

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Iama Verdi Lamb

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS INFECCIOSAS NA POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS DAS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA
NO ACESSO AO CUIDADO À SAÚDE**

Santa Cruz do Sul

2025

Iama Verdi Lamb

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS INFECCIOSAS NA POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS DAS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA
NO ACESSO AO CUIDADO À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Promoção da Saúde – Mestrado e doutorado, Área de
Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa
em Vigilância em Saúde da Universidade de Santa Cruz
do Sul- RS – UNISC

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jane Dagmar Pollo Renner
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Lia Gonçalves Possuelo

Santa Cruz do Sul

2025

Iama Verdi Lamb

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS INFECCIOSAS NA POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS DAS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA
NO ACESSO AO CUIDADO À SAÚDE**

Essa dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Promoção da Saúde – Mestrado e doutorado, Área de Concentração em
Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde da
Universidade de Santa Cruz do Sul- RS – UNISC

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Jane Dagmar Pollo Renner

*Professora Orientadora do Programa
de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da UNISC*

Dr^a. Lia Gonçalves Possuelo

*Professora Co-orientadora do Programa
de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da UNISC*

Dra. Janine Koepp

*Professora examinadora interna do Programa
de Pós-Graduação em Promoção da Saúde*

Dra. Paula Hino

*Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São
Paulo- USP*

Dra Giselle Lima de Freitas

*Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem da UFMG*

Santa Cruz do Sul

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Verdi Lamb, Iama

Análise da prevalência das doenças infecciosas na população em situação de rua: Desafios das equipes do consultório na rua no acesso ao cuidado à saúde / Iama Verdi Lamb. – 2025.

206 f. : il. ; 21 cm.

Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Jane Dagmar Pollo Renner.

Coorientação: Profa. Dra. Lia Gonçalves Possuelo.

I. Pessoas em Situação de Rua. 2. Doenças Transmissíveis. 3. Estigma Social. 4. Educação em Saúde. I. Renner, Jane Dagmar Pollo. II. Possuelo, Lia Gonçalves. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC com os dados fornecidos pela autora.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final deste mestrado é um momento de grande emoção e realização, e não poderia deixar de expressar minha profunda gratidão a todos que estiveram ao meu lado durante essa jornada.

Primeiramente, quero agradecer aos meus pais, que sempre foram minha base e minha inspiração. Ao meu pai e à minha mãe, pela confiança inabalável, pelo amor incondicional e por acreditarem em mim mesmo nos momentos mais desafiadores. Vocês são fundamentais em minha vida, e tudo o que conquistei é, em grande parte, reflexo do apoio e dos ensinamentos que recebi de vocês.

Agradeço imensamente às minhas orientadoras, pela paciência, dedicação e carinho ao longo de todo esse percurso. Mesmo quando tomei a decisão de mudar de residência no meio do mestrado, vocês estiveram sempre presentes, compreensivas e dispostas a me ajudar a seguir em frente. Sou muito grata por toda orientação, apoio e por me motivarem a ir além.

Ao meu namorado, Jefferson Weber, sou eternamente grata pelo companheirismo, paciência e amor incondicional que você me ofereceu neste período. Sua presença foi essencial para que eu pudesse enfrentar os desafios com mais tranquilidade e determinação.

Aos meus colegas de mestrado, agradeço pela união, pelas trocas de conhecimento e pelo auxílio constante durante esses dois anos. Juntos, aprendemos e crescemos, e é com muito carinho que guardo as lembranças desses momentos compartilhados.

Finalmente, agradeço ao programa de mestrado, por me proporcionar a oportunidade de aprender, me desenvolver e conhecer tantas pessoas incríveis. Esse espaço de crescimento acadêmico e pessoal foi fundamental para minha formação.

Aos colegas da Prefeitura de Santa Cruz do Sul, minha eterna gratidão pela colaboração e apoio durante o desenvolvimento deste trabalho. O suporte de todos foi essencial para que eu pudesse realizar as coletas e levar adiante a pesquisa.

Aos amigos que ganhei ao longo dessa caminhada, especialmente à "família do consultório de rua", meu muito obrigado. Ao Celso, condutor, pela dedicação e confiança; à Sibeles, enfermeira, por seu carinho, cuidado e profissionalismo, sempre com muito empenho; e à Luana, redutora de dados, que foi fundamental para o sucesso da coleta de informações e para o andamento do meu trabalho. Todos vocês contribuíram imensamente para que este projeto se tornasse realidade.

A cada um de vocês, meu mais sincero agradecimento. Sem o apoio de todos, não teria chegado até aqui. Este trabalho é, sem dúvida, resultado do esforço coletivo e do amor compartilhado por cada um de vocês.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que foram essenciais ao longo dessa caminhada e que, com sua presença, amor e apoio, tornaram possível a realização deste sonho.

À equipe do Consultório de Rua, cujos profissionais dedicados e apaixonados pela transformação social foram, e continuam sendo, minha maior fonte de inspiração. A todos os integrantes do programa, que com empenho e humanidade, fazem a diferença na vida de tantas pessoas, o meu mais profundo agradecimento.

Este trabalho é, sem dúvida, resultado de uma rede de apoio sólida e cheia de amor, e a vocês dedico o fruto de todo o esforço e dedicação investidos.

RESUMO

A saúde é um direito social, mas a população em situação de rua (PSR) enfrenta barreiras de acesso, estigmas e altas taxas de doenças como HIV (*human immunodeficiency vírus*), hepatites, sífilis e tuberculose (TB). O objetivo geral da minha dissertação foi analisar a prevalência das doenças infecciosas emergentes na PSR e os desafios das equipes do consultório de rua para garantir o acesso às ações de cuidado à saúde. **Manuscrito 1:** Este estudo objetivou mapear a literatura sobre a prevalência, os estigmas e as barreiras ao tratamento das doenças infecciosas de HIV, sífilis, hepatites e tuberculose na população em situação de rua (PSR) e, as políticas públicas necessárias para diminuir os impactos, com intervenções de saúde direcionadas a esse grupo vulnerável. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com buscas nas bases de dados *PubMed*, *Springer Link*, *Taylor & Francis Online*, *Google Scholar*, *Scielo* e *Wiley Online Library*. Foi evidenciado uma alta prevalência dessas doenças em maiores que 18 anos, mulheres, usuários de drogas, transgêneros e indivíduos com histórico de encarceramento. A PSR enfrenta barreiras no combate a doenças infecciosas devido à instabilidade habitacional, uso de drogas e acesso limitado aos serviços de saúde. Políticas públicas como estratégias de estabilidade habitacional, vacinação direcionada, rastreamento e tratamento precoce, podem melhorar o acesso à saúde e reduzir as desigualdades. Conclui-se que as intervenções direcionadas e políticas de saúde pública inclusivas são essenciais para abordar essas questões e promover resultados de saúde equitativos. **Manuscrito 2:** A PSR enfrenta extrema pobreza, falta de moradia, sérios problemas de saúde, dificuldades no acesso aos cuidados médicos e discriminação. Este estudo objetivou analisar a prevalência de doenças infecciosas, sintomas, comportamentos de risco, condições de trabalho e acesso a serviços de saúde entre a PSR, considerando o histórico de privação de liberdade, em um município do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo realizado com as PSR no período de setembro a outubro de 2024. A coleta de dados ocorreu no Programa Consultório de Rua, para analisar doenças infecciosas e desafios da equipe, com abordagens presenciais e sigilosas. Os dados mostram que as PSR analisadas possuem baixa variabilidade etária, alta prevalência de consumo de substâncias e desafios no acesso a documentos e trabalho. Doenças infecciosas, como HIV (14,9%; $p < 0,001$) e sífilis (46%; $p = 0,548$), foram identificadas. A cicatriz da BCG e o tratamento para tuberculose não apresentaram relação estatística com os sintomas de tosse, falta de ar, perda de peso, diminuição do apetite, febre e cuspir sangue. A tosse foi mais comum entre os privados de liberdade ($p = 0,004$). A PSR apresenta alta vulnerabilidade, com prevalência de HIV e sífilis. Os dados reforçam a importância do Consultório na Rua na atenção integral e acesso ao cuidado em saúde. **Manuscrito 3:** Este estudo objetivou mapear a literatura sobre as estratégias e desafios enfrentados pelas equipes de Consultório na Rua no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com pesquisa nas bases de dados *Scielo* e *Google Scholar*, em trabalhos publicados dentro de um período de 5 anos (2019-2024). As equipes do Consultório na Rua enfrentam desafios como a baixa escolaridade e dependência química dos indivíduos atendidos, que complicam a reintegração e o tratamento. A falta de recursos e infraestrutura inadequada comprometem a continuidade do atendimento, enquanto a resistência ao tratamento e a dificuldade em manter a adesão são problemas recorrentes. As estratégias de abordagem e inclusão social variam desde suporte básico e atividades socioeducativas até a educação e prevenção, com algumas equipes utilizando tecnologias e adaptando-se às condições locais. O estudo revelou que, embora haja avanços na assistência à população em situação de rua, persistem desafios significativos, como a falta de recursos, estigma social e dificuldades logísticas. Ressalta a necessidade de abordagens integradas e políticas públicas mais eficazes para garantir um atendimento mais inclusivo e equitativo.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua. Doenças Transmissíveis. Estigma Social. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Healthcare is a social right, but the homeless population (PSR) faces access barriers, stigma, and high rates of diseases such as HIV (human immunodeficiency virus), hepatitis, syphilis, and tuberculosis (TB). The overall objective of my dissertation was to analyze the prevalence of emerging infectious diseases among the homeless and the challenges faced by street clinic teams in ensuring access to healthcare. **Manuscript 1:** This study aimed to map the literature on the prevalence, stigma, and barriers to treatment of infectious diseases such as HIV, syphilis, hepatitis, and tuberculosis among the homeless population (PSR), and the public policies needed to mitigate their impacts with health interventions targeted at this vulnerable group. This is an integrative literature review, with searches in PubMed, Springer Link, Taylor & Francis Online, Google Scholar, Scielo, and Wiley Online Library. A high prevalence of these diseases was found in individuals over 18 years of age, women, drug users, transgender individuals, and individuals with a history of incarceration. Homeless people face barriers to combating infectious diseases due to housing instability, drug use, and limited access to health services. Public policies such as housing stability strategies, targeted vaccination, screening, and early treatment can improve access to health care and reduce inequalities. It is concluded that targeted interventions and inclusive public health policies are essential to address these issues and promote equitable health outcomes. **Manuscript 2:** Homeless people face extreme poverty, homelessness, serious health problems, difficulties in accessing medical care, and discrimination. This study aimed to analyze the prevalence of infectious diseases, symptoms, risk behaviors, working conditions, and access to health services among homeless people, considering their history of deprivation of liberty, in a municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. This is a cross-sectional, exploratory, and descriptive study conducted with homeless people from September to October 2024. Data collection took place at the Street Clinic Program to analyze infectious diseases and staff challenges, using in-person and confidential approaches. The data show that the homeless people analyzed have low age variability, a high prevalence of substance use, and challenges in accessing documents and work. Infectious diseases such as HIV (14.9%; $p < 0.001$) and syphilis (46%; $p = 0.548$) were identified. The BCG scar and tuberculosis treatment showed no statistical association with symptoms of cough, shortness of breath, weight loss, decreased appetite, fever, or spitting up blood. Cough was more common among those deprived of liberty ($p = 0.004$). Homeless people are highly vulnerable, with a high prevalence of HIV and syphilis. The data reinforce the importance of the Street Clinic in providing comprehensive care and access to healthcare. **Manuscript 3:** This study aimed to map the literature on the strategies and challenges faced by Street Outreach teams in Brazil. This is an integrative literature review, with research in the Scielo and Google Scholar databases, covering papers published within a five-year period (2019-2024). Street Outreach teams face challenges such as low educational levels and chemical dependency among the individuals they serve, which complicate reintegration and treatment. Lack of resources and inadequate infrastructure compromise continuity of care, while resistance to treatment and difficulty maintaining adherence are recurring problems. Social outreach and inclusion strategies range from basic support and socio-educational activities to education and prevention, with some teams utilizing technologies and adapting to local conditions. The study revealed that, although there have been advances in assisting the homeless population, significant challenges persist, such as lack of resources, social stigma, and logistical difficulties. It highlights the need for integrated approaches and more effective public policies to ensure more inclusive and equitable care.

Keywords: Homeless People. Communicable Diseases. Social Stigma. Health Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Manuscrito 1

Figura 1 – Protocolo PRISMA	39
-----------------------------------	----

Manuscrito 3

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos.....	84
---	----

LISTA DE PRODUTOS TÉCNICOS

Figura 1 – Orientações sobre doenças reemergentes: HIV, Sífilis, Hepatites e Tuberculose.	100
Figura 2 – Orientações para os profissionais que atuam no consultório de rua.	118

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Tipos de Hepatite.	21
Quadro 2 – Estratégias de apoio à implementação do Consultório na Rua do Ministério da Saúde.	31
Quadro 3- Doenças infecciosas versus Políticas Públicas.....	46

Manuscrito 1

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão.....	39
Quadro 2 - Doenças infecciosas versus populações vulneráveis.....	39
Quadro 3- Doenças infecciosas versus estigmas e barreiras ao tratamento.....	41
Quadro 4- Doenças infecciosas versus Políticas Públicas.....	44

Manuscrito 2

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e laboral da PSR. Santa Cruz do Sul, Brasil, 2025	65
Tabela 2- Condições Clínicas e Comportamentais da PSR.....	67
Tabela 3- Relação da Privação de Liberdade com Fatores Qualitativos	68
Tabela 4- Relação de “Cicatriz (BCG)” com Distribuição dos Principais Sintomas	69
Tabela 5 - Relação de tratamento de tuberculose com distribuição dos principais sintomas...70	

Manuscrito 3

Tabela 1 – Estudos incluídos na revisão.....	85
Tabela 2 –Síntese dos estudos.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
ARV	Antirretroviral
CLAE	Cromatografia líquida de alta eficiência
eCR	Equipes dos Consultórios na Rua
HAV	Vírus da Hepatite A
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
ILTB	Infecção latente por tuberculose
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSR	População em situação de rua
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 População em situação de rua: aspectos gerais	16
2.2 Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV.....	18
2.3 Hepatites	21
2.4 Sífilis.....	24
2.5 Tuberculose	26
2.6 Políticas Públicas em saúde: programas e ações para PSR	29
3 OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo geral	33
3.2 Objetivos específicos.....	33
4 PRODUTOS BIBLIOGRÁFICOS TÉCNICOS E/OU TECNOLÓGICOS DA DISSERTAÇÃO	34
4.1 Manuscrito 1 – Doenças infecciosas em pessoas em situação de rua: uma revisão integrativa sobre prevalência, estigmas, barreiras ao tratamento e políticas públicas em saúde.....	34
4.2 Manuscrito 2 – População em situação de rua e doenças infecciosas: barreiras ao cuidado e atuação do Consultório na Rua no Sul do Brasil	61
4.3 Manuscrito 3 - Desafios e estratégias na prestação de cuidados de saúde da população em situação de rua: uma perspectiva dos profissionais do consultório de rua	79
4.4 Produto Técnico 1 – Orientações sobre doenças reemergentes: HIV, Sífilis, Hepatites e Tuberculose.	99
4.5 Produto Técnico 2 – Orientações para os profissionais que atuam no consultório de rua.....	117
5 CONCLUSÕES GERAIS E CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
5.1 Conclusões Gerais	120
5.2 Considerações finais	121
6 PERSPECTIVAS FUTURAS.....	123
7 NOTA À IMPRENSA	125
8 RELATÓRIO DE CAMPO	127
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICE	143
APÊNDICE A – Entrevista paciente em situação de rua/ moradores de rua	143
APÊNDICE B – Questionário: profissionais da saúde.....	154
ANEXOS	157
ANEXO A – Termo de consentimento para PSR	157
ANEXO B – Termo de consentimento para os profissionais da saúde	159
ANEXO C – Carta de aceite da instituição parceira	161
ANEXO D – Carta de apresentação	162
ANEXO E – Norma da revista	163

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Iama Verdi Lamb, médica formada em 2019 pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Minha trajetória acadêmica inclui uma pós-graduação em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família, Residência em Medicina de Família e Comunidade, especialização em Medicina de Emergência, Residência Médica em Medicina Intensiva pela Santa Casa de Porto Alegre e, atualmente, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, pela UNISC. Minha experiência profissional abrange emergências pré-hospitalares pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, atendimento em pronto-atendimento, e transporte de pacientes críticos, consolidando uma prática focada em urgências e emergências médicas. Atualmente, trabalho como médica de família e comunidade, pela prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul.

A presente dissertação vem responder a problemática: Qual a prevalência e o perfil epidemiológico das doenças emergentes como TB, sífilis, hepatites e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), em população de rua na região central do RS? Explora as hipóteses: H1: O projeto consultório de rua não consegue atender a toda população de PSR da Região do Vale do Rio Pardo; H2: Existem mais PSR na Região do Vale do Rio Pardo do que as informações catalogadas em relatórios da localidade; H3: A prevalência de IST, hepatites virais, sífilis, TB na PSR é maior que na população da Região do Vale do Rio Pardo; H4: A prevalência do uso de álcool e substâncias psicoativas na PSR é maior que na população da Região do Vale do Rio Pardo; H5: A PSR não busca os serviços da atenção primária, mesmo após atendimento no consultório de rua; H6: A maioria da PSR ocupa as regiões da periferia. Outras hipóteses são: H1: Os programas e ações voltadas à PSR na Região do Vale do Rio Pardo, não supre as demandas existentes; H2: Existe falta de recursos para atender toda a população de PSR na Região do Vale do Rio Pardo; H3: Os profissionais da saúde, que fazem parte da equipe dos atendimentos do consultório de rua, não recebem capacitações e poucos conhecem a Política Nacional para a PSR.

Diante disso, este estudo está inserido na linha de pesquisa Vigilância em Saúde. O trabalho dialoga com os objetivos do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Promoção da Saúde, ao investigar vulnerabilidades sociais e propor subsídios para políticas públicas e ações de saúde direcionadas às PSR. A pesquisa utiliza uma abordagem integrada e interdisciplinar, alinhada aos princípios do programa.

Esta pesquisa adota um delineamento transversal prospectivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. Divide-se em dois eixos: (1) investigação das condições de saúde e vida da PSR,

por meio de entrevistas e testes clínicos; e (2) análise das percepções e práticas dos profissionais de saúde que atuam no consultório de rua, utilizando entrevistas semiestruturadas. A amostra foi composta por conveniência, abrangendo 60 pessoas que vivem em situação de rua e 5 profissionais da saúde.

A presente dissertação resultou em três artigos científicos: *“Doenças infecciosas na população em situação de rua: uma revisão integrativa sobre prevalência, estigmas, barreiras ao tratamento e políticas públicas em saúde”*; *“População em situação de rua e doenças infecciosas: barreiras ao cuidado e atuação do Consultório na Rua no Sul do Brasil”*; *“Desafios e estratégias na prestação de cuidados de saúde da população em situação de rua: uma perspectiva dos profissionais do consultório de rua”*. Resultou também em dois produtos técnicos, um para orientações à PSR e o outro produto para orientações aos profissionais que compõem a equipe do Consultório de Rua: *“Orientações sobre Doenças Reemergentes: HIV, Sífilis, Hepatites e Tuberculose”* e *“Orientações para os profissionais que atuam no consultório de rua”*. Esses produtos visam difundir o conhecimento sobre a realidade da PSR e as limitações do sistema de saúde da região, subsidiando ações futuras.

A dissertação possui a seguinte estrutura: Introdução, que é composta pela fundamentação do tema e justificativa da pesquisa, com apresentação da questão central. O Marco teórico faz uma breve contextualização da PSR e sobre as doenças infecciosas (Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, Hepatites, Sífilis e TB) e Políticas Públicas em saúde: programas e ações para PSR. Em sequência estão os Objetivos (geral e específicos) e os Produtos Bibliográficos da dissertação: Manuscrito 1: *“Doenças infecciosas na população em situação de rua: uma revisão integrativa sobre prevalência, estigmas, barreiras ao tratamento e políticas públicas em saúde”*; Manuscrito 2: *“População em situação de rua e doenças infecciosas: barreiras ao cuidado e atuação do Consultório na Rua no Sul do Brasil”*; Manuscrito 3: *Desafios e estratégias na prestação de cuidados de saúde da população em situação de rua: uma perspectiva dos profissionais do consultório de rua*; Produto Técnico I: *Orientações sobre Doenças Reemergentes: HIV, Sífilis, Hepatites e Tuberculose* e Produto Técnico II: *Orientações para os profissionais que atuam no consultório de rua*. Em seguida estão as conclusões gerais e as considerações finais, as perspectivas futuras, nota à imprensa, o relatório de campo e as referências. Por último estão os anexos dos instrumentos utilizados na pesquisa, CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) e parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa com Aprovação do CEP, e a norma da Revista em que os artigos serão submetidos.

1 INTRODUÇÃO

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu “saúde” como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (OMS, 1946). Tem-se que “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRAGA; BRITO; GARCIA, 2024, p. 3). Nesse sentido, saúde é um direito social amplo e inerente à condição de cidadania. Consequentemente, por ser algo imprescindível, deve ser assegurado pelo Estado sem qualquer distinção, através de disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública (MACEDO; MACEDO; LELIS, 2025).

No cenário brasileiro, a Constituição Federal de 1988 reitera, quatro décadas depois, os conceitos da OMS e considera a saúde um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Neste ínterim, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta em três preceitos basilares: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1990). Posteriormente à Constituição Cidadã, em 2009, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNSR), com o propósito de direcionar as ações das diversas políticas públicas na garantia da universalidade dos direitos, integralidade do atendimento e equidade de acesso (BRASIL, 2009).

Para melhorar o atendimento às demandas da população em situação de rua (PSR), foi criado o “Consultório de Rua”, melhorando o acesso aos serviços de Atenção Básica (PEREIRA *et al.*, 2024), com distribuição de insumos e orientações de saúde, e garantindo o acesso aos serviços de saúde a partir do atendimento na rua (FRAGA; MODENA; SILVA, 2024). A equipe de consultório de rua (eCR) teve seu início em 1999 pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), que atendia principalmente crianças e adolescentes usuários de drogas que moravam nas ruas. Com o passar dos anos, o atendimento foi ampliado para outras faixas etárias vulneráveis (MACEDO *et al.*, 2021). O consultório de rua acolhe as complicações decorrentes de problemas psicossociais, álcool e drogas. Nesse contexto, a eCR deve ser multiprofissional, que inclui o enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista e terapeuta ocupacional (DOS SANTOS *et al.*, 2025). Contudo, no que se refere à realidade da PSR, as garantias de acesso à saúde ainda permanecem intangíveis (MORCERF *et al.*, 2024; CAMPOS; MORETTI-PIRES, 2025).

No Brasil, as pessoas em situação de rua estão vulneráveis às condições climáticas como frio e chuva; enfrentam preconceitos; sofrem violência física e sexual; possuem obstáculos de

acesso à alimentação, água potável, banheiros, e ainda não conseguem manter os tratamentos em saúde (RIBEIRO *et al.*, 2024). Entre os problemas de saúde frequentes da PSR, está a tuberculose (TB) que, devido à alta taxa de abandono ao tratamento, tem sido recorrente nessa população (SOARES *et al.*, 2024), com aumento de óbitos por essa doença, se comparados à população geral (PAVINATI *et al.*, 2025). O Vírus da Imunodeficiência Humana (do inglês - *human immunodeficiency virus* [HIV]) e a TB também têm sido apontados como coinfeção comum na PSR (SANTOS *et al.*, 2024), assim como elevada prevalência de sífilis nesse grupo (FONTE *et al.*, 2025).

Em estudo com a PSR, foi observado que essa população está exposta a riscos e perigos, como brigas, roubos e furtos, disputa pelo espaço de convivência, abrigos e recursos. Sofrem discriminação por viver na rua, sendo impedidos de entrar em estabelecimentos comerciais, *shoppings*, bancos, em lugares públicos, incluindo os hospitais e os serviços da atenção básica de saúde (FRAGA *et al.*, 2025). Quando não estão bem de saúde, alguns procuram os serviços de saúde, outros intensificam o uso de substâncias psicoativas, procuram albergues ou esperam passar os sintomas (referência, ano). Como barreiras de acesso à saúde estão o preconceito, a burocratização dos encaminhamentos, a demora nos agendamentos de exames e no atendimento por serviço móvel de urgência (DANTAS *et al.*, 2025).

Diante do exposto, o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir esse usuário, considerado morador em situação de rua, que se caracteriza como uma população “flutuante” que, por motivos diversos, pernoitam em logradouros públicos, tem uma condição de vida precária, sofrem discriminação e com estigmas, estão expostos a comportamentos vulneráveis e isso tudo implica em uma baixa procura e dificuldades de acesso aos serviços de saúde na atenção primária (MARTINS *et al.*, 2024; LEITE *et al.*, 2024; GONTIJO *et al.*, 2024). Ainda sofrem com os preconceitos do profissional de saúde (RIBEIRO; MARQUES; VASCONCELLOS, 2025), nos lugares que eram para se sentir seguros, de prestação de cuidados e acolhimento.

Por isso, se faz necessário compreender o contexto social em que está inserido e, a partir daí, atender às suas demandas e às necessidades. Portanto, é primordial que o ensino em saúde se volte para a preparação do profissional, visando à sensibilização do olhar no que concerne às doenças emergentes, reemergentes e aos desafios que a situação de rua e as populações marginalizadas enfrentam.

Nesse sentido, é urgente conhecer as diversas barreiras para acessar os serviços tradicionais de saúde, bem como o perfil epidemiológico das doenças que afetam essas populações. Assim, a presente dissertação tem como **pergunta da pesquisa**: qual a prevalência

e o perfil epidemiológico das doenças emergentes como TB, sífilis, hepatites e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), em população de rua na região central do RS?

2 MARCO TEÓRICO

Neste capítulo será possível compreender as características da população em situação de rua (PSR), através de uma breve contextualização, assim como as principais doenças infecciosas que se encontram presentes na PSR, como o HIV, hepatites, sífilis e TB. Ainda será possível conhecer algumas Políticas em saúde para essa população, no Brasil e no mundo.

2.1 População em situação de rua: aspectos gerais

As doenças infecciosas e a necessidade de preveni-las, detectá-las e tratá-las não são pautas novas no contexto da saúde pública. Visto que, além de ser um assunto amplamente discutido, a emergência e a reemergência dessas doenças são processos que permeiam o desenvolvimento e a história humana e, por conseguinte, são influenciadas por mudanças demográficas, populacionais e socioeconômicas (BRASIL, 2017).

Somado a isso, as flutuações epidemiológicas das doenças impactam diretamente na morbimortalidade e, consequentemente, resultam em um conjunto complexo de implicações sociais e econômicas. Sendo assim, o cerne do desafio é desenvolver intervenções que sejam custo-efetivas, acessíveis e capazes de ter um impacto social positivo em grande escala, como preconiza o Ministério da Saúde (MS) que, em 2012, publicou o “Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua” (BRASIL, 2012).

O referido manual versa sobre os cenários vivenciados na rua, incluindo a questão da saúde e toda a problemática que ela traz como a vulnerabilidade à violência, a alimentação incerta e condições de higiene, a pouca disponibilidade de água potável, a privação de sono e afeição e a dificuldade de adesão a tratamento de saúde. Alguns dos problemas de saúde mais recorrentes nessa população, também citados no Manual, estão relacionados a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) - como HIV/AIDS, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e outras drogas, questões de saúde bucal e TB (BRASIL, 2012).

Percebe-se que, no âmbito da situação de rua, existem diversos fatores complicadores e que propiciam a propagação de doenças, tais como a composição populacional extremamente heterogênea, a carência de vínculos familiares efetivos, o desprovisionamento de moradia convencional regular, de extrema pobreza e a situação de vulnerabilidade às quais são submetidos. Além disso, devido à falta de garantia dos direitos humanos básicos, essa população desenvolve patologias ligadas à vulnerabilização estrutural, como exemplo tem-se a alta prevalência de transtornos mentais e de usuários ou dependentes de substâncias psicoativas (FERNANDES *et al.*, 2024; SILVA *et al.*, 2025).

Em decorrência desses diversos fatores, o surgimento e a disseminação de doenças em indivíduos em situação de rua costumam se comportar de uma maneira singular, apresentando um perfil epidemiológico próprio e inerente a essa população (BORGES *et al.*, 2024), em que a relevância dos determinantes sociais de saúde e dos territórios nos processos de saúde-doença é bem estabelecido pela epidemiologia. Contudo, a aplicação de ferramentas como geoprocessamento e georreferenciamento depende da existência de um endereço fixo, o que inviabiliza a inclusão dessa população em muitas pesquisas. Dessa forma, estudos que utilizam essas abordagens tendem a excluir a PSR, resultando em subestimação de indicadores importantes para a saúde pública (CASTRO; ROCHA, 2024; LUBE; SATHLER; DE LOURDES DUTRA, 2024).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima que, em 2023, existiam aproximadamente 281,4 mil pessoas em situação de rua no Brasil (IPEA, 2023). Já no final do ano de 2024, estima-se que o número de PSR aumentou aproximadamente 25% (CRUZ, 2025). Contudo, vale ressaltar que o Brasil não possui dados oficiais sobre o tamanho da PSR, uma vez que o censo demográfico não inclui pessoas em situação de rua na investigação (SILVEIRA, 2023). Nesse sentido, a população de rua é invisível tanto pela sociedade civil quanto pelo estado. Não se sabe quantas pessoas vivem em situação de rua e quais são as suas patologias.

