

PORTARIA nº XX, DE XX DE XX DE 2025

Institui a Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o artigo 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto no 23.212 de 6 de setembro de 2002, e o artigo 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto no 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF no 54, de 15 de março de 2013, e

Considerando a Constituição Federal de 1988 – Artigos 196 a 200: dispõe sobre a saúde como direito de todos e dever do Estado;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde: regulamenta o SUS e suas atribuições;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre participação da comunidade e transferências intergovernamentais de recursos;

Considerando o Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011 que Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 6, de setembro de 2017: consolidou as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS;

Considerando a Portaria nº 3.088/2011: institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024: Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017: dispõe sobre a Rede Alyné;

Considerando a Portaria Nº 108, de 20 de março de 2023: institui a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF);

Considerando a Portaria Nº 408, de 03 de agosto de 2017: disciplina o funcionamento de estruturas e serviços das gerências de emergência dos hospitais da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal;

Considerando a Portaria Nº 341, de 12 de abril de 2018: dispõe sobre a assistência à Saúde Bucal e sua organização na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal;

Considerando a Lei 11.346, de 15 de setembro de 2006: cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018: aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF);

Considerando o Decreto nº 37.515, de 26 de Julho de 2016: institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital;

Considerando a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incluindo as eCR como modalidade de equipe de atenção primária;

Considerando a Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021: dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das eCRs e os critérios de cálculo do número máximo de eCRs, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017;

Considerando o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009: institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua;

Considerando a Resolução Nº 602, de 12 de dezembro de 2023: institui a Política de Assistência Farmacêutica - PDAF;

Considerando a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012: institui o Consultório na Rua no âmbito do SUS e define as diretrizes de organização e funcionamento;

Considerando a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 976, de 25 de julho de 2023: torna obrigatória, para Estados, DF e Municípios, a imediata observância das diretrizes estabelecidas no Decreto Federal nº 7.053, de 2009, que institui a Política Nacional para a PSR;

Considerando a Portaria nº 1.238, de 06 de junho de 2014: que estabelece o incentivo de custeio para as Equipes de Consultório na Rua, visando à atenção integral à saúde da população em situação de rua, com equipes multiprofissionais atuando nos territórios;

Considerando a Lei Distrital nº 6.691, de 01 de outubro de 2020: institui a Política Distrital para a População em Situação de Rua;

Considerando a Lei Distrital nº 6.616, de 04 de junho de 2020: dispõe sobre medidas urgentes a fim de assegurar os direitos da PSR durante situação de emergência ou estado de calamidade pública;

Considerando o Decreto nº 43.115, de 16 de março de 2022: institui a política para inclusão social da PSR do DF, por meio da alteração Decreto nº 33.779, de 06 de julho de 2012;

Considerando a Lei Distrital nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024: institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a PSR (PNTC PopRua);

Considerando o Decreto nº 45.558, de 05 de março de 2024: cria o Grupo Executivo para elaboração e execução da Política Distrital para a PSR e dá outras providências;

Considerando a Resolução nº 01, de 11 de julho de 2024: aprova o Regimento Interno do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para Inclusão Social da PSR do DF (Ciamp-RUA/DF);

Considerando a Resolução CNJ nº 425, de 08 de outubro de 2021: instituiu a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades;

Considerando a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) Nº 828/2021, “contra atos do Poder Público relativos à desocupações, despejos e reintegrações de posse, a fim de evitar e reparar lesão a preceitos fundamentais relativos ao direito social à saúde.”;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 2.236/2021: retira a negativa de atendimento caso usuário não possua documento de identificação;

Considerando a Lei nº 8.069/1990: que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando o Decreto do Distrito Federal nº 33.779/2012: institui a Política para Inclusão Social da População em Situação de Rua do Distrito Federal;

Considerando a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001: estabelece a reforma psiquiátrica no Brasil;

Considerando a Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde – SUS, com o objetivo de incorporar e ampliar o acesso da população às Práticas Integrativas e Complementares, promovendo o cuidado integral em saúde;

Considerando a Resolução CSDF Nº 429, de 10 de junho de 2014, do Conselho de Saúde do Distrito Federal, que aprovou a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPI) no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF, com o objetivo de promover, normatizar, implementar e articular as ações relacionadas às Práticas Integrativas em Saúde no Distrito Federal;

Considerando a Lei 13.714, de 24 de agosto de 2018: dispõe sobre a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para saúde, às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, sem a necessidade de apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004: aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecendo diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde por meio da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria define as diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e estabelece diretrizes de implementação nos três níveis de atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde do DF.

