos feitos pelas pessoas que estão isoladas em IFEMA, de como têm sido a rotina no espaço, as angústias e impressões de indivíduos que não sabem o dia de amanhã, demonstrando o receio de como será o cotidiano quando voltarem a vida normal e que acreditam que serão esquecidos novamente nas ruas. O espaço montado em IFEMA, de acordo com a prefeitura, foi considerado o emblema dos cuidados prestados para as pessoas mais vulneráveis de Madrid.

Sendo assim, no fim do mês de abril, é relatado que 240 pessoas passaram pelo abrigo montado em IFEMA, algumas expulsas por “comportamento agressivo”, e que a Câmara Municipal começa a demonstrar preocupação com estas pessoas abrigadas, uma vez que o abrigo é válido até 30 de maio. O governo municipal disse que 60% dos que receberam em IFEMA não estavam registrados em Madrid, o que implicava que vinham de fora e a intenção é encaminhá-los para os serviços sociais de seu local de origem.

Durante semanas, os serviços sociais da Câmara Municipal pesquisaram e entrevistaram os que foram recebidos em IFEMA para descobrir se eles têm familiares, renda econômica ou possibilidades de viver fora da órbita da ajuda municipal. Também buscaram realocação para 17 vagas em asilos e encaminhamentos para locais da campanha fria.

No final de julho, o outro abrigo de emergência aberto durante a pandemia, no centro esportivo Juan Antonio Samaranch, também será fechado.

A área de serviços sociais manterá aberto os locais da campanha de frio, com 384 vagas, acrescentará algumas pessoas em pensões, com 50 vagas e em apartamentos, com 60 vagas.

A Prefeitura de Madri anunciou também em maio um programa com cerca de trinta casas pertencentes a rede de assistência a pessoas em situação de rua, a maioria equipada com três camas, com permanência máxima de três anos. Um terço deles é inaugurado após o fechamento de IFEMA no início de junho. Este sistema é inspirado na fórmula finlandesa que concede uma casa a quem precisa,, programa conhecido mundialmente como “Housing First”, o qual coloca a residência como ponto de partida para a reorganização do cotidiano da pessoa que vive nas ruas.

Ao observar experiências internacionais de moradia para população em situação de rua, mais de vinte países se inspiram hoje no programa “Housing First”, o qual compreende que se deve oferecer uma moradia individual para os sujeitos, sem que haja pré-condições ou imposições que não possam cumprir, e que assim acessar seus demais direitos.

Nos Estados Unidos, no final de março, foi anunciado um pacote de estabilização de US \$ 2,2 trilhões do Congresso para a pandemia, um compromisso entre o governo Trump e os líderes republicanos e democratas. Neste pacote, inclui US \$ 4 bilhões em subsídios para assistência a população de rua, que podem ser usados em abrigos de emergência temporários, como hotéis e motéis, e em equipamentos de proteção individual, compreendendo que abrigos, que estavam superlotados antes da pandemia, estão lutando para cumprir as diretrizes de quarentena estabelecidas pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças.

Ainda em março, o governo de Nova York toma medidas em relação a população carcerária, devido ao aviso do médico chefe do sistema penitenciário, alertando que o estado insalubre das instalações é um grande foco para disseminação do vírus. O prefeito de Nova York, Bill de Blasio, disse que a cidade libertou em média 650 pessoas de *Rikers Island*, o principal complexo penitenciário da cidade, sendo pessoas condenadas por crimes não-violentos e cumprindo sentenças inferiores a um ano. Também foi iniciado um processo que solicitou ao tribunal federal do Brooklyn que ordenasse a libertação imediata de cerca de 540 prisioneiros federais identificados como particularmente vulneráveis ao vírus devido à idade ou às condições de saúde subjacentes. Esta informação é essencial para compreender a complexa realidade dos abrigos que já se apresentavam superlotados antes da pandemia, uma vez que a maioria destas pessoas libertas não terá uma casa para retornar após a saída dos presídios.

No início de abril, o prefeito Bill de Blasio anunciou que mais de 2.500 moradores de abrigos seriam transferidos para hotéis até o final de abril, além de 3.500 que já estavam dividindo quartos em hotéis antes do vírus chegar, porque não havia espaço em abrigos tradicionais. De acordo com a organização Coalition for the Homeless, a maioria desses indivíduos está em salas de dupla ocupação, o que traz a possibilidade de o vírus ser transmitido entre companheiros de quarto. Quase metade dos adultos solteiros sem-teto permanece em abrigos com risco elevado de desenvolver COVID-19.

Derek Jackson, diretor da divisão de policiais da Teamsters Local 237, um sindicato de funcionários da cidade, disse que cerca de 550 oficiais de paz trabalham no sistema de abrigos e, no início da segunda semana de abril, 26 testaram positivo para o coronavírus, além de 41 trabalhadores do abrigo. O diretor relata que a cidade demorou a fornecer equipamentos de proteção individual aos policiais, assim como a agência de serviços para população de rua, de acordo com Steven Banks. Na segunda semana de abril, a agência começou a distribuir mais de 500.000 máscaras em abrigos para funcionários e oficiais da paz, além de desinfetante e luvas.

Steven Banks, comissário de Serviços Sociais, relata que a cidade também comprou 24 estações de lavagem de mãos e 36 banheiros portáteis para serem instalados em 12 ruas, para aqueles que se recusam a ir para abrigos.

Na última semana de abril, a cidade implementou um novo plano para reduzir o número de desabrigados dormindo no metrô, fechando as estações de fim de linha durante a noite. Os indivíduos evacuados deveriam receber serviços de equipes de extensão, incluindo acomodações temporárias e avaliações médicas.

Os resultados desse desligamento são punitivos, pois forçar indivíduos a saírem do local que estão, sem oferecer um local mais seguro, como quartos de hotéis privados, os coloca em um risco maior. Relatos do clima frio extremo durante os dias do desligamento do metrô, deixaram as pessoas com pouca escolha a não ser serem transportados para abrigos onde muitos se encontram dormindo no chão, com grande risco a exposição ao vírus. Além disso, o número de pessoas em situação de rua que procuram ajuda continua a subir à medida que as pessoas mais carentes são despejadas de suas casas devido aos problemas financeiros causados pela pandemia.

Além do sistema de abrigos da cidade, existem abrigos administrados por organizações de caridade, incluindo a Missão Bowery e Covenant House, que continuaram com seus serviços mesmo com a pandemia.

O relatório publicado pela organização Coalition for the Homeless apresenta diversos relatos de condições precárias que vivem as pessoas em situação de rua nos abrigos de Nova York, principalmente no momento da pandemia, onde foi denunciado por muitos usuários a convivência de pessoas saudáveis com as que testaram positivo para a COVID-19, tanto em quartos como em áreas comuns dos abrigos.

Ao apresentar dados sobre a implementação do programa Housing First nos Estados Unidos, a ONG Pathways to Home demonstra que, na cidade de Nova York, uma pessoa em situação de rua sendo atendida pelo programa representa um custo de US\$76,00/ noite, enquanto que em um abrigo da assistência social, o custo é de US\$92,00/noite, *“no sistema carcerário, o custo é de US\$164,00/noite, na utilização dos serviços de emergências, o custo é de US\$519,00/noite e, em um hospital psiquiátrico, o custo é de US\$1.185,00/noite.”* (CNDH, 2019, p. 399).