Paralelamente a isso, a invisibilidade social e as condições precárias de vida dessa população propiciam as mais diversas afecções agudas, crônicas e reemergentes, cenário agravado por sistemas de saúde frágeis, excessos de burocracias e horários rígidos de funcionamento (SOUSA *et al.*, 2024). Ainda existe, em relação a PSR, discriminação, preconceito, estigma, baixa escolaridade, alta mobilidade populacional, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, vigilância inadequada e capacidade limitada de diagnóstico, circunstâncias que impactam diretamente os processos de saúde-doença (XIMENES *et al.*, 2024; ZUIM; DE ALMEIDA; SOEIRO, 2025).

Independente do mecanismo patogênico de uma doença infecciosa, seu controle perpassa por interromper a sua cadeia de transmissão, pela detecção precoce e precisa de casos, pelo acesso ao tratamento eficaz e, quando possível, pelo tratamento preventivo ou acesso a medidas de redução de danos (UNAIDS, 2025). No que tange à PSR, a problemática se depara com um hiato de financiamento, carência de abordagens integradas dos serviços de saúde, sistemas de vigilância deficitários e ausência de políticas públicas eficientes de resposta às abrangentes fragilidades que contemplem a vida desses sujeitos (ZUIM; DE ALMEIDA; SOEIRO, 2025).

Por fim, faz-se necessário preencher as lacunas críticas de conhecimento, ou seja, pontos ou áreas onde faltam informações importantes para entender melhor a epidemiologia, o perfil e os padrões de transmissão das doenças reemergentes, visando fortalecer a capacidade de resposta e viabilizar mecanismos de enfrentamento que incluirão o reforço da vigilância das doenças e a melhoria da gestão de casos, através da formação de profissionais de saúde.

2.2 Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV

O HIV é um retrovírus que ataca os linfócitos T CD4, como a morte de células e a imunodeficiência grave do indivíduo. Quando a contagem de células CD4 baixa, as defesas imunitárias do hospedeiro não evitam infecções e malignidades e, quando inferior a 200, é um critério diagnóstico de AIDS (do inglês - *acquired immune deficiency syndrome*) (WAYMACK; SUNDARESHAN, 2023).

O meio de transmissão do HIV acontece sexualmente, através de transfusões de sangue, compartilhamento de agulhas intravenosas e de mãe para filho durante o parto e a amamentação. Se divide em fases distintas, como transmissão viral, soroconversão aguda, síndrome retroviral aguda, recuperação e soroconversão, infecção crônica assintomática e infecção sintomática (WAYMACK; SUNDARESHAN, 2023).

O HIV é mais prevalente em populações com um perfil específico: homens que fazem sexo com homens (COSTA *et al.*, 2025; DE SOUSA GONTIJO *et al.*, 2025; DIOLINO *et al.*, 2025), transgêneros, profissionais do sexo (MORAES *et al.*, 2024; MARTINS; BASSICHETTO; VERAS, 2025), em pessoas que vivem em situação de rua (HICKEY *et al.*, 2022; GADDINI *et al.*, 2023; NARDES *et al.*, 2024) e que injetam drogas (OLLERO *et al.*, 2025; MARTINS *et al.*, 2025).

As mulheres e jovens também são grupos de maior risco, com a soroprevalência do HIV identificada na população jovem, gestantes e em mulheres que moram nas ruas (LIMA; RODRIGUES; RABELO, 2023; LEITE *et al.*, 2025; PEREIRA *et al.*, 2025).

Acredita-se que o fator que alimenta a propagação do vírus do HIV, nos países em desenvolvimento, são os conhecimentos insuficientes e atitudes limitadas sobre uma doença que pode ser prevenida, tendo em vista que ainda não existe cura (PIRAN *et al.*, 2024). Se não tratados, os indivíduos diagnosticados com HIV irão desenvolver AIDS dentro de 10 anos e poderão ir a óbito dentro de 2 anos. Ao contrário, indivíduos com HIV após terapia antirretroviral (TARV) podem viver mais 10 anos e ter uma vida normal (WAYMACK; SUNDARESHAN, 2023).

Mesmo por ser uma condição de saúde crônica gerenciável, o que permite que as pessoas tenham uma vida mais longa, e até mesmo saudável, o HIV ainda é considerado um problema de saúde pública global (WORD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2024; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS], 2025).

Dados mundiais apontam que, no ano de 2024, havia cerca de 40 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo e cerca de 9,3 milhões ainda sem acesso ao tratamento necessário. Como resultado, a cada minuto, uma vida é perdida por causas relacionadas à AIDS (AGÊNCIA BRASIL, 2024). Em 2025, a Organização das Nações Unidas alertou que a interrupção do tratamento do HIV no mundo, aumenta o risco do surgimento de 2000 casos por dia (PODER SAÚDE, 2025)

Em 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (ONUSIDA) lançou uma desafiante estratégia para erradicar a AIDS como problema de saúde pública até 2030. Para isso, será preciso atingir as metas globais propostas pelo programa: meta 95-95-95 (ROSA *et al.*, 2022). Isso significa que 95% das pessoas com HIV conhecem seu status sorológico; 95% entre os diagnosticados devem estar em tratamento antirretroviral (ARV); e 95% das pessoas em tratamento devem estar com a carga viral suprimida (WHO, 2024).

A AIDS foi descoberta no Brasil, há 40 anos, quando a primeira figura pública do país (um estilista chamado Markito) faleceu em 1983 e, na época, a doença era chamada pelos jornais de “câncer gay”. A partir daí, a AIDS se tornou uma preocupação nacional, sendo chamada, na época (1987-1988) entre os senadores e deputados, de “peste do século”, “desgraça que aflige o mundo” e “a maior tragédia na humanidade em todos os tempos” (WESTIN, 2023).

No Brasil, a inserção da terapia antirretroviral (TARV), a partir de 1996, trouxe esperança de prolongar a vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. No entanto, a adesão ao tratamento continua sendo um dos maiores desafios, pois exige mudanças comportamentais e dietéticas, além do uso contínuo de diversos medicamentos ao longo da vida (ANDRADE; PALHETA, 2022).

O novo relatório do *Joint United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS) revela uma realidade preocupante, em que das quase 40 milhões de pessoas vivendo com HIV, 9,3 milhões ainda não recebem tratamento. Mulheres e meninas continuam sendo as mais afetadas, principalmente na África Oriental e Austral. Nessa região, jovens do sexo feminino têm três vezes mais chances de contrair o HIV (UNAIDS, 2024).

Em 2023, o Brasil atingiu uma das três metas globais para acabar com a AIDS até 2030. No mesmo ano, foi registrado um aumento de 4,5% nos casos de HIV, associado à maior capacidade de diagnóstico e à ampliação do acesso aos testes. A taxa de mortalidade por AIDS

caiu para 3,9%, a menor desde 2013. A maior parte dos casos ocorreu entre homens jovens de 25 a 34 anos, com destaque para a população homossexual e bissexual masculina. O país também dobrou o número de usuários da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), chegando a 109 mil em 2024, o que impulsionou ainda mais o diagnóstico precoce. Com esses avanços, o Brasil já cumpre duas das três metas globais da ONU no combate à AIDS (BRASIL, 2024).

No entanto, o aumento das desigualdades, o crescimento do estigma e da discriminação contra determinadas populações, assim como os obstáculos de acesso aos recursos de prevenção e tratamento, podem impedir o Brasil de eliminar a AIDS até 2030. Essas barreiras dificultam que pessoas em situação de vulnerabilidade tenham acesso aos insumos e medicamentos necessários (BRASIL, 2025).

A AIDS, em si, já é uma estigmatização, em que após a descoberta, o indivíduo passa a viver um sofrimento físico, que mesmo com o avanço da ciência ainda não tem cura, assim como, o sofrimento psíquico, o que gera a ideia de que o diagnóstico é uma sentença de morte. Existe também o sofrimento social, causado pelo olhar excludente, intolerância, medo e preconceitos (ANDRADE; PALHETA, 2022).

A PSR infectada com o vírus do HIV apresentam baixas taxas de supressão viral, mesmo entre aqueles envolvidos em cuidados primários (consultas). Isso ocorre porque, muitas vezes, esses cuidados são inadequados para a PSR. Vários fatores dificultam o comparecimento a consulta em data e hora específica, como necessidades de sustento, falta de telefone para receber lembretes de consultas, falta de local seguro para guardar pertences, dependência de substâncias, saúde mental e outras condições médicas (HICKEY *et al.*, 2022).

Nesse contexto, a falta de moradia e a moradia instável representam uma grande barreira para obter todos os benefícios da TARV para pessoas com HIV, considerando que essas pessoas têm uma menor probabilidade de atingir a supressão viral, se comparado às pessoas com moradia estável, mesmo tendo o acesso aos cuidados de HIV (VELLOZA *et al.*, 2025). Além disso, um estudo em São Francisco, Califórnia, mostrou que a PSR com o diagnóstico de HIV têm uma probabilidade maior de morte, se comparado às pessoas que têm habitação (MARZIALI *et al.*, 2025).

Um estudo nacional, em um município de São Paulo, Brasil, com pacientes que vivem com HIV hospitalizadas e pacientes ambulatoriais, associou as internações por HIV/AIDS e fatores de vulnerabilidade. Esse estudo evidenciou que os maiores riscos para internações hospitalares foram: a falta de ocupação, ser morador de rua, o não uso regular de ARVs, a falta de retornos nos atendimentos em saúde e o não acesso a programas de assistência social (LOPES *et al.*, 2020).

Um estudo descritivo de indivíduos em tratamento para HIV/AIDS, diagnosticados entre 2001 e 2020, em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, apontou uma maior incidência de HIV em adultos homens (idade de 36 a 59 anos; média de 39 anos), das regiões centro e sul do município, com frequência de 92,9% em pessoas em TARV. Neste estudo, não consideraram a PSR (ROSA *et al.*, 2022).

Esses achados evidenciam que a PSR, devido à vulnerabilidade social, enfrenta ainda mais dificuldades para iniciar e manter o tratamento antirretroviral. O acesso imediato à TARV é um direito de todas as pessoas diagnosticadas com HIV, pois esses medicamentos impedem a replicação do vírus nas células TCD4+, preservando a imunidade e prevenindo o desenvolvimento da AIDS (BRASIL, 2023a).

2.3 Hepatites

A hepatite é definida como inflamação do fígado, que pode ser resultado do uso excessivo de álcool, doenças autoimunes, drogas ou toxinas, tendo como a causa mais frequente, a infecção viral e é referida como hepatite viral. Na maioria das vezes, a hepatite resulta dos vírus da hepatite A, B, C, D e E (MEHTA; REDDIVARI, 2022). As hepatites virais mais comuns no Brasil são causadas pelos vírus A, B e C (DE SOUSA *et al.*, 2024).

Cerca de 290 milhões de pessoas no mundo vivem com hepatite viral e não sabem que estão (MS, 2025) e que pode ser decorrente de inflamações causadas por vírus da Hepatite:

Quadro 1- Tipos de Hepatite.

Tipo de Hepatite	Transmissão	Sintomas	Tratamento
Hepatite A (HAV)	vírus RNA da família <i>Picornaviridae</i> . Transmissão fecal-oral, geralmente por ingestão de água ou alimentos contaminados.	Febre, fadiga, icterícia, dor abdominal, náuseas e vômitos. Geralmente autolimitada, sem evolução para cronicidade.	Suporte clínico para alívio dos sintomas. Vacinação disponível para prevenção.
Hepatite B (HBV)	vírus de DNA e é membro da família <i>Hepadnaviridae</i> . Transmissão sexual e contato sanguíneo. Exposição a sangue contaminado, sêmen, muco vaginal, saliva e lágrimas. Risco em transfusões, uso de drogas injetáveis e hemodiálise.	Fadiga, icterícia, dor abdominal, náuseas, vômitos e febre. Pode se tornar crônica e levar à cirrose e câncer hepático.	Vacina, antivirais para casos crônicos e medidas preventivas (uso de preservativos, não compartilhamento de agulhas).
Hepatite C (HCV)	vírus RNA é um membro da família <i>Flaviviridae</i> . Transmissão por contato com sangue contaminado. Maior risco	Assintomática na fase inicial. Pode evoluir para cirrose, insuficiência hepática e câncer de fígado.	Antivirais de ação direta, altamente eficazes na cura da infecção. Não há vacina disponível.

	em compartilhamento de agulhas, transfusões e transplantes de órgãos infectados.		
Hepatite D (HDV)	vírus RNA e uma única espécie do gênero <i>Deltavirus</i> . Ocorre apenas em infectados pelo HBV. Transmissão sanguínea e sexual.	Similar à hepatite B, podendo agravar os danos hepáticos.	Vacinação contra hepatite B previne a infecção pelo HDV.
Hepatite E (HEV)	vírus RNA, uma única espécie do gênero <i>Hepevirus</i> . Transmissão fecal-oral, principalmente por ingestão de água ou alimentos contaminados.	Febre, fadiga, icterícia, náuseas, vômitos. Pode ser grave em gestantes.	Suporte clínico para alívio dos sintomas. Em casos específicos, antivirais podem ser usados.

Fonte: Adaptado de Mehta e Reddivari (2022), Taha, Ezra e Abu-Freha (2023), Brasil (2025)

Um estudo ecológico, com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/Datasus), mostrou que, desde 2001 até 2020, no Brasil, houve uma diminuição das hepatites A, B e de outras hepatites virais, enquanto houve um aumento de óbitos por hepatites crônicas nas Regiões Norte e Nordeste do país (SOUSA *et al.*, 2023).

Desde a implementação da vacina infantil, em 2014, os níveis endêmicos do Vírus da Hepatite A (HAV) diminuíram entre pessoas menores que 20 anos de idade, sendo também associado a melhorias nas condições socioeconômicas, higiênicas e sanitárias. No entanto, em 2017, a taxa de incidência HAV aumentou em pessoas com 20 anos ou mais, principalmente homens que fazem sexo com homens, com tendência de aumento em algumas cidades das Regiões Sul, como Florianópolis e Curitiba e, na região Sudeste do Brasil, incluindo São Paulo e Rio de Janeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No ano de 2024, na região Sul do Brasil, verificam-se proporções dos vírus B e C com 31,2% e 27,1%, respectivamente. A hepatite A apresentou taxas de 2,1 casos por 100 mil habitantes, um aumento de 224,2% no último ano. Em 2023, as taxas observadas foram de 0,3 caso por 100 mil habitantes, exceto em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul, que apresentaram taxas de 3,4 e 2,8 casos a cada 100 mil habitantes, respectivamente. Em 2023, foram diagnosticados no país cerca de 4.525 casos de hepatite D, sendo que 6,9% foram na região Sul (BRASIL, 2024a).

Em 2023, a proporção de homens diagnosticados com a hepatite A foi superior ao das mulheres, 22 homens para cada 10 mulheres. Em relação a Hepatite B, de 59,3% dos casos acumulados no país entre homens, ocorreram em indivíduos com idade de 25 a 49 anos, já entre as mulheres, nas idades de 20 a 39 anos. O número de óbitos entre homens foi superior aos das

mulheres, 26 óbitos entre homens para cada 10 óbitos entre as mulheres. Os óbitos decorrentes da hepatite C também foram maiores entre os homens, 18 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2024a).

Um estudo ecológico evidenciou que entre 2014 e 2023, o Brasil registrou 9.575 internações por hepatite B aguda, sendo 1.002 na região Sul, o que representa 10,5% dos casos. A maior parte dos pacientes do Sul estava na faixa etária entre 40 e 69 anos. A predominância também foi masculina, seguindo a tendência observada em outras regiões do país (MARMÉ *et al.*, 2024). A história sanguínea de transfusão, tatuagem, piercing, uso prévio de seringa de vidro, uso de objetos perfurocortantes e a transmissão vertical são os meios de infecção mais relatados (DA SILVA MALDONADO *et al.*, 2024)

A falta de moradia pode ser um fator de risco para a infecção pelo HVB, embora existam fatores de risco compartilhados que incluem local de nascimento, idade avançada, parceiros sexuais com histórico de hepatite e uso de drogas injetáveis ou álcool (referência, ano). A baixa adesão à vacinação contra o HVB entre a PSR pode estar relacionada ao fato de nunca ter sido oferecida a vacina ou à impossibilidade de acesso às doses de acompanhamento (MARTYN *et al.*, 2023).

Nos Estados Unidos, a prevalência de HCV é de 1% na população, no entanto, em PSR é de 18 a 48%. Nesse sentido, para o cuidado da PSR, pode-se implantar unidades móveis de testagem do HCV ou a oferta de clínicas de acompanhamento do HCV, que podem funcionar em locais que tenham recursos clínicos significativos. Em locais pequenos, pode-se utilizar recursos existentes ou limitados, como consultas e partilha de pessoal clínico ou equipamento (CONTI *et al.*, 2023).

Alguns pacientes são difíceis de contatar, principalmente as minorias empobrecidas, pessoas que usam drogas e a população em situação de rua (PSR). Entre as barreiras estão os custos relacionados ao tratamento, incluindo despesas diretas e indiretas, pagamento de medicamentos e itens secundários, como transporte. Devido à escassez de recursos, o tratamento da hepatite C (HCV) muitas vezes acaba sendo racionado (TAHA; EZRA; ABU-FREHA, 2023).

A adesão ao tratamento continua baixa entre as populações marginalizadas, como as pessoas que injetam drogas, devido aos estigmas estruturados nos encontros de cuidados de saúde. Nesse contexto, é necessário desenvolver programas que eliminem as diferenças sociais e estruturais da saúde e da reinfecção, para facilitar a expansão dos medicamentos antivirais de ação direta, para erradicar a HCV, que é uma ameaça à saúde pública (ANTONIOU *et al.*, 2023).

Entre a PSR, existe o medo de julgamento e estigmas, que podem levar à desconfiança nos profissionais de saúde, como também, dar prioridade às necessidades básicas, como alimentação e abrigo, em detrimento aos cuidados de saúde a longo prazo, devido às barreiras de transporte, custos, tempo de espera em ambientes desconhecidos. Além disso, a prevalência de condições comórbidas agravam a exclusão social, como doenças mentais ou transtornos por uso de substâncias (MARTYN *et al.*, 2023).

2.4 Sífilis

A sífilis é uma infecção multissistêmica (GUPTA *et al.*, 2024), que foi reconhecida, pela primeira vez, na Europa, no final do século XV, e o seu agente etiológico, *Treponema pallidum subsp. Pálido*, foi identificado após quatro séculos (DE LIMA; SAKAMOTO, 2025). A sua ocorrência acontece por exposição sexual ou por transmissão vertical durante a gravidez (sífilis congênita) (SALOMÉ *et al.*, 2024; PAIXÃO *et al.*, 2025).

Essa infecção é predominante em indivíduos que apresentam comportamentos de alto risco, como uso de álcool e outras drogas e uso de drogas injetáveis. Também estão incluídos nesse grupo pessoas que não utilizam preservativo, possuem múltiplos parceiros sexuais e trabalhadores e trabalhadoras sexuais (ZHENG *et al.*, 2024).

Quando não tratada, a sífilis se divide em estágios: primário, secundário e latente. A sífilis primária pode se apresentar como uma úlcera indolor (cancro), com resolução espontânea no local da inoculação (MALONEY; HEALY, 2024) e, quando o paciente não é tratado, a sífilis primária progride para sífilis secundária em 6 a 8 semanas após a infecção primária (CHEN, 2024).

No estágio secundário, segue pela disseminação sistêmica de *T. pallidum*, e se manifesta como erupção cutânea maculopapular generalizada e sintomas sistêmicos inespecíficos (TALHARI *et al.*, 2025). A erupção cutânea leve e não pruriginosa, pode ocorrer nas palmas das mãos e plantas dos pés; febre; linfadenopatia; lesões mucosas (manchas mucosas ou condiloma latum); alopecia; periostite; ocasionalmente hepatite ou nefrite (ZHOU; CHANDERRAJ, 2023).

O estágio latente se divide em precoce (<2 anos de duração) e tardio (>2 anos), em um estado sem manifestação de sintomas. Quando sintomático (terciário), pode envolver qualquer órgão, que inclui o sistema nervoso central (neurosífilis), pele, ossos (goma) e sistema cardiovascular (SATYAPUTRA *et al.*, 2021; ABOUELENEN; KUMAR, 2024). A existência

de muitos casos de sífilis latente precoce é um indicador que a sífilis primária e secundária que passam despercebidas ou são mal identificadas (WU *et al.*, 2024).

O diagnóstico da sífilis é baseado na história do paciente (incluindo a história sexual), exame físico e exames laboratoriais, que inclui métodos de detecção direta, como microscopia de campo escuro, teste de anticorpo fluorescente direto e teste de amplificação de ácido nucleico e sorologia (ALEXANDER, 2024).

O principal método para triagem, diagnóstico e monitoramento da atividade da sífilis tem sido os testes treponêmicos e não treponêmicos. Os testes treponêmicos são ensaios realizados no soro para detectar anticorpos, IgG (imunoglobulina G) e IgM (imunoglobulina M), contra uma variedade de antígenos de *T. Pallidum*, que são detectáveis de 2 a 4 semanas após a exposição, com resultados relatados como reativos ou não reativos (GIOS *et al.*, 2024).

Como tratamento está a penicilina G benzatina (BPG), que é um medicamento de primeira linha para todos os estágios da sífilis. Uma única injeção intramuscular, de 2,4 milhões de unidades (MU) de BPG, é curativa para a sífilis precoce e não complicada em adultos, no estágio primário, secundário e latente inicial. No caso de sífilis latente tardia, sífilis de duração desconhecida e sífilis terciária, recomenda-se o BPG uma vez por semana, durante 3 semanas (JAISWAL *et al.*, 2025).

O aumento de sífilis tem sido registrado no Brasil e no mundo, em pessoas que têm uma habitação e pessoas sem moradia. Na Califórnia, foi notificado um aumento da sífilis em PSR, mesmo após esforços habituais dos departamentos de saúde pública, como rastreamento de contatos, triagem e tratamento com penicilina (LIU; CHAI; WATT, 2020).

No Brasil, em 2015, foram registrados 19.228 casos de sífilis congênita em crianças com idade menor que um ano no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com incidência de 5,4/1.000 nascidos vivos e óbitos por sífilis de 2,4/100.000 nascidos vivos para 7,4/100.000 nascidos vivos, em um período de 10 anos (2005 a 2015) (BARROS *et al.*, 2018).

De 2013 a 2019, a taxa de detecção de sífilis adquirida no Brasil apresentou crescimento contínuo, chegando a 78,4 casos por 100 mil habitantes. Em 2020, houve queda de 23,9% devido aos impactos da pandemia de covid-19. A partir de 2021, a tendência de aumento foi retomada, com crescimento de 26% entre 2021 e 2022 e de 11% entre 2022 e 2023. Em 2023, os estados da região Sul apresentaram altas taxas de detecção de sífilis adquirida. Santa Catarina liderou o país com 233,7 casos por 100 mil habitantes, enquanto o Rio Grande do Sul registrou 158,6 e o Paraná, 125,9. Esses índices superaram a média nacional, destacando a região como uma das mais afetadas (BRASIL, 2024c)

Um estudo realizado em um hospital do Rio Grande do Sul recuperou prontuários de todos os pacientes com manifestações orais de sífilis adquirida entre 1977 e 2019, em que de 109 casos confirmados por testes sorológicos, 51% eram homens com idade que variava de 26 a 81 anos. Em 105 casos, a doença foi diagnosticada em estágio secundário; em três casos, na fase primária, e um caso na fase terciária. Na fase primária, apresentação de nódulos únicos e ulcerados e, na terciária, como lesão necrótica no palato (THUMS *et al.*, 2021).

Estudo epidemiológico de casos de sífilis adquirida acompanhados por meio de testes rápidos, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no primeiro semestre de 2018, mostrou uma predominância do sexo masculino, pessoas brancas, indivíduos de 20 a 29 anos, com ensino fundamental incompleto e não moradores de rua. No entanto, esse estudo ainda mostrou que a PSR representou 5,1% dos casos de testes rápidos reativos para sífilis, o que indica a importância do cuidado para os indivíduos em vulnerabilidade social (LERMEN *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a PSR é um dos grupos mais afetados por epidemias de IST, incluindo a sífilis, devido ao aumento da exposição e à maior suscetibilidade a doenças (SEGALA *et al.*, 2024). A associação entre a falta de moradia e sífilis está relacionada a múltiplos fatores que se cruzam, como os transtornos por uso de substâncias, o sexo desprotegido como troca por dinheiro ou drogas, falta de acesso a cuidados de triagem e tratamento inadequado (MUELLER *et al.*, 2024).

As IST, como a sífilis, que fazem parte de um grupo de doenças transmissíveis, as quais podem ser prevenidas e controladas, ainda são consideradas um problema de saúde pública, pois existem dificuldades na aplicação de estratégias eficazes de prevenção, tratamento e controle. Esse problema é influenciado por variáveis sociais, econômicas, culturais e políticas, na aquisição da doença em população vulnerável, quanto na eficácia dos protocolos de prevenção, tratamento e controle (MIAO *et al.*, 2024).

2.5 Tuberculose

A TB é uma doença infecciosa transmitida pelo ar, sendo que a principal causa de morte é atribuída a um único organismo, o *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) (PRICE *et al.*, 2024). A TB afeta principalmente os pulmões e a TB pulmonar correspondem a 80% das causas de morte. No entanto, pode afetar outros tecidos do corpo, com prejuízos ao intestino, meninges, gânglios linfáticos, ossos, articulações, rins e pele (TALLURI RAMESHWARI *et al.*, 2024).

A maioria dos indivíduos infectados pelo bacilo é assintomático, como portador de infecção latente da tuberculose (ILTb), que é definido pela OMS como um estado de resposta

imune persistente aos antígenos MTB, sem evidência de TB ativa clinicamente manifesta (TORRES *et al.*, 2025; WHO, 2025). A grande maioria das pessoas infectadas não apresenta sinais ou sintomas de TB e não desenvolverão a doença ao longo da vida (NGUYEN *et al.*, 2024).

A suspeita do diagnóstico de TB pulmonar acontece em pacientes com manifestações clínicas relevantes, que inclui a tosse persistente e produtiva, hemoptise, febre, perda de peso e história prévia de TB. A TB pode ser confirmada com achados em radiografia de tórax, em que são observados infiltração alveolar, cavitação, linfadenopatia e derrame pleural (ARSYAD *et al.*, 2024; VOHRA; DHALIWAL, 2024).

Os testes laboratoriais essenciais para detecção de MTB, incluem o teste de amplificação de ácido nucleico (detecção), teste de amplificação de ácidos nucleicos (marcadores de resistência), microscopia de bacilos álcool-ácido resistentes, cultura (Líquido, Sólido), identificação do complexo MTB por sonda de DNA ou cromatografia líquida de alta eficiência (CLAE), Teste de suscetibilidade a medicamentos de primeira linha (meio líquido), Testes de suscetibilidade a medicamentos compostos novos e de segunda linha (ARSYAD *et al.*, 2024).

Em países endêmicos de TB, a “coloração de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR)” ou coloração de Ziehl-Neelsen é o método padrão de detecção de MTB em amostras de escarro, com sensibilidade de até 70% na amostra de pacientes com TB cavitária (STANIKZAI, 2025; FENG; JIANG; CHEN, 2025). No Brasil, também o método mais comum é a baciloscopia, que é a análise microscópica do esfregaço de escarro, em que a detecção e contagem dos BAAR são realizadas por leitura microscópica de lâminas (BARROS; DE CASTRO; MAGALHÃES, 2025). Para uma melhor gestão da TB, o tratamento precisa ser iniciado o mais cedo possível nos casos confirmados e em investigação para TB. Para isso, são utilizados, atualmente, antimicrobianos classificados em grupo 1, antibióticos orais de primeira linha (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol); grupo 2, medicamentos injetáveis de segunda linha (estreptomicina, canamicina, amicacina, capreomicinaviomicina); grupo 3 (fluoroquinolonas); grupo 4 - medicamentos bacteriostáticos de segunda linha (etionamida/protionamida, ácido para-aminossalicílico e cicloserina/terizidona); e, grupo 5 (medicamentos novos ou reaproveitados: clofazimina, amoxicilina + clavulanato, imipenem + cilastatina, claritromicina) (SINGHA, 2024; NUGROHO; SASANTI, 2025).

A TB continua a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (LV *et al.*, 2024). Nesse contexto, a resistência antimicrobiana é uma ameaça à saúde pública e ao crescimento econômico, em que a promoção da investigação e do desenvolvimento contra a TB e outros patógenos e doenças, deve ser uma prioridade internacional (AHMED, 2024).

Em 2023, o Brasil registrou 80.012 novos casos de tuberculose, com uma incidência de 37 por 100 mil habitantes, uma leve queda em relação a 2022. Essa redução pode sinalizar uma retomada das ações de controle após os impactos da pandemia da Covid-19, que haviam interrompido o diagnóstico e tratamento da doença. Em 2022, mais de 5 mil pessoas morreram de TB. A maioria dos casos em 2023 foi em homens (69,2%), com destaque para adultos jovens entre 20 e 34 anos. Pessoas que se autodeclararam pardas representaram 51,8% dos casos. Crianças até 15 anos responderam por 3,6% dos casos, com crescimento entre os mais novos desde 2021. (BRASIL, 2024c).