Parágrafo único: Considera-se População em Situação de Rua (PSR), o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a extrema pobreza, os vínculos familiares fragilizados ou interrompidos e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos, fazendo deles espaço de convívio e, principalmente, de sobrevivência, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória

Art, 2º Para fins da Política de Atenção Integral à Saúde da PSR compreende-se:

I - Vulnerabilidade em Saúde: risco de exposição das pessoas ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao sofrimento psíquico, ao desenvolvimento e agravamento de doenças. Esse conceito também inclui a análise da disponibilidade de recursos que permitem a proteção contra agentes patogênicos e situações que levam ao adoecimento, e está estruturada em três eixos inter-relacionados: individual, social e programático.

II - Interseccionalidade: conceito que descreve como diferentes formas de discriminação e opressão interagem e se interconectam, impactando a experiência de indivíduos e grupos. Significa inter-relacionar fatores como raça, gênero, classe social, orientação sexual, entre outros, com sistemas de opressão como racismo, sexismo e classismo.

III - Equidade: princípio que busca justiça social na distribuição de recursos, cuidados e oportunidades relacionados à saúde, considerando as diferenças nas condições e necessidades de cada indivíduo ou grupo social.

IV - Redução de Danos: conjunto de políticas, programas e práticas que visam minimizar os danos sociais e à saúde associados ao uso de tabaco, álcool e outras drogas, sem necessariamente exigir a interrupção do uso, buscando inclusão social e cidadania para os usuários.

V - Competência Cultural: capacidade do profissional de saúde em compreender e atender às necessidades de saúde de indivíduos de diferentes culturas. É um processo contínuo que progride até a habilidade de adaptar o cuidado às necessidades culturais específicas de cada usuário.

VI - Humildade Cultural: postura de respeito, empatia e autorreflexão crítica no relacionamento entre o profissional e a pessoa atendida. Reconhece a impossibilidade de um profissional de saúde compreender completamente a visão de mundo e de cultura de outro indivíduo.

VII - Segurança Alimentar e Nutricional: realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Art. 3º À PSR, será garantida a atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), de forma abrangente, contínua, resolutiva e coordenada, considerando todas as necessidades de saúde do indivíduo, da promoção à reabilitação nos diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Seção I Dos Princípios

Art. 4º São princípios da Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da PSR:

I - equidade;

II - respeito à dignidade e autonomia e direitos civis da pessoa humana;

III - garantia do acesso oportuno e facilitado, universal e integral na RAS;

IV - atenção humanizada e de qualidade a esta população;

V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência;

VI - priorização das necessidades da PSR para a organização da atenção à saúde, com definição de suas ações e serviços conforme as competências de cada dispositivo da rede.

VII - reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos de direito.

Seção II Das Diretrizes

Art. 5º São diretrizes da Política Distrital de Atenção Integral à PSR.

I - promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;

II - enfrentamento ao estigma, preconceito e discriminação;

III - integração da RAS para alinhamento da oferta de cuidado a essa população;

IV - integração do poder público e da sociedade civil para sua execução;

V - participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas;

VI - implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos diferentes atores envolvidos no cuidado para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional;

VII - incentivo e apoio à organização da PSR e à sua participação ativa em diversos espaços democráticos, como conselhos, fóruns, audiências públicas e instâncias de controle social, contribuindo com suas vivências e perspectivas para a construção de políticas públicas mais justas e inclusivas.

Seção III Dos Objetivos

Art. 6º A Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da PSR tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde da PSR do Distrito Federal.

Art. 7º São objetivos específicos da política:

I - ampliar ações e serviços de saúde para a PSR considerando as suas interseccionalidades.