5.4 PESSOAS INFECTADAS PELA COVID-19

Ao compreender a complexidade de isolar, devido a uma pandemia, uma população que não possui casa e utiliza as ruas como moradia, é preciso se lembrar da necessidade de criar espaços para isolar as pessoas que já foram infectadas pelo vírus, considerando que as pessoas em situação de rua são um grupo com condições de saúde subjacentes e que estão em risco particular de complicações devido a COVID-19.

Em Madrid, foi habilitado em março o abrigo Villa de Vallecas e também o centro de recepção Juan Luis Vives de Vicálvaro, para quem tem sintomas e pode estar infectado pelo COVID-19 não conviver com quem está saudável. Madrid já possui 24 hotéis medicalizados do Ministério da Saúde, porém nenhum era específico para pessoas e famílias em situação de rua.

Sendo assim, em abril foi inaugurado o primeiro hotel medicalizado para população de rua, uma colaboração do Departamento da Família, Igualdade e Bem-Estar Social com a Cruz Vermelha. A sede possui em média 130 vagas, onde trabalham 30 médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. São fornecidos medicamentos relacionados ao coronavírus, diabetes, hipertensão e também a problemas de saúde mental ou vícios. O hotel

foi concebido para prestar serviços por dois meses, e o custo do dispositivo por cama e dia é de cerca de 106 euros.

Fica claro que a atenção a população em situação de rua, no cenário da pandemia, foi abordada mais precocemente na Espanha do que nos Estados Unidos da América, o que logicamente facilitou o controle da disseminação do vírus com a população espanhola. Porém, existem diversos fatores que favorecem a abordagem na Espanha, sendo o principal a grande diferença entre a quantidade de pessoas em situação de rua em cada nação.

Em Nova York, os trabalhadores de abrigos foram aconselhados pelo Departamento de Saúde da cidade para realocação de abrigados e outras pessoas em situação de rua com sintomas ou que testaram positivo para o vírus, a locais isolados, onde eles podem ser alojados e apoiados durante todo o curso de sua doença. Porém, esta orientação ainda não foi efetivamente implementada. De acordo com a organização Coalition for the Homeless, há poucas evidências de que pessoas desabrigadas com sintomas tenham sido devidamente identificados e isolados.

No fim do mês de maio, o Departamento de Serviços para Desabrigados informou 926 casos positivos de COVID-19 em aproximadamente 179 locais de abrigo. Naquela data, o departamento registrou 86 mortes de pessoas em situação de rua devido a COVID-19.

A taxa de mortalidade devida ao vírus na cidade de Nova York, foi de 200 mortes por 100.000 pessoas. Para os nova-iorquinos em situação de rua e abrigados, foram 321 mortes por 100.000 pessoas - 61% mais que a taxa da cidade de Nova York, o que significa que muito mais pessoas que necessitam dos abrigos morreram de COVID-19 do que teria sido esperado se eles estivessem morrendo na mesma proporção que todos os residentes da cidade.

Em março, a organização Coalition for the Homeless escreveu uma carta à prefeitura da cidade solicitando que as políticas do Departamento de Serviços para Desabrigados (DHS) estejam alinhadas com as do Departamento de Saúde e Higiene Mental (DOHMH). Atualmente, a orientação do DHS instrui que uma pessoa que vive nas ruas com sintomas semelhantes à gripe seja transportado para a sala de emergência em hospitais. De acordo com as diretrizes da DOHMH, não se deve testar pessoas para COVID-19 a menos que precise de internação, e pessoas com sintomas não agudos não devem ir a pronto-socorro, mas serem transportados, para um abrigo médico onde possam ser monitorados, com repouso, alimentos e líquidos.

5.5 ALIMENTAÇÃO

Em relação a alimentação da população de rua durante a crise da COVID-19, foi possível encontrar resoluções de Nova York e Madrid de duas formas: a alimentação nos abrigos e o fornecimento de comida para aqueles que continuam dormindo nas ruas.

Em Madrid, muitos voluntários dos locais que distribuem comida, relatam a diminuição da demanda, uma vez que as pessoas abrigadas são alimentadas nos próprios abrigos para evitar a locomoção.

A sopa de Batán, por exemplo, serve comida da porta o mais rápido possível para evitar filas, distribuindo comida de segunda a sábado, para quem leva um recipiente, e lanches para o resto. A Irmandade do Refúgio de Corredera Baja San Pablo, percebe que menos pessoas comparecem do que antes, embora ainda distribuem cerca de 150 sanduíches por dia.

Na sala de jantar Ave María, em Doctor Cortezo, eles distribuem o café da manhã. A mais antiga de Madrid, a María Inmaculada, no general Martínez Campos, oferece lanches para solteiros e alimentos crus para famílias. Os Missionários da Caridade, em diligência, distribuem comida feita em recipientes na rua. O único que permite a entrada é a creche Luz Casanova, em José Marañón, que também mantém seu serviço de ducha.

As quatro salas de jantar públicas do Ministério dos Serviços Sociais do Governo de Madrid distribuem comida fria em sacolas às segundas, quartas e sextas-feiras para consumir fora do centro.

Nos abrigos para população de rua, as diretrizes são seguidas para que não ocorram aglomerações no momento da alimentação, e para aqueles que estão nos hotéis medicalizados, as refeições são feitas isoladas, assim como todas as outras atividades.

Em Nova York o cenário se apresenta de forma diferente. De acordo com a organização Coalition for the homeless, muitas pessoas em situação de rua informam que as refeições nos abrigos estão sendo momento de aglomeração e desordem.

O Departamento de Agricultura enviou US \$ 16 bilhões aos agricultores, um grupo que o presidente Trump há muito favorece e comprou US \$ 3 bilhões em produtos frescos, laticínios e carne para bancos de alimentos, organizações comunitárias e religiosas e outras organizações sem fins lucrativos.

Os programas da Coalition for the Homeless relatam que distribuem cerca de 3.000 refeições adicionais por semana, juntamente com máscaras, desinfetante para as mãos, telefones, e cartões de débito em uma cozinha móvel noturna, o Grand Central Food Program, programa que existe a 35 anos.

É de extrema importância ressaltar que, por mais que a resposta do governo americano a pandemia tenha sido considerada atrasada e inadequada pelo jornal americano e pela ONG Coalition for the Homeless, foi possível encontrar as críticas e relatos de condições precárias de vida da população de rua americana por estas fontes. Em contraposição, o jornal espanhol e os sites de ONGS não apresentam nenhum dado negativo que seja considerado relevante em relação a abordagem governamental com a população de rua espanhola. Não é possível afirmar que estas condições negativas não existem, pois elas podem estar apenas sendo omitidas nas redes virtuais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica claro neste momento que, apesar de autoridades transnacionais, como a Organização Mundial de Saúde, recomendarem o distanciamento social e a higiene como forma de prevenção da contaminação pela COVID-19, são os Estados-nação que ficam responsáveis pelo combate a disseminação do vírus.

Por exemplo, como afirma Löwy (2020 *apud* BARDI, *et al.*, 2020) no Brasil, a atitude negacionista do atual Presidente da República Jair Bolsonaro, que se pronunciou diversas vezes contrário às recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, revela a atitude de seu governo de desprezo pela vida em detrimento do lucro, devido a diminuição das atividades econômicas por conta do distanciamento social.

A intensificação no desmonte das políticas sociais, devido a reorganização das forças políticas conservadoras, faz com que as políticas públicas atuais cada vez mais impossibilitem o acesso à serviços básicos de sobrevivência. Por exemplo, a recomendação da OMS em relação a higiene que se torna impossível para os 30 milhões de brasileiros que não possuem acesso a abastecimento de água.