Entre os indivíduos infectados pelo HIV, a TB é uma das doenças infecciosas oportunistas mais frequentes, com risco aumentado de 26 vezes em pessoas infectadas pelo HIV, se comparado à população não infectada pelo HIV. Isso pode ser devido ao enfraquecimento do sistema imunitário pela infecção pelo HIV (ABUBAKAR *et al.*, 2024).

Entre 2013 e 2022, cresceu o número de pessoas com tuberculose testadas para HIV, passando de 71,7% para 84,9%. Em 2023, houve leve queda para 82,3%. Já a coinfeção TB-HIV, que vinha em queda, voltou a subir em 2023, atingindo 9,3%. Em 2023, os estados com maior proporção de coinfeção por tuberculose e HIV foram o Rio Grande do Sul (16,2%), o Distrito Federal (13,9%) e Goiás (13,2%), evidenciando a importância da atenção integrada nesses locais (BRASIL, 2024c).

Embora a TB seja uma doença curável, com acesso a testes e tratamento, muitas pessoas ainda adoecem e perdem a vida. Apesar das inovações, como testes rápidos e tratamentos de curto prazo, inclusive para cepas resistentes e para tratamento preventivo, o acesso não é universal. Muitas pessoas, incluindo as mais vulneráveis, não recebem esses recursos (OPAS, 2023b).

A PSR apresenta altas taxas de TB pulmonar ativa. É comum também a infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) em pessoas sem-abrigo, mesmo em países com baixa incidência, como evidenciado em Londres. Esses achados reforçam a necessidade de ampliar o rastreamento e desenvolver métodos mais eficazes para apoiar o tratamento dessas populações (GRAY *et al.*, 2024).

No Brasil, um estudo mostrou que a probabilidade de sucesso do tratamento da TB foi reduzida em cerca de 50% na PSR. A perda de seguimento foi 2,9 vezes maior nessa população em comparação à população geral, como também, a taxa de mortalidade também foi 2,5 vezes superior entre a PSR (SANTOS *et al.*, 2021).

Entre 2019 e 2023, o Rio Grande do Sul notificou 6.356 casos de coinfeção TB-HIV, com aumento progressivo desde 2020, contrariando a tendência nacional de queda. A maioria

dos casos ocorreu em homens (63,23%), principalmente nas faixas de 25 a 44 anos, e entre pessoas de raça branca (57,91%). Observou-se maior incidência entre indivíduos com baixa escolaridade, o que influencia o acesso ao tratamento e o conhecimento sobre a doença. Apesar de 29,48% dos pacientes terem sido curados, 20,13% abandonaram o tratamento (MICHEL; MICHEL, 2024)

Em pesquisa quantitativa no banco de dados SINAN, no Brasil, no período de 2014 a 2019, as mulheres em situação de rua com TB apresentaram um alto percentual de retratamento (36,5%) e falha terapêutica (43,5%), menor taxa de cura (29,7%), maior consumo de drogas ilícitas (68,7%), coinfeção TB/HIV (35,9%) e doenças mentais (8,4%), se comparados aos homens nas mesmas condições (CASTELLO; NERY; SILVA, 2022).

Os dados apresentados mostraram que a TB pode ter diferentes desfechos, que inclui cura da doença, assim como, óbito, abandono de tratamento e possibilidade de falha terapêutica, devido à resistência aos medicamentos do esquema básico.

2.6 Políticas Públicas em saúde: programas e ações para PSR

A falta de moradia é um problema sério e comum em todo o mundo. Nos EUA, em reconhecimento das muitas barreiras à obtenção de cuidados enfrentadas pela PSR, foram criados programas federais para apoio aos cuidados de saúde dos sem-abrigo. Os programas fornecem acesso ao ensino primário, cuidados de saúde, cuidados de saúde mental, serviços de dependência, divulgação e gestão de casos. Os serviços são entregues em clínicas de saúde, abrigos para moradores de rua e refeitórios sociais, unidades médicas móveis e por equipes de extensão de rua (HWANG; HENDERSON, 2010; YAMASHIRO; MCLAUGHLIN, 2020).

No Canadá, o governo lançou a Estratégia Nacional de Habitação, com investimento de 4 milhões de dólares ao longo de nove anos para resolver o problema dos sem-abrigo, através da *Reaching Home*. Desde o lançamento do programa, em abril de 2019, mais de 6.500 projetos foram apoiados para atender a PSR ou pessoas sujeitas a ficar sem abrigo, que inclui pessoas com distúrbio por uso de substâncias, pessoas que vivem em situação crônica de sem-abrigo, pessoas com deficiências mentais e físicas, povos indígenas, pessoas que se identificam como 2SLGBTQI+ ("2S" significa "dois espíritos" e faz referência aos povos originários do país; L: Lésbica; G: Gay; B: Bissexual; T: Transgênero; Q: Queer; I: Intersexo - considera as características sexuais além da orientação sexual, identidade de gênero e expressão de gênero; +: inclui pessoas que se identificam como parte de comunidades com diversidade sexual e de

gênero, que utilizam terminologias adicionais), imigrantes, refugiados e requerentes de asilo (BALÇA, 2023).

Na Espanha, em julho de 2023, o governo implantou um plano de sete anos (2023-2030) para reduzir em 95% o número de pessoas sem abrigo e para uma melhor proteção aos que vivem na rua. Dentre as causas mais comuns dos sem-abrigo na Espanha, estão os que procuram abrigo que sofrem de dependência de drogas e álcool e mulheres vítimas de violência doméstica. A estratégia pretende alcançar a cobertura universal de saúde, reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, reduzir a mortalidade prematura por doenças, através da prevenção e tratamento e da promoção da saúde mental e do bem-estar, entre outros (ESPAÑA, 2023).

Na Inglaterra, em 2017, a Lei de Redução dos Sem-Abrigo estabeleceu obrigações legais para as autoridades locais intervirem mais cedo para prevenir os sem-abrigo e para fornecer ajuda aos que corriam o risco de ficar sem abrigo. Os serviços de saúde incluem os serviços de acidentes e urgências prestados em ambiente hospitalar, centros de tratamento urgente e os serviços de internamento hospitalar (ENGLAND, 2019).

Embora a saúde seja um direito de todos e dever do estado, conforme a Constituição Brasileira, de 1988 (BRASIL, 1988), esse direito não é obtido de forma igualitária e integral pela população brasileira, se agravando mais em grupos populacionais específicos, que inclui a PSR e, devido às diferenças sociais, é importante a elaboração de estratégias que alcancem pessoas que se encontram marginalizadas da sociedade, com a disponibilidade de serviços em saúde.

Existem alguns impasses no atendimento em saúde a PSR, em que a porta de entrada dessas pessoas no SUS são os serviços de urgência e emergência, com atendimentos a quadros agudos de condições crônicas mal cuidadas (SALGADO, 2020). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, através da Portaria nº 2.488 de 2011, trouxe a concepção dos Consultórios na Rua, como equipes que desenvolvem ações na rua, com atendimento integral da PSR, na unidade móvel e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), atuando em parceria com as equipes de atenção básica do território (UBS e Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011a).

A Portaria nº 122, de 2011, definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios de Rua (eCR), formada por multiprofissionais, que inclui enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011b), conforme Quadro 1.

Quadro 2 – Estratégias de apoio à implementação do Consultório na Rua do Ministério da Saúde.

Ano	Estratégias de apoio à implementação do consultório na rua
2012	<ul style="list-style-type: none"> - Publicação das Portarias nº 122 e nº 123. - Publicação do Manual sobre o cuidado à saúde junto a PSR.
2013	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do Seminário Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica e Consultórios na Rua. - Lançamento do Caderno de atenção básica: saúde mental. - Realização de seminários sobre o uso de álcool e drogas e pelas áreas técnicas de TB e HIV/AIDS do MS. - Monitoramento dos municípios que pactuaram implantação de eCR, mediante adesão ao Programa Crack, é Possível Vencer, através de formulários, contato telefônico e e-mail.
2014	<ul style="list-style-type: none"> - Publicação da Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014, que redefiniu o valor do incentivo para as eCR. - Realização de seminários sobre o uso de álcool e drogas e outros promovidos pelas áreas técnicas de TB e HIV/AIDS do MS. - Monitoramento dos municípios que pactuaram implantação de eCR, mediante adesão ao Programa Crack é Possível Vencer, através de formulários, contato telefônico e e-mail.
2015	<ul style="list-style-type: none"> - Formação de profissionais em Atenção Integral à Saúde de PSR com ênfase nos Consultórios na Rua.

AIDS: *acquired immunodeficiency syndrome*; eCR: equipes dos Consultórios na Rua; HIV: *Human immunodeficiency vírus*; MS: Ministério da saúde; PSR: População em Situação de Rua.

Fonte: Adaptado de Medeiros e Cavalcante (2018)

A eCR lida com diversos problemas de saúde da PSR, que inclui busca ativa e cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Desempenham atividades *in loco*, itinerantes, com atendimentos na rua, na UBS e outros locais na área de atuação. Os fundos orçamentários para custeio da eCR são provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), dos Fundos de Saúde municipais e do Distrito Federal (MEDEIROS; CAVALCANTE, 2018).

Percebe-se que, em curto tempo, o governo federal procurou ajustar ações e incorporar outras para ampliar a cobertura e a capacidade de impacto no público-alvo, considerando que as modificações são constantes para melhorar o aprimoramento e atender o grupo-alvo (MEDEIROS; CAVALCANTE, 2018).

No estado do Rio Grande do Sul, em 2020, foi lançado o PopRua RS para atender cinco municípios (Caxias do Sul, Rio Grande, Porto Alegre, Santa Cruz do Sul e Pelotas), devido ao isolamento social resultante da Covid-19, com estratégias de intervenção para as demandas básicas, que inclui a alimentação, testagem, pernoite e saúde da PSR nestas cidades, com investimento de R\$ 1,7 milhão proveniente do Fundo Estadual de Apoio à Inclusão Produtiva (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Em 2021, o Projeto Moradia Primeiro (*Housing First*), que oferece moradia imediata e acompanhamento multidisciplinar a PSR, teve seus projetos pilotos no Brasil nas cidades de Curitiba (PR) e Porto Alegre (RS). Foi evidenciado que parte dos participantes interromperam ou reduziram o consumo de substâncias psicotrópicas, enquanto outros seguiram em

tratamento. As internações em saúde mental diminuíram e o uso de abrigos cessaram após a participação no programa (Brasil, 2021).

Em 2021, o governo do Rio Grande do Sul instituiu a Política Estadual para a PSR, através do Decreto nº 55913, que inclui dentro dos objetivos assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, assim como, criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o SUS para qualificar a oferta de serviços (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

No ano de 2023, o governo federal regulamentou a operação “inverno acolhedor 2023”, para atender a PSR de sete capitais das regiões Sul e Sudeste, com investimento de R\$ 5 milhões a ser executada por meio de convênios com apoio dos municípios, movimentos sociais e entidades da sociedade civil. O governo promete distribuir itens que ofereçam proteção térmica, assim como, orientações sobre cuidados com a saúde e funcionamento da rede de serviços especializados em saúde (BRASIL, 2023d).

Em 2024, foi estabelecida a Lei 14.821 que institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua, com foco na inclusão social, qualificação profissional e acesso ao trabalho e à renda. Prevê ações articuladas entre União, estados e municípios, incluindo Centros de Apoio ao Trabalhador em Situação de Rua. A norma garante mecanismos como bolsas de qualificação, programas de aprendizagem e incentivo à contratação desse público. Também assegura prioridade no acesso à educação e à renda básica para famílias em situação de rua (BRASIL, 2024d).

Em 2025, o governo federal lançou medidas para garantir moradia e alimentação à população em situação de rua, incluindo a reserva de 3% das unidades do Minha Casa, Minha Vida e a ampliação do programa Cozinha Solidária. A iniciativa envolve articulação entre vários ministérios e valoriza a participação dos movimentos sociais. O acordo prevê a criação de novas cozinhas com foco em inclusão e geração de renda. As ações integram o Plano Ruas Visíveis, que investe cerca de R\$ 1 bilhão em políticas públicas para essa população (BRASIL, 2025b)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a prevalência do HIV, das hepatites virais, da sífilis e da tuberculose na população em situação de rua (PSR) na região central do Rio Grande do Sul.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as Principais Doenças Infecciosas na PSR.
- ✓ Identificar o perfil sociodemográfico da PSR na Região do Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul.
- ✓ Estimar a prevalência do uso de álcool e substâncias psicoativas na PSR.
- ✓ Identificar as características clínicas e comportamentais bem como o acesso a serviços de saúde, investigados na PSR.

4 PRODUTOS BIBLIOGRÁFICOS TÉCNICOS E/OU TECNOLÓGICOS DA DISSERTAÇÃO

4.1 Manuscrito 1 – Doenças infecciosas em pessoas em situação de rua: uma revisão integrativa sobre prevalência, estigmas, barreiras ao tratamento e políticas públicas em saúde

Revista da publicação: *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*

QUALIS- CAPES da revista: A3

Este manuscrito responde o objetivo específico: Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as principais doenças infecciosas na PSR.

4.2 Manuscrito 2 – População em situação de rua e doenças infecciosas: barreiras ao cuidado e atuação do Consultório na Rua no Sul do Brasil

Revista da publicação: *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*

QUALIS - CAPES da revista: A3

Este manuscrito responde o(s) objetivo(s)
Geral

Analisar a prevalência das doenças infecciosas emergentes na PSR e os desafios das equipes do consultório na rua para garantir o acesso às ações de cuidado à saúde.

Específicos:

- ✓ Identificar o perfil sociodemográfico da PSR na Região do Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul;
- ✓ Estimar a prevalência do uso de álcool e substâncias psicoativas na PSR;
- ✓ Identificar as características clínicas e comportamentais bem como o acesso a serviços de saúde, investigados na PSR.

4.3 Manuscrito 3 - Desafios e estratégias na prestação de cuidados de saúde da população em situação de rua: uma perspectiva dos profissionais do consultório de rua

Revista da publicação: *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*

QUALIS - CAPES da revista: A3

- ✓ Este manuscrito responde o Objetivo: Identificar as características clínicas e comportamentais bem como o acesso a serviços de saúde, investigados na PSR.

4.4 Produto Técnico 1 – Orientações sobre doenças reemergentes: HIV, Sífilis, Hepatites e Tuberculose.

Este produto técnico tem como objetivo: verificar as necessidades de educação permanente em saúde para os trabalhadores dos consultórios na rua.

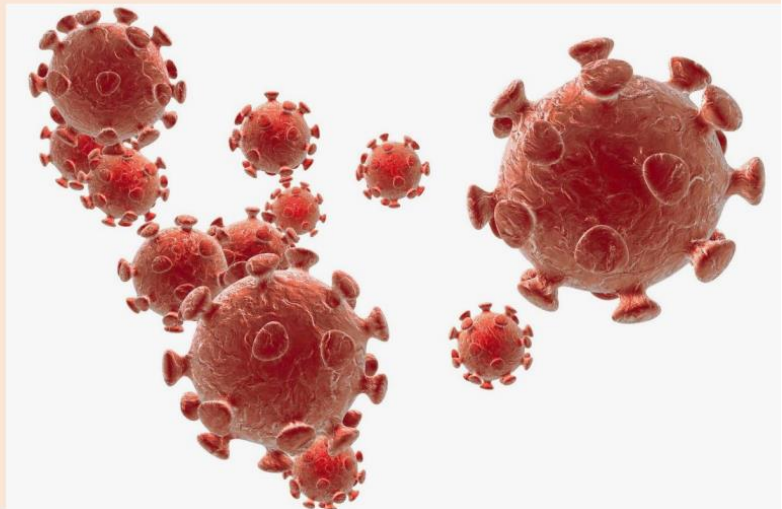
Figura 1 – Orientações sobre doenças reemergentes: HIV, Sífilis, Hepatites e Tuberculose.



HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)

O que é:

O HIV é um vírus que ataca o sistema imunológico, enfraquecendo as defesas do corpo contra infecções e algumas doenças.



Adesão e Penetração:

HIV adere e penetra a célula alvo, geralmente um linfócito CD4+.

•Liberação de RNA:

HIV libera seu RNA (código genético) dentro da célula.

Conversão de RNA em DNA:

- ☐ RNA viral é convertido em DNA pela enzima transcriptase reversa, produzida pelo HIV.
- ☐ Mutação frequente ocorre devido a erros na conversão do RNA em DNA.

Integração do DNA Viral:

- ☐ DNA viral entra no núcleo da célula.
- ☐ Enzima integrase, produzida pelo HIV, ajuda a fundir o DNA viral com o DNA da célula hospedeira.

Produção de Componentes Virais:

- ☐ DNA da célula infectada produz RNA viral e proteínas necessárias para formar novos vírus.

Formação do Novo Vírus:

- ☐ Novo vírus se forma a partir do RNA e de segmentos curtos de proteína.

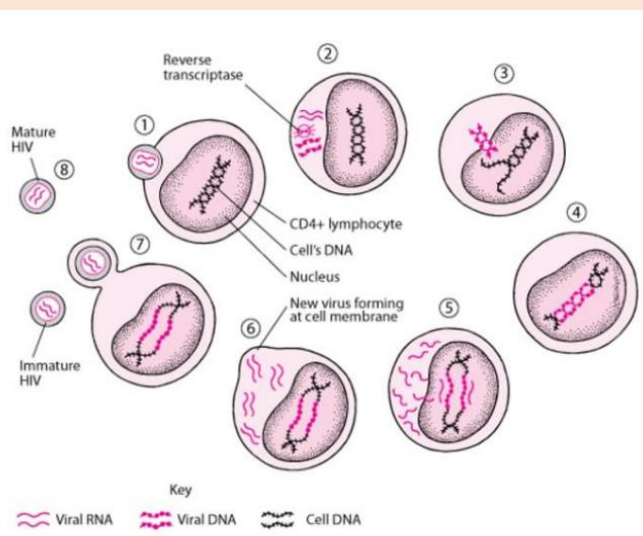
Liberação do Vírus:

- ☐ Vírus é liberado através da membrana da célula, envolvendo-se em um fragmento desta e apertando a célula infectada.

Maturação do Vírus:

- ☐ Para infectar outras células, o vírus recém-formado deve amadurecer.
- ☐ Maturação ocorre quando a enzima protease do HIV corta as proteínas estruturais, reorganizando-as.

Ciclo de vida simplificado do HIV





PREVENÇÃO:

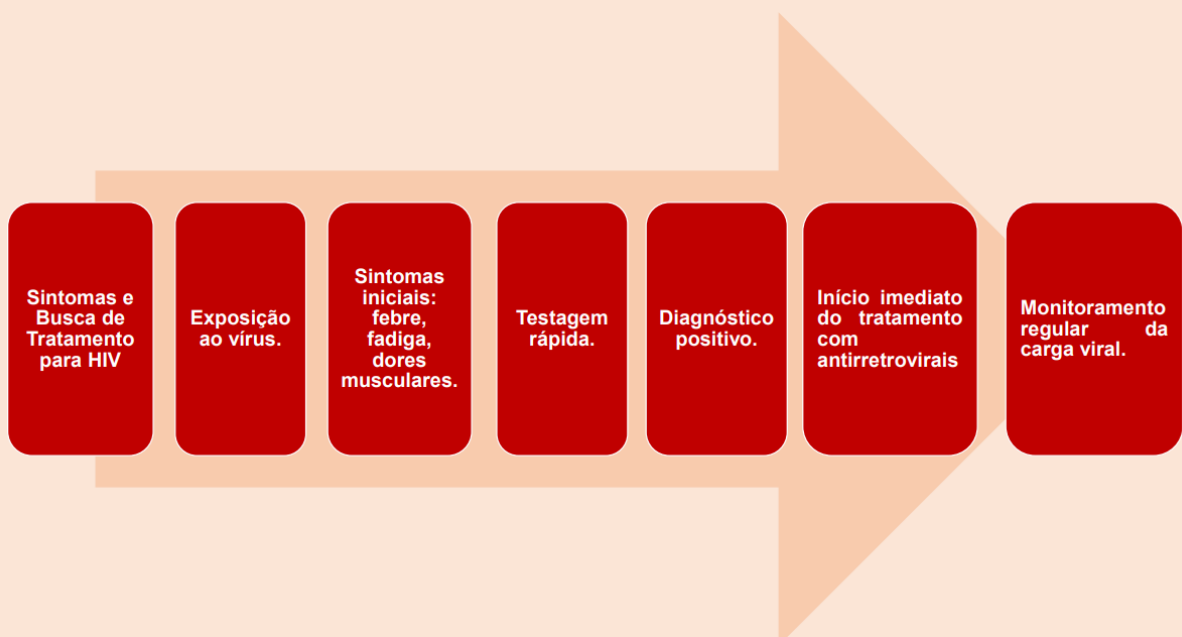
- ☐ Uso de preservativos durante as relações sexuais.
- ☐ Uso de medicamentos preventivos como a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição).
- ☐ Testagem regular e tratamento imediato.



SINTOMAS DA INFECÇÃO AGUDA PELO HIV



Sintomas e Busca de Tratamento para HIV



Tratamento:

O tratamento com antirretrovirais ajuda a controlar a replicação do vírus, melhorando a qualidade de vida e reduzindo a transmissão.



Importância do Tratamento:



Sífilis

O que é:

A sífilis é uma infecção bacteriana geralmente transmitida por contato sexual, caracterizada por lesões indolores nos estágios iniciais.

causada por uma bactéria gram-negativa com forma espiral do grupo das espiroquetas chamada *Treponema pallidum*



Quais são os sinais e sintomas da sífilis?



Modos de transmissão



Prevenção:

- ☐ Uso de preservativos.
- ☐ Testagem regular, especialmente se houver múltiplos parceiros sexuais.



Tratamento:

O tratamento é geralmente feito com penicilina, que é altamente eficaz na cura da infecção em estágios iniciais.



Sintomas e Busca de Tratamento para Sífilis



Exposição à bactéria.



Lesão indolor (cancro) no local de infecção.



Testagem rápida.



Diagnóstico positivo.



Tratamento com penicilina.



Testagem de acompanhamento.

Importância do Tratamento:

Prevenção de complicações graves.

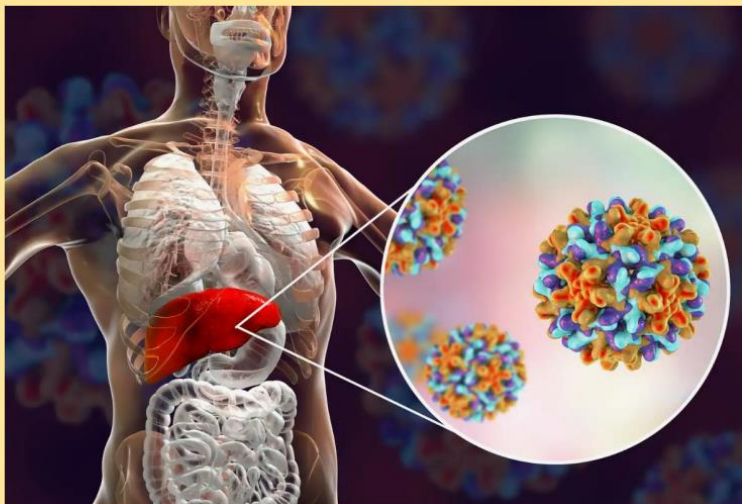
Eliminação da infecção.

Prevenção da transmissão.

Hepatites (A, B, C)

O que é:

As hepatites são inflamações do fígado causadas por vírus (A, B, C).
Cada tipo tem diferentes modos de transmissão e impactos na saúde.



Tipos e formas de transmissão

<p>A</p> <p>Sua transmissão é fecal-oral, por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados. É causada pelo vírus HAV e pode aparecer sintomas como: cansaço, tontura, febre, enjoo, dor abdominal, urina escura e pele amarelada.</p> <p>A vacina para hepatite A é recomendada a todas as crianças a partir de 1 ano de idade.</p>	<p>B</p> <p>Sua transmissão ocorre através de relações sexuais sem preservativo com pessoa infectada, da mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação e pelo compartilhamento de objetos contaminados. É causada pelo vírus VHB e pode aparecer sintomas como: urina escura, fezes claras, cansaço, febre, náuseas e pele amarelada.</p> <p>A vacina para hepatite B é recomendada a todas as crianças e adultos sob risco de contaminação</p>	<p>C</p> <p>Sua transmissão ocorre por meio de contato com sangue contaminado, seja por transfusão de sangue, acidente com material contaminado ou por meio de compartilhamento de drogas injetáveis. É causada pelo vírus VHC</p> <p>Não existe vacina contra a hepatite C.</p>	<p>D</p> <p>Sua transmissão ocorre da mesma forma da hepatite B. É causada pelo vírus HDV e sua replicação.</p> <p>Não existe vacina contra a hepatite D</p>	<p>E</p> <p>Sua transmissão é fecal-oral, por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados pelo vírus. É causada pelo vírus HEV e sua maior incidência ocorre nos continentes africano e asiático.</p> <p>Não existe vacina contra a hepatite E.</p>
--	--	---	---	---



Prevenção:

Hepatite A: Higiene pessoal e saneamento básico.



HEPATITE

Prevenir é a melhor solução



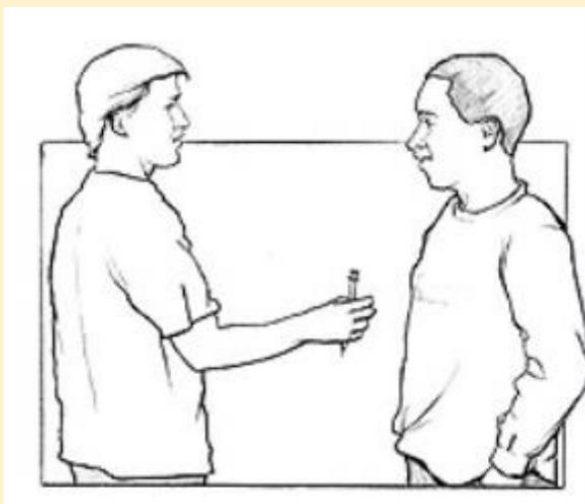
Prevenção:

Hepatite B: Vacinação e uso de preservativos.



Prevenção:

Hepatite C: Evitar compartilhamento de agulhas e instrumentos cortantes.



Tratamento:

Hepatite A: Geralmente não necessita tratamento específico, repouso e hidratação são recomendados.

Hepatite B: Antivirais podem ser necessários para casos crônicos.

Hepatite C: Antivirais de ação direta (DAAs) são altamente eficazes.

Medicamentos contra Hepatite C:



Fonte: <https://ictq.com.br/farmacia-clinica/1779-medicamentos-contr-hepatite-c-ajudam-no-combate-a-covid-19>



<https://www.crfsp.org.br/noticias/10352-hepatite-c-uso-de-harvoni-%C3%A9-ampliado-para-crian%C3%A7as.html>

Sintomas e Busca de Tratamento para Hepatites



Exposição ao vírus.



Sintomas iniciais: fadiga, febre, náusea.



Testagem laboratorial.



Diagnóstico positivo.



Tratamento específico para o tipo de hepatite.



Monitoramento e acompanhamento médico.

Importância do Tratamento:

Prevenção de danos hepáticos.

Eliminação do vírus (no caso da hepatite C).

Redução do risco de complicações crônicas.

Tuberculose

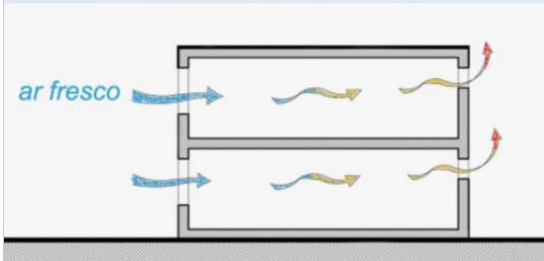
O que é:

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta principalmente os pulmões.



Sintomas da Tuberculose





Prevenção:

- Uso de máscaras em locais com risco de contaminação.
- Ventilação adequada de ambientes fechados.
- Vacinação BCG na infância.



Tratamento:

O tratamento da tuberculose inclui um regime prolongado de antibióticos, geralmente durante seis meses ou mais, para garantir a cura completa.



Sintomas e Busca de Tratamento para Tuberculose



Importância do Tratamento:





Conclusão

A prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado são essenciais para controlar HIV, Sífilis, Hepatites e Tuberculose. Sempre consulte um profissional de saúde para orientação personalizada.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Fábio Henrique Souza *et al.* Perfil da tuberculose em populações vulneráveis: pessoas privadas de liberdade e em situação de rua. **Revista De Ciências Médicas E Biológicas**, v. 20, n. 2, p. 253-258, 2021.

CREASY, Stephanie L. *et al.* Hiv testing and art adherence among unstably housed black men who have sex with men in the United States. **AIDS and Behavior**, v. 23, p. 3044-3051, 2019.

GOMIDE, João Victor Boechat *et al.* Detecção e contagem automáticas de bacilos álcool ácido resistentes para o diagnóstico da tuberculose. **Código 31: revista de informação, comunicação e interfaces**, v. 1, n. 1, 2023.

MSD. Ciclo de vida simplificado do vírus da imunodeficiência humana. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/multimedia/image/ciclo-de-vida-simplificado-do-v%C3%AAdrus-da-imunodefici%C3%AAnia-humana>. Acesso em: 07 jul. 2024.