II - desenvolver e estimular ações intersetoriais que envolvam as equipes de saúde, assistência social e outros serviços públicos para garantir a responsabilização conjunta no cuidado da PSR, promovendo uma ação integrada, digna e humanizada;

III - implementar os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para as pessoas em situação de rua, conectando-os aos Planos de Ação Individualizados (PAI) e outros instrumentos de atendimento, com foco em suas necessidades de saúde física, mental e social;

IV - promover o acesso oportuno, facilitado e universal, sem discriminação aos cuidados de saúde para pessoas em situação de rua, garantindo que possam receber tratamento e acompanhamento sem quaisquer barreiras de acesso, preconceito, estigmatização ou constrangimentos;

V - garantir a oferta de serviços de atenção psicossocial, considerando as especificidades da PSR, com foco no cuidado em saúde mental e no fortalecimento de vínculos sociais;

VI - priorizar ações de promoção da saúde, amplo acesso à informação qualificada e a estratégias de redução de danos relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre a PSR, com enfoque na conscientização, cuidado e estratégias de prevenção, considerando a autonomia e liberdade do indivíduo;

VII - garantir a inserção social da PSR, com atenção específica para aqueles que enfrentam transtornos mentais ou problemas decorrentes do uso de substâncias, promovendo oportunidades de recuperação e inclusão plena na sociedade.

VIII - Promover a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIS), no contexto da promoção, recuperação e reabilitação da saúde e na prevenção de agravos à saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Seção IV Da Organização

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde da Pessoa em Situação de Rua serão contemplados os seguintes eixos:

I - promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados às condições de vida em situação de rua, com prioridade para ações que fortaleçam o protagonismo das pessoas, o autocuidado e o respeito à autonomia;

II - oferta de ações integrais de cuidado à saúde física e mental, considerando as especificidades, os contextos de vulnerabilidade e a necessidade de abordagens intersetoriais, com atenção humanizada, escuta qualificada e centrada na pessoa;

III - desenvolvimento de processos de educação permanente para profissionais de saúde e demais atores da rede intersetorial, com foco na qualificação do cuidado e exercício da empatia, na superação de estigmas e na sensibilização para as questões estruturais que afetam essa população;

IV - promoção e cuidado da saúde bucal com estratégias adaptadas à realidade da população em situação de rua, incluindo ações itinerantes, de educação em saúde e ampliação do acesso ao cuidado odontológico;

V - atenção à saúde mental, com ênfase no acolhimento, acompanhamento contínuo e suporte psicossocial, considerando os impactos da exclusão social, da violência e da ruptura de vínculos familiares e comunitários;

VI - implementação de estratégias de redução de danos, especialmente relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, com abordagens que respeitem os direitos humanos e promovam dignidade, autonomia e cuidado em liberdade;

VII - ações de prevenção e controle de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, considerando as condições ambientais, sociais e epidemiológicas que afetam a PSR;

VIII - fortalecimento da educação em saúde como ferramenta de empoderamento, transformação social e promoção de autonomia, com metodologias participativas e adequadas às realidades dessa população;

IX- promoção dos direitos humanos, da equidade, da cultura de paz e da prevenção de todas as formas de violência, com garantia de acesso, cuidado integral e acolhimento às pessoas em situação de rua vítimas de violências;

X- Atenção à saúde materna e infantil, com ações de cuidado integral e humanizado no pré-natal, parto, puerpério e primeira infância, adaptadas à realidade da PSR e articuladas com a rede intersetorial de proteção social.

Art. 9º A atenção integral à saúde da PSR será organizada e estruturada na RAS, garantindo-se:

I – na Atenção Primária à Saúde (APS):

a) a realização de ações regulares e contínuas de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência farmacêutica, diagnóstico e terapêutica e cuidado integral, com foco em abordagem ampliada e acolhedora, considerando as condições de vulnerabilidade social, os itinerários de vida e as necessidades específicas da PSR;

b) a promoção do uso racional e seguro dos medicamentos, visando evidenciar o impacto terapêutico, favorecer a adesão e o acesso ao tratamento, bem como prevenir reações adversas, por meio da implementação de ações que regulamentem as práticas de prescrição, dispensação e consumo em contextos de vulnerabilidade e instabilidade habitacional;

c) a oferta de Práticas Integrativas e Comunitárias em Saúde de forma itinerante no Consultório de Rua, ou através de ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde por equipes multiprofissionais, com o objetivo de atender as necessidades específicas dessa população.