Desta forma, é possível afirmar que as medidas de prevenção da disseminação do coronavírus e atenção a população em situação de rua em Nova York e Madrid apresentam diferenças claras, principalmente em relação ao tempo de posicionamento das duas cidades, considerando que Madrid demonstrou preocupação com esta parcela da população logo no

início da pandemia no país. Diferente de Nova York que, antes da pandemia já enfrentava um grande problema com o alto número de pessoas em situação de rua e, mesmo após os surtos de COVID-19 nos abrigos de acordo com a ONG Coalition for the homeless, são poucos os relatos de eficiência de adesão às recomendações pela OMS e pelo Departamento de Saúde de Nova York.

As informações expostas nesta pesquisa, realizada através de veículos jornalísticos, explicitam que o modelo assistencialista de atendimento a população em situação de rua, adotado em diversas nações, além de dificultar o movimento de saída das ruas e gerar grandes gastos para o governo, em um momento de crise como a pandemia da COVID-19, este modelo se retrata ineficiente para atender necessidades básicas de proteção e atenção a este grupo social. Sendo assim, é necessário que seja compreendida a importância que uma residência apresenta no processo de reorganização do cotidiano destas pessoas.

Esta ONG apresenta um relatório em 2020 com medidas que a Cidade e o Estado de Nova York podem tomar para melhorar a longo prazo as condições de vida dos nova-iorquinos em situação de rua, sendo propostas muito válidas para qualquer nação que apresenta um grande número de pessoas vivendo nas ruas, como: criar um subsídio de aluguel de longo prazo financiado pelo Estado, para pessoas em situação de rua que recebem auxílio da assistência social; criação de unidades habitacionais de apoio financiado pela cidade; implementar um processo menos trabalhoso de acolhimento para famílias em situação de rua e garantir um planejamento eficaz para reinserção de indivíduos libertos do sistema prisional; entre outros.

É possível afirmar que o conhecimento da Terapia Ocupacional nos serviços que atuam com a população em situação de rua, além da construção de políticas sociais, se mostra cada vez mais fundamental em um cenário de pandemia onde nota-se um menosprezo dos governantes em relação aos problemas sociais, existentes ou emergentes devido às condições atuais. Desta forma, ao atuar através do auxílio na formulação de projetos de lei que assegurem os direitos sociais, o terapeuta ocupacional contribui com garantia da participação da sociedade civil nos processos decisivos, favorecendo a descentralização e democratização política.

7. REFERÊNCIAS

AYUNTAMIENTO DE MADRID. 2018. Disponível em: <https://www.madrid.es/portal/site/munimadrid>. Acesso em: 1 jun. 2020.

BADIOU A. Sobre a situação epidêmica. In: Davis M; Harvey D; Bihr A; Zibechi R; Badiou A; Zizek S. Coronavírus e a luta de classes. Brasil: Terra sem amos; 2020. p. 35-42.

BARDI G., BEZERRA WC., MONZELI GA., PAN LC., BRAGA IF., MACEDO MDC. Pandemia, desigualdade social e necropolítica no Brasil: reflexões a partir da terapia ocupacional social. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2020. suplemento, v.4(2): 496-508.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Seção 1, p.16.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Brasília, DF; 2019. [acesso em 2020 jun. 10]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo.pdf.

_____. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Relatório Colegiados e Participação Social: Impactos do Decreto nº 9.759/2019. Brasília, DF; 2019. [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/relatorios>

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: Wanderley, M; Bógus, L; Yazbek, MC. Desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC; 1997.

_____. Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 616 p.

CITY OF NEW YORK. Department of Homeless Services. Disponível em: <https://www1.nyc.gov/site/dhs/index.page>. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. Department of Investigation. Disponível em: <https://www1.nyc.gov/site/doi/index.page>. Acesso em: 29 mar. 2020.

COALITION FOR THE HOMELESS. COVID-19 and Homelessness in New York City. New York, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://www.coalitionforthehomeless.org/wp-content/uploads/2020/06/COVID19HomelessnessReportJune2020.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

DEMO, Pedro. Metodologia do Conhecimento Científico. [S. l.]: Atlas, 2000.

DPE-SP. Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Acesso à justiça da população em situação de rua: política institucional, garantia de direitos, práticas, serviços e inclusão. São Paulo: EDEPE, 2018.

EL PAÍS: El periódico global. Disponível em: <https://elpais.com/>. Acesso em: 1 mar. 2020.

FRANGELLA, S. M. *Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo*. 2004. 361 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas - Antropologia) - Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2004.

GALVANI, D. Circuitos e práticas religiosas nas trajetórias de vida de adultos em situação de rua na cidade de São Paulo. 2015. 197 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

HALL, Stuart. Da diáspora: identidades e mediações culturais. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2003, Brasília: UNESCO. pp. 399–402.

_____. Encoding/Decoding. Culture, Media, Language Working Papers in Cultural Studies, 1972-1979- London: Hutchinson, 1980.

LÖWY M. “Gripezinha”: o neofascista Bolsonaro diante da pandemia. In.: Tostes A; Filho HM. Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois. 1ª ed. Bauru: Canal 6; 2020. p. 147-51.

MINAYO, M C S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6ªed, Ed Vozes, 1996.

PATHWAYS HOUSING FIRST. Disponível em: <https://www.pathwayshousingfirst.org/>. Acesso em: 19 mar. 2020.

PEREIRA BP, SOARES CR, GALVANI D, SILVA MJ, ALMEIDA MC, BIANCHI PC, BARREIRO RG. Terapia Ocupacional Social: reflexões e possibilidades de atuação durante a pandemia da Covid-19. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2020. suplemento, v.4(3): 554-566.

OPAS/OMS. Representação da OPAS no Brasil. “Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)”; Brasil, 28 jul. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

SANTOS BS. A Cruel Pedagogia do Vírus. 1ª ed. Coimbra: Edições Almedina, S.A.; 2020.

THE NEW YORK TIMES. Disponível em: <https://www.nytimes.com/>. Acesso em: 1 mar. 2020.

8. ANEXOS

Material emitido pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças da Espanha traduzido.

Guia Interino para Pessoas Sem Abrigo, Acesso a Abrigos e Doença de Coronavírus 2019 (COVID-19) para Prestadores de Serviços para Desabrigados e Funcionários Locais

Os sem-teto que não têm acesso a abrigos (isto é, pessoas que dormem ao ar livre ou em locais que não são destinados a habitantes humanos) podem estar em risco de infecção quando o COVID-19 é transmitido na comunidade. O objetivo deste guia provisório é apoiar a resposta ao COVID-19 pelos departamentos de saúde estaduais e locais, sistemas de atendimento aos moradores de rua, autoridades de habitação, planejadores de emergência, unidades de saúde e serviços de saúde, assistência social para pessoas sem-teto.

A falta de moradia contribui para a falta de saúde física e mental, e poder oferecer moradia permanente a pessoas sem-teto deve permanecer uma prioridade. No contexto da disseminação e transmissão do COVID-19, os riscos associados ao sono fora ou em um acampamento são diferentes dos das pessoas que dormem em um ambiente fechado, onde várias pessoas vêm, como um abrigo de emergência ou outro tipo de estabelecimento que oferece moradia. As configurações externas podem permitir que as pessoas aumentem a distância que as separa das outras. No entanto, dormir ao ar livre impede a proteção do meio ambiente, o acesso adequado aos espaços de higiene e desinfecção e o acesso a serviços e cuidados médicos. O equilíbrio de riscos de cada pessoa sem-teto que não tem acesso a um abrigo deve ser analisada.