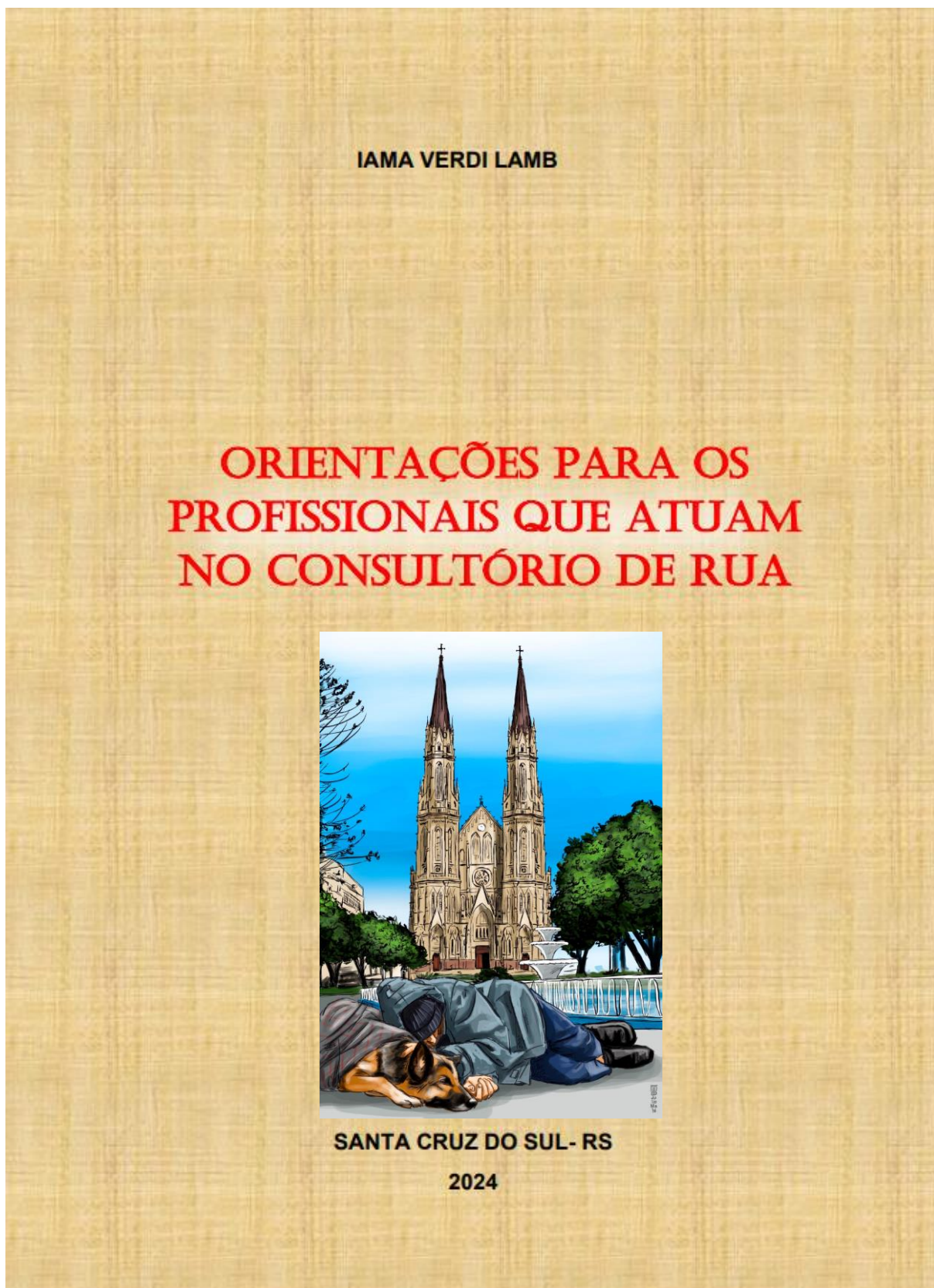
UFPB. Universidade Federal da Paraíba. **Sífilis: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. Disponível em: <https://www.ufpb.br/saehu/contents/noticias/sifilis-o-que-e-causas-sintomas-tratamento-diagnostico-e-prevencao-1>. Acesso em: 07 jul. 2024.

4.5 Produto Técnico 2 – Orientações para os profissionais que atuam no consultório de rua

Este produto técnico tem o objetivo de

- ✓ Identificar, a partir das narrativas dos profissionais de saúde, que atuam no consultório de rua, quais são os recursos disponíveis para o atendimento, diagnóstico e tratamento de TB, sífilis, hepatites e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) na PSR.
- ✓ Identificar, a partir das narrativas dos profissionais da saúde, o conhecimento sobre a Política Nacional para a PSR.

Figura 2 – Orientações para os profissionais que atuam no consultório de rua.



IAMA VERDI LAMB

ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO DE RUA



SANTA CRUZ DO SUL- RS

2024

Produto Técnico - Mestrado em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul- RS – UNISC

Discente: Dr^a Iama Verdi Lamb (e-mail: iamaverdi1@gmail.com)

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jane Dagmar Pollo Renner

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Lia Gonçalves Possuelo

LAMB. Iama Verdi. **Orientações para os profissionais que atuam no consultório de rua.** Produto Técnico. Mestrado em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2024. **37 p.**

SUMÁRIO

1 MÉDICO	6
1.1 COMPREENSÃO DO CONTEXTO	6
1.1.1 Perfil da População	6
1.1.2 Fatores Socioculturais	7
1.2 ABORDAGEM INICIAL	7
1.2.1 Estabelecimento de Confiança	7
1.2.2 Avaliação Rápida de Necessidades	7
1.3 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	8
1.3.1 Atenção Primária	8
1.3.2 Atenção Psicossocial	8
1.4 DESAFIOS E BOAS PRÁTICAS	8
1.4.1 Desafios	8
1.4.2 Boas Práticas	9
2 ENFERMEIRO	11
2.1 PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO	11
2.2 PRIMEIRA ABORDAGEM	12
2.3 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM E GESTÃO DE CASOS	12
2.3.1 Avaliação Inicial de Saúde	12
2.3.2 Intervenções Comuns	13
2.3.3 Saúde Mental	13
2.4 EDUCAÇÃO, PREVENÇÃO E ENCAMINHAMENTO	14
2.4.1 Educação em Saúde	14
2.4.2 Prevenção de Doenças Transmissíveis	14
2.4.3 Encaminhamento para Serviços de Saúde	15
3 ASSISTENTE SOCIAL	17
3.1 PRINCÍPIOS BÁSICOS	17
3.2 ABORDAGEM INICIAL	17
3.2.1 Primeiro Contato	17
3.2.2 Avaliação das Necessidades	18
3.3 INTERVENÇÕES E ACESSO A SERVIÇOS	19
3.3.1 Intervenções Sociais	19
3.4 ACESSO A RECURSOS E SERVIÇOS	20

3.5 PRÁTICAS REFLEXIVAS E AUTOCUIDADO	21
3.5.1 Práticas Reflexivas	21
3.5.2 Autocuidado e Bem-estar	22
4 PSICÓLOGO	25
4.1 ESTABELECENDO CONFIANÇA E CONSTRUINDO RELACIONAMENTOS	25
4.2 RESPEITANDO A AUTONOMIA	25
4.3 INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NO CONTEXTO DE RUA	26
4.3.1 Avaliação Psicológica	26
4.3.2 Intervenções Terapêuticas	26
4.3.3 Promoção de Saúde Mental	26
4.4 TRABALHO EM REDE E AUTOCUIDADO DO PROFISSIONAL	27
4.4.1 Colaboração Interdisciplinar	27
4.4.2 Advocacia e Direitos Humanos	27
4.4.3 Autocuidado do Profissional	27
5 REDUTOR DE DANOS	29
5.1 ÉTICA DE TRABALHO	29
5.2 PRÁTICAS DE ATENDIMENTO E SEGURANÇA	29
5.2.1 Abordagem de Atendimento	29
5.2.2 Segurança Pessoal e do Ambiente	30
5.3 INTERVENÇÕES E RECURSOS	30
5.3.1 Intervenções de Saúde Pública	30
5.3.2 Encaminhamento e Acesso a Serviços	30
6 CONDUTOR/MOTORISTA	32
6.1 CONHECIMENTO DA ROTA E PLANEJAMENTO	32
6.2 COMPORTAMENTO E COMUNICAÇÃO	32
6.3 SEGURANÇA E LOGÍSTICA	33
6.4 ATENDIMENTO AOS PACIENTES	33
6.5 SENSIBILIDADE CULTURAL E SOCIAL	34
6.6 AVALIAÇÃO CONTÍNUA E MELHORIA	34
REFERÊNCIAS	36

APRESENTAÇÃO

Este manual foi desenvolvido para fornecer orientações práticas e eficazes aos profissionais que atuam nos consultórios de rua. A assistência à população em situação de rua requer uma abordagem diferenciada e sensível, considerando as diversas vulnerabilidades e necessidades específicas desse grupo. O consultório de rua é uma estratégia de saúde pública que visa levar cuidados médicos e sociais diretamente para onde essas pessoas estão, quebrando barreiras de acesso aos serviços tradicionais de saúde. Este manual pretende ser um guia abrangente para apoiar os profissionais em suas atividades diárias, oferecendo diretrizes e boas práticas para garantir um atendimento de qualidade, humanizado e eficiente.

O objetivo principal deste manual é capacitar e sensibilizar os profissionais, fornecendo informações e técnicas que os ajudem a entender melhor o contexto e as necessidades da população em situação de rua, promovendo uma abordagem empática e respeitosa. Além disso, busca-se a melhoria do atendimento, estabelecendo procedimentos padronizados e recomendações para otimizar os serviços prestados, garantindo que sejam acessíveis, inclusivos e eficientes. Outro objetivo importante é oferecer orientações sobre como manter a segurança dos profissionais e dos pacientes durante as intervenções de rua, além de promover o bem-estar físico e mental dos trabalhadores de saúde. Também se incentiva a articulação entre os diferentes serviços de saúde e assistência social, visando uma abordagem integrada e contínua no cuidado à população em situação de rua.

O manual está organizado em capítulos que abordam as principais orientações para cada profissional que atua no consultório de rua: médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, redutor de danos e condutor/motorista. As orientações técnicas e procedimentos oferecem diretrizes práticas para o atendimento, desde a abordagem inicial até o acompanhamento contínuo. A segurança e a saúde do trabalhador são abordadas com recomendações para garantir a segurança dos profissionais durante o trabalho de campo. Espera-se que este manual seja uma ferramenta valiosa no apoio ao trabalho dos profissionais que se dedicam ao atendimento da população em situação de rua, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e da saúde deste grupo tão vulnerável.



1 MÉDICO

Atender a população em situação de rua é um desafio complexo que exige não apenas conhecimentos médicos, mas também uma profunda compreensão das condições sociais e psicológicas que afetam esses indivíduos. Médicos que trabalham no consultório de rua devem estar preparados para enfrentar uma variedade de questões de saúde, desde doenças infecciosas e crônicas até transtornos mentais e abuso de substâncias, enquanto abordam as barreiras de acesso ao cuidado e o estigma associado à situação de rua. Esta orientação visa fornecer aos médicos as ferramentas e estratégias necessárias para oferecer um atendimento eficaz, respeitoso e humanizado, promovendo a saúde e a dignidade de uma população muitas vezes marginalizada.

1.1 COMPREENSÃO DO CONTEXTO

1.1.1 Perfil da População

- **Diversidade:** A população em situação de rua é extremamente heterogênea, englobando indivíduos de diferentes idades, etnias, gêneros e com histórias de vida variadas. Entre esses indivíduos, encontramos desde jovens a idosos, cada um com suas próprias experiências e desafios. Essa diversidade requer uma abordagem personalizada, sensível às especificidades de cada pessoa.
- **Condições de Saúde:** É comum que a população em situação de rua apresente uma alta prevalência de doenças infecciosas, como tuberculose, HIV, sífilis e hepatites. Além disso, transtornos mentais, como depressão e esquizofrenia, são frequentes, assim como o uso abusivo de substâncias. As

condições de vida precárias também contribuem para a presença de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, muitas vezes não diagnosticadas ou inadequadamente tratadas.

1.1.2 Fatores Socioculturais

- **Desconfiança:** Muitos indivíduos em situação de rua podem demonstrar desconfiança inicial em relação aos serviços de saúde. Isso se deve, frequentemente, a experiências anteriores negativas ou discriminatórias em ambientes de saúde. Construir uma relação de confiança é essencial para o sucesso do atendimento.
- **Respeito e Dignidade:** Tratar cada pessoa com respeito e dignidade é fundamental. Reconheça a individualidade de cada paciente e valorize suas histórias e experiências. A abordagem respeitosa e empática ajuda a criar um ambiente acolhedor e seguro, essencial para o engajamento e a continuidade do cuidado.

1.2 ABORDAGEM INICIAL

1.2.1 Estabelecimento de Confiança

- **Escuta Ativa:** Demonstre interesse genuíno pelas histórias e preocupações dos pacientes. A escuta ativa envolve prestar atenção plena ao que o paciente está dizendo, sem interrupções, e fazer perguntas pertinentes que demonstrem empatia e compreensão.
- **Comunicação Clara:** Utilize uma linguagem simples e acessível, evitando termos médicos complexos que possam não ser compreendidos pelo paciente. Explique procedimentos e diagnósticos de maneira clara e direta, assegurando-se de que o paciente entendeu as informações fornecidas.

1.2.2 Avaliação Rápida de Necessidades

- **Histórico Médico e Social:** Colete informações detalhadas sobre o histórico de doenças do paciente, uso de medicamentos, hábitos de vida e contexto social. Esse levantamento é fundamental para a elaboração de um plano de cuidado adequado e eficaz.

- **Identificação de Urgências:** Durante a avaliação inicial, é essencial identificar e priorizar questões de saúde que necessitam de intervenção imediata. Problemas agudos, como infecções severas ou crises de saúde mental, devem ser tratados prontamente para evitar complicações graves.

1.3 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

1.3.1 Atenção Primária

- **Cuidados Básicos de Saúde:** Proporcione atendimento primário, incluindo vacinação, tratamento de feridas, e manejo de doenças crônicas. A atenção básica é a porta de entrada para o sistema de saúde e deve ser acessível e acolhedora.
- **Prevenção e Educação em Saúde:** Promova ações educativas sobre prevenção de doenças, higiene pessoal e saúde sexual. Distribua materiais informativos e insumos de prevenção, como preservativos e kits de higiene.

1.3.2 Atenção Psicossocial

- **Apoio Psicológico:** Ofereça suporte psicológico e encaminhamentos para serviços de saúde mental. A escuta empática e o apoio emocional são fundamentais para a saúde mental dos pacientes em situação de rua.
- **Reabilitação e Inclusão Social:** Colabore com assistentes sociais e outros profissionais para facilitar o acesso a serviços de reabilitação e programas de inclusão social. A integração social e a recuperação da autonomia são objetivos importantes no cuidado integral.

1.4 DESAFIOS E BOAS PRÁTICAS

1.4.1 Desafios

- **Acesso aos Serviços:** A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, muitas vezes devido à falta de documentos ou de transporte, é um grande obstáculo. É necessário encontrar soluções flexíveis para superar essas barreiras.
- **Adesão ao Tratamento:** A adesão ao tratamento pode ser baixa devido a fatores como a instabilidade da moradia e a falta de suporte social. O

acompanhamento contínuo e o reforço positivo são fundamentais para melhorar a adesão.

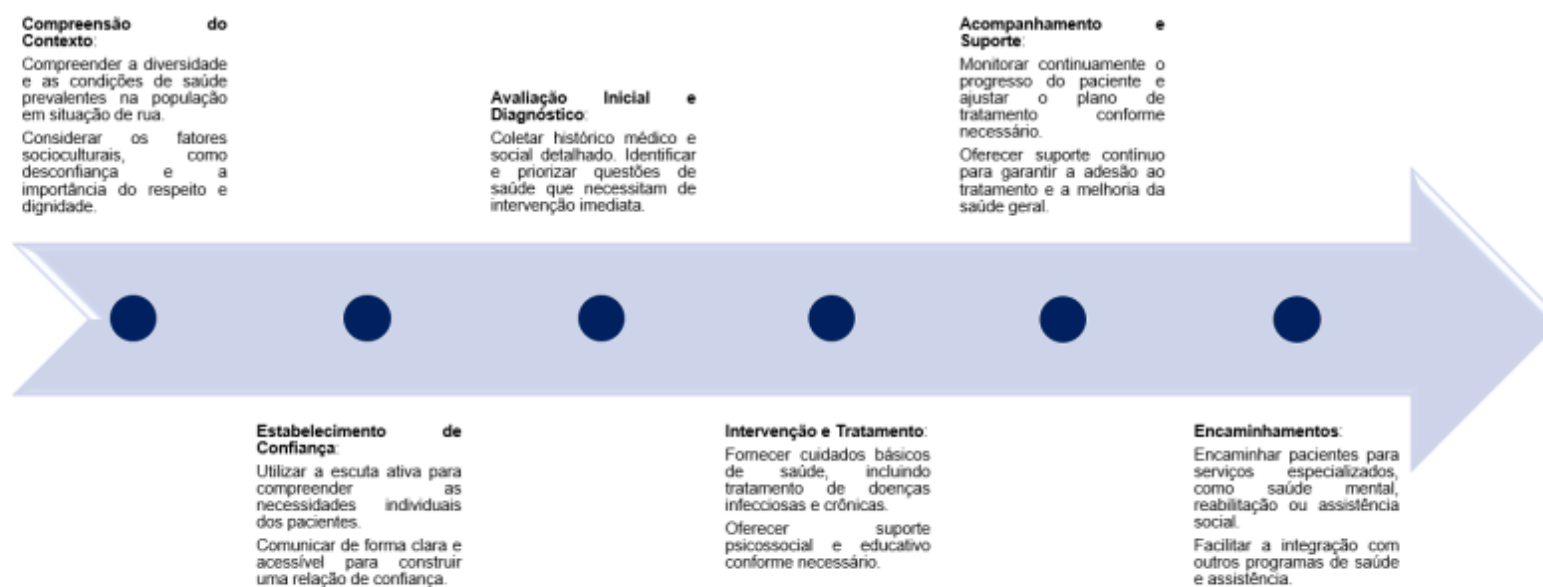
- **Estigma e Discriminação:** O estigma e a discriminação ainda são problemas significativos. Treinamentos regulares para os profissionais de saúde sobre direitos humanos e ética no atendimento são essenciais para combater esses desafios.

1.4.2 Boas Práticas

- **Equipe Multiprofissional:** Trabalhe em colaboração com uma equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais. A abordagem integrada melhora a qualidade do cuidado e a satisfação do paciente.
- **Flexibilidade e Adaptabilidade:** Adote uma abordagem flexível e adaptável às necessidades individuais dos pacientes. Seja criativo na busca de soluções para os desafios encontrados no atendimento em situação de rua.
- **Empoderamento do Paciente:** Empodere os pacientes, incentivando-os a participar ativamente de seu plano de cuidado. A autonomia e a autoeficácia são importantes para a recuperação e a manutenção da saúde.

Atender a população em situação de rua requer sensibilidade, empatia e compromisso. Ao entender o contexto, estabelecer confiança, e implementar estratégias de intervenção eficazes, os médicos podem fazer uma diferença significativa na vida dessas pessoas, promovendo saúde e dignidade.

Figura 1 - Etapas principais do fluxo de trabalho dos profissionais de medicina no consultório de rua.





2 ENFERMEIRO

O trabalho no consultório de rua tem como principal objetivo proporcionar atendimento de saúde integral e humanizado à população em situação de rua. Essa população enfrenta desafios significativos que dificultam o acesso aos serviços de saúde convencionais, como a falta de confiança no sistema de saúde, questões de higiene, condições crônicas não tratadas, problemas de saúde mental e abuso de substâncias. Portanto, é essencial que os enfermeiros estejam preparados para enfrentar esses desafios com empatia e profissionalismo.

O atendimento à população em situação de rua requer uma abordagem diferenciada, que considere as condições de vida adversas e a vulnerabilidade social desses indivíduos. A abordagem deve ser baseada no respeito à dignidade humana e na construção de uma relação de confiança, essencial para garantir a adesão ao tratamento e o acompanhamento contínuo.

2.1 PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Antes de iniciar o atendimento, é essencial que a equipe de enfermagem esteja devidamente preparada e organizada. O equipamento necessário inclui kits de primeiros socorros, medicamentos básicos, material de higiene, folhetos informativos e equipamentos de proteção individual (EPIs). Além disso, o trabalho no consultório de rua é mais eficaz quando realizado em colaboração com uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde.

A preparação envolve não apenas o equipamento, mas também o planejamento das atividades e a definição de estratégias para abordar as necessidades específicas da população atendida. A equipe deve estar bem informada

sobre os recursos disponíveis na comunidade e estabelecer parcerias com organizações locais para facilitar o encaminhamento e o acesso a serviços complementares.

2.2 PRIMEIRA ABORDAGEM

A abordagem inicial é um momento crítico para estabelecer uma relação de confiança com os moradores de rua. É fundamental tratar cada indivíduo com dignidade e sem preconceitos, demonstrando empatia e respeito. A comunicação eficaz é essencial: escutar atentamente, falar de forma clara e simples, e garantir que a pessoa entenda as orientações. Estabelecer um relacionamento baseado na confiança é fundamental para o sucesso do atendimento; portanto, ser consistente nas visitas e no acompanhamento é uma prática recomendada.

A primeira abordagem deve ser acolhedora e sem julgamentos. Os enfermeiros devem estar preparados para lidar com diferentes reações e comportamentos, mantendo a calma e a paciência. É importante lembrar que muitas pessoas em situação de rua já tiveram experiências negativas com o sistema de saúde e podem estar relutantes em aceitar ajuda. Demonstrar interesse genuíno pelo bem-estar do paciente e oferecer suporte de forma contínua pode ajudar a superar essa desconfiança inicial.

2.3 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM E GESTÃO DE CASOS

2.3.1 Avaliação Inicial de Saúde

Ao realizar a avaliação inicial de saúde, os enfermeiros devem coletar informações sobre as condições de saúde atuais, histórico médico e uso de medicamentos dos pacientes. O exame físico básico deve ser realizado para identificar problemas de saúde evidentes, e a triagem é necessária para priorizar os casos que necessitam de atenção imediata.

A avaliação inicial deve ser abrangente e incluir perguntas sobre hábitos de vida, alimentação, uso de substâncias e presença de sintomas. É importante documentar todas as informações de forma organizada e confidencial, garantindo a

continuidade do cuidado em visitas subsequentes. A triagem deve ser feita de acordo com a gravidade dos problemas de saúde apresentados, priorizando casos de urgência e emergência.

2.3.2 Intervenções Comuns

As intervenções comuns incluem cuidados com feridas, vacinação e gerenciamento de doenças crônicas. A limpeza, desinfecção e curativos de feridas são procedimentos frequentes, dada a alta incidência de feridas entre moradores de rua. A vacinação, conforme o calendário nacional, e a avaliação da necessidade de vacinas específicas para populações vulneráveis são igualmente importantes. No gerenciamento de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e tuberculose, o monitoramento regular e a orientação são essenciais para manter a saúde dos pacientes.

Os cuidados com feridas devem seguir protocolos rigorosos de higiene e desinfecção para prevenir infecções. É fundamental educar os pacientes sobre a importância da limpeza e da troca regular de curativos. A vacinação deve ser incentivada, e os enfermeiros devem estar preparados para esclarecer dúvidas e combater mitos sobre vacinas. No caso de doenças crônicas, é necessário fornecer orientações claras sobre o uso de medicamentos, dieta e mudanças no estilo de vida.

2.3.3 Saúde Mental

A saúde mental é uma área crítica no atendimento à população em situação de rua. Os enfermeiros devem ser capazes de identificar sinais de depressão, ansiedade, psicose e outros transtornos mentais. O encaminhamento para psicólogos e psiquiatras é vital para garantir tratamento contínuo. Em situações de crise, as técnicas de descalonamento e os primeiros socorros psicológicos são ferramentas importantes para os enfermeiros.

A avaliação da saúde mental deve ser sensível e não invasiva, respeitando o tempo e o espaço do paciente. Os enfermeiros devem estar atentos a sinais de sofrimento emocional e comportamentos de risco. A criação de um ambiente seguro e acolhedor pode facilitar a abertura e a confiança dos pacientes. O acompanhamento contínuo e a criação de um plano de cuidado individualizado são fundamentais para o sucesso do tratamento.

2.4 EDUCAÇÃO, PREVENÇÃO E ENCAMINHAMENTO

2.4.1 Educação em Saúde

A educação em saúde é uma parte fundamental do trabalho dos enfermeiros no consultório de rua. É necessário fornecer informações e orientações sobre a prevenção de doenças, higiene pessoal e práticas de saúde. A distribuição de itens de higiene pessoal, como sabonete e escova de dentes, juntamente com folhetos educativos, pode ajudar a melhorar a saúde e o bem-estar dos moradores de rua.

A educação em saúde deve ser prática e acessível, utilizando linguagem simples e visualizações sempre que possível. As sessões educativas podem abordar temas como a importância da higiene, prevenção de doenças transmissíveis, alimentação saudável e uso seguro de medicamentos. A distribuição de materiais de higiene e informativos deve ser acompanhada de orientações sobre seu uso correto.

2.4.2 Prevenção de Doenças Transmissíveis

A prevenção de doenças transmissíveis, como HIV, sífilis, hepatite e tuberculose, é uma prioridade no atendimento à população em situação de rua. Os enfermeiros devem realizar testes rápidos, oferecer orientações sobre prevenção e encaminhar os pacientes para tratamento quando necessário. A educação sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), distribuição de preservativos e orientação sobre onde buscar tratamento também são práticas essenciais.

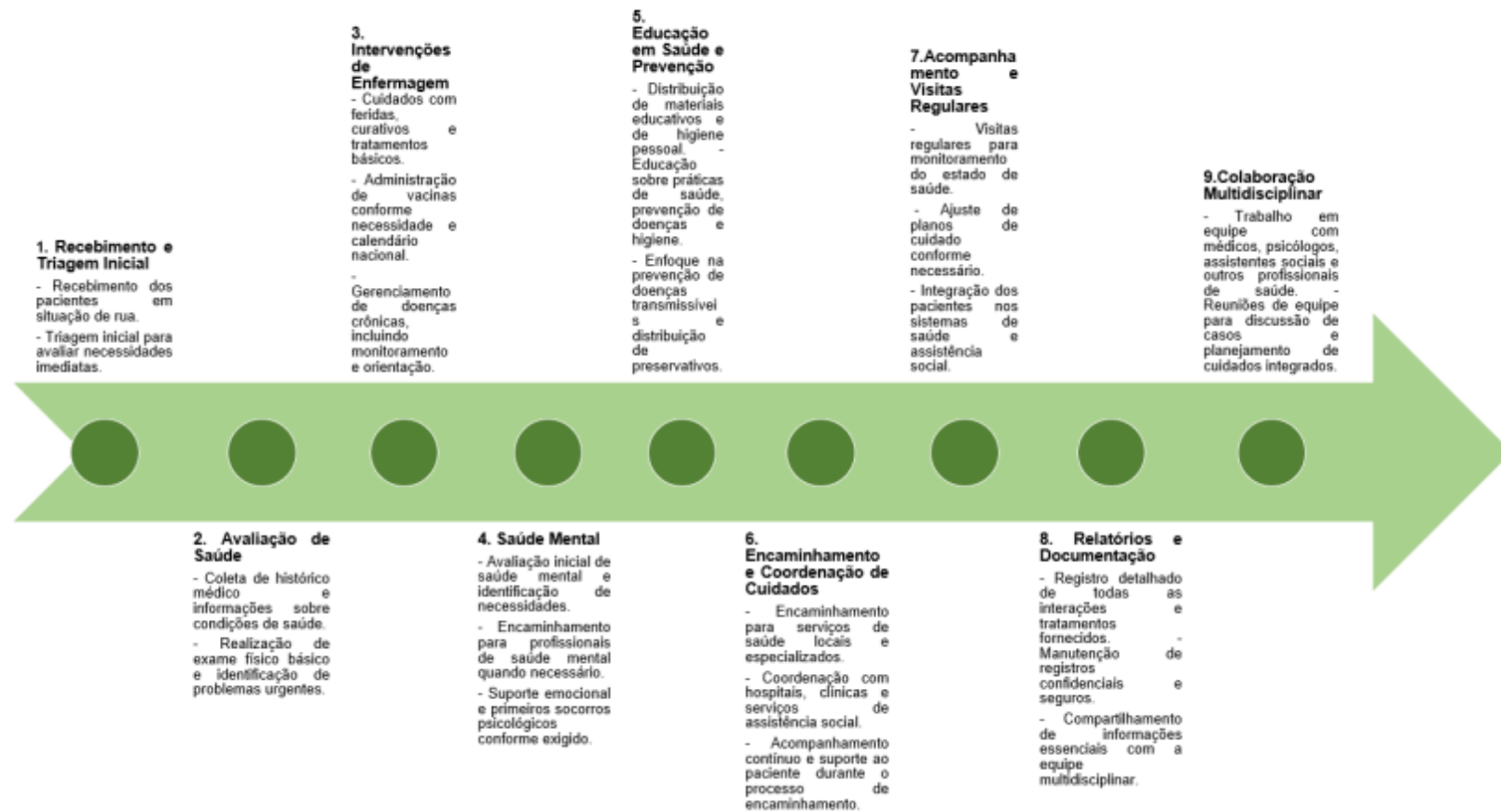
A abordagem para a prevenção de doenças transmissíveis deve ser proativa e contínua. Realizar campanhas de testagem regular e fornecer informações claras sobre formas de transmissão e prevenção são passos importantes. É fundamental criar um ambiente de confiança para que os pacientes se sintam confortáveis em realizar os testes e discutir questões de saúde sexual. O encaminhamento para tratamento deve ser feito de forma rápida e eficiente, garantindo o acesso a cuidados especializados.