d) a oferta de ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, com garantia de acesso à informação, a métodos contraceptivos, testagens rápidas, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), uso de profilaxias pré e pós-exposição (PREP e PEP), terapia antirretroviral (TARV) e aconselhamento, respeitando a identidade e diversidade de gênero e orientação sexual;

e) o acompanhamento oportuno do pré-natal de pessoas gestantes em situação de rua, com garantia da vinculação à maternidade de referência para o parto, acesso a exames, apoio psicossocial e articulação com a Rede Materno Infantil, respeitando as condições de itinerância, fragilidade de vínculos e situações de violência ou abandono;

f) a promoção da oportunidade de vinculação materno-fetal, aleitamento materno e apoio às puérperas em situação de rua, com articulação intersetorial para assegurar condições mínimas de

cuidado à mãe e ao bebê, conforme diretrizes da Rede Materno Infantil e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;

g) a oferta de cuidados em saúde bucal, com estratégias adaptadas à realidade da rua, por meio de ações itinerantes, busca ativa e ampliação do acesso ao atendimento odontológico nas unidades básicas de saúde (UBS) e nas Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) conforme oportunidade e demanda;

h) a articulação com a RAPS para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental, prevenção de sofrimento psíquico, cuidado a transtornos mentais, redução de danos e atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, respeitando os princípios do cuidado em liberdade, territorialidade e vínculo;

i) a atuação conjunta de todas as equipes que compõem a APS com outros dispositivos da RAPS, visando à realização de acompanhamento psicossocial, escuta qualificada, intervenções terapêuticas e encaminhamentos adequados, considerando as barreiras de acesso enfrentadas por essa população;

j) a incorporação da abordagem dos determinantes sociais da saúde no planejamento e na execução das ações da APS, reconhecendo as múltiplas vulnerabilidades (como ausência de moradia, alimentação precária, discriminação, ausência de documentos, uso abusivo de substâncias, violências e fragilização de vínculos), com foco na promoção da equidade e no fortalecimento dos vínculos sociais e comunitários.

l) promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral das crianças e adolescentes em situação de rua.

II – na Atenção Especializada e na Atenção às Urgências e Emergências:

a) a garantia de acesso da PSR aos serviços de média e alta complexidade da RAS do SUS, respeitando o princípio da equidade e superando as barreiras documentais, territoriais, sociais e institucionais que dificultam a continuidade do cuidado;

b) a implementação de estratégias para a oferta de cuidados adequados nos componentes especializados e hospitalar, considerando as particularidades do cuidado à PSR, incluindo histórico de itinerância, ausência de rede de apoio, estigmas, adoecimento crônico e múltiplos agravos relacionados à exclusão social;

c) o acesso qualificado aos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com acolhimento humanizado, abordagem respeitosa e integral, garantia de atendimento às necessidades clínicas e psicossociais, considerando as especificidades das vivências nas ruas e os riscos agravados de acidentes, violências, agravos infecciosos e descompensação de doenças crônicas;

d) o acesso a serviços hospitalares de referência, quando necessário, para pessoas em situação de rua com sofrimento psíquico, transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, garantindo suporte hospitalar com internações breves e voltadas à estabilização clínica, conforme os princípios da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), respeitando-se os direitos, autonomia e a dignidade dos usuários;

- e) Promover a uniformidade e qualidade das práticas assistenciais com a aplicação do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco à população em situação de rua nos serviços de urgência e emergência;
- f) Colaborar na articulação entre os serviços hospitalares, a RAPS e demais dispositivos intersetoriais, com vistas à continuidade do cuidado e alta segura;
- g) Subsidiar tecnicamente o processo de monitoramento e avaliação da política, no tocante aos indicadores assistenciais relacionados aos atendimentos realizados nas unidades de urgência e emergência;
- h) Definição de fluxos de acesso, encaminhamento e contrarreferência que assegurem continuidade do cuidado após o atendimento de urgência.

III - Atenção Especializada e Hospitalar:

- a) garantir o acesso à atenção hospitalar para a PSR, sem discriminação, com acolhimento humanizado, respeitando a dignidade, a autonomia, os direitos humanos e as especificidades dessa população;
- b) oferecer atendimento em média e alta complexidade, considerando as particularidades do adoecimento decorrente da vulnerabilidade social, exposição a agravos múltiplos, uso prejudicial de álcool e outras drogas e condições vulneráveis de vida;
- c) realizar acolhimento com a consideração de fatores como itinerância, falta de documentos de identificação, ausência de rede de apoio familiar e comunitária e as barreiras sociais e culturais que dificultam a adesão ao tratamento;
- d) garantir atendimento humanizado e acolhedor à pessoa gestante em situação de rua, preservando o vínculo com o bebê, conforme o desejo manifestado, de modo a assegurar o exercício do direito à maternagem e à convivência familiar.
- e) garantir suporte integral no período de internação, incluindo avaliação social, psicológica, odontológica e de enfermagem, com planejamento para alta segura e responsável que envolva articulação e compartilhamento de cuidado entre serviços sociais e programas de assistência;
- e) promover a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência (RPCD), com a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência (RAV) e demais dispositivos intersetoriais para o cuidado integral e continuidade do tratamento;
- f) disponibilizar assistência farmacêutica e terapêutica adequada, considerando as particularidades do uso de medicamentos em contextos de vulnerabilidade e instabilidade habitacional;
- g) implementar, fomentar e qualificar os sistemas de registro e ferramentas de monitoramento específicas da população em situação de rua, facilitando a continuidade do cuidado e a integração dos serviços hospitalares com a rede de atenção à saúde;