Prevenção e resposta ao COVID-19 através de coalizões comunitárias

Planejar e responder à transmissão do COVID-19 entre os sem-teto exige a adoção de uma abordagem de "comunidade como um todo", o que significa envolver seus parceiros na preparação do plano de resposta e que todas as funções e responsabilidades estão claramente definidas. A Tabela 1 descreve algumas das principais atividades e parceiros a serem considerados na comunidade como um todo.

Tabela 1: Abordagem comunitária como um todo para preparar o COVID-19 entre os sem-teto

Conecte-se com os principais parceiros para garantir que todos possam se comunicar facilmente ao preparar e responder a casos. Uma coalizão comunitária focada no planejamento e resposta ao COVID-19 deve incluir:

- Departamentos de saúde estaduais e locais
- Equipes de assistência social e prestadores de serviços de saúde de rua
- Prestadores de serviços para moradores de rua e gestores de programas de continuidade de assistência
- Agências de gestão de emergências
- Segurança Pública
- Prestadores de cuidados de saúde
- Autoridades de habitação
- Líderes do governo local
- Outros serviços de suporte, como gerenciamento de casos, programas emergenciais de suprimento de alimentos, programas de serviços de seringas e suporte comportamental à saúde
- Pessoas com experiências anteriores de falta de moradia

Pessoas que já experimentaram falta de moradia no passado podem ajudar com os preparativos de planejamento e resposta. Essas pessoas podem servir como promotores da comunidade para fortalecer a participação e as iniciativas de extensão. Crie um conselho consultivo com representação de pessoas que vivenciam ou vivem sem-teto para garantir que os planos da comunidade sejam eficazes.

A continuidade dos serviços para os desabrigados durante a disseminação do COVID-19 na comunidade é fundamental. Faça planos para manter os serviços em funcionamento para todos os sem-teto e acesso a abrigos. Além disso, os clientes com COVID-19 confirmado precisam ter acesso a serviços e um local seguro para ficar, separados de outras pessoas não infectadas. Para facilitar a continuidade dos serviços, as coalizões comunitárias devem identificar os recursos necessários para fornecer apoio aos que dormem ao ar livre, além de acomodações temporárias adicionais, incluindo locais com salas

individuais que podem fornecer serviços, suprimentos e pessoal adequados. Esses sites devem incluir:

- Locais em caso de concorrência excessiva que permitem descomprimir os espaços nos abrigos e responder ao aumento da demanda nos abrigos
- Locais de isolamento para pessoas com COVID-19 confirmados por um teste de laboratório
- Locais de quarentena para pessoas que aguardam o teste de triagem, aguardam os resultados do teste ou que sabem que foram expostas ao COVID-19
- Alojamento de proteção para pessoas com risco aumentado de ficar gravemente doente com o COVID-19

Dependendo da disponibilidade de recursos e pessoal, opções de acomodação com quartos individuais (como hotéis / motéis) e banheiros separados como espaços de convivência devem ser consideradas para evitar grandes grupos, quarentena e proteção. Além disso, devem ser feitos planos para conectar os clientes às oportunidades de moradia após o término da estadia nesses locais temporários.

Comunicação

Os assistentes sociais e outros parceiros da comunidade, como programas emergenciais de distribuição de alimentos ou segurança pública, podem ajudar a garantir que as pessoas que dormem ao ar livre tenham acesso a informações atualizadas sobre o COVID-19 e possam acessar os serviços.

- Mantenha-se atualizado sobre a transmissão local do COVID-19 através dos departamentos de saúde locais e estado correspondente.
- Melhore as parcerias existentes com os promotores da comunidade que podem ajudar a se comunicar com outras pessoas.
- Mantenha as informações de contato e as áreas frequentadas por cada pessoa atualizadas.
- Comunique-se claramente com as pessoas que dormem do lado de fora.

- Use mensagens e materiais de saúde desenvolvidos por fontes confiáveis de saúde pública, como os departamentos de saúde pública estaduais e locais ou o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC).
- Poste sinais em locais estratégicos (por exemplo, perto de instalações de lavagem das mãos) que forneçam orientações sobre lavagem de mãos e controle da tosse
- Forneça materiais informativos sobre o COVID-19 para pessoas que não falam inglês , pessoas com baixa alfabetização ou deficiência intelectual e pessoas com deficiência visual ou auditiva.
- Garantir a comunicação com os clientes sobre mudanças nas políticas de serviços para moradores de rua e / ou mudanças na localização física dos serviços, como alimentos, água, instalações de higiene, atendimento médico regular e recursos comportamentais de saúde.
- Identifique e elimine possíveis barreiras linguísticas, culturais e de deficiência quando precisar comunicar informações sobre o COVID-19 a trabalhadores, voluntários e prestadores de serviços. Saiba mais sobre como alcançar pessoas de diferentes idiomas e culturas .

Considerações para o pessoal de assistência social

Treinamento e políticas do pessoal

- Treine e forneça materiais informativos relacionados ao COVID-19 para a equipe.
- Minimize o número de funcionários que interagem cara a cara com os clientes.
- Preparar e implementar planos de contingência em caso de absenteísmo devido a doença de funcionários ou famílias de funcionários. Esses planos podem incluir estender o horário comercial, treinar funcionários atuais em outras tarefas ou contratar funcionários temporários.
- Faça com que os assistentes sociais que correm maior risco de ficar gravemente doentes com o COVID-19 realizem tarefas que não exijam interação pessoal com os clientes.
- Os assistentes sociais devem consultar recursos sobre o estresse e como lidar com a situação para seu próprio bem-estar e o de seus clientes durante esse período.

Medidas preventivas para o pessoal

- Incentive os assistentes sociais a manter uma boa higiene das mãos lavando as mãos com água e sabão por pelo menos 20 segundos ou usando desinfetante para as mãos (com pelo menos 60% de álcool) regularmente, antes e depois da interação com cada cliente
- Instrua a equipe a ficar a 1 metro de distância ao interagir com clientes e outros membros da equipe sempre que possível.
- Exija que os assistentes sociais usem capas de pano quando estiverem trabalhando em ambientes públicos ou interagindo com os clientes. Eles ainda precisam manter uma distância de 1,5 metro um do outro e dos clientes, mesmo usando coberturas de rosto de pano.
- Instrua o pessoal de assistência social para evitar lidar com os pertences dos clientes. Se a equipe lida com os pertences dos clientes, eles devem usar luvas descartáveis, se disponíveis. Certifique-se de treinar toda a sua equipe sobre como usar as luvas para garantir o uso correto e que elas lavam as mãos antes e depois de usá-las. Se não houver luvas disponíveis, a equipe deve lavar as mãos imediatamente após manusear os pertences de um cliente.
- A equipe de assistência social que deve medir a temperatura dos clientes deve ter um sistema que crie uma barreira física entre o cliente e a pessoa que realiza a avaliação, conforme descrito aqui .
 - Sempre que possível, os avaliadores devem permanecer atrás de uma barreira física, como uma janela de carro, que possa proteger o rosto do funcionário contra gotículas respiratórias que podem ocorrer se o cliente espirrar, tossir ou falar.
 - Se medidas de distanciamento social ou controles de barreira / divisória não puderem ser adotados durante a avaliação, equipamentos de proteção individual (por exemplo, máscara, óculos de proteção [óculos de proteção ou um protetor facial descartável cobrindo a frente e os lados) podem ser usados. face] e um par de luvas descartáveis) se a distância do cliente for inferior a 6 pés.