2.4.3 Encaminhamento para Serviços de Saúde

A coordenação com serviços de saúde locais é fundamental para garantir que os pacientes recebam o tratamento necessário. Estabelecer parcerias com unidades de saúde, hospitais e centros de apoio facilita o encaminhamento. O acompanhamento contínuo, com visitas regulares para monitorar o estado de saúde e a adesão ao tratamento, é essencial para a eficácia do atendimento. Além disso, é importante ajudar os pacientes a acessar programas de assistência social, reabilitação e outros serviços de apoio disponíveis.

O encaminhamento deve ser feito de forma estruturada e organizada, com registros detalhados das necessidades e dos serviços procurados. Manter um contato próximo com as instituições parceiras e fornecer suporte contínuo ao paciente durante o processo de encaminhamento é fundamental para garantir a continuidade do cuidado. A orientação sobre como acessar esses serviços e o acompanhamento regular ajudam a integrar os pacientes nos sistemas de saúde e assistência social, promovendo uma melhora na qualidade de vida.

Figura 2 - Etapas principais do fluxo de trabalho dos profissionais de enfermagem no consultório de rua.





3 ASSISTENTE SOCIAL

O papel do assistente social é essencial para garantir que esses indivíduos recebam o suporte necessário de forma digna e respeitosa. Este manual oferece orientações específicas para assistentes sociais que trabalham nessa área, abordando estratégias e práticas eficazes para a prestação de serviços humanizados e integrados.

3.1 PRINCÍPIOS BÁSICOS

1. **Respeito e Dignidade:** Trate todas as pessoas com respeito, reconhecendo a dignidade inerente a cada indivíduo. Evite julgamentos e preconceitos, lembrando-se sempre que cada pessoa tem uma história única e complexa.
2. **Confidencialidade:** Garanta a confidencialidade das informações compartilhadas pelos usuários do serviço. A confiança é a base para um relacionamento terapêutico eficaz, e a garantia de que suas informações serão mantidas em sigilo é fundamental para construir essa confiança.
3. **Empoderamento:** Promova a autonomia e o empoderamento das pessoas atendidas, incentivando a participação ativa nas decisões sobre suas vidas e cuidados. O objetivo é ajudar as pessoas a reconhecerem e desenvolverem suas próprias capacidades, fortalecendo sua autoestima e autonomia.

3.2 ABORDAGEM INICIAL

3.2.1 Primeiro Contato

- **Introduza-se Claramente:** Ao abordar uma pessoa em situação de rua, apresente-se de maneira clara e amigável, explicando seu papel como assistente social e a finalidade do serviço do consultório de rua.
- **Escuta Ativa:** Ouça atentamente as necessidades e preocupações da pessoa, demonstrando empatia e um interesse genuíno em sua situação. A escuta ativa envolve não apenas ouvir, mas também observar as expressões faciais e a linguagem corporal.
- **Estabeleça Confiança:** Construir confiança é essencial para um atendimento eficaz. Seja paciente e consistente em suas interações, mostrando-se disponível e confiável. Pequenos gestos de respeito e cuidado podem fazer uma grande diferença na construção dessa confiança.

3.2.2 Avaliação das Necessidades

- **Avaliação Inicial:** Realize uma avaliação inicial das necessidades imediatas da pessoa, incluindo aspectos como saúde, alimentação, abrigo e segurança. Essa avaliação deve ser feita de maneira sensível e respeitosa, garantindo que a pessoa se sinta ouvida e compreendida.
- **Ferramentas de Avaliação:** Utilize ferramentas de avaliação social padronizadas para identificar prioridades e desenvolver um plano de ação individualizado. Ferramentas como questionários de avaliação de vulnerabilidade podem ser úteis para identificar áreas específicas de necessidade e risco.

A abordagem inicial é uma etapa fundamental no processo de atendimento, pois estabelece a base para todas as interações futuras. Um início bem-sucedido, caracterizado por respeito, empatia e profissionalismo, pode influenciar positivamente a eficácia do suporte prestado e o impacto a longo prazo na vida das pessoas atendidas.

3.3 INTERVENÇÕES E ACESSO A SERVIÇOS

3.3.1 Intervenções Sociais

Os assistentes sociais desempenham um papel vital na elaboração e implementação de intervenções sociais que atendam às necessidades específicas de cada pessoa em situação de rua. Essas intervenções visam não apenas fornecer apoio imediato, mas também criar um caminho sustentável para a recuperação e a reintegração social.

1. Plano de Ação Personalizado:

- **Desenvolvimento do Plano:** Com base nas necessidades identificadas durante a avaliação inicial, desenvolva um plano de ação personalizado. Este plano deve ser flexível e adaptável, levando em consideração as circunstâncias individuais e as mudanças nas necessidades ao longo do tempo.
- **Metas e Objetivos:** Estabeleça metas claras e alcançáveis em conjunto com a pessoa atendida. Estas metas devem ser específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e com prazo definido (SMART: S (Específica), M (Mensurável), A (Atingível), R (Relevante) e T (Temporal)). O envolvimento ativo da pessoa no estabelecimento dessas metas é fundamental para promover o empoderamento e a motivação.

2. Encaminhamentos e Parcerias:

- **Serviços de Saúde:** Facilite o acesso a uma ampla gama de serviços de saúde, incluindo clínicas, hospitais e centros de reabilitação. Acompanhe os usuários em consultas médicas quando necessário, e assegure-se de que eles compreendam e sigam os planos de tratamento.
- **Alojamento e Abrigos:** Colabore com abrigos e programas de habitação temporária para garantir que as pessoas tenham um lugar seguro para dormir. Trabalhe para encontrar soluções de habitação de longo prazo, sempre que possível.

- **Apoio Jurídico:** Conecte os usuários com serviços jurídicos que possam auxiliar em questões de documentação, direitos e outras necessidades legais. Muitas vezes, a falta de documentação adequada pode ser uma barreira significativa para o acesso a serviços e benefícios.

3. Intervenções Psicológicas:

- **Apoio Emocional:** Ofereça suporte emocional e psicológico, identificando e respondendo a sinais de depressão, ansiedade e outros transtornos mentais. O apoio emocional pode incluir a escuta ativa, a validação das experiências da pessoa e a oferta de esperança e encorajamento.
- **Referências para Serviços de Saúde Mental:** Encaminhe para psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental conforme necessário. Acompanhe o progresso e ajuste as intervenções conforme necessário para garantir que as necessidades de saúde mental sejam adequadamente atendidas.

3.4 ACESSO A RECURSOS E SERVIÇOS

Garantir que as pessoas em situação de rua tenham acesso a recursos e serviços essenciais é uma parte fundamental do trabalho do assistente social. Esse acesso pode ajudar a melhorar significativamente a qualidade de vida e promover a estabilidade a longo prazo.

1. Serviços de Assistência Social:

- **Programas de Benefícios:** Informe e auxilie no acesso a programas de benefícios sociais, como auxílio-moradia, alimentação e renda mínima. Ajude a preencher formulários e a navegar pelos sistemas burocráticos que muitas vezes são complexos e difíceis de entender.
- **Educação e Capacitação:** Promova oportunidades de educação e capacitação profissional para aumentar a empregabilidade. Parcerias

com instituições educacionais e programas de treinamento podem oferecer cursos e workshops que ajudam a desenvolver habilidades úteis no mercado de trabalho.

2. Redes de Suporte:

- **Construção de Redes:** Incentive a construção de redes de suporte social, incluindo grupos de apoio, ONGs e outras organizações comunitárias. Redes de apoio podem fornecer um senso de pertencimento e uma fonte de apoio emocional e prático.
- **Parcerias Intersetoriais:** Estabeleça parcerias com diversas instituições, como órgãos governamentais, empresas, universidades e outras organizações, para ampliar a rede de apoio e os recursos disponíveis. A colaboração intersetorial pode proporcionar uma abordagem mais abrangente e eficaz para o atendimento às pessoas em situação de rua.

As intervenções sociais e o acesso a recursos e serviços são pilares essenciais no trabalho com pessoas em situação de rua. Um plano de ação personalizado, combinado com uma rede robusta de parcerias e recursos, pode transformar vidas, promovendo a inclusão social e a autonomia. O papel do assistente social é fundamental para guiar e apoiar essas pessoas no caminho para uma vida mais estável e digna.

3.5 PRÁTICAS REFLEXIVAS E AUTOCUIDADO

3.5.1 Práticas Reflexivas

Para assistentes sociais que trabalham em contextos desafiadores como o consultório de rua, as práticas reflexivas são essenciais para manter a qualidade do atendimento e promover o crescimento profissional contínuo.

1. Reflexão e Aprendizado Contínuo:

- **Revisão de Práticas:** Regularmente, revise e avalie suas práticas profissionais. A autoavaliação crítica permite identificar pontos fortes e áreas que precisam de melhorias, promovendo um desenvolvimento constante. Utilize diários de campo ou registros de casos para documentar suas experiências e reflexões.
- **Feedback:** Solicite feedback de colegas e usuários do serviço. O feedback de colegas pode oferecer novas perspectivas e estratégias, enquanto o feedback dos usuários pode ajudar a ajustar as abordagens para melhor atender às suas necessidades. Promova uma cultura de feedback construtivo dentro da equipe.

2. Formação e Capacitação:

- **Treinamentos Regulares:** Participe de treinamentos e workshops para aprimorar suas habilidades e conhecimentos. A educação contínua é fundamental para acompanhar as melhores práticas e inovações na área de assistência social e saúde pública.
- **Atualização Constante:** Mantenha-se atualizado sobre novas políticas, práticas e pesquisas. Leia artigos científicos, participe de conferências e faça cursos online para se manter informado sobre as últimas tendências e desenvolvimentos na sua área de atuação.

3.5.2 Autocuidado e Bem-estar

O trabalho no consultório de rua pode ser emocional e fisicamente desgastante. É vital que os assistentes sociais cuidem de si mesmos para garantir que possam continuar a fornecer um atendimento de alta qualidade aos outros.

1. Gerenciamento do Estresse:

- **Técnicas de Relaxamento:** Pratique técnicas de relaxamento como meditação, respiração profunda e mindfulness. Estas práticas podem

ajudar a reduzir o estresse e a ansiedade, promovendo um estado mental mais calmo e focado.

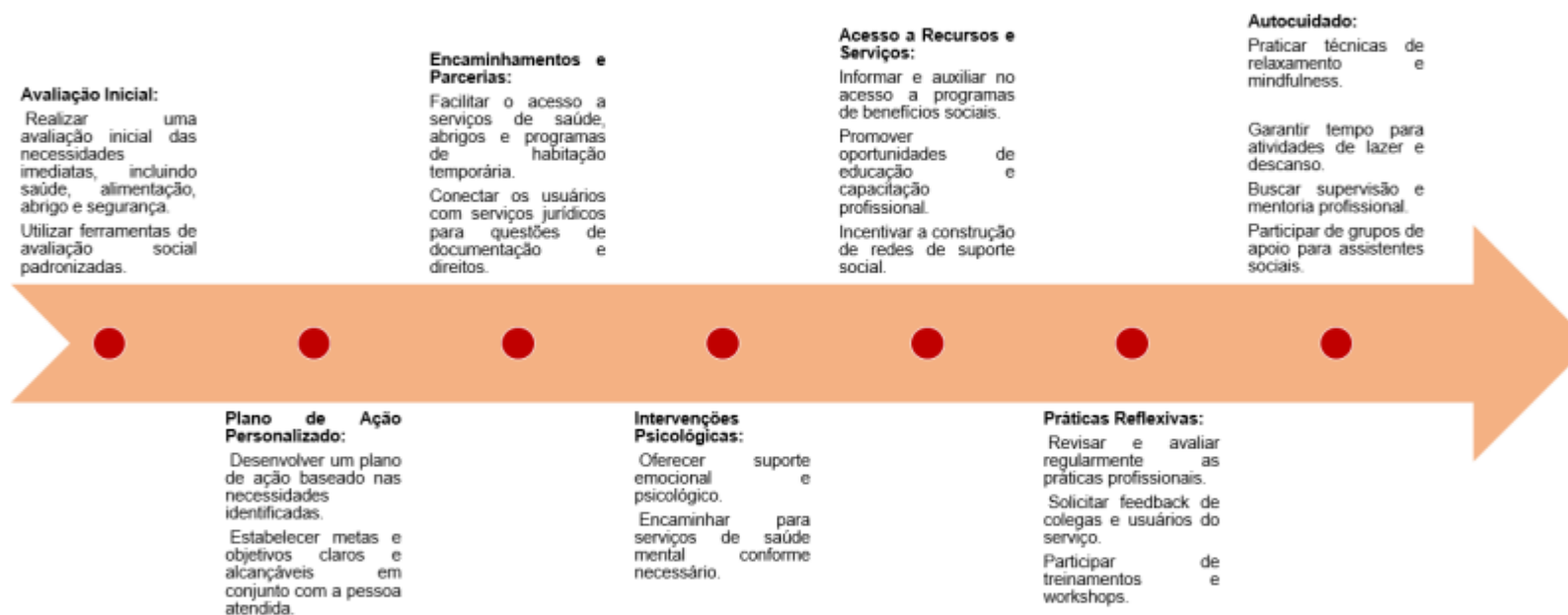
- **Tempo para Si:** Garanta que você tenha tempo para atividades que lhe tragam prazer e descanso. Encontre hobbies e atividades fora do trabalho que ajudem a reenergizar e equilibrar sua vida pessoal e profissional.

2. Apoio Profissional:

- **Supervisão e Mentoria:** Busque supervisão e mentoria profissional. Supervisores e mentores podem oferecer suporte emocional, orientação prática e uma perspectiva externa valiosa. A supervisão regular também pode ajudar a evitar o esgotamento e a manter a qualidade do trabalho.
- **Grupos de Apoio:** Participe de grupos de apoio para assistentes sociais. Compartilhar experiências e estratégias com colegas em ambientes seguros e solidários pode ser extremamente benéfico. Estes grupos podem oferecer um espaço para desabafar, aprender e sentir-se conectado a uma comunidade profissional.

O trabalho no consultório de rua é desafiador, mas extremamente gratificante. Ao seguir estas orientações, os assistentes sociais podem proporcionar um atendimento mais eficaz e humanizado, ajudando a transformar vidas e promover a inclusão social. Práticas reflexivas e o cuidado com o próprio bem-estar são fundamentais para manter a motivação e a capacidade de proporcionar um suporte significativo às pessoas em situação de rua. A combinação de reflexão contínua, atualização profissional e autocuidado garante que os assistentes sociais estejam bem preparados para enfrentar os desafios diários e fazer uma diferença positiva na vida das pessoas que atendem.

Figura 3 - Etapas principais do fluxo de trabalho dos profissionais da assistência social no consultório de rua.





4 PSICÓLOGO

Os moradores de rua constituem um grupo extremamente diversificado. Eles são indivíduos de diferentes idades, origens e experiências de vida. As razões que os levam a viver nas ruas são igualmente variadas, podendo incluir fatores como desemprego, falta de moradia acessível, problemas de saúde mental, dependência de substâncias, violência doméstica e a ruptura de redes familiares e sociais. Como psicólogo, é fundamental reconhecer essa diversidade e abordar cada pessoa de maneira individualizada, respeitando sua história única.

4.1 ESTABELECENDO CONFIANÇA E CONSTRUINDO RELACIONAMENTOS

No trabalho com moradores de rua, a construção de confiança é essencial. No primeiro contato, é fundamental ser acessível, empático e não julgador. A comunicação deve ser clara, direta e respeitosa, ouvindo ativamente e mostrando compreensão e respeito pelas experiências vividas pelo indivíduo. A confiança pode demorar a ser estabelecida, e a consistência no atendimento é fundamental para fortalecer essa relação. Sempre que possível, procure ser uma presença constante e confiável na vida dessas pessoas.

4.2 RESPEITANDO A AUTONOMIA

Empoderar os moradores de rua é um aspecto vital do trabalho psicológico. Isso significa incentivar a autonomia deles, valorizando suas escolhas e decisões.

Envolver os indivíduos no planejamento e na tomada de decisões sobre seu próprio cuidado e tratamento é fundamental para promover um senso de controle e autoeficácia. Ao respeitar a autonomia dos moradores de rua, você os ajuda a recuperar a dignidade e a confiança em suas próprias capacidades.

4.3 INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NO CONTEXTO DE RUA

4.3.1 Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica no contexto de rua deve considerar integralmente o ambiente e as circunstâncias de vida das pessoas atendidas. É importante utilizar ferramentas de avaliação que sejam flexíveis e adaptáveis à realidade dos moradores de rua, levando em conta fatores sociais, emocionais e ambientais que influenciam seu estado mental. Uma compreensão holística das suas necessidades e desafios é essencial para oferecer um atendimento eficaz.

4.3.2 Intervenções Terapêuticas

As intervenções terapêuticas no contexto de rua devem ser adaptáveis e práticas. Abordagens como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e intervenções baseadas em mindfulness podem ser eficazes quando aplicadas de forma flexível. Focar em intervenções de curto prazo e de impacto imediato é essencial, reconhecendo que a instabilidade e os desafios de longo prazo são comuns. Além disso, é fundamental estar preparado para intervenções em situações de crise, como episódios de violência, tentativas de suicídio ou situações de extrema vulnerabilidade.

4.3.3 Promoção de Saúde Mental

No trabalho com moradores de rua, a promoção da saúde mental deve incluir uma abordagem de redução de danos, especialmente em casos de dependência química. Fornecer informações sobre saúde mental, recursos disponíveis e estratégias de autocuidado que possam ser aplicadas no contexto de rua é uma parte essencial do trabalho. Ao promover a saúde mental, você ajuda a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas atendidas.

4.4 TRABALHO EM REDE E AUTOCUIDADO DO PROFISSIONAL

4.4.1 Colaboração Interdisciplinar

A colaboração com outros profissionais é essencial no atendimento a moradores de rua. Trabalhar em equipe com profissionais de saúde, assistentes sociais, educadores sociais e ONGs permite fornecer um atendimento integrado e holístico. Conhecer a rede de serviços disponíveis e utilizar encaminhamentos apropriados, como serviços de saúde, abrigos e programas de reabilitação, é fundamental para atender às necessidades complexas dos moradores de rua.

4.4.2 Advocacia e Direitos Humanos

Como psicólogo, você tem um papel fundamental na defesa dos direitos dos moradores de rua. Isso inclui garantir que eles tenham acesso aos serviços e sejam tratados com dignidade e respeito. Trabalhar para aumentar a conscientização sobre as necessidades e direitos dos moradores de rua dentro da comunidade e entre os profissionais de saúde é uma parte importante do seu papel. Ao atuar como defensor dos direitos, você contribui para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

4.4.3 Autocuidado do Profissional

O trabalho com moradores de rua pode ser emocionalmente desafiador. Buscar supervisão regular e apoio entre pares é essencial para lidar com o estresse e os desafios emocionais do trabalho. Estabelecer limites claros entre a vida profissional e pessoal é fundamental para prevenir o burnout. Além disso, praticar atividades que promovam o bem-estar pessoal, como exercícios físicos, hobbies e momentos de lazer, ajuda a manter sua saúde mental e emocional. Cuidar de si mesmo é fundamental para que você possa cuidar efetivamente dos outros.

Figura 4 - Etapas principais do fluxo de trabalho dos profissionais da psicologia no consultório de rua.

Estabelecendo Confiança e Construindo Relacionamentos
Primeiro Contato: Acessível, empático, não julgador.
Comunicação: Clara, direta, respeitosa, ouvir ativamente.
Continuidade: Consistência no atendimento, fortalecer confiança.
Respeitando a Autonomia
Empoderamento: Incentivar autonomia, valorizar escolhas.
Participação Ativa: Envolver no planejamento e decisões.
Avaliação Psicológica
Contexto Integral: Considerar ambiente e circunstâncias de vida.
Ferramentas Adaptadas: Utilizar ferramentas flexíveis.
Intervenções Terapêuticas
Abordagens Flexíveis: TCC, ACT, mindfulness.
Terapia Breve: Intervenções de curto prazo.
Intervenção em Crise: Preparação para violência, suicídio, etc.
Promoção de Saúde Mental
Redução de Danos: Dependência química.
Educação e Informação: Saúde mental, recursos, autocuidado.
Trabalho em Rede
Colaboração Interdisciplinar: Equipe com outros profissionais.
Encaminhamentos: Rede de serviços, saúde, abrigos, reabilitação.
Advocacia e Direitos Humanos
Defesa de Direitos: Acesso a serviços, dignidade e respeito.
Sensibilização: Conscientização de necessidades e direitos.
Autocuidado do Profissional
Supervisão e Apoio: Supervisão regular, apoio entre pares.
Limites Profissionais: Claros entre vida profissional e pessoal.
Bem-Estar Pessoal: Atividades de bem-estar, exercícios, hobbies, lazer.



5 REDUTOR DE DANOS

A abordagem de redução de danos é fundamentada na ideia de promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos sem julgamentos. Para os profissionais que trabalham em consultórios de rua, essa filosofia é essencial ao lidar com moradores de rua, que frequentemente enfrentam múltiplos desafios de saúde e sociais. O redutor de danos reconhece a autonomia dos pacientes, respeitando suas decisões e apoiando escolhas que minimizem os danos à saúde, como o uso mais seguro de substâncias ou práticas sexuais.

5.1 ÉTICA DE TRABALHO

No ambiente de consultório de rua, a ética de trabalho dos profissionais deve ser robusta e sensível às necessidades únicas dos pacientes. Respeitar a confidencialidade é fundamental, garantindo que as informações pessoais dos pacientes sejam tratadas com o máximo cuidado. Além disso, a igualdade no acesso aos serviços é prioridade, assegurando que todos, independentemente de sua situação de vida, recebam atendimento justo e compassivo.

5.2 PRÁTICAS DE ATENDIMENTO E SEGURANÇA

5.2.1 Abordagem de Atendimento

Construir um relacionamento de confiança com os pacientes é o cerne do trabalho em consultórios de rua. Isso começa com uma comunicação empática e não

judgadora, demonstrando interesse genuíno pelo bem-estar e pelas preocupações dos pacientes. Utilizar técnicas de escuta ativa permite entender melhor as necessidades individuais e adaptar os serviços de acordo.

5.2.2 Segurança Pessoal e do Ambiente

Trabalhar em áreas urbanas com moradores de rua pode apresentar desafios de segurança. É essencial que os profissionais estejam preparados para lidar com situações potencialmente conflituosas ou de emergência, seguindo protocolos de segurança estabelecidos. Isso inclui saber como agir em caso de ameaças à segurança pessoal e manter a calma em situações estressantes para garantir a proteção tanto dos pacientes quanto da equipe.

5.3 INTERVENÇÕES E RECURSOS

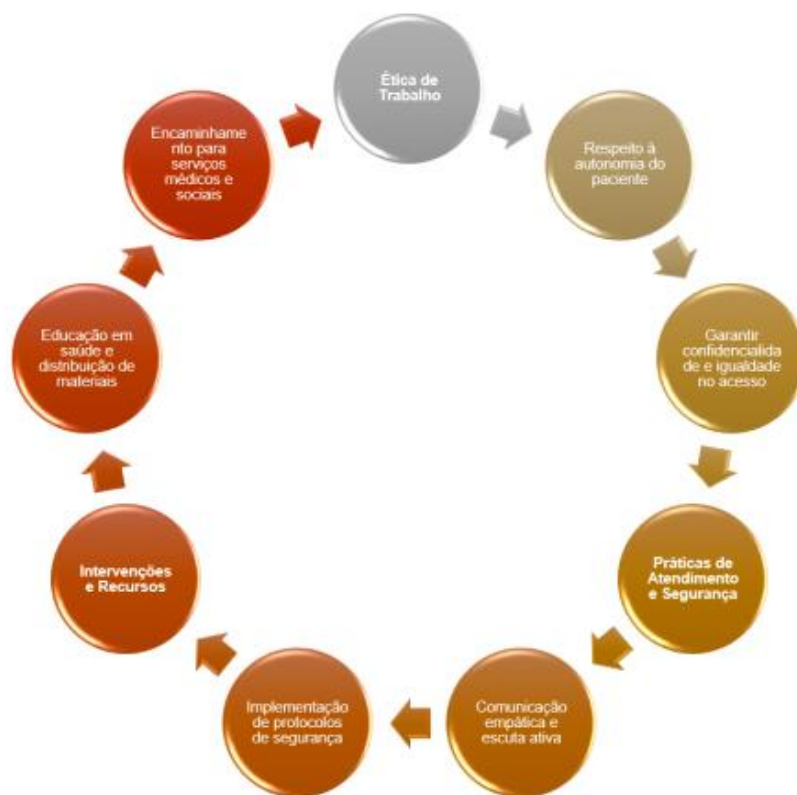
5.3.1 Intervenções de Saúde Pública

Educar os pacientes sobre práticas de saúde é uma parte fundamental da redução de danos. Isso inclui não apenas fornecer informações sobre o uso seguro de substâncias e práticas sexuais, mas também promover o autocuidado geral, como higiene e cuidados preventivos. Distribuir materiais como seringas limpas, preservativos e kits de primeiros socorros não apenas reduz riscos imediatos à saúde, mas também fortalece a confiança e o vínculo entre o paciente e o profissional de saúde.

5.3.2 Encaminhamento e Acesso a Serviços

Parte integrante do trabalho em consultórios de rua é conectar os pacientes aos serviços de que precisam, como cuidados médicos mais especializados, abrigo, assistência social e programas de reabilitação. Isso requer conhecimento da rede de suporte local e habilidades para orientar os pacientes de maneira eficaz, garantindo que recebam o suporte contínuo necessário. Documentar esses encaminhamentos e acompanhar o progresso dos pacientes ajuda a garantir uma continuidade de cuidados eficaz.

Figura 5 - Etapas principais do fluxo de trabalho do redutor de danos do consultório de rua.





6 CONDUTOR/MOTORISTA

Ao assumir o papel de condutor no consultório de rua, você desempenha um papel fundamental no atendimento aos moradores de rua em nossa comunidade. Esta página oferece orientações essenciais para garantir que suas operações sejam eficientes e compassivas.

6.1 CONHECIMENTO DA ROTA E PLANEJAMENTO

Para maximizar a eficiência das visitas, é fundamental conhecer bem as áreas frequentadas pelos moradores de rua. Familiarize-se com as rotas e locais específicos onde as visitas são mais necessárias. Isso não só otimiza o tempo de deslocamento, mas também permite que você chegue aos locais de forma rápida e segura.

Além disso, estabeleça um planejamento claro de horários. Mantenha um cronograma rigoroso de saída e chegada para garantir que todas as visitas sejam cumpridas dentro do tempo planejado. Isso não apenas organiza suas atividades diárias, mas também demonstra compromisso com os moradores de rua que contam com nossos serviços.

6.2 COMPORTAMENTO E COMUNICAÇÃO

O atendimento começa antes mesmo da chegada ao local. Mantenha uma postura empática e respeitosa em todas as interações com os moradores de rua. Reconheça que muitos enfrentam desafios significativos e que sua abordagem pode impactar profundamente a experiência de atendimento.

Durante as visitas, garanta uma comunicação clara e direta. Certifique-se de que todos compreendam as instruções e os propósitos das visitas. Isso inclui explicar os procedimentos a serem realizados, ouvir atentamente as preocupações dos pacientes e fornecer informações sobre os próximos passos no tratamento, se necessário.

6.3 SEGURANÇA E LOGÍSTICA

A segurança pessoal é uma prioridade em qualquer ambiente de trabalho, especialmente ao lidar com situações dinâmicas e variadas como as encontradas no atendimento aos moradores de rua. Mantenha-se vigilante em relação ao ambiente ao seu redor e esteja preparado para lidar com potenciais desafios de segurança de maneira responsável e eficaz.

Organize cuidadosamente o espaço dentro do veículo. Certifique-se de que todos os suprimentos médicos, equipamentos necessários e documentos de pacientes estejam acessíveis e bem organizados. Isso não apenas facilita o atendimento durante as visitas, mas também ajuda a manter um ambiente de trabalho ordenado e eficiente.

Essas orientações são fundamentais para garantir que você desempenhe seu papel de condutor com eficiência e compaixão, contribuindo para o sucesso geral do consultório de rua e para o bem-estar dos moradores de rua atendidos.

6.4 ATENDIMENTO AOS PACIENTES

Um aspecto essencial de seu papel como condutor é manter registros detalhados e precisos de todas as interações com os pacientes. Isso inclui documentar sintomas relatados, tratamentos administrados e quaisquer encaminhamentos necessários para cuidados adicionais. Esses registros não apenas garantem a continuidade do cuidado, mas também são vitais para a avaliação e melhoria contínuas dos serviços prestados.

Colabore estreitamente com outros membros da equipe de saúde do consultório de rua. Seja um elo eficaz entre os profissionais de saúde e os moradores de rua atendidos. Esteja pronto para oferecer suporte adicional conforme necessário, garantindo uma abordagem integrada e holística ao atendimento.