h) garantir a assistência hospitalar segura, humanizada e integral às pessoas gestantes em situação de rua durante o trabalho de parto, parto e puerpério, assegurando acolhimento, respeito às escolhas e à autonomia da parturiente, presença de acompanhante, acesso a boas práticas obstétricas e cuidados imediatos ao recém-nascido, bem como articulação com a Rede Materno Infantil para o acompanhamento no pós-alta;

i) garantir mecanismos ágeis de regulação de consultas e exames para definição de datas para retorno, encaminhamentos e contra-referência para outros pontos da rede intersetorial, assegurando a continuidade e integralidade do cuidado após a alta hospitalar

§ 1º Todos os pontos da RAS devem assegurar à população em situação de rua, conforme suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como à assistência farmacêutica, sem exigência de comprovação de residência ou documentação civil.

§ 2º A APS, incluindo as equipes de Consultório na Rua (eCR) e as UBS com cobertura territorial, mantém a responsabilidade sanitária pelo cuidado longitudinal da população em situação de rua, com atuação articulada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, promovendo a continuidade do cuidado, mesmo diante da mobilidade itinerância desta população.

Capítulo III

Seção I

Das Atribuições do Distrito Federal

Art. 10. A implementação da atenção integral à saúde da população em situação de rua do Distrito Federal ocorrerá em consonância com as diretrizes políticas da União, dos Estados e dos Municípios onde estiverem localizados os territórios de incidência dessa população.

Art. 11. A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal em articulação com as Secretarias responsáveis por políticas sociais e de assistência social, organizará o provimento de ações contínuas e integradas para a atenção à saúde dessa população na Rede de Atenção existente, conforme diretrizes nacionais e locais para a garantia dos direitos dessa população.

Art. 12. Compete ao Governo do Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, por meio da Gestão de Nível Central:

I - coordenar e apoiar a implementação da Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua.

II - Acompanhar a operacionalização das diretrizes e prioridades da Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua.

III - Fornecer informações, análises, relatórios e sugestões que subsidiem a elaboração e o monitoramento de políticas e programas de saúde envolvidos na temática de saúde da PSR.

IV - Apoiar tecnicamente a atuação das regiões de saúde na operacionalização da Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da PSR, criando instrumentos e mecanismos facilitadores para a devida operacionalização;

V - Acompanhar as pactuações estabelecidas nos planos, programas, projetos de lei e acordos de gestão no âmbito da SES-DF, objetos desta política.

VI - Promover a articulação intra e intersetorial no DF, viabilizando e fortalecendo a saúde da PSR.

VII - Viabilizar a capacitação de profissionais para a consecução desta política;

VIII - Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas no âmbito das ações envolvidas na saúde da PSR.

IX - Mobilizar os meios de comunicação para a valorização da agenda de saúde da PSR.

X - Assegurar recursos financeiros para a gestão da presente política;

XI - Garantir a plena e contínua adequação da estrutura operacional das Equipes Consultório na Rua (eCR), provendo os recursos humanos, materiais permanentes e insumos necessários para o desempenho integral de suas atribuições.

XII - Realizar articulação com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e demais instituições para promoção de educação permanente e demais modalidades.

Art. 13. Compete ao Governo do Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, por meio da Gestão Regional e Local:

I - Propor e participar dos planos, programas e acordos de gestão no âmbito da SES-DF relativos à pauta de saúde da PSR.

II - Fortalecer o registro e o monitoramento dos dados referentes à saúde da População em Situação de Rua da respectiva região de saúde, para subsidiar a programação de ações locais;

III - Promover a articulação intersetorial na região, visando à implementação desta política;

IV - Viabilizar a participação dos profissionais de saúde nas capacitações na temática de saúde da PSR;

V - Implantar protocolos e outras normativas técnicas oficiais direcionados à saúde da População em Situação de Rua;

VI - Apoiar e incentivar a participação dos profissionais da região de saúde na participação de cursos e qualificações disponíveis.