- No entanto, dada a escassez de EPI, os requisitos de treinamento e o fato de o EPI ser apenas menos eficaz que uma barreira, tente usá-la sempre que possível.
- Quando não for possível evitar contato próximo (em um raio de 6 pés), o pessoal que presta serviços médicos nas ruas ou presta assistência médica e atende clientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 deve, no mínimo, usar proteção para os olhos (óculos de proteção ou máscara facial), um respirador de nível N95 ou superior (ou um respirador, se os respiradores não estiverem disponíveis ou se o pessoal não tiver sido testado), um vestido descartável e luvas descartáveis. As capas de rosto de pano não são EPI e não devem ser usadas se o uso de uma máscara ou respirador for indicado. Os profissionais de saúde devem seguir as diretrizes para controle de infecção .
- A equipe de assistência social que não tem interações estreitas (ou seja, a menos de um metro e meio) com clientes doentes e não limpa o ambiente usado pelos clientes não precisa usar equipamento de proteção individual (EPI).
- Os assistentes sociais devem lavar seus uniformes ou roupas de trabalho com a temperatura mais alta possível para essas roupas e secá-las completamente.

Processo da equipe de assistência social

- Ao fornecer assistência social, o pessoal deve:
 - Cumprimente os clientes a uma distância de 6 pés e explique que eles estão tomando precauções extras para se protegerem do COVID-19.
 - Se o cliente não estiver usando uma capa de pano para o rosto, forneça uma.
 - Avalie os sintomas dos clientes, perguntando se eles têm febre, tosse ou outros sintomas compatíveis com o COVID-19 .
 - As crianças têm sintomas semelhantes aos dos adultos, e a doença geralmente é leve
 - Adultos mais velhos e pessoas com comorbidades médicas podem desenvolver febre e sintomas respiratórios tardiamente.
 - Se você precisar de cuidados médicos, siga os protocolos usuais de assistência social para facilitar o acesso aos cuidados médicos.

Mantenha as conversas e ofereça informações, mantendo a distância de 1,5 metro.

Se a qualquer momento você sentir que não está em posição de proteger a si ou a seu cliente da transmissão COVID-19, suspenda a interação e notifique seu supervisor. Alguns exemplos são se o cliente se recusar a usar uma cobertura de rosto ou deixar de manter a distância de um metro e meio.

Considerações para pessoas sem-teto ou acesso a abrigos

Ajude os clientes a evitar o COVID-19

- Considere todos esses riscos ao considerar opções para diminuir o spread do COVID-19. Os desabrigados ou sem acesso a abrigos enfrentam inúmeros riscos à sua saúde e segurança.
- Ligação contínua a serviços para sem-teto, abrigo, serviços médicos, saúde mental, serviços de seringas e tratamento de uso de substâncias, incluindo o fornecimento de terapias assistidas por medicamentos (por exemplo, buprenorfina, manutenção de metadona, etc.). Use telemedicina quando possível.
- Algumas pessoas sem-teto que não têm acesso a abrigos podem ter um risco maior de ficar gravemente doente com o COVID-19 devido à idade avançada ou a certas condições subjacentes, como doença pulmonar crônica ou problemas cardíacos graves.
 - Comunique-se com esses clientes regularmente para garantir que eles possam acessar os cuidados médicos, se precisarem.
 - Quando disponível, priorize a atribuição de quartos individuais a esses clientes.
- Recomenda que todos os clientes usem uma cobertura de rosto de pano sempre que precisarem estar com outras pessoas. As capas faciais de pano não devem ser usadas em crianças menores de 2 anos de idade ou em pessoas com problemas respiratórios ou inconscientes, deficientes ou incapazes de removê-las sem assistência.
- Quando disponível, forneça suprimentos de higiene para os clientes.

- Evite que os clientes gastem tempo em locais lotados ou se encontrem em grandes grupos, por exemplo, onde comida, água ou suprimentos de higiene são distribuídos.
 - Se os clientes e a equipe não conseguirem evitar locais lotados, incentive-os a praticar o distanciamento social (deixando pelo menos 6 pés entre as pessoas) o máximo possível e usar capas de pano.

Ajudar a vincular clientes à assistência médica

- Avalie os clientes regularmente quanto a sintomas .
 - Clientes com sintomas podem ou não ter COVID-19. Verifique se eles têm um local seguro para ficar em coordenação com as autoridades de saúde locais.
 - Se disponíveis, enfermeiros ou outro pessoal médico pode ajudar nas avaliações clínicas. Esse pessoal clínico deve seguir as medidas de proteção individual .
 - Dê uma cobertura de pano para qualquer pessoa que tenha sintomas.
 - Facilitar o acesso a serviços de saúde não urgentes, conforme necessário.
 - Use procedimentos padrão de assistência social para determinar se um cliente precisa de atenção médica imediata. Os sinais de emergência incluem (esta lista não é completa). Consulte os clientes para obter assistência médica quanto a outros sintomas graves ou preocupantes):
 - Dificuldade para respirar
 - Dor persistente ou pressão no peito
 - Confusão ou dificuldade em estar alerta que você nunca teve antes
 - Descoloração azulada dos lábios ou rosto
 - Notifique as instalações de saúde e o pessoal médico para os quais o paciente será transferido que o cliente pode ter COVID-19.
- Se um cliente tiver confirmado o COVID-19:
 - Use procedimentos padrão de assistência social para determinar se um cliente precisa de atenção médica imediata.
 - Se não for necessário atendimento médico imediato, facilite o transporte para um local isolado.

- Notifique o estabelecimento de saúde e a equipe médica designados que o cliente testou positivo para COVID-19.
- Se você não precisar de atenção médica e não houver outras opções de isolamento disponíveis, explique à pessoa como permanecer isolado enquanto mais ajuda chegar.
- Durante o isolamento, garanta a continuidade do suporte comportamental à saúde de pessoas com abuso de substâncias ou distúrbios da saúde mental.
- Em certas situações, por exemplo, nos casos de doença mental grave sem tratamento, uma pessoa pode não ser capaz de seguir as recomendações de isolamento. Nesses casos, os líderes comunitários devem consultar as autoridades locais de saúde pública para encontrar opções alternativas.
- Certifique-se de que o cliente tenha um local seguro para se recuperar (por exemplo, cuidados paliativos) após atender aos requisitos de isolamento e faça o acompanhamento para garantir que suas necessidades médicas a médio e longo prazo sejam atendidas.

Considerações sobre o acampamento

- Se opções de acomodação individuais não estiverem disponíveis, permita que as pessoas que moram na rua ou em campos fiquem onde estão.
 - Desmontar esses espaços pode fazer com que as pessoas se dispersem na comunidade e cortem seus laços com os prestadores de serviços. Isso aumenta a probabilidade de transmissão de doenças infecciosas.
- Incentive as pessoas que vivem em acampamentos a armar suas tendas / espaços para dormir com pelo menos 12 x 12 pés de espaço por pessoa.
 - Se um campo não puder fornecer espaço suficiente para cada pessoa, permita que as pessoas permaneçam onde estão, mas ajude a descomprimir o campo, encaminhando aqueles com maior risco de doenças graves a salas individuais ou refúgios.
- Trabalhe com os membros da coalizão da comunidade para melhorar a desinfecção nos campos.