6.5 SENSIBILIDADE CULTURAL E SOCIAL

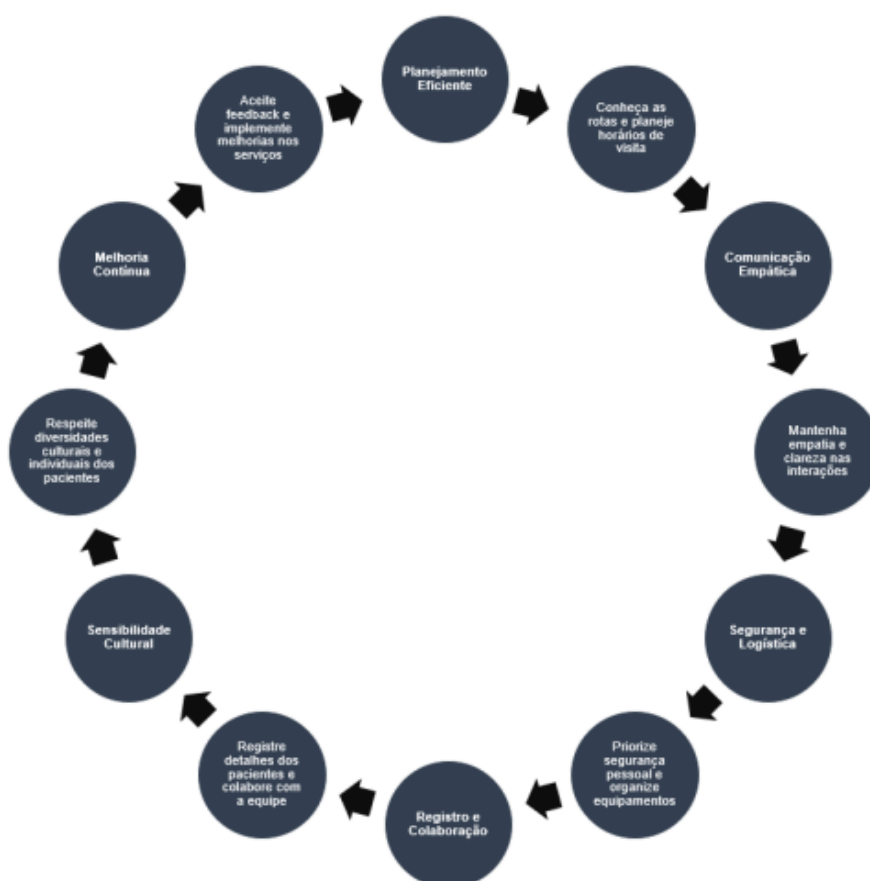
Entenda que cada morador de rua possui uma história única e enfrenta desafios individuais. Esteja aberto e sensível às diferentes culturas, crenças e práticas dos pacientes. Respeite suas preferências individuais durante o atendimento e adapte suas abordagens conforme necessário para melhor atender às suas necessidades específicas.

Reconheça e respeite as circunstâncias complexas enfrentadas pelos moradores de rua, como problemas de saúde mental, dependência de substâncias e desafios sociais. Sua compreensão e empatia podem fazer uma diferença significativa na qualidade do atendimento prestado.

6.6 AVALIAÇÃO CONTÍNUA E MELHORIA

O processo de atendimento não termina após a última visita do dia. Esteja aberto ao feedback da equipe e dos próprios moradores de rua. Use essas informações para identificar áreas de melhoria e implementar mudanças positivas nos serviços oferecidos. A avaliação contínua é essencial para garantir que o consultório de rua continue a atender eficazmente às necessidades da comunidade que serve.

Figura 6 - Etapas principais do fluxo de trabalho do condutor/motorista do consultório de rua.



REFERÊNCIAS

- BRITO, Cláudia; SILVA, Lenir Nascimento da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciencia & saude coletiva**, v. 27, p. 151-160, 2022.
- HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1497-1504, 2015.
- HWANG, Stephen W.; HENDERSON, Melford J. **Health Care Utilization in Homeless People**: Translating Research into Policy and Practice. Agency for Healthcare Research and Quality Working Paper No. 10002, 2010.
- MARTINS, N. B.; CAMARA, G. D. Acesso da população em situação de rua de Porto Alegre à saúde. **Gestão em saúde no Rio Grande do Sul**: casos, análises e práticas [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Evangraf, 2022. v. 4, 200 pp 110-123, 2022.
- MEDEIROS, Cristiane Reis Soares; CAVALCANTE, Pedro. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua-Consultório na rua: barreiras e facilitadores. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 754-768, 2018.
- OLIVEIRA, Micael Almeida de *et al.* O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.
- PIMENTA, Melissa de Mattos. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: Processos de estigmatização e invisibilidade social. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 19, p. 82-104, 2019.
- QUEIROZ, Isabella *et al.* A abordagem da população em situação de rua no sistema único de saúde: uma realidade que precisa ser mudada. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 8230-8243, 2021.
- SALGADO, Rayoni Ralph Silva Pereira. Consultório na rua: uma avaliação da política pública de atendimento em saúde à população em situação de rua com transtornos mentais. **Caderno De Pesquisa Aplicada**, v. 2, n. 1, p. 47-62, 2020.
- VARGAS, Everson Rach; MACERATA, Iacã. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e170, 2018.

5 CONCLUSÕES GERAIS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Conclusões Gerais

É possível concluir que:

- ✓ O perfil sociodemográfico da População em Situação de Rua (PSR) na Região do Vale do Rio Pardo, no Rio Grande do Sul, revela uma maioria com documentos básicos como identidade, CPF, Cartão SUS e certidão de nascimento, embora poucos possuam carteira de trabalho, título de eleitor ou passaporte. A maior parte (66,7%) nasceu na região e 27,3% está em situação de rua há menos de seis meses. Predominam pessoas brancas (45,3%), homens cisgêneros (45,7%) e uma presença menor de mulheres cis (40%), travestis (2,9%) e mulheres transgênero (2,9%). Quanto à escolaridade, se destaca o 6º ano do ensino fundamental como a série mais frequente (18,2%). A maioria (76,4%) está fora do mercado formal de trabalho. Entre aqueles que realizam atividades, 20,8% são catadores, e 10,4% são profissionais do sexo e apenas 7,1% usam Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no trabalho.
- ✓ Foi evidenciado uma prevalência na PSR de 14,9% de indivíduos com HIV, e 46% já tiveram sífilis. As hepatites são menos frequentes, com 2,2% para Hepatite B e 4,4% para Hepatite C. Cerca de 30,3% já fizeram tratamento para tuberculose, e sintomas como tosse (37,2%), perda de peso (28,6%) e diminuição do apetite (20,5%) são relatados.
- ✓ A prevalência do uso de substâncias é expressivo: tabaco (90,5%), álcool (96,6%), maconha (92,9%), cocaína (100%) e crack (100%);
- ✓ A maioria não tem dificuldade de acessar o posto de saúde (90,9%), embora 9,1% relatem dificuldades. Cerca de 47,4% das pessoas em situação de rua já passaram por privação de liberdade.

5.2 Considerações finais

O presente estudo sobre a PSR em Santa Cruz do Sul, revelou uma série de características e diversos desafios enfrentados por essa população que vivem nas ruas do município. Observou-se que as principais características da PSR em Santa Cruz do Sul, incluem o desemprego, a baixa escolaridade e a falta de moradia, fatores esses, que aliados ao consumo de substâncias psicoativas e à instabilidade habitacional, elevam a vulnerabilidade da PSR. Essa condição propicia o aumento das doenças infecciosas, como o HIV, a sífilis, hepatites e a TB, como também, pode complicar a adesão aos tratamentos e aos cuidados de saúde.

A abordagem realizada pelo Consultório na Rua permitiu uma compreensão mais aprofundada das necessidades e barreiras ao acesso a serviços de saúde, destacando a importância de uma atuação mais humanizada, adaptada e integrada.

Observou-se que, para um bom atendimento e para que as intervenções em saúde sejam bem-sucedidas, é necessário que as equipes de saúde adotem uma abordagem sensível, empática e paciente, para que se possa criar vínculos de confiança. Para chamar a atenção e atrair a pessoa em situação de rua é preciso ter um ambiente que respeite as suas realidades, logo, é necessário adaptar métodos de coleta e estratégias de comunicação, com diálogos mais naturais e respeitosos.

As dificuldades logísticas também desempenham um papel importante na realização do trabalho com essa população, tendo em vista que, o acesso a áreas de difícil mobilidade, a segurança da equipe e as condições ambientais impactam diretamente na qualidade das abordagens. Diante disso, é importante garantir uma infraestrutura adequada e ter um planejamento estratégico para melhorar a eficácia das intervenções.

Este estudo ainda ressalta a importância de políticas públicas que não apenas respondam às necessidades imediatas, como alimentação e moradia, mas que integrem os esforços em saúde, assistência social e programas de inclusão para oferecer o suporte contínuo a essa população. Com uma base de conhecimento sobre as particularidades da PSR e da Política Nacional para a PSR, os profissionais estarão mais preparados para a aplicação de práticas de cuidado que sejam mais inclusivas e com um olhar mais humano.

Para a continuidade e ampliação das ações em saúde, recomenda-se uma abordagem mais sistemática e de longo prazo. As campanhas educativas, por exemplo, precisam ser priorizadas, juntamente com o pessoal da redução de danos, abordando temas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, para reduzir os riscos e melhorar a qualidade de vida. O apoio a programas de reintegração social, juntamente com as iniciativas em saúde, que abordem a

prevenção e o tratamento de doenças, é importante para reduzir as desigualdades e promover condições dignas de vida.

As experiências relatadas e os desafios enfrentados durante a coleta de dados, também sublinham a importância das estratégias de escuta ativa e sensibilidade cultural no atendimento. Logo, ao reconhecer as particularidades e a diversidade da PSR, é possível que as intervenções sejam mais apropriadas, respeitadas e tenha melhores resultados.

Dessa forma, é preciso existir um compromisso coletivo entre os serviços de saúde, a assistência social, a sociedade civil e o poder público para poder desenvolver e implementar as políticas públicas que garantam a dignidade, a saúde e o bem-estar da PSR, de forma equitativa e inclusiva.

6 PERSPECTIVAS FUTURAS

As perspectivas futuras para o atendimento à PSR em Santa Cruz do Sul, devem considerar a continuidade da implementação de políticas públicas que possam promover uma melhor qualidade de vida, saúde e inclusão social. Com base nos achados deste estudo, várias direções podem ser seguidas para que ocorra um avanço na assistência e na promoção de saúde da PSR residente no município de Santa Cruz do Sul.

É fundamental a criação e execução de políticas públicas que integrem a saúde, a assistência social e a habitação de forma coesa e articulada. Essas políticas precisam promover estratégias sustentáveis para garantir o acesso a serviços de saúde, educação e moradia, levando em consideração as necessidades específicas da PSR.

O suporte oferecido pelos serviços do consultório de rua e UPAs é importante, mas ainda é limitado para uma parte da PSR. Logo, torna-se necessário aumentar a cobertura e a qualidade desses serviços, garantindo que sejam mais acessíveis, adequados e bem estruturados para atender melhor essa população, principalmente em horários e locais estratégicos.

Diante disso, para otimizar o atendimento e a interação com a PSR, é importante investir na educação e treinamento contínuo dos trabalhadores da saúde, principalmente os que trabalham no Consultório de Rua. Na capacitação é preciso incluir abordagens que desenvolvam a empatia, a escuta ativa e a compreensão das particularidades culturais e sociais da PSR.

Nas visitas, é importante aproveitar o momento para conscientizar a PSR sobre a prevenção de doenças, incluindo as sexualmente transmissíveis. Através de panfletos e entrega de insumos essenciais de prevenção das infecções.

Para reduzir a dependência de substâncias e a instabilidade habitacional, é importante promover programas que incentivem a reintegração da PSR ao mercado de trabalho e à comunidade. Isso inclui treinamentos de qualificação profissional, iniciativas de empreendedorismo e suporte psicológico e social.

As Organizações Não governamentais - ONGs e outras entidades da sociedade civil que já desempenham um papel no suporte à PSR, podem ser parceiras com o setor público, para ampliar os projetos comunitários que atendam às necessidades de saúde, alimentação, habitação e outras áreas essenciais a PSR.

A implementação de novas políticas e programas deve ser acompanhada por um sistema de monitoramento e avaliação. Esse processo é importante para identificar os pontos fortes e as

áreas de melhoria, permitindo ajustes em tempo real para garantir que os resultados desejados sejam alcançados.

Recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos e pesquisas **contínuas** sobre a PSR, para entender melhor as mudanças nas características dessa população, suas necessidades e os desafios enfrentados. Os dados mais atualizados podem fornecer informações mais precisas para a criação de políticas mais adaptativas à realidade dessas pessoas.

Para melhorar o atendimento do Consultório de Rua é necessário que as equipes de saúde tenham acesso a uma infraestrutura que permita a mobilidade e o trabalho em condições seguras, principalmente em horários noturnos. O investimento em transporte, iluminação e segurança para as equipes é fundamental para a realização de um trabalho com uma melhor qualidade.

Nesse contexto, essas perspectivas futuras precisam estar alinhadas a um esforço coletivo que envolva governos, profissionais de saúde, organizações não governamentais e a própria PSR.

7 NOTA À IMPRENSA

Prevalência de Doenças Infecciosas em População em Situação de Rua: Consultório na Rua em Santa Cruz do Sul - RS como Estratégia de Inclusão em Saúde

Uma iniciativa busca combater a tuberculose, sífilis, hepatites e HIV/AIDS, através de ações diretas e de políticas inclusivas.

A População em situação de Rua (PSR) enfrenta uma série de barreiras que dificultam a prevenção e o tratamento de doenças infecciosas, entre elas estão a instabilidade habitacional, o uso de drogas e o acesso limitado aos serviços de saúde. As doenças infecciosas nesta população apontam a tuberculose (TB), sífilis, hepatites virais e HIV/AIDS como mais prevalentes em jovens, mulheres, usuários de drogas, transgêneros e indivíduos com histórico de encarceramento. Os fatores sociais, como o estigma e a discriminação, agravam ainda mais as desigualdades no cuidado. Diante dessa situação, o “Consultório de Rua” desempenha um papel em levar assistência diretamente às ruas, com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas e terapeutas ocupacionais.

Diante deste cenário, uma pesquisa realizada através do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul objetivou analisar a prevalência das doenças infecciosas emergentes na PSR e os desafios das equipes do consultório na rua para garantir o acesso às ações de cuidado à saúde. A pesquisa é resultado da tese da dissertação da Mestre Iama Verdi Lamb, sob orientação da Dra. Jane Dagmar Pollo Renner (UNISC), coorientação da Dra. Lia Gonçalves Possuelo (UNISC).

Dentre os resultados encontrados, foi possível verificar:

- As ações do Consultório na Rua envolvem a distribuição de insumos (preservativos e kits de higiene), rastreamento, vacinação direcionada e tratamento precoce. Com essas ações, as equipes de saúde têm alcançado populações historicamente negligenciadas. As complicações associadas a PSR, como os problemas psicossociais, o uso de álcool e drogas, também são atendidas, fortalecendo a atenção básica por meio de acolhimento humanizado e estratégias de promoção de saúde.

Segundo a Dra. Iama Verdi Lamb, coordenadora do programa em Santa Cruz do Sul.

“O Consultório de Rua é mais do que uma resposta à alta prevalência de doenças infecciosas; é uma ponte para reduzir as desigualdades e garantir que os direitos básicos de saúde sejam respeitados. Isso porque a população em situação de rua

necessita de abordagens que combinem a inclusão social e o acesso efetivo ao cuidado.”

O estudo reforça a importância de políticas públicas direcionadas que incluam as estratégias de estabilidade habitacional, o rastreamento ativo, a vacinação e as intervenções precoces. Mesmo que já existam avanços trazidos pelo Consultório de Rua, a PSR ainda enfrenta desafios de acesso à saúde. Diante disso, é preciso tornar essas intervenções mais robustas para reduzir as desigualdades e promover resultados equitativos em saúde.

Para mais detalhes sobre o estudo e o programa Consultório de Rua, entre em contato com a Dr.^a Iama Verdi Lamb. E-mail: iamaverdi1@gmail.com

Nota:

A seguir é possível visualizar o Consultório de Rua em ação, com profissionais realizando os atendimentos, fazendo a distribuição de insumos e cuidados em saúde à pessoa em situação de rua, em Santa Cruz do Sul. A necessidade de mais imagens está disponível mediante solicitação.



Consultório de Rua em ação.

Fonte: Acervo pessoal de Iama Verdi Lamb

8 RELATÓRIO DE CAMPO

Diário de Campo – Coleta de Dados e Entrevista com Moradores de Rua em Santa Cruz do Sul

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com moradores de rua na cidade de Santa Cruz do Sul, abrangendo diversas áreas e bairros com maior concentração dessa população. As atividades ocorreram no contexto do Programa Consultório de Rua, com início em setembro de 2023, sempre nas quintas-feiras, das 18h às 22h, período escolhido por coincidir com o momento em que há maior presença de pessoas nas ruas e, portanto, maior disponibilidade para interações mais aprofundadas.

A escolha do horário das 18h às 22h foi estratégica, pois este é o período em que a equipe do Consultório de Rua realiza suas abordagens, oferecendo cuidados à saúde da população em situação de rua. As interações durante este período possibilitaram um acompanhamento mais detalhado da dinâmica entre os profissionais de saúde e os atendidos, permitindo uma coleta de dados mais rica e representativa.

No entanto, a coleta de dados enfrentou algumas dificuldades, especialmente no que diz respeito à abordagem da população em situação de rua. Muitas vezes, os moradores de rua demonstraram resistência a entrevistas, seja por desconfiança em relação a pesquisas, seja devido à sobrecarga emocional e ao estigma social que enfrentam. Em muitos casos, foi necessário um tempo significativo para construir a confiança necessária para que as pessoas se sentissem confortáveis em compartilhar suas histórias e experiências. Além disso, a mobilidade dos moradores de rua, que frequentemente mudam de local para se proteger das condições climáticas ou em busca de recursos, tornou o processo de coleta mais desafiador.

Além disso, em 2024, tomei a decisão de me mudar para Porto Alegre, onde iniciei uma nova residência em Medicina Intensiva. Esta mudança trouxe desafios logísticos, pois precisei conciliar os compromissos da nova especialização com o andamento da coleta de dados. No entanto, com o apoio da equipe do Consultório de Rua, consegui manter o acompanhamento das abordagens, adaptando o cronograma de visitas e as entrevistas sempre que necessário.

Outro obstáculo significativo foi o impacto das enchentes de maio de 2024, que afetaram diretamente as cidades da região, incluindo Santa Cruz do Sul. As fortes chuvas e os alagamentos dificultaram o acesso às ruas e causaram o deslocamento de muitos moradores de rua para abrigos temporários ou áreas mais altas da cidade. Esse evento climático não só

prejudicou a logística das abordagens, mas também alterou temporariamente a dinâmica da população atendida, o que exigiu ajustes nas estratégias de coleta de dados.

Apesar dessas dificuldades, a coleta seguiu seu curso, com ajustes nas abordagens e no planejamento, sempre contando com o apoio fundamental da equipe do Consultório de Rua. A colaboração da equipe foi essencial para superar os obstáculos, permitindo que as entrevistas fossem realizadas de forma ética e respeitosa, mesmo diante das adversidades. A experiência de realizar a coleta de dados diretamente nas ruas e interagir com uma população tão vulnerável foi desafiadora, mas também enriquecedora, e contribuiu significativamente para a profundidade e qualidade da pesquisa.

Metodologia

As entrevistas foram conduzidas com base em um questionário estruturado, mas com espaço para flexibilidade, a fim de promover um diálogo mais espontâneo e menos formal. A abordagem inicial buscou estabelecer confiança e respeito, visando criar um ambiente acolhedor.

Observações e Características da Coleta

1. Problemas Encontrados:

Dificuldade de estabelecer vínculos:

Muitos moradores de rua demonstraram desconfiança inicial, provavelmente devido a experiências prévias de preconceito ou exclusão. Esse fator dificultou o início do diálogo e demandou maior sensibilidade e paciência por parte da equipe.

Duração do questionário:

O formato extenso da entrevista se mostrou um desafio, já que manter a atenção e o engajamento dos participantes ao longo do tempo era complicado. Muitos se mostraram impacientes ou dispersos, especialmente em perguntas mais detalhadas ou que exigiam reflexão prolongada.

2. Adaptações Realizadas:

Algumas adaptações foram necessárias para obter informações essenciais, como:

- ✓ O questionário foi parcialmente adaptado durante o processo, com priorização das perguntas mais relevantes para reduzir o tempo total da entrevista.
- ✓ Técnicas de abordagem mais dinâmicas, como relatos curtos e empáticos por parte da equipe, ajudaram a tornar a interação mais fluida.

3. Características dos Participantes:

As pessoas em situação de rua que participaram da pesquisa, possuem uma diversidade de perfis, incluindo indivíduos com histórias de vida marcadas por traumas, rupturas familiares, dependência química e dificuldades econômicas.

Houve uma predominância de resistência inicial, mas, ao longo da interação, alguns participantes demonstraram interesse em compartilhar suas experiências e sentimentos.

4. Dificuldades Logísticas:

Algumas dificuldades de logística foram enfrentadas, como:

- ✓ A mobilidade entre os bairros em horários noturnos, considerando a necessidade de segurança para a equipe.
- ✓ Locais com pouca iluminação e condições climáticas adversas em algumas ocasiões tornaram o ambiente menos favorável.

Reflexões Finais

A experiência reforçou a importância de uma abordagem humanizada e paciente ao lidar com populações em situação de vulnerabilidade. Estabelecer vínculos efetivos demanda tempo, empatia e estratégias que respeitem a individualidade e o contexto de vida dos participantes.

O uso de questionários estruturados, embora importante para a coleta sistemática de dados, pode ser um obstáculo em cenários onde o tempo e a atenção são limitados. A adaptação das ferramentas e o aprimoramento das estratégias de comunicação são passos fundamentais para aumentar a eficácia e o impacto dessas ações.

Recomendações para Próximas Etapas

1. Revisar o questionário para torná-lo mais sucinto e acessível.
2. Promover treinamentos para a equipe sobre técnicas de vínculo e escuta ativa em populações vulneráveis.

3. Garantir condições de logísticas adequadas, como transporte seguro e locais iluminados para as abordagens.
4. Manter o foco em ações contínuas, favorecendo a construção de confiança a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, David C. *et al.* An update on the status of direct testing for *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* for the laboratory diagnosis of syphilis in Canada. *Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada*, v. 9, n. 2, p. 95-103, 2024. <https://doi.org/10.3138/jammi-2023-0032>
- AGÊNCIA BRASIL. *Uma pessoa morre por minuto no mundo por causas relacionadas à aids*. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-07/uma-pessoa-morre-por-minuto-no-mundo-por-causas-relacionadas-aids>. Acesso em: 07 maio 2025.
- ANDRADE, Andrea Costa de; PALHETA, Rosiane Pinheiro. *Pesquisa em saúde em tempos de crise sanitária*. 1. ed. Curitiba: Appris, 2022.
- ABOUELENEN, Shahd; KUMAR, Kiran. A Case of Latent Syphilis in Early Pregnancy: An Incidental Finding at Seven Weeks Gestation. *Cureus*, v. 16, n. 12, 2024. DOI: 10.7759/cureus.76627
- ANTONIOU, Tony *et al.* Accessing hepatitis C direct acting antivirals among people living with hepatitis C: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, v. 22, n. 1, p. 112, 2023. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01924-4>
- ABUBAKAR, Ramatu *et al.* Immunologic and Radiographic Status in Newly Diagnosed Adults with Human Immunodeficiency Viral Infection at a General Outpatient Clinic of a Tertiary Hospital, North-west, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, v. 33, n. 3, p. 213-216, 2024. DOI: 10.4103/NJM.NJM_80_24
- ARSYAD, M. Hatadi *et al.* Knowing and Understanding the Tuberculosis (Tb) Disease of the Lung (Literature Review). *International Journal of Natural Science Studies and Development (IJOSS)*, v. 1, n. 2, p. 56-85, 2024. <https://doi.org/10.55299/ijoss.v1i2.15>
- AHMED, Sirwan Khalid *et al.* Antimicrobial resistance: Impacts, challenges, and future prospects. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, v. 2, p. 100081, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100081>
- BRAGA, Natália Tavares; BRITO, Lucas Soares; GARCIA, João Batista Santos. Pessoas em situação de rua e sua vulnerabilidade à dor, depressão e sono: revisão narrativa. *BrJP*, v. 7, p. e20240042, 2024. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240042-pt>
- BORGES, Diogo Gontijo *et al.* Infecções sexualmente transmissíveis e vulnerabilidade de pessoas em situação de rua: um desafio na saúde. *Caderno Pedagógico*, v. 21, n. 13, p. e11429-e11429, 2024. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n13-024>
- BRASIL. *Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/brasil-2050-os-desafios-de-uma-nacao-que-envelhece> . Acesso em: 05 jul. 2024.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- 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, 23 dez.

2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. Ministério dos direitos humanos e da cidadania. *MDHC lança Operação Inverno Acolhedor em Curitiba*: iniciativa vai atender população de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/operacao-inverno-acolhedor-e-lancada-em-curitiba-iniciativa-do-mdhc-objetiva-atender-populacao-de-rua-durante-o-inverno>. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. *O que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv>. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 25 jan. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 21 out. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sífilis 2024*. Boletim Epidemiológico. 2024c. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. *Brasil registra menor mortalidade por aids da série histórica*. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/brasil-registra-menor-mortalidade-por-aids-da-serie-historica#:~:text=A%20elimina%C3%A7%C3%A3o%20da%20aids%20como,situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20maior%20vulnerabilidade%20social>. Acesso em: 07 maio 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. *Hepatites Virais 2024*. Boletim epidemiológico. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2024/view>. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Legislação Informatizada - *lei nº 14.821*, de 16 de janeiro de 2024 - Publicação Original. 2024d. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14821-16-janeiro-2024-795258-publicacaooriginal-170865-pl.html>. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. *Tuberculose 2024*. Boletim Epidemiológico. 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view>. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. *Sigamos o caminho dos direitos: minha saúde, meu direito!*: 01/12 – Dia Mundial da Aids. 2025. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/sigamos-o-caminho-dos-direitos-minha-saude-meu-direito-01-12-dia-mundial-da-aids/>. Acesso em: 07 maio 2025.

BRASIL. *Encontrar os milhões que faltam*: Dia Mundial da Hepatite 2020. 2025. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/encontrar-os-milhoes-que-faltam-dia-mundial-da-hepatite-2020/>. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. *Ministérios definem reserva de unidades do Minha Casa, Minha Vida para pessoas em situação de rua*. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2025/abril/ministerios-definem-reserva-de-unidades-do-minha-casa-minha-vida-para-pessoas-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. *Moradia Primeiro*. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/acoes-e-programas/moradia-primeiro>. Acesso em: 13 ago. 2025.

BARROS, Cleiciane Vieira de Lima *et al.* Bio-behavioral survey of syphilis in homeless men in Central Brazil: a cross-sectional study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 6, p. e00033317, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00033317>

BARROS, Anna Luiza Viana; DE CASTRO, Silvia Paschoalini Azalim; MAGALHÃES, Claudia Gonçalves. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados com tuberculose no Hospital Regional João Penido no ano de 2022. *Research, Society and Development*, v. 14, n. 1, p. e7514148066-e7514148066, 2025. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i1.48066>

BALÇA, Madalena. *O Governo do Canadá está preocupado com os sem-abrigo e com a habitação a preços acessíveis* – Shiraz M. Keushgerian [internet]. Milénio Stadium, 21 jul. 2023. Disponível em: <https://mileniostadium.com/temas-de-capa/o-governo-do-canada-esta-preocupado-com-os-sem-abrigo-e-com-a-habitacao-a-precos-acessiveis-shiraz-m-keushgerian/>. Acesso em: 26 dez. 2024.

CAMPOS, Dalvan Antonio de; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. ‘Eu nem penso em saúde’: as implicações das construções de masculinidades na saúde dos homens em situação de rua de Florianópolis-SC. *Saúde em Debate*, v. 49, p. e9061, 2025. <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449061P>

CASTRO, Hernany Gomes de; ROCHA, Emerson Ferreira. Situação de rua, vínculos sociais e as políticas públicas de saúde e de assistência social. *Serviço Social & Sociedade*, v. 147, n. 2, p. e-6628406, 2024. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.406>

CRUZ, Elaine Patrícia. *Aumenta em 25% o número de pessoas em situação de rua no país*. 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2025-01/aumenta-em-25-o-numero-de-pessoas-em-situacao-de-rua-no-pais>. Acesso em: 06 maio 2025.