Seção II

Das Atribuições dos profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), das atribuições das Equipes de Consultório na Rua (eCR), das atribuições interprofissionais e das atribuições do Comitê Permanente Intersetorial (CPI)

Art. 14. Os profissionais de saúde da SES-DF deverão atuar com base nos princípios da integralidade, equidade, respeito à diversidade e ao território, promovendo ações que garantam o cuidado longitudinal, humanizado e centrado nas necessidades singulares dessa população.

Art. 14. Compete aos profissionais de saúde da SES-DF:

I – realizar o acolhimento qualificado, com escuta ativa e sensível às especificidades da população em situação de rua, respeitando sua história de vida, cultura, trajetórias e vínculos;

II – garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, em todos os pontos da RAS;

III – desenvolver ações de busca ativa e acompanhamento longitudinal da população em situação de rua nos diferentes territórios;

IV – registrar adequadamente os atendimentos nos sistemas de informação, conforme as normas vigentes, promovendo o reconhecimento estatístico da população;

V – articular-se com os serviços da assistência social, habitação, segurança alimentar, justiça, trabalho, educação e outros, de forma intersetorial;

VI – identificar situações de vulnerabilidade agravada (como violência, uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos mentais graves, gravidez, infância e adolescência em situação de rua, idosos e pessoas com deficiência, LGBTQIAPN+, população negra, imigrantes, migrantes e apátridas, egressos do sistema prisional, egressos do socioeducativa, indígenas, quilombolas e povos tradicionais), promovendo o encaminhamento e acompanhamento adequados;

VII – participar de atividades de educação permanente sobre saúde da população em situação de rua e interseccionalidades, contribuindo para o aprimoramento das práticas.

Art. 15. Compete às Equipes de Saúde da Família(eSF) e equipe Multiprofissionais (eMulti):

I - Assumir a responsabilização compartilhada e o cuidado longitudinal da pessoa em situação de rua que pernoita ou mantém vínculo em seu território de abrangência.

Art. 16. Compete às equipes de consultório na rua:

I – promover o trabalho em equipe com base na colaboração, respeito às competências de cada categoria profissional e planejamento conjunto das ações;

II – construir PTS, considerando as necessidades, demandas e prioridades da pessoa em situação de rua, com responsabilização entre os membros da equipe e demais setores envolvidos;

III – estimular a participação da população em situação de rua nas decisões sobre seu cuidado, valorizando a autonomia e a escuta qualificada;

IV – desempenhar suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.;

V – produzir registros integrados e compartilhados das ações, respeitando os limites éticos e legais da confidencialidade;

VI - promover matriciamentos.

Parágrafo único: As atribuições acima também competem às demais equipes da rede de atenção à saúde.

Art. 17. Compete ao Comitê Permanente Intersetorial (CPI), instância de articulação e pactuação entre setores e políticas públicas com atuação direta ou indireta na atenção à população em situação de rua:

I – promover a articulação entre os setores da saúde, assistência social, habitação, segurança pública, educação, justiça, cultura, trabalho e outros, visando à construção de ações integradas e resolutivas;

II – apoiar a implementação, monitoramento e avaliação da Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua;

III – propor estratégias de superação das barreiras de acesso aos serviços públicos e de redução das iniquidades em saúde que afetam essa população;

IV – fortalecer espaços de participação social e de controle social, garantindo a escuta da população em situação de rua e a presença de seus representantes em fóruns e conselhos;

V – apoiar a produção e análise de dados intersetoriais para subsidiar o planejamento e a gestão das ações;

VI – estimular processos de educação permanente intersetorial promovendo a garantia de direitos,

Seção III Do Financiamento

Art. 18. O financiamento da Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua será realizado com recursos provenientes do orçamento do Distrito Federal, em consonância com os princípios do SUS, e poderá contar com recursos suplementares da União, dos Estados, de órgãos e entidades públicas e da cooperação internacional.