- Certifique-se de que haja banheiros próximos com torneiras de água de trabalho e materiais de higiene das mãos disponíveis (sabão, materiais de secagem) e panos de banho, e que estejam abertos aos sem-teto 24 horas por dia.
- Se não houver banheiros ou instalações para lavar as mãos por perto, ajude a fornecer acesso a latrinas portáteis com instalações para lavar as mãos em campos com mais de 10 pessoas. Essas instalações devem ter um desinfetante para as mãos (contendo pelo menos 60% de álcool).

Material emitido pelo Departamento de Saúde de Nova York traduzido.

COVID-19: Orientação para configurações agregadas

Um ambiente de congregação é um ambiente em que várias pessoas residem, se encontram ou se reúnem proximidade por um período limitado ou prolongado. Exemplos incluem abrigos para sem-teto, instalações habitacionais, casas de grupo, prisões, centros de detenção, escolas e locais de trabalho.

Como o COVID-19 se espalha?

- É mais provável que o vírus se espalhe para pessoas que estão em contato próximo (a cerca de 1 metro) pessoa infetada. O vírus está em gotículas que são pulverizadas quando uma pessoa tosse ou espirra, e possivelmente quando eles falam. Ficar a um metro e meio de distância ajuda a protegê-lo desse spray.

- Os cientistas discordam quanto tempo COVID-19 vive em superfícies, mas pode viver em superfícies que as pessoas toque frequentemente. O vírus pode se espalhar se alguém tocar seus olhos, nariz ou boca com mãos não lavadas com vírus.

- Os cientistas agora acreditam que pessoas que não apresentam sintomas podem espalhar o vírus. No entanto, as pessoas que apresentam sintomas (por exemplo, tosse ou dor de garganta) provavelmente têm maior probabilidade de transmitir o vírus para outras pessoas.

Quem está em maior risco de contrair COVID-19 ou ter uma doença grave?

- As pessoas com maior risco de doença grave são pessoas com 50 anos ou mais e pessoas que tem outras condições de saúde, incluindo:

- Doença pulmonar
- Asma moderada a grave
- Doença cardíaca

- Um sistema imunológico enfraquecido
- Obesidade
- Diabetes
- Doença renal
- Doença hepática
- Câncer

Embora atualmente não existam dados que sugiram que as grávidas têm maior probabilidade de serem infectadas pelo vírus que causa o COVID-19, eles devem ser monitorados de perto. As pessoas grávidas podem ficar muito doentes se infectado por alguns vírus. Pessoas com contato próximo regular com alguém que tenha ou possa COVID-19 também correm maior risco de contrair COVID-19, como pessoas que vivem no mesmo cuidadores que trabalham em casa ou parceiros sexuais atuais.

Para fins de planejamento e resposta do COVID-19, NYC usará a seguinte definição para o COVID-19- doença semelhante (CLI):

- Febre (temperatura de 100,4 graus F ou 38 graus C ou mais)
- Tosse
- Falta de ar (dificuldade em respirar)
- Dor de garganta

Até o momento, a maioria das pessoas com CLI não foi testada para o COVID-19. Pessoas com CLI devem ser considerado contagioso.

2. COVID-19 em configurações agregadas

Gerenciar a expansão do COVID-19 em ambientes de congregação apresenta desafios especiais. O melhor caminho para impedir que um surto de COVID-19 em suas instalações seja implementar políticas e práticas que:

- Permitir que as pessoas fiquem a 1,5 metro de distância
- Permitir a identificação rápida de CLI entre os residentes
- Isolar residentes com CLI de residentes que ainda não são sintomáticos
- Promover a lavagem frequente das mãos com água e sabão entre os moradores e funcionários

- Garantir suprimentos adequados para funcionários e residentes praticarem higiene saudável

- Direcionar a equipe para ficar em casa se estiver doente

Cada instalação é diferente e você conhece melhor sua instalação. Adapte este guia às suas circunstâncias.

Quanto mais agressivo você for em suas medidas de prevenção e intervenção, maior a probabilidade de você poderá reduzir a transmissão em suas instalações. Os objetivos deste documento são ajudar a congregação a configurar instalações de configuração:

- Implementar medidas para impedir a disseminação do CLI existente e do COVID-19
- Identifique etapas claras a serem tomadas em relação a refeições e limpeza
- Implementar políticas sobre isolamento de salas e monitorar sintomas de residentes doentes
- Orientar os funcionários sobre como eles devem cuidar dos residentes com CLI e COVID-19

3. Medidas preventivas para reduzir a disseminação do COVID-19

Publicar sinalização

- Coloque placas visíveis para todos os funcionários, residentes e visitantes para ficar em casa ou em seus quartos, se estão doentes.
- Coloque os pôsteres de Cubra sua tosse e lave as mãos em locais visíveis nas suas instalações.
- Coloque sinalização clara fora de todas as áreas de isolamento para que a equipe e os residentes identifiquem adequadamente áreas para reduzir a mistura de indivíduos sintomáticos e não sintomáticos.

Educar funcionários e residentes

- Garanta que a equipe e os residentes conheçam os sintomas da CLI e como relatar a CLI aos primeiros sinais de doença.
- Reduza as interações cara a cara com os residentes. Interaja remotamente, inclusive por telefone, email, interfone ou vídeo, se disponível. Entregue informações escritas deslizando o material escrito sob porta de alguém.

Exibições

- Triagem de funcionários, residentes e outros para o CLI em todas as entradas da instalação.
- Rastreie perguntando se eles têm algum dos seguintes sintomas:
 - Febre subjetiva ("sente febre")
 - Nova (dentro de sete dias) tosse, falta de ar ou dor de garganta

Uma resposta "sim" a qualquer uma dessas opções deve ser considerada CLI. Tenha um plano para isolar imediatamente qualquer indivíduo, entre em contato com a CLI e providencie um abrigo apropriado; outros não devem entrar a facilidade.

Reduzir o movimento dentro da instalação

- Elimine visitantes ou restrinja apenas a visitantes essenciais. Informe as famílias ou cuidadores. Providenciar maneiras alternativas de os residentes manterem contato com suas famílias, por telefone ou vídeo.
- Feche espaços comuns. Suspender toda a programação de grupo, aulas ou qualquer atividade que envolva grupos de residentes.
- Revisar processos de fornecedores e suprimentos; proibir fornecedores não essenciais de entregar ao instalação. Fornecedores diretos para deixar os suprimentos para fora. Planeje a escassez de suprimentos.
- Desencorajar fortemente os residentes de deixar as instalações, exceto para os intervalos para fumantes supervisionados. Para fumantes, sempre que possível, trabalhe com a saúde mental ou com o prestador de cuidados primários do residente garantir terapia de reposição de nicotina (TRN) para ajudar a eliminar a retirada da nicotina e a desejo de deixar seu quarto para fumar.
- Limite a interação em espaços comuns, incluindo corredores, escalonando qualquer movimento necessário de residentes.
- Crie um horário de banho escalonado para limitar o número de pessoas que usam as instalações no local. mesmo tempo.

Fornecer suprimentos adequados para funcionários e residentes praticarem higiene saudável

- Entregar suprimentos aos residentes com CLI, incluindo fluidos, tecidos e sacolas plásticas para a devida eliminação de tecidos usados.
- Banheiros de estoque e outras pias consistentemente com sabão e materiais secantes.