- COSTA, Adriano Henrique Caetano *et al.* Homens que fazem sexo com homens negociando prazer e prevenção a partir da profilaxia pré-exposição ao HIV. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, p. e15242023, 2025. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.15242023>
- CONTI, Jennifer *et al.* Innovative Approaches to Engaging Homeless and Marginally Housed Patients in Care: a Case Study of Hepatitis C. *Journal of General Internal Medicine*, v. 38, n. 1, p. 156-164, 2023. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07708-w>.
- CHEN, Yangyang. Syphilis and advancements in its treatment. *Theoretical and Natural Science*, v. 32, p. 1-9, 2024. <https://doi.org/10.54254/2753-8818/32/20240644>
- CASTELLO, Isabella Soares; NERY, Joilda Silva; SILVA, Simone Santana. Tuberculosis in homeless brazilian women: gender analysis in health. *Práticas e Cuidados: Revista de Saúde Coletiva*, Salvador, v.3, n.e14206, p.1-19, 2022.
- DOS SANTOS, Ciro Moisés Oliveira Vieira *et al.* Entre Ruas e Histórias: projeto terapêutico singular na atenção à população em situação de rua. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 8, n. 1, p. e77940-e77940, 2025. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/77940/54055>. Acesso em: 06 maio 2025.
- DANTAS, Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela *et al.* Transformando práticas em modelo: caminhos para uma Rede de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, p. e03102024, 2025. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.03102024>
- DE SOUSA GONTIJO, Andréa Stella *et al.* Estudo epidemiológico de pacientes com vírus da imunodeficiência humana em Minas Gerais. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 8, n. 1, p. e76750-e76750, 2025. <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n1-145>
- DE SOUZA, Érica Motta Moreira *et al.* Hepatites virais no Brasil: uma revisão sobre história, epidemiologia e atuação do enfermeiro. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 8, p. 1234-1244, 2024. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/2204/3067>. Acesso em: 10 maio 2025.
- DE LIMA, Sabrina Karolaine Araújo Sousa; SAKAMOTO, Tetsu. Evolutionary History of *Treponema pallidum* subsp. *pertenue*: Insights into Host Ancestry and Cross-Species Transmission. *bioRxiv*, p. 2025.02. 25.640066, 2025. doi: <https://doi.org/10.1101/2025.02.25.640066>
- DIOLINO, Matheus Messias *et al.* Análise ecológica da incidência de AIDS e fatores de risco associados em Araguari-MG: um estudo com dados do DATASUS (2014-2023). *Brazilian Journal of Health Review*, v. 8, n. 2, p. e78612-e78612, 2025. <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n2-166>
- DA SILVA MALDONADO, Aglin Daiara Passarelli *et al.* Vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV): uma revisão sistemática da literatura. *Observatório de la economía latinoamericana*, v. 22, n. 5, p. e4670-e4670, 2024. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/4670/3094>. Acesso em: 10 maio 2025.
- ESPAÑA. *Estrategia Nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030*. Madrid, ES: Ministerio de Derechos Sociales, Consumo, 2023. Disponível em: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/ENPSH2023-2030.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2024.

ENGLAND. *Homelessness: applying All Our Health*. London, UK: Public Health, 2019. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/homelessness-applying-all-our-health/homelessness-applying-all-our-health>. Acesso em: 05 jul. 2024.

FRAGA, Priscilla Victória Rodrigues; MODENA, Celina Maria; SILVA, Paloma Ferreira Coelho. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. *Saúde em Debate*, v. 48, p. e8963, 2024. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241438963P>

FRAGA, Priscilla Victória Rodrigues et al. Entre as ruas e a RAPS: Revisão integrativa sobre acesso das pessoas em situação de rua aos Serviços de Saúde Mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, p. e07752024, 2025. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.07752024>

FONTE, Vinícius Rodrigues Fernandes da et al. Enfrentamento da sífilis em Pessoas Vivendo em Situação de Rua: relato de experiência. *Saúde em Debate*, v. 49, p. e9237, 2025. <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449237P>

FERNANDES, Márcia Astrês et al. Ideação suicida, uso de substâncias psicoativas e sofrimento mental entre a população em situação de rua de um município brasileiro. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, v. 20, 2024. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2024.214319>

FENG, Gang; JIANG, Hongyu; CHEN, Ying. Efficacy of Xpert MTB/RIF assay in detecting Mycobacterium tuberculosis in samples with different results by smear and culture in a coastal city with high incidence of tuberculosis. *BMC Infectious Diseases*, v. 25, n. 1, p. 55, 2025. <https://doi.org/10.1186/s12879-025-10446-z>

GONTIJO, Thiago Gomes et al. População em situação de rua: fatores para utilização dos serviços de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 37, p. eAPE0000186, 2024. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000186>

GADDINI, Pedro Luis Valeiras et al. Prevalência de sífilis, hiv, hepatites bec em moradores em situação de rua, Santos, SP. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 27, p. 103237, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103237>

GUPTA, Priyansh; SETHY, Madhusmita; THAKUR, Vishal. Annular syphilis: atypical secondary syphilis. *QJM: An International Journal of Medicine*, v. 117, n. 5, p. 364-365, 2024. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcad283>

GIOS, Lorenzo et al. A multi-country comparative study of two treponemal tests for the serodiagnosis of syphilis amongst men who have sex with men (MSM): Chemo-luminescent assay vs Treponema pallidum particle agglutination assay. *BMC Infectious Diseases*, v. 24, n. Suppl 1, p. 313, 2024. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09100-x>

GRAY, Adam et al. Diagnosis and management of tuberculosis infection in inclusion health populations in London. *BMC Infectious Diseases*, v. 24, n. 1, p. 252, 2024. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09132-3>

HICKEY, Matthew D. et al. HIV treatment outcomes in POP-UP: drop-in HIV primary care model for people experiencing homelessness. *The Journal of Infectious Diseases*, v. 226, n. Supplement_3, p. S353-S362, 2022. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac267>

HWANG, Stephen W.; HENDERSON, Melford J. Health Care Utilization in Homeless People: Translating Research into Policy and Practice. *Agency for Healthcare Research and Quality Working Paper*, n. 10002, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil. Brasília, DF: IPEA, 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil>. Acesso em: 05 jul. 2024.

JAISWAL, Arun Kumar et al. The Critical Role of Penicillin in Syphilis Treatment and Emerging Resistance Challenges. *Diseases*, v. 13, n. 2, p. 41, 2025. <https://doi.org/10.3390/diseases13020041>

LEITE, Felipe Tanaka *et al.* Utilização da rede de atenção psicossocial de Ribeirão Preto pela população em situação de rua. *Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação*, v. 5, n. 2, p. 20-32, 2024. Disponível em: <https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/csc/article/view/834>. Acesso em: 06 maio 2025.

LEITE, Beo Oliveira *et al.* Prevenção do HIV e discriminação de gênero entre adolescentes travestis e mulheres trans em três capitais do Brasil no período 2019-2023. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 33, p. e2024321, 2025. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024321.especial.pt>

LUBE, Barbara Hellen Felipe; SATHLER, Conrado Neves; DE LOURDES DUTRA, Maria. Mapa conceitual para uma introdução cartográfica: Pessoa em situação de rua em Dourados-MS: HOMELESS PERSON IN DOURADOS-MS. *Revista PsiPorã*, v. 1, n. 1, p. 107-129, 2024. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/psipora/article/view/17050/10130>. Acesso em: 06 maio 2025.

LIMA, Ingrid Souza; RODRIGUES, Rafael Coelho; RABELO, Dóris Firmino. Mulheres em situação de rua: um estudo sobre vulnerabilidades social, racial e de gênero: um estudo sobre vulnerabilidades social, racial e de gênero. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 15, n. 46, p. 60-83, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/81341>. Acesso em: 07 maio 2025.

LOPES, Livia Maria *et al.* Vulnerability factors associated with HIV/AIDS hospitalizations: A case-control study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 3, p. e20180979, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0979>

LIU, C. Y.; CHAI, S. J.; WATT, J. P. Communicable disease among people experiencing homelessness in California. *Epidemiology & Infection*, v. 148, p. 1-10, 2020.

LERMEN, Gustavo Haas *et al.* Analysis of monitored cases of acquired syphilis in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, v. 31, n. 2, p. 45-49, 2019. Disponível em: <https://bjstd.org/revista/article/view/849/751>. Acesso em: 05 jul. 2024.

LV, Hengliang et al. Global prevalence and burden of multidrug-resistant tuberculosis from 1990 to 2019. *BMC infectious diseases*, v. 24, n. 1, p. 243, 2024. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09079-5>

MACEDO, Anabyhacya de Azevedo Araújo; MACEDO, Paulo Azevedo; LELIS, Henrique Rodrigues. O direito fundamental à saúde. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 11, n. 1, p. 1650-1661, 2025. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/17925/10271>. Acesso em: 06 maio 2025.

MACEDO, Felipe Aparecido Vendrame; SPEÇATO, Layla Graciano; DOS SANTOS, Aliny Lima. A atuação do consultório na rua quanto ao acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde: uma revisão literária. *Conjecturas*, v. 21, n. 3, p. 663-680, 2021.

MARTINS, Cristina Langkammer; BASSICHETTO, Katia Cristina; VERAS, Maria ASM. Aceitabilidade e conclusão dos esquemas vacinais indicados para mulheres trans e travestis na cidade de São Paulo: estudo transversal, 2019-2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 33, p. e2024341, 2025. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024341.especial.pt>

MARTINS, Vitor José *et al.* Análise clínica-epidemiológica dos casos notificados de coinfeção de Tuberculose por HIV em Minas Gerais, Brasil em 2023: Uma análise transversal com dados do DataSUS: A cross-sectional analysis with DataSUS data. *Journal of Medical and Biosciences Research*, v. 2, n. 1, p. 717-733, 2025. <https://doi.org/10.70164/jmbr.v2i1.509>

MORCERF, Cely Carolyne Pontes *et al.* Medicina de família e comunidade e o trabalho com populações negligenciadas: desafios e oportunidades no cuidado aos invisíveis. *LUMEN ET VIRTUS*, v. 15, n. 41, p. 6304-6314, 2024. <https://doi.org/10.56238/levv15n41-100>

MARTINS, Lucas *et al.* A importância da atenção primária às condições de saúde das pessoas em situação de rua no Brasil: uma revisão narrativa. *Brazilian Medical Students*, v. 9, n. 13, 2024. Disponível em: <https://bms.ifmsabrazil.org/bms/article/view/629>. Acesso em: 06 maio 2025.

MORAES, Laura Franco Urso Beraldo *et al.* Impactos da coinfeção de HIV e tuberculose na população brasileira. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 9, p. 3911-3925, 2024. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p3911-3925>

MARZIALI, Megan E. *et al.* Housing matters: The long-term impact of stable housing on mortality among people with HIV in British Columbia, Canada. *Social Science & Medicine*, p. 117713, 2025. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117713>

MUELLER, Alexandra K. *et al.* Homelessness and the association with future substance use and STI/HIV risk behaviors among urban gay, bisexual, and other men who have sex with men (MSM): a longitudinal analysis. *Journal of Social Distress and Homelessness*, v. 33, n. 2, p. 403-412, 2024. <https://doi.org/10.1080/10530789.2023.2220530>

MEHTA, Parth; REDDIVARI, Anil Kumar Reddy. Hepatitis. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554549/>. Acesso em: 05 jul. 2024.

MARTYN, Emily *et al.* The forgotten people: Hepatitis B virus (HBV) infection as a priority for the inclusion health agenda. *Elife*, v. 12, p. e81070, 2023. Disponível em: <https://elifesciences.org/articles/81070>. Acesso em: 05 jul. 2024.

MARMÉ, Heloísa Rodrigues *et al.* EP-116-perfil epidemiológico das internações por hepatite b aguda no Brasil: um estudo ecológico (2014-2023). *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 28, p. 104040, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104040>

MALONEY, Brian; HEALY, Claire M. Oral syphilis-the great imitator: a series of six cases. *British Dental Journal*, v. 237, n. 7, p. 543-549, 2024. <https://doi.org/10.1038/s41415-024-7891-9>

MIAO, Patrick *et al.* Ignored and undervalued in public health: a systematic review of health state utility values associated with syphilis infection. *Health and quality of life outcomes*, v. 22, n. 1, p. 17, 2024. <https://doi.org/10.1186/s12955-024-02234-1>

MICHEL, Isabela Klett; MICHEL, Ricardo Klett. Perfil epidemiológico da coinfeção de HIV e tuberculose no Rio Grande do Sul nos últimos 5 anos. 2024. Disponível em:

https://sistema.editorapasteur.com.br/uploads/pdf/publications_chapter/PERFIL%20EPIDEM IOL%C3%93GICO%20DA%20COINFEC%C3%87%C3%83O%20DE%20HIV%20E%20TUBERCULOSE%20NO%20RIO%20GRANDE%20DO%20SUL%20NOS%20%C3%9ALT I MOS%205%20ANOS-b788f20f-f459-4a01-ba99-33034a5d29fc.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

MEDEIROS, Cristiane Reis Soares; CAVALCANTE, Pedro. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua-Consultório na rua: barreiras e facilitadores. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 3, p. 754-768, 2018. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170946>

NARDES, Scarleth *et al.* Saúde e políticas públicas: demandas da população em situação de rua. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 35, n. 02, 2024. Disponível em: <https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/1527/700>. Acesso em: 06 maio 2025.

NGUYEN, Thu-Anh *et al.* Population-wide active case finding as a strategy to end TB. *The Lancet Regional Health–Western Pacific*, 2024. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2024.101047

NUGROHO, Kharisma Bimo Cahya; SASANTI, Ratri Ridha. A Comprehensive Literature Review of Mycobacterium tuberculosis Drug Resistance. *The International Journal of Medical Science and Health Research*, v. 10, n. 6, p. 1-45, 2025. <https://doi.org/10.3390/metabo14010063>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Constituição da Organização Mundial de Saúde*. Genebra: OMS, 1946.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *HIV/AIDS*. 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids#:~:text=O%20HIV%20continua%20sendo%20um,d e%20mortes%20at%C3%A9%20o%20momento>. Acesso em: 07 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *OPAS pede aos países que acelerem as ações para acabar com a tuberculose*. 2023b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/24-3-2023-opas-pede-aos-paises-que-acelerem-aco-es-para-acabar-com-tuberculose>. Acesso em: 12 maio 2025.

OLLERO, Mar JF *et al.* Drug Addiction in Gay and Bisexual Men Living with HIV Engaged in Sexualized Drug Use: Recent Drug Use, Polydrug and Depressive Symptoms as Predictors. *AIDS and Behavior*, p. 1-12, 2025.

OLIVEIRA, Talita M. *et al.* Recent trends in hepatitis A incidence in Brazil. *Journal of Medical Virology*, v. 92, n. 8, p. 1343-1349, 2020. <https://doi.org/10.1002/jmv.25694>

PEREIRA, Aline Gonçalves *et al.* Atenção à Saúde para quem (con) vive nas sombras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 11, p. e04182024, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.04182024>

PAIXÃO, Enny S. *et al.* Syphilis Exposure During Pregnancy and Childhood Hospital Admissions in Brazil. *JAMA Network Open*, v. 8, n. 4, p. e257471-e257471, 2025. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.7471

PEREIRA, Sibele Pereira *et al.* Prevalência do vírus HIV em gestantes no estado da Paraíba (2020-2024). *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, v. 21, n. 61, p. 117-139, 2025. Disponível em:

<https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/6481>. Acesso em: 07 maio 2025.

PAVINATI, Gabriel *et al.* Entraves e possibilidades na garantia do tratamento da tuberculose para as pessoas em situação de rua: revisão sistemática e metassíntese. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 29, p. e240499, 2025.

<https://doi.org/10.1590/interface.240499>

PIRAN, Camila Moraes Garollo *et al.* O HIV/aids como pauta dos diálogos familiares entre adolescentes e país. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 47, 2024.

<http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i47.59231>

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS – UNAIDS.

Prevenção do VIH 2025: No rumo certo para acabar com a SIDA como ameaça à saúde pública até 2030. 2025. Disponível em:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-2025-roadmap_pt.pdf.

Acesso em: 06 maio 2025.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS – UNAIDS. *Take the rights path to end AIDS.* 2024. Disponível em:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/take-the-rights-path-to-end-aids_en.pdf. Acesso em: 06 maio 2025.

PODER SAÚDE. Sem ajuda dos EUA, ONU aponta risco de 2.000 casos de HIV por dia. 2025. Disponível em:

<https://www.poder360.com.br/poder-saude/onu-aponta-risco-de-2-000-casos-de-hiv-por-dia-apos-fim-de-ajuda-dos-eua/>. Acesso em: 07 maio 2025.

PAOLI, Juliana de *et al.* HBV epidemiology and genetic diversity in an area of high prevalence of hepatitis B in southern Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 22, n. 4, p. 294-304, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.06.006>

PRICE, Cody; NGUYEN, Andrew D. Latent tuberculosis. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing, 2024. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599527/>. Acesso em: 12 maio 2025

RIBEIRO, Victória Silva Midlej *et al.* Um projeto de extensão sobre a importância de atividades de lazer, relações interpessoais e higiene pessoal para utentes de uma unidade institucional de acolhimento provisório à pessoas em situação de rua: relato de experiência. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 12, p. e6961-e6961, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/6961/4965>. Acesso em: 06 maio 2025.

RIBEIRO, Daniel Henrique Almeida; MARQUES, Isabela Silva; VASCONCELLOS, Thiago Henrique Ferreira. Observação participante sobre a assistência à pessoa em situação de rua na urgência e emergência: Relato de experiência na UPA de Patos de Minas/MG. *Scientia Generalis*, v. 6, n. 1, p. 181-188, 2025. Disponível em:

<https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/678/522>. Acesso em: 06 maio 2025.

RIO GRANDE DO SUL – RS. Decreto nº 55913, de 31 de maio de 2021. Institui Política Estadual para a População em Situação de Rua. *Diário Oficial do Estado*: nº 111, Porto Alegre, 1 jun. 2021. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rs/decreto-n-55913-2021-rio->

[grande-do-sul-institui-politica-estadual-para-a-populacao-em-situacao-de-rua](#). Acesso em: 05 jul. 2024.

RIO GRANDE DO SUL – RS. *PopRua RS*: governo lança programa para atender população em situação de rua de cinco municípios. Porto Alegre: RS, 2020. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/poprua-rs-governo-lanca-programa-para-atender-populacao-em-situacao-de-rua-de-cinco-municipios#:~:text=Dentre%20os%20principais%20resultados%20esperados,a%20espa%C3%A7o%20com%20padr%C3%B5es%20de>. Acesso em: 27 dez. 2024.

ROSA, Priscila Braga *et al.* Spatial distribution and incidence of HIV/AIDS cases in Santa Cruz do Sul, state of Rio Grande do Sul, 2001 to 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 3, p. e2022323, 2022. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300020>

SOARES, Fernanda Jéssica Correia *et al.* EP-468-Tuberculose na população em situação de rua nos anos de 2018-2023: Perfil epidemiológico. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 28, p. 104364, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104364>

SANTOS, Beatriz Almeida *et al.* Vigilância da coinfeção TB-HIV no Brasil: uma abordagem temporal e espacial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 27, p. e240037, 2024. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240037.2>

SANTOS, Andresa Cristine Estrella dos *et al.* Analysis and comparison of tuberculosis treatment outcomes in the homeless population and in the general population of Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, 2021. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200178>

SILVA, Vitória Lopes de Castro *et al.* Fatores associados à coinfeção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em públicos em situação de vulnerabilidade. *Cogitare Enfermagem*, v. 30, p. e93144, 2025. <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.93144>

SILVEIRA, Daniel. *Censo 2022*: população que vive nas ruas segue invisível nas estatísticas oficiais do país. Rio de Janeiro: G1, 5 jan. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2023/01/05/censo-2022-populacao-que-vive-nas-ruas-segue-invisivel-nas-estatisticas-oficiais-do-pais.ghtml>. Acesso em: 27 dez. 2024.

SOUSA, Francisco Annielton Borges *et al.* Saúde da pessoa em situação de rua: retratos psicossociais da vida. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 23, n. 01, 2024. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1742/890>. Acesso em: 06 maio 2025.

SOUSA, Laryssa Fialho de Oliveira *et al.* Mortalidade por hepatites no Brasil e regiões, 2001–2020: tendência temporal e análise espacial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 26, p. e230029, 2023. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230029.2>

SALOMÈ, Serena *et al.* Congenital Syphilis: A Re-Emerging but Preventable Infection. *Pathogens*, v. 13, n. 6, p. 481, 2024. <https://doi.org/10.3390/pathogens13060481>

SATYAPUTRA, Ferris *et al.* The laboratory diagnosis of syphilis. *Journal of clinical microbiology*, v. 59, n. 10, p. 10.1128/jcm.00100-21, 2021. <https://doi.org/10.1128/jcm.00100-21>

SEGALA, Francesco Vladimiro *et al.* Prevalence of sexually transmitted infections and predictors for loss to follow up among marginalized homeless and migrant communities: a cross-sectional study. *Annals of Global Health*, v. 90, n. 1, p. 25, 2024. doi: [10.5334/aogh.4388](https://doi.org/10.5334/aogh.4388)

STANIKZAI, Ashraf Ullah. Performance Evaluation, Comparison and Degree of Effectiveness of Five Different Techniques for Detection and Isolation of Mycobacterium Tuberculosis. *Optimum Science Journal*, 2025. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15119106>

SINGHA, Biplab et al. Metabolic rewiring of Mycobacterium tuberculosis upon drug treatment and antibiotics resistance. *Metabolites*, v. 14, n. 1, p. 63, 2024. <https://doi.org/10.3390/metabo14010063>

SALGADO, Rayoni Ralph Silva Pereira. Consultório na rua: uma avaliação da política pública de atendimento em saúde à população em situação de rua com transtornos mentais. *Caderno De Pesquisa Aplicada*, v. 2, n. 1, p. 47-62, 2020.

TAHA, Gadeer; EZRA, Levy; ABU-FREHA, Naim. Hepatitis C Elimination: Opportunities and Challenges in 2023. *Viruses*, v. 15, n. 7, p. 1413, 2023. <https://doi.org/10.3390/v15071413>

THUMS, Marianna Avila *et al.* Oral manifestations of syphilis: an epidemiological study in southern Brazil. *Australian Dental Journal*, v. 66, n. 3, p. 289-294, 2021. <https://doi.org/10.1111/adj.12834>

TALHARI, Carolina *et al.* Acquired syphilis: update on clinical, diagnostic and therapeutic aspects*. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2025. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.11.002>

TALLURI RAMESHWARI, K. R. *et al.* A Detailed overview of extra pulmonary tuberculosis pathophysiology and its diagnostic methods. *Cahiers magellanes-NS*, v. 6, n. 2, p. 2983-3015, 2024. DOI 10.6084/m9.figshare.2631062

TORRES, Aline Arrussul *et al.* *Protocolo de enfermagem tuberculose*. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre, 2025. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/5587_ce_527598_1.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

VELLOZA, Jennifer *et al.* A Review of Implementation Strategies to Enhance PrEP Delivery for People Experiencing Housing Insecurity: Advancing a Multifaceted High-Touch, Low-Barrier Approach. *Current HIV/AIDS Reports*, v. 22, n. 1, p. 4, 2025. <https://doi.org/10.1007/s11904-024-00714-z>

VOHRA, Shekhar; DHALIWAL, Harpal S. Miliary tuberculosis. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562300/>. Acesso em: 12 maio 2025.

WAYMACK, James R.; SUNDARESHAN, Vidya. *Acquired immune deficiency syndrome*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537293/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

WORD HEALTH ORGANIZATION. WHO. *HIV e Aids*. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. Acesso em: 07 maio 2025.

WORD HEALTH ORGANIZATION. WHO. *Tuberculose*. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>. Acesso em: 12 maio 2025.

WESTIN, Ricardo. *AIDS chegou ao Brasil há 40 anos e trouxe terror, preconceito e desinformação*. Brasília: Senado Notícias, 2 jun. 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/aids-chegou-ao-brasil-ha-40-anos-e-trouxe-terror-preconceito-e-desinformacao>. Acesso em: 27 dez. 2024.

WU, Meng Yin *et al.* Using circulating microbial cell-free DNA to identify persistent *Treponema pallidum* infection in serofast syphilis patients. *Iscience*, v. 27, n. 4, 2024. DOI: 10.1016/j.isci.2024.109399

XIMENES, Verônica Morais *et al.* Pobreza e condições de trabalho para pessoas em situação de rua: desafios para as políticas sociais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 29, n. 3, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/epsic/article/view/24855/1620>. Acesso em: 06 maio 2025.

YAMASHIRO, AMY; MCLAUGHLIN, John. *Early Childhood Homelessness State Profiles: 2013-14 to 2017-18*. Washington, DC: U.S. Department of Education, 2020. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED609092.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2024.

ZHENG, Yang *et al.* Syphilis epidemic among men who have sex with men: A global systematic review and meta-analysis of prevalence, incidence, and associated factors. *Journal of global health*, v. 14, p. 04004, 2024. doi: [10.7189/jogh.14.04004](https://doi.org/10.7189/jogh.14.04004)

ZHOU, Shiwei; CHANDERRAJ, Rishi. What is syphilis? *Jama*, v. 329, n. 19, p. 1710-1710, 2023. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2804366>. Acesso em: 10 maio 2025.

ZUIM, Regina Célia Brazolino; DE ALMEIDA, Jacqueline Ramos; SOEIRO, Ivo. Casos de tuberculose, cura e interrupção de tratamento na População em Situação de Rua, no estado do Rio de Janeiro, de 2016 a 2021: um estudo descritivo com base nos dados de vigilância: Casos de tuberculose na População em Situação de Rua, estado do Rio de Janeiro, 2016 a 2021. *REPIS (Revista Educação, Pesquisa e Informação em Saúde)*, p. 0356-0356, 2025. Disponível em: <https://repis.saude.rj.gov.br/repis/article/view/56/56>. Acesso em: 06 maio 2025.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Entrevista população em situação de rua/ moradores de rua

Esse questionário é o de número: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Hora: _____

Iniciais do(a) Entrevistador(a): _____

Participante aceitou coletar todos os exames? () Não () Sim

Caso não tenha aceitado, sinalizar qual exame se recusou: () HIV () Sífilis () Hepatite B () Hepatite C

Tem indicação realizar de coleta de escarro () Não () Sim

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE

Antes de iniciar a entrevista, perguntar se a pessoa tem algum documento no momento e, caso tenha, preencher os dados da identificação conforme documento, exceto a pergunta 1. Atentar para o nome social.

1. Qual é o seu nome? _____

2. Esse é o mesmo nome do seu documento? () Não () Sim

2.1. Se não, qual o seu nome completo (de registro)?

3. Você tem apelido ou é conhecido(a) por algum outro nome na rua?

() Não () Sim () Não deseja responder

3.1. Se sim, qual? Especificar: _____

4. Você possui algum desses documentos? [mesmo que não esteja em mãos - pode marcar mais de uma opção]

() Certidão de nascimento () Identidade (RG) () Cartão SUS () CPF

() Carteira de trabalho () Título de eleitor () Carteira de reservista () Passaporte () Número de Identificação Social - NIS () Outro _____ () Não possui () Não sabe/Não deseja responder

4.1. Você está com algum desses documentos em mãos no momento?

() Não () Sim

5. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____ () Não lembra/Não deseja responder

5.1. Quantos anos você tem? _____

6. Onde você nasceu?

() Santa Cruz do Sul () Interior de Santa Cruz do Sul () Outros municípios

() Outro estado () outro país () Não sabe/não deseja responder

7. Qual o nome da sua mãe? _____
☐ Não lembra/Não deseja responder ☐ Sem registro

8. Qual o nome do seu pai? [caso o nome da mãe não seja respondido]

☐ Não lembra/Não deseja responder ☐ Sem registro

Preencher numeração com documento ou referido:

OBS: Caso não possua ou não lembre algum dos números acima, usar apenas o número “9”

9. Qual o seu CPF? _____ ☐ Não lembra/Não deseja responder

10. Qual o seu RG? _____ ☐ Não lembra/ Não deseja responder

11. Qual o seu Cartão do SUS? _____ ☐ Não lembra/Não deseja responder

12. Você tem telefone? [pode ser de conhecidos] ☐ Não ☐ Sim ☐ Não deseja responder

12.1. Se sim, qual o número? _____ ☐ Não lembra

12.2. É whatsapp? ☐ Não ☐ Sim. ☐ Não deseja responder

13. Por quais regiões de Santa Cruz o(a) senhor(a) circula? Você tem algum endereço de referência? Se necessário, explicar que precisamos encontrá-lo(a) para entregar os resultados dos exames. _____

☐ Não tenho/ Não deseja responder

BLOCO 2 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

14. Há quanto tempo você está em situação de rua?

☐ < 6 meses

☐ 6 a 11 meses

☐ 1 a 2 anos incompletos

☐ 2 a 5 anos incompletos

☐ 5 a 10 anos incompletos

☐ 10 a 20 anos incompletos

☐ > 20 anos

15. Em relação à sua raça/cor, você se considera:

☐ preto ☐ branco ☐ pardo ☐ amarelo ☐ indígena ☐ Não sabe/ Não deseja responder

16. Como você se reconhece em relação ao seu gênero? [Qual a sua identidade de gênero?]

☐ Mulher cis ☐ Mulher transgênero ☐ Travesti ☐ Homem cis ☐ Homem transgênero ☐ Não binário ☐ Outro _____ ☐ Não deseja responder

17. Qual sua orientação sexual?

☐ Heterossexual ☐ Gay ☐ Lésbica ☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual ☐ Não deseja Responder

18. Você tem alguma deficiência?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sabe/Não deseja responder

Obs [caso a(o) entrevistador(a) identifique alguma deficiência, ainda que não tenha sido informada(o), registrar aqui]: _____

19. Você sabe ler?

☐ Não ☐ Sim, sem dificuldade ☐ Sim, mas com dificuldade ☐ Não deseja responder

20. Você sabe escrever?

☐ Não ☐ Sim, sem dificuldade ☐ Sim, mas com dificuldade ☐ Não deseja responder

21. Até que série você estudou? [caso a pessoa não se recorde exatamente a série/ano, colocar o nível mais elevado que se lembra]

- ☐ Nunca estudou
- ☐ Alfabetização (1 ano)
- ☐ 1a Serie (2 ano)
- ☐ 2a Serie (3 ano)
- ☐ 3a Serie (4 ano)
- ☐ 4a Serie (5 ano)
- ☐ 5a Serie (6 ano)
- ☐ 6a Serie (7 ano)
- ☐ 7a Serie (8 ano)
- ☐ 8a Serie (9 ano)
- ☐ 1 ano do Ensino Médio
- ☐ 2 ano do Ensino Médio
- ☐ 3 ano do Ensino Médio
- ☐ Nível Superior incompleto
- ☐ Nível Superior completo.
- ☐ Não sabe/Não deseja responder

22. Qual o seu estado civil atual?

- ☐ Solteiro(a) ☐ União Estável/tem companheiro(a) ☐ Casado(a) legalmente
- ☐ Separado(a)/Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Não deseja responder

BLOCO 3 - SAÚDE OCUPACIONAL

23. Atualmente, você trabalha?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não deseja responder

24. Você está procurando trabalho no momento ou procurou trabalho no último mês?

☐ Não ☐ Sim

25. Você faz alguma atividade? Quais principais atividades você faz? [marque até 3 ocupações, se houver]

- ☐ Não faço nenhum corre
- ☐ Catador(a)
- ☐ Profissional do sexo
- ☐ Guardador(a) de carro / Lavador(a) de carro / Limpador(a) de vidro de carro nos faróis
- ☐ Vendedor(a).
- ☐ Serviços gerais
- ☐ Aposentado(a)
- ☐ Não deseja informar
- ☐ Outros. Especificar: _____

25.1. (se sim) Na última semana, quantas horas em média você trabalhou por dia? _____ horas

25.2. (se sim) Normalmente, quantos dias na semana você trabalha? (caso varie, estimar uma média)

☐ Nenhum ☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Quatro ☐ Cinco ☐ Seis ☐ Sete ☐ Não deseja responder

25.3. (se sim) Você usa algum equipamento de proteção individual (EPI) enquanto trabalha? [mencionar exemplos: luvas, máscaras, óculos, preservativos, lubrificantes, álcool em gel]

☐ Não (2) Sim (3) Não se aplica (3) Não deseja responder

25.4. (Se profissional do sexo ou catador(a), questionar): Há quanto tempo trabalha nesta ocupação/atividade? _____

26. Sua carteira de trabalho já foi assinada alguma vez?

☐ Nunca ☐ Sim, ainda é ☐ Sim, mas no passado ☐ Não deseja responder

27. Você já teve algum acidente de trabalho?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não deseja responder

27.1. Se sim: especificar _____

27.2. Se sim, ficou com alguma sequela/cicatriz/dor crônica/incapacidade física?

(1) Não (2) Sim (6) Não deseja responder

27.2.1. Se sim: especificar _____

28. Você já foi impedido de exercer o seu trabalho ou sua atividade que gera renda (pela fiscalização, pela polícia ou outro)?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não deseja responder

29. Você já sofreu agressões/ameaças/violência durante as suas atividades?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não deseja responder

BLOCO 4 - RENDA, BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS, HABITAÇÃO, SEGURANÇA ALIMENTAR E OUTRAS NECESSIDADES BÁSICAS E ACESSO À REDE SUAS

30. Tem registro no Cadastro Único para Programas Sociais (CADÚNICO)?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sabe/Não deseja responder

31. Você já recebeu ou recebe algum dos benefícios do governo que vou citar a seguir (acessou algum recurso socioassistencial)?