Art. 19. São fontes de financiamento da política:

I – recursos próprios do Distrito Federal, alocados no orçamento anual para a execução das ações e serviços de saúde destinados à população em situação de rua;

II – recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), por meio de pactuação com a SES-DF, conforme critérios e diretrizes do Ministério da Saúde;

III – convênios, contratos e parcerias com instituições públicas e privadas, organizações da sociedade civil, e outros atores envolvidos no cuidado à população em situação de rua;

IV – recursos destinados a ações intersetoriais, envolvendo saúde, assistência social, habitação, segurança alimentar, educação e trabalho, para garantir a integralidade e a efetividade das políticas públicas.

Art. 20. Compete à Secretaria de Saúde do Distrito Federal:

I – planejar, gerenciar, executar e monitorar os recursos financeiros destinados à Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua;

II – garantir a transparência e a prestação de contas dos recursos utilizados, promovendo a participação social no controle e acompanhamento do financiamento;

III – articular com demais órgãos e entidades governamentais para otimizar o uso dos recursos e evitar sobreposições e desperdícios;

IV – fomentar a busca por fontes alternativas de financiamento e inovação na gestão dos recursos.

Art. 21. O financiamento da política deverá assegurar a continuidade, a qualidade e a ampliação dos serviços e ações, contemplando, dentre outros aspectos:

I – a capacitação e valorização dos profissionais envolvidos no atendimento;

II – a manutenção e expansão da RAS, incluindo atenção itinerante e serviços específicos para a população em situação de rua;

III – o desenvolvimento de ações intersetoriais e estratégias de prevenção, promoção, reabilitação e inclusão social;

IV – a produção e o uso de dados para monitoramento, avaliação e aperfeiçoamento das ações.

CAPÍTULO IV DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 22. O monitoramento e a avaliação da implementação da Política Distrital de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua serão realizados por meio dos sistemas oficiais de informação em saúde do Distrito Federal, integrados a sistemas intersetoriais que compõem a rede de proteção social e de direitos humanos.

Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação mencionados no “caput” serão conduzidos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em articulação com os demais órgãos e entidades integrantes do Comitê Permanente Intersetorial, garantindo a participação social e o controle social nos processos avaliativos.

Art. 23. Os sistemas de informação deverão contemplar informações para a construção de indicadores específicos que permitam a mensuração das condições de saúde, o acesso aos serviços, a qualidade do atendimento, o cenário epidemiológico, a integralidade das ações e os determinantes sociais que afetam a população em situação de rua.

Art. 24. A CPI deverá promover ciclos periódicos de monitoramento e avaliação, seguindo o cronograma disposto nos instrumentos de planejamento e gestão da SES-DF.

Art. 25. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal deverá garantir a transparência e publicidade das informações produzidas, disponibilizando-as periodicamente à sociedade civil, instâncias de controle social e demais atores envolvidos.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 26. As instituições, órgãos e agências envolvidas deverão promover prioritariamente a divulgação, o fortalecimento e a implementação das diretrizes previstas nesta Política, garantindo o comprometimento com a atenção integral à saúde da população em situação de rua.

Art. 27. A SES-DF deverá garantir os recursos técnicos, financeiros, humanos e de infraestrutura necessários para a efetivação desta Política, respeitando os princípios do SUS e as especificidades da população em situação de rua.

Art. 28. O acompanhamento da implementação desta Política será realizado de forma contínua, com revisão periódica dos planos e estratégias, considerando os resultados do monitoramento e avaliação e as demandas identificadas pela população beneficiária.

Art. 29. Fica incentivada a articulação entre os diversos setores e políticas públicas, bem como a participação da sociedade civil, abrangendo as organizações comunitárias e representantes da população em situação de rua, em todas as instâncias de gestão, monitoramento e controle social.

Art. 30. Esta Política deverá estar alinhada com as legislações federais, distritais e demais normativas relacionadas à população em situação de rua conforme os eixos assistência social e segurança alimentar, violência institucional, saúde, dignidade e respeito, cidadania, educação e cultura, habitação, trabalho e renda, produção e gestão de dados.

Art. 31. Os casos não previstos nesta Política, relativos à atenção integral à saúde da população em situação de rua, serão analisados por instância designada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal em articulação com os demais órgãos governamentais e sociedade civil.

Art. 32. As ações de saúde previstas nesta Política deverão ser integradas aos Planos de Saúde Distrital, observando a legislação local específica e respeitando as particularidades da população em situação de rua.

Art. 33. A instância colegiada será criada por meio de Portaria, em até 180 dias da publicação desta Política.

Art. 34. Esta Política entra em vigor na data de sua publicação.