- Forneça desinfetantes para as mãos à base de álcool que contenham pelo menos 60% de álcool (se essa for uma opção instalação) em pontos-chave dentro da instalação, incluindo mesas de registro, entradas / saídas e áreas de alimentação.
- Posicione uma lixeira perto da saída dentro de qualquer sala ou área residente designada para pessoas com CLI para facilitar o descarte de itens por funcionários e residentes.

4. Operações padrão da instalação: jantar e limpeza

Refeições e refeições

- Feche as salas de jantar. Entregar refeições nos quartos dos residentes. Se você precisar de mais pessoal para poder prestar serviço de quarto, desenvolver um plano de pessoal.
- Se absolutamente não for possível fechar áreas de jantar compartilhadas, reduza o tempo de comer e aumente o espaço entre as mesas, para que os clientes permaneçam separados por 1 metro
- Fechar cozinhas para os residentes. Desenvolva alternativas para o acesso entre refeições, dependendo do seu serviços. Se necessário, suspenda certos serviços e comunique aos residentes que as alterações são sendo feito para protegê-los.

Limpeza e desinfecção

A limpeza rotineira de superfícies usando métodos adequados de limpeza e desinfecção pode ajudar a prevenir a disseminação do COVID-19. Não é necessário fazer nenhuma limpeza além da limpeza de rotina, mesmo se houver era alguém em sua instalação com o COVID-19.

- Limpe e desinfete as superfícies de alto toque regularmente. Superfícies e objetos frequentemente tocados podem variar de acordo com o local. Exemplos incluem maçanetas, interruptores de luz, corrimãos, utensílios de cozinha, balcões, puxadores de gavetas, mesas, pias, torneiras e maçanetas, bebedouros, elevador botões, placas, telefones, teclas e controles remotos.
- Limpe removendo qualquer sujeira e sujeira visível antes de usar desinfetantes. Desinfetantes remover germes e são mais eficazes em superfícies ou objetos limpos. Os coronavírus são relativamente fácil de matar com a maioria dos desinfetantes. Ao usar produtos de limpeza e desinfecção, sempre leia e siga as instruções do fabricante (por exemplo, método de aplicação, horário de contato).
- Para roupas, toalhas, lençóis e outros itens que vão para a roupa: lave o mais quente

possível com o detergente habitual e depois seque completamente. Evite "abraçar" a roupa antes de lavá-lo para evitar a auto-contaminação. Não agite a roupa suja antes de lavar evite espalhar vírus ou outras sujeira e bactérias pelo ar. Roupa suja de uma pessoa doente pode ser lavado com os itens de outras pessoas.

- Qualquer banheiro em uso por um residente com CLI deve ser limpo e desinfetado após cada uso idealmente pela pessoa com CLI. Se isso não for possível, o cuidador deve esperar o tempo que possível após a utilização por uma pessoa doente para limpar e desinfetar as superfícies de alto toque.

5. Sintomas de acomodação, isolamento e monitoramento de residentes com CLI

Criar mais espaço para dormir todos os residentes

- Aumente o espaçamento para que as camas estejam a pelo menos 1 metro
- Coloque menos residentes em um dormitório ou unidade. Converter espaços comuns em áreas de dormir para espalhar pessoas fora.
- Arrume as camas de modo que os indivíduos deitem da cabeça aos pés (ou dos pés à frente) ou criem barreiras entre as camas usando itens como armários, cômoda ou cortinas.
- Evite abrigar idosos, pessoas com condições médicas subjacentes ou pessoas com deficiências na mesma sala que as pessoas com sintomas.
- Sempre que possível, mantenha idosos residentes e pessoas com condições de saúde comportamental em ambiente e minimizar a confusão e os desafios comportamentais.

Isole os residentes doentes. Mantenha aqueles com CLI separados daqueles que não estão doentes.

É essencial desenvolver e implementar planos para isolar (separar) os residentes com CLI dos residentes sem sintomas.

- Se os residentes compartilharem um quarto e um tiver CLI, separe-os. Se os dois residentes em um quarto compartilhado tiver CLI, eles podem permanecer na sala juntos. Estratégias para realizar essa separação incluir:

- Se houver grandes áreas de dormir compartilhadas, designe uma área para residentes com CLI e uma área para aqueles sem sintomas.
- Se o seu prédio tiver áreas de dormir com vários andares, designe um andar para os residentes com CLI e um andar para residentes com sintomas.

- Se você tiver vários edifícios, designe um edifício para residentes com CLI e um edifício para residentes sem sintomas.
 - Prepare-se para deslocar os moradores pelo prédio ou para diferentes instalações.
- Designar um banheiro para pessoas com CLI e um banheiro para aqueles sem sintomas.
- Monitore a saúde dos residentes e leve os residentes imediatamente para as áreas designadas para CLI no primeiro sinal de doença.
 - Residentes com CLI podem ser removidos do isolamento (separação) de outros residentes quando todos o seguinte é verdadeiro:
 - Já se passaram pelo menos sete dias desde o início dos sintomas do residente.
 - O residente nunca teve febre ou o residente não teve febre nos três dias anteriores sem o uso de drogas redutoras de febre, como Tylenol ou ibuprofeno.
 - A doença geral do residente melhorou.

Monitorar os sintomas dos residentes e quando procurar atendimento médico

- O teste ambulatorial rotineiro de COVID-19 não é necessário. Se um residente tiver CLI, ele deve ser assumido ter COVID-19.
- Não transfira um residente para o hospital para avaliação de doença leve ou moderada para teste ou tratamento. No entanto, se ocorrerem sintomas graves, deve-se procurar atendimento médico, pois sinal de doença com risco de vida.
- Residentes capazes de se auto-monitorar devem monitorar seus próprios sintomas. Nos casos em que os funcionários devem ajudar os residentes a monitorar os sintomas; devem fazê-lo a um metro e meio de distância.
- Os funcionários devem avaliar continuamente se os residentes desenvolvem doenças mais graves. O pessoal deve encaminhar os residentes ao hospital se eles tiverem um dos seguintes:
 - Dificuldade em respirar
 - Dor persistente ou pressão no peito
 - Nova confusão ou incapacidade de permanecer acordado
 - Lábios ou rosto azulados

Esta lista não é completa. Se você tiver alguma dúvida sobre uma emergência médica, consulte fornecedor imediatamente ou ligue para o 911.

6. Instruções para funcionários que cuidam de residentes com CLI

Interagindo com um residente com CLI

- Todos os residentes com CLI devem ser isolados.

- Identifique e limite o número de funcionários que interagem com residentes isolados.
- Mantenha o distanciamento social o máximo possível. Conclua tarefas de cuidador a 6 pés de distância ou mais. Deixe alimentos ou medicamentos fora de uma porta ou a 2 metros da pessoa doente.
- Se precisar ficar a menos de um metro e oitenta, use uma cobertura facial (qualquer papel ou pano bem preso que cobre o nariz e a boca) e luvas descartáveis disponíveis quando você entra na sala onde o indivíduo doente está isolado. Quando você tem contato físico com o indivíduo doente (por exemplo, ajudar no banheiro, tomar banho, trocar de roupa) cobrir sua roupa com um vestido (lavável ou descartável), se disponível. Sempre que sair do quarto, remova cuidadosamente as luvas, cobertura e vestido, coloque os itens descartáveis em uma lata de lixo e os itens laváveis em um plástico até que esteja pronto para ser lavado e lave as mãos com água e sabão por pelo menos 20 segundos.
- Se não houver luvas ou coberturas faciais disponíveis, limite o contato próximo com a pessoa e, se possível, peça ao indivíduo que cubra a boca com um lenço de papel ou pano. Forneça um saco plástico para o descarte do tecido após o uso.
- Agrupe tarefas que exijam contato próximo para limitar os encontros com a pessoa doente.

Ajuda com necessidades básicas

- Certifique-se de ajudar a pessoa a seguir as instruções de medicação e cuidados e forneça suporte para obter mantimentos, prescrições e outras necessidades pessoais.

Limite o residente com CLI a um quarto

- Somente pessoas que estão cuidando do residente com CLI devem entrar na sala ou

Área designada.

- Atribua um banheiro separado, se disponível. Se o banheiro for compartilhado, limpe e desinfete após cada uso. Concentre-se em superfícies frequentemente tocadas (maçanetas, pias, dispensador de papel toalha, secador de mãos, etc.).

Promover lavagens frequentes das mãos

- Todos os residentes e funcionários devem lavar as mãos frequentemente e completamente com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Use um desinfetante para as mãos à base de

álcool se não houver água e sabão. Não toque nos olhos, nariz ou boca com as mãos não lavadas. Sempre lave as mãos antes e depois de ir nos quartos dos residentes.

Evite compartilhar itens comuns

- Você não deve compartilhar pratos, copos, xícaras, utensílios de cozinha, toalhas, roupas de cama ou outros itens pessoais. Depois que a pessoa usar esses itens, lave-os bem.

Monitorar os sintomas do indivíduo doente

- Se eles estão ficando doentes, notifique alguém na unidade ou ligue para seu médico para providencie para que eles sejam vistos. Verifique se o provedor está ciente de que a pessoa tem ou pode ter COVID-19 para que eles possam implementar as medidas apropriadas de controle de infecção.

Monitore-se

- Cuidadores e outras pessoas em contato próximo com a pessoa devem monitorar sua própria saúde quanto a sinais ou sintomas de febre, nova tosse, nova falta de ar ou nova dor de garganta. Se isso ocorrer, o cuidador precisará ser isolado.

7. Resposta à Saúde Mental

- Algumas instalações oferecem serviços de saúde mental, desde serviços completos no local até avaliação de clientes da comunidade e encaminhamento para fornecedores externos. Tenha planos em vigor para pacientes que recebem regularmente serviços de saúde mental.
- Se um cliente ou residente precisar ser isolado por causa da CLI ou COVID-19 confirmado, considere arranjos alternativos, como videoconferência, para continuidade dos serviços regulares.
- Implementar procedimentos para identificar e atualizar pelo menos semanalmente os recursos de saúde mental (por prestadores de exemplo, farmácias) disponíveis.
- Revisar e atualizar contratos de fornecedores e protocolos e procedimentos médicos de emergência, incluindo o transporte de pessoas para unidades de saúde mental internadas, se necessário, e avaliação de clientes e residentes para outras necessidades médicas. (Consulte a Seção 6, Instruções para os funcionários que cuidam de Residentes com CLI).

- Quando o transporte de um cliente ou residente for necessário, implemente procedimentos para garantir notificação de todas as instalações receptoras antes do transporte.

8. Considerações para residentes que usam drogas

- Esteja ciente de que as recomendações de distanciamento social podem aumentar o risco de overdose fatal para residentes que usam drogas e agora estão usando drogas sozinhos.
- O pessoal da instalação deve aumentar as verificações de segurança e sempre transportar naloxona.
- O naloxone deve estar acessível a todos os residentes.
- Esteja ciente de que os residentes que usam drogas correm risco de desistência; eles podem procurar impedir sintomas, mantendo o uso de drogas, e pode procurar sair da instalação com mais frequência do que outros moradores.
- Apoie os residentes na obtenção de seringas estéreis. Seringas estéreis podem ser obtidas na Seringa Programas de Serviço (SSPs) e farmácias participantes do programa expandido de acesso a seringas (ESAP).
- Distanciamento social significa que parques e outros lugares onde as pessoas normalmente usam drogas podem ser mais difícil de acessar com segurança. Como resultado, é mais provável que os residentes usem drogas nas instalações.
- Trabalhar com os residentes para desenvolver um plano de segurança contra overdose, incluindo o conhecimento mudanças na tolerância; ter alguém para checá-los após o uso; usando um droga de cada vez; e usando um pouco de cada vez.
- Estabelecer protocolos de segurança para banheiros, incluindo:
 - Verifique os banheiros nos espaços comuns para possíveis overdoses
 - Garantir que os banheiros sejam acessíveis pela equipe em caso de emergência (considere o acesso aos principais ou código de entrada; se a porta se abrir para dentro, a entrada poderá ser bloqueada se o residente estiver em decúbito dorsal)
 - Instale um recipiente para objectos cortantes para eliminação da seringa. Recipientes para objetos cortantes podem ser obtidos em Programas de serviço de seringas.
 - Fornecer aos residentes que usam drogas informações sobre medicamentos para transtorno de uso de opióides.

Pessoas que usam drogas e estão isoladas

- Residentes que usam drogas e são isolados devido à CLI têm um risco aumentado de overdose fatal.
- Residentes isolados podem apresentar sintomas de abstinência.
- Residentes que atualmente não estão recebendo MOUD devem considerar iniciar buprenorfina.
- Residentes atualmente prescritos com metadona devem entrar em contato com a clínica para solicitar sobre opções para entrega em domicílio.
- Os residentes atualmente prescritos com buprenorfina sublingual devem entrar em contato com seus fornecedor e farmácia para garantir o acesso contínuo aos medicamentos.
- Residentes atualmente prescritos com buprenorfina por injeção ou aqueles que recebem naltrexona por injeção precisará de apoio para a transição para um medicamento alternativo.
- Residentes que usam drogas e estão isolados devido à CLI podem ser mais vulneráveis a problemas mentais questões de saúde como depressão e ansiedade. As instalações devem ter um plano para fornecer apoio e encaminhamentos consistentes com as práticas de distanciamento social.

9. Continuidade das operações e orientação do pessoal

- A equipe deve monitorar-se continuamente para a CLI. Se eles desenvolvem CLI em casa, devem só virão ao trabalho após o curso completo de sua doença.
- Qualquer equipe que desenvolver sintomas de CLI na instalação deve sair imediatamente e retornar casa para o curso completo de sua doença. Ele deve usar uma cobertura facial (qualquer papel ou pano que cubra o nariz e a boca) e evite outras pessoas o máximo possível. Eles devem caminhar até o destino se puderem e evitar o transporte público lotado.
- Se alguma equipe desenvolver CLI, eles devem ficar em casa até que tudo o que se segue seja verdadeiro:
 - Faz pelo menos sete dias desde que os sintomas da equipe começaram.
 - O membro da equipe nunca teve febre ou não teve febre por três dias sem o uso de drogas redutoras de febre, como Tylenol ou ibuprofeno.
 - Os outros sintomas da equipe melhoraram.
 - Antecipar e planejar os desafios da equipe
 - Espere que muitos funcionários estejam doentes e sejam distribuídos até que não sejam mais um risco para os outros.

- Esperar falta adicional de pessoal devido a mudanças nas necessidades de cuidados infantis quando a creche programas e escolas estão fechados.
- Teletrabalho pode ser uma opção para alguns.
- Antecipar e planejar escassez à medida que as cadeias de suprimentos são afetadas; encomendar itens essenciais para manter reservas adequadas.
- Os parceiros durante as operações de rotina serão afetados da mesma forma. As operações da instalação podem precisar ajustar-se aos desafios sentidos nos programas, organizações e agências associadas.