31.1. Programa Bolsa Família

☐ Não ☐ Sim ☐ Não deseja responder Se sim, ainda recebe? ☐ Não ☐ Sim

31.2. Benefício Prestação Continuada – BPC

☐ Não ☐ Sim ☐ Não deseja responder Se sim, ainda recebe? ☐ Não ☐ Sim

Qual o motivo? ☐ deficiência ☐ idade ☐ Não sabe

31.3. Benefício Eventual Auxílio Moradia;

☐ Não ☐ Sim ☐ Não deseja responder Se sim, ainda recebe? ☐ Não ☐ Sim

☐ Não deseja responder

32.4 Outros. Especifique _____ Ainda recebe? () Não () Sim

33. Atualmente, você pede dinheiro para se sustentar?

() Não () Sim () Não deseja responder

34. De modo geral, quantas refeições você faz ao dia?

Quantas vezes? _____

35. Onde você consegue o alimento que consome? [pode marcar mais de uma opção]

☐ Serviços da Prefeitura

☐ Pontos de refeição da prefeitura

☐ Restaurante popular

☐ Compra a comida em restaurante, lanchonete ou bar

☐ Ganha/pede a comida em restaurante, lanchonete, bar, feiras, mercados, residências

☐ Recebe de algum grupo/projeto que distribui comida nas ruas

☐ Igrejas ou instituições religiosas

☐ Coleta/cata

☐ Faz a própria comida

☐ Outro _____

☐ Não deseja responder

36. Você considera o número de refeições feitas na última semana adequado para suas atividades diárias?

() Não () Sim () Não deseja responder

37. Na última semana, você ficou sem se alimentar por um dia inteiro?

() Não () Sim () Não deseja responder

38. Onde costuma conseguir água (para consumo geral: banho, lavar roupa, beber)? [pode marcar mais de uma opção]

☐ Fonte/Bica/Mina d'água

☐ Sanitário público

☐ Água de Lago/Lagoa/Rio

☐ Estabelecimentos comerciais/Posto de Gasolina

☐ Lavanderia pública

☐ Serviços de saúde e assistência social (Posto de saúde, CAPS, UPA, CRAS, outros)

☐ Igreja

☐ Albergue

☐ Casa de amigos/ família/desconhecidos

☐ Estação de ônibus

☐ Construção civil/obras

☐ Outro _____

39. Onde você costuma fazer suas necessidades, como defecar? [pode marcar mais de uma opção]

☐ Fonte/Bica/Mina d'água

☐ Sanitário público

☐ Água de Lago/Lagoa/Rio

☐ Estabelecimentos comerciais/Posto de Gasolina

- ☐ Lavanderia pública
- ☐ Serviços de saúde e assistência social (Posto de saúde, CAPS, UPA, CRAS, outros)
- ☐ Igreja
- ☐ Albergue
- ☐ Casa de amigos/ família/desconhecidos
- ☐ Estação de ônibus
- ☐ Construção civil/obras
- ☐ Outro _____

BLOCO 5 - USO DE SPAs

- a. derivados do tabaco (cigarro, pacaia, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (álcool) (cerveja, bombinha, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodka, vermouthes, caninha, rum, tequila, gim)
- c. maconha (baseado, erva, massa, bagulho, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, pango, manga-rosa, haxixe, skank)
- d.1. cocaína
- d.2. crack
- e. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló, benzina)
- f. outras (especificar)

40. Na sua vida, qual(is) destas substâncias você já usou (somente uso não prescrito por médico)?

- a. ☐ Não ☐ sim
- b. ☐ Não ☐ sim
- c. ☐ Não ☐ sim
- d. ... (repete toda a lista de substâncias)

41. Durante os últimos 3 meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?

- ☐ nunca ☐ 1 ou 2 vezes ☐ mensalmente ☐ semanalmente ☐ diariamente/quase todos os dias

42. Durante os últimos 3 meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?

- ☐ nunca ☐ 1 ou 2 vezes ☐ mensalmente ☐ semanalmente ☐ diariamente/quase todos os dias

43. Durante os últimos 3 meses, com que frequência o uso de (droga - especificar individualmente) resultou em problema de saúde, legal, social ou financeiro?

- ☐ nunca ☐ 1 ou 2 vezes ☐ mensalmente ☐ semanalmente ☐ diariamente/quase todos os dias

44. Durante os últimos 3 meses, com que frequência, por causa do seu uso de (droga – especificar individualmente), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

- ☐ nunca ☐ 1 ou 2 vezes ☐ mensalmente ☐ semanalmente ☐ diariamente/quase todos os dias

45. Há amigos, parentes ou outra pessoa que já tenha demonstrado preocupação com o seu uso de (droga - idem)?

- ☐ não, nunca ☐ sim, nos últimos 3 meses ☐ sim, mas não nos últimos 3 meses

46. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (droga - idem) e não conseguiu?

() não, nunca () sim, nos últimos 3 meses () sim, mas não nos últimos 3 meses

47. Alguma vez você já usou drogas por injeção (Apenas uso não médico)?

() não, nunca () sim, nos últimos 3 meses () sim, mas não nos últimos 3 meses

48. Que idade você tinha quando usou pela primeira vez? _____

49. Alguma vez na vida você já esteve em tratamento/acompanhamento por uso de alguma droga?

(1) Nunca fiz (2) Já fiz, mas não faço mais (3) Sim, ainda faço (4) Não quero responder

49.1. Se já fez ou faz, onde foi? (Marcar mais de uma opção, se necessário).

☐ CAPSad / CAPS II ou III

☐ Internação em hospital geral ou psiquiátrico

☐ Comunidade terapêutica / Centro de recuperação

☐ Ambulatório

☐ Outro. Qual? _____

BLOCO 6 - TUBERCULOSE

50. Você possui cicatriz de vacina no braço (BCG)? (Se necessário, examinar no momento ou explicar sobre a vacina que é dada ao nascimento, na face externa do braço direito, que evita casos graves de tuberculose).

(1) Não (2) Sim (3) Não é possível avaliar no momento

51. Você já fez ou está fazendo tratamento para tuberculose? [Marcar mais de uma opção, se necessário]

[1] Nunca fiz [2] Já fiz no passado [3] Estou fazendo atualmente [4] Se já fez o tratamento da TB

51.1. Como acabou o seu último tratamento? [explicar as formas de término de tratamento]

(1) Alta por cura (completou o tratamento no prazo mínimo de 6 meses)

(2) Abandono (parou de usar as medicações em menos de 6 meses)

(3) Tratamento falhou (mesmo usando o medicamento certo, todos os dias, não foi possível controlar a infecção)

(4) Não sabe

51.2. (Apenas se respondeu “Alta por cura” Você percebeu alguma dessas alterações ou sequelas após o fim do tratamento?

(1) Falta de ar para algumas atividades

(2) Cuspir sangue

(3) Infecção/pneumonia de repetição [2 ou mais episódios em 3 anos]

() Não percebi nenhuma sequela

(4) Outra: _____

Se está fazendo tratamento atualmente (se responder “Estou fazendo atualmente”):

51.3. Desde quando está fazendo o tratamento de TB?

Especificar data (mês/ano): _____ (codificar numericamente “não lembra”)

(Para pessoa que nunca fez tratamento, as perguntas reiniciam daqui)

52. Você apresenta no momento...?

52.1. Tosse (1) Não (2) Sim (3) Não deseja responder.

52.2. Falta de ar (1) Não (2) Sim (3) Não deseja responder.

52.3. Perda de peso (1) Não (2) Sim (3) Não deseja responder

52.4. Diminuição do apetite (1) Não (2) Sim (3) Não deseja responder

52.5. Febre no final do dia/início da noite (1) Não (2) Sim (3) Não deseja responder

52.6. Cospe sangue (1) Não (2) Sim (3) Não deseja responder

BLOCO 7 - PREVALÊNCIA DAS DEMAIS INFECÇÕES PREGRESSAS

53. Você já teve diagnóstico médico de alguma dessas doenças?

53.1. Hepatite B (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Não deseja responder

53.2 Hepatite C (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Não deseja responder

53.3. HIV (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Não deseja responder

53.4. Sífilis (1) Não (2) Sim (3) Não sabe (4) Não deseja responder

53.5 Se já teve diagnóstico de HIV, você já fez ou faz acompanhamento médico em algum serviço?

(1) Nunca fez (2) Já fez, mas não faz mais (3) Está fazendo

53.6 Se sim, você faz uso diário de medicamentos antirretrovirais?

(1) Nunca usou (2) Faço uso, mas não todos os dias (3) Sim, uso diariamente

54. Se já teve diagnóstico de sífilis, você fez ou está fazendo o tratamento com injeção de benzetacil ou alguma outra medicação?

(1) Nunca fiz (2) Fiz no passado (3) Estou fazendo no momento (4) Não se aplica

55. Se já teve diagnóstico de hepatite B, você já fez ou faz o acompanhamento em algum serviço?

(1) Nunca fez (2) Já fez, mas não faz mais (3) Faz acompanhamento no momento (4) Não se aplica

55.1. Se sim, você faz uso diário de medicamentos antivirais para hepatite B?

[ex: alfapeguinterferona, entecavir, tenofovir]

(1) Nunca usou (2) Faço uso, mas não todos os dias (3) Sim, uso diariamente (4) Não se aplica

56. Se já teve diagnóstico de hepatite C, você já fez ou faz o acompanhamento em algum serviço?

(1) Nunca fez (2) Já fez, mas não faz mais (3) Faz acompanhamento no momento (4) Não se aplica

56.1. Você faz uso diário de medicamentos antirretrovirais para hepatite C?

[ex: alfapeguinterferona, daclastavir, sofosbuvir, glecaprevir/pibrentasvir, velpastavir/sofosbuvir, elbasvir/grazoprevir, ribavirina, alfaepoetina, filgrastim]

(1) Nunca usou (2) Faço uso, mas não todos os dias (3) Sim, uso diariamente (4) Não se aplica

BLOCO 08 - SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (PERGUNTAS GERAIS)

57. Nos últimos 12 meses, você teve relações sexuais?

(1) Não (2) Sim (3) Não quero responder

58. Com quem você se relaciona afetivo/sexualmente?

(1) Só com homens (2) Só com mulheres (3) Com homens e mulheres (4) Não deseja responder

59. Você usa preservativo durante a relação sexual?

(1) Nunca usei (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre (5) Não tenho relações sexuais () Não desejo responder

60. A(s) pessoa(s) com quem você se relaciona sexualmente se negam a usar preservativo com alguma dessas justificativa? (pode marcar mais de uma opção)

☐ Não gosta ou prefere sem

☐ Não acha necessário

☐ Tem alergia

☐ Acha que usar preservativo indica falta de confiança na(o) parceira(o)

☐ Outra. Especifique: _____

☐ Não se aplica

61. Em relação ao seu cuidado sexual, você realiza/realizou alguma dessas práticas? (múltipla escolha)

☐ Uso de lubrificante

☐ Vacinação (hepatite A/B/HPV)

☐ Profilaxia pré-exposição - PrEP

☐ Profilaxia pós-exposição - PEP

☐ Outra. Especificar: _____

62. Você já buscou algum serviço de saúde para prevenir Infecção Sexualmente Transmissível (IST) depois

de fazer sexo sem proteção?

(1) Não, nunca busquei

(2) Sim, uma única vez

(3) Sim, de 2 a 3 vezes

(4) Sim, frequentemente

(5) Não se aplica / Não deseja responder

BLOCO 10- CIDADANIA E ACESSO À REDE

69. Quando você tem algum problema de saúde, onde costuma ir? [múltipla escolha]

69.1. UBS/USF (posto ou Centro de Saúde ou Unidade de Saúde da Família) () Sim () Não () Não deseja responder

69.2. Consultório na rua () Sim () Não () Não deseja responder

69.3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público () Sim () Não () Não deseja responder

69.4. Hospital ☐ Sim ☐ Não ☐ Não deseja responder

69.5. Não costumo ir aos serviços de saúde

69.6 Outro _____

70. Já teve dificuldade em acessar o posto de saúde?

☐ (1) Não ☐ (2) Sim ☐ (3) Não deseja responder

70.1 Se sim, por qual motivo? [Marcar mais de uma opção, se necessário]

(1) Ausência de documento de identificação

(2) Ausência de cartão do SUS

(3) Não ter agendado consulta previamente

(4) Discriminação racial

(5) Discriminação social

(6) Demora no atendimento

(7) Outro: _____

(8) Não se aplica

71 Você já foi atendida(o) por algum (a) profissional de saúde na rua?

☐ (1) Não ☐ (2) Sim ☐ (3) Não lembro

Se sim, qual foi o atendimento de saúde que recebeu?

71.1. Consulta médica ou de enfermagem ☐ Sim ☐ Não ☐ Não deseja responder

71.2 Atendimento com outras categorias (reduzidor(a) de danos, psicólogos(as), terapeutas ocupacionais, assistentes sociais) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não deseja responder

71.3. Aplicação de medicamentos ☐ Sim ☐ Não ☐ Não deseja responder

71.4 Curativo ☐ Sim ☐ Não ☐ Não deseja responder

71.5 Teste rápido de ISTs ☐ Sim ☐ Não ☐ Não deseja responder

71.6. Coleta de escarro ☐ Sim ☐ Não ☐ Não deseja responder

BLOCO 11 - RESULTADO DE EXAMES/PROCEDIMENTOS

Teste de gravidez: ☐ positivo ☐ negativo ☐ inconclusivo/indeterminado ☐ não realizado

Resultado do escarro:

Baciloscopia ☐ positiva ☐ negativa ☐ não realizado

Cultura ☐ positiva e sensível ☐ positiva e resistente a _____ ☐ negativa ☐ não realizado

HIV ☐ Reagente ☐ NR

SÍFILIS ☐ Reagente ☐ NR

HBSAG ☐ Reagente ☐ NR

HCV ☐ Reagente ☐ NR

Outras informações:

BLOCO 12 - SAÚDE/ HISTÓRICO PENITENCIÁRIA

Você já ficou privado de liberdade?

Por quanto tempo () 6 meses

- ☐ 1 ano
- ☐ 2 anos
- ☐ 3 anos
- ☐ mais de 4 anos

Já contraiu alguma doença no período que ficou privado de liberdade, no Sistema Penitenciário ?

- ☐ SIM ? Qual
- ☐ HIV
- ☐ SIM
- ☐ HIV
- ☐ TB

APÊNDICE B – Questionário: profissionais da saúde

- 1) Nome do Profissional:
- 2) Sexo que se reconhece: () Masculino () Feminino () Outro
- 3) Idade na data desta pesquisa: _____ (em anos completos)

- 4) Cargo ocupado
 - () Redutor de Danos
 - () Condutor/ Motorista
 - () Enfermeiro (a)
 - () Psicólogo (a)
 - () Assistente Social
 - () Técnico de Enfermagem
 - () Médico

- 5) 3. Escolaridade: () Ensino Médio completo
 - () Ensino Superior Incompleto
 - () Ensino Superior Completo
 - () Pós Graduação (em curso)
 - () Pós Graduação (concluída)
 - () Mestrado (em curso)
 - () Mestrado (concluído)
 - () Doutorado (em curso)
 - () Doutorado (concluído)

- 6) Formação complementar à profissão:
 - () cursou graduação. Qual? _____
 - () cursou pós-graduação. Qual? _____
 - () cursou Mestrado. Qual? _____
 - () cursou Doutorado. Qual? _____
 - () Outros cursos de formação reconhecido pelo MEC.

- 7) Há quanto tempo trabalha no Consultório de Rua
 - () 6 meses – 1 ano
 - () 1-3 anos
 - () Mais de 3 anos

- 8) Quais bairros você mais atende no CR
 - () Bom Jesus
 - () Centro
 - () Menino Deus
 - () Santuário
 - () Verena

- 9) Quantas vezes na semana você atende no CR
 - () 1 vez na semana
 - () 2 vezes na semana
 - () 3 vezes na semana

10) Qual a média de atendimentos por dia

- ☐ 1-5 paciente
- ☐ 5- 10 pacientes
- ☐ 10- 15 pacientes

11) Número de PSR que dão continuidade ao tratamento na atenção primária

- ☐ 1-5 pacientes
- ☐ 1-7 pacientes
- ☐ 1 em cada 10 pacientes
- ☐ Outro

12) Número de pacientes (PSR) com manejo/controle adequado da doença

- ☐ 1-5 pacientes
- ☐ 1 – 7 pacientes
- ☐ 1 em cada 10 pacientes
- ☐ Outro

13) Você recebeu capacitação para o atendimento em consultório de rua

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

14) Você acha necessário capacitar para o atendimento em consultório de rua

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

15) Número de pacientes (PSR) com manejo/controle adequado da doença

- ☐ 1-5 pacientes
- ☐ 1 – 7 pacientes
- ☐ 1 em cada 10 pacientes
- ☐ Outro

16) Você acha necessário capacitar para o atendimento em consultório de rua

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

17) Você conhece a Política da PSR

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

15) Descreva as principais doenças diagnosticadas na PSR

- ☐ HIV
- ☐ TB
- ☐ Hepatite B
- ☐ Hepatite C
- ☐ Sífilis
- ☐ Usuário de substâncias psicoativa
- ☐ Transtorno mental devido uso de álcool

16) Descrever as principais receios/dificuldades no atendimento ao PSR

17) Descreva os principais dificuldades no diagnósticos de doenças para o atendimento ao PSR

18) Descreva como é realizada o contato com outros profissionais, a fim de auxiliar nos benefícios para PSR ?

19) Quais são as maiores solicitações da PSR?

ANEXOS

ANEXO A – Termo de consentimento para PSR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, que pretende Analisar a prevalência das doenças infecciosas emergentes na PSR e os desafios das equipes do consultório na rua para garantir o acesso às ações de cuidado à saúde, vinculado ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE; MESTRADO E DOUTORADO; ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Iama Verdi Lamb, que poderá ser contatado a qualquer tempo através do número (51) 98318-5076 e do e-mail iama.verdi1@gmail.com

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são: Ter idade ≥ 18 anos; Os sujeitos devem fazer parte da população dentro da área do estudo; Os indivíduos devem possuir condições intelectuais para responder às perguntas direcionadas a eles. Sua participação consiste em responder ao questionário por cerca de 45 minutos durante uma abordagem pela equipe do Consultório de Rua, realizada pelo pesquisador responsável.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização da visita domiciliar; medo da quebra do sigilo das informações coletadas.

Os riscos/desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados da seguinte forma: durante os procedimentos de coleta de dados, o pesquisador prestará toda a assistência necessária caso o pesquisador tenha alguma dúvida sobre o projeto. Caso haja qualquer tipo de aborrecimento ou cansaço no que tange à presença do pesquisador ou ao preenchimento do formulário será esclarecido que o pesquisado pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Se o pesquisado optar por não participar ou por desistir de participar da pesquisa será explicado que tal ação não terá qualquer prejuízo no restante das atividades desenvolvidas pela equipe do consultório de rua da cidade de Santa Cruz do Sul.

Por fim, para assegurar o total sigilo das informações colhidas, os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo absoluto. Por outro lado, a sua participação trará benefícios como: melhorar o serviço de saúde primário prestado pela equipe do consultório de rua; melhorar a adesão aos tratamentos dos usuários do Sistema Único de Saúde; promover conhecimento científico para otimizar o manejo de recursos e pessoal dentro do território do consultório de rua; e fortalecer o laço entre o indivíduo e equipe de saúde por meio do mapeamento de características locais.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através de reuniões e exposição dos resultados com reunião em pontos estratégicos das abordagens com os pesquisados para divulgar o resultado

da pesquisa e favorecer a organização de ações direcionadas às demandas identificadas no estudo.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ RG ou CPF _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nesta pesquisa, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br

Local:

Data:

Nome e assinatura do voluntário

Iama Verdi Lamb

ANEXO B – Termo de consentimento para os profissionais da saúde**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, que pretende Analisar a prevalência das doenças infecciosas emergentes na PSR e os desafios das equipes do consultório na rua para garantir o acesso às ações de cuidado à saúde, vinculado ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE; MESTRADO E DOUTORADO; ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Iama Verdi Lamb, que poderá ser contatado a qualquer tempo através do número (51) 98318-5076 e do e-mail iama.verdi1@gmail.com

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são: Para a participação do estudo serão incluídos os profissionais de saúde que fazem parte da equipe dos atendimentos do consultório de rua a mais de 6 meses.

Sua participação consiste em responder ao questionário por cerca de 45 minutos durante uma abordagem pela equipe do Consultório de Rua, realizada pelo pesquisador responsável.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização da visita domiciliar; medo da quebra do sigilo das informações coletadas.

Os riscos/desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados da seguinte forma: durante os procedimentos de coleta de dados, o pesquisador prestará toda a assistência necessária caso o pesquisador tenha alguma dúvida sobre o projeto. Caso haja qualquer tipo de aborrecimento ou cansaço no que tange à presença do pesquisador ou ao preenchimento do formulário será esclarecido que o pesquisado pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Se o pesquisado optar por não participar ou por desistir de participar da pesquisa será explicado que tal ação não terá qualquer prejuízo no restante das atividades desenvolvidas pela equipe do consultório de rua da cidade de Santa Cruz do Sul.

Por fim, para assegurar o total sigilo das informações colhidas, os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo absoluto. Por outro lado, a sua participação trará benefícios como: melhorar o serviço de saúde primário prestado pela equipe do consultório de rua; melhorar a adesão aos tratamentos dos usuários do Sistema Único de Saúde; promover conhecimento científico para otimizar o manejo de recursos e pessoal dentro do território do consultório de rua ; e fortalecer o laço entre o indivíduo e equipe de saúde por meio do mapeamento de características locais.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através de reuniões e exposição dos resultados com reunião em pontos estratégicos das abordagens com os pesquisados para divulgar o resultado da pesquisa e favorecer a organização de ações direcionadas às demandas identificadas no estudo.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ RG ou CPF _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nesta pesquisa, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br

Local:

Data:

Nome e assinatura do voluntário

Iama Verdi Lamb

ANEXO C – Carta de aceite da instituição parceira

Santa Cruz do Sul, 30 de Setembro de 2023.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: “POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE”, desenvolvido pelo/a Iama Verdi Lamb do (Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação do/a professor/a Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jane Dagmar Pollo Renner; Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Lia Gonçalves Possuelo, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa desenvolvida no projeto do Consultório de Rua da Prefeitura de Santa Cruz do Sul

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras e a Norma Operacional 001/2013. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos pesquisados nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,

Nome do responsável na instituição: Iama Verdi Lamb

Cargo do responsável na instituição: Mestrado em Promoção da Saúde

Assinatura do responsável na instituição: _____

ANEXO D – Carta de apresentação

Santa Cruz do Sul, 30 de Setembro de 2023.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Sr. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Renato Nunes

Encaminho para avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto “**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**” tendo como pesquisador principal Iama Verdi Lamb a ser realizado no(a) Santa Cruz do Sul. Trata-se de um Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul- RS – UNISC que envolve seres humanos.

O resultado desta pesquisa retornará aos pesquisados reunião com os participantes da pesquisa (pesquisados) para divulgar o resultado da pesquisa, apresentação dos resultados em seminário institucional, com convite para os participantes da pesquisa (pesquisados) assistirem. Aguardando avaliação de parecer deste Comitê, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nome do Pesquisador Principal: Iama Verdi Lamb

Departamento do Pesquisador principal: Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde

Instituição do pesquisador Principal: Universidade de Santa Cruz do Sul- RS – UNISC

Assinatura do pesquisador Principal:

ANEXO E – Norma da revista



PHYSIS

**Physis: Revista de Saúde Coletiva**

Publicação de: PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva

Área: Ciências Da Saúde, Ciências Humanas

Versão impressa ISSN: 0103-7331 Versão on-line ISSN: 1809-4481

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

Tipos de Documentos Aceitos

Physis publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou discussão teórica. Não serão aceitos artigos meramente descritivos que não apresentem uma análise teórico-conceitual dos dados. Serão aceitos artigos do tipo ensaio que representem uma contribuição relevante para o avanço do conhecimento na área. A publicação é decidida pela editora-chefe em conjunto com os editores associados, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos de revisão (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências) que se enquadrem nos seguintes tipos:
Revisão sistemática e meta-análise cuja proposta seja responder a uma pergunta específica e claramente formulada, e cujos métodos assegurem uma síntese abrangente e não enviesada da literatura disponível. Métodos estatísticos (metanálise) podem ou não ser usados para analisar e resumir os resultados dos estudos incluídos. O manuscrito deve apresentar todo o processo de busca dos estudos originais, os critérios de seleção utilizados e os procedimentos adotados na seleção, análise e síntese dos resultados. Os relatórios de revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir a lista de verificação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), disponível em <<https://prisma-statement.org/>>, e devem ser acompanhados de um fluxograma que resuma o fluxo de informações através das diferentes fases. Sugere-se também que as revisões tenham seu protocolo registrado e publicado em uma base de registro de revisões, como o PROSPERO ou Open Science Framework - OSF.

Revisão de escopo cuja proposta seja responder a perguntas de pesquisa mais abrangentes e que ajudem a identificar e esclarecer conceitos e definições dentro de um campo, permitindo o mapeamento ou discussão de características e fornecendo uma indicação do volume de literatura e estudos disponíveis, bem como uma visão geral de seu foco. Tende a focar na natureza, número e características dos estudos, e não necessariamente na síntese dos achados. Todos os caminhos metodológicos seguidos devem ser claramente dispostos, sugerindo-se examinar as regras de metodologia disponibilizadas pelo *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis*

Revisão narrativa cuja proposta seja apresentar análises críticas e discussão de temas de interesse do campo da Saúde Coletiva, numa abordagem mais ampla. Deve apresentar de forma clara os objetivos da revisão, as questões norteadoras e o processo de identificação dos textos incluídos na discussão, mas não se exige um protocolo rígido de execução, nem o esgotamento das fontes de informações. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. De todo modo, é preciso que o texto apresente de forma clara os argumentos elencados na revisão e a análise crítica do tema a partir dos objetivos propostos.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Cartas à editora (até 1.800 palavras, incluindo notas e referências) que podem consistir em: comentários de artigos publicados na revista; comentários acerca de temas relevantes em Saúde Coletiva; comunicação prévia sobre pesquisas em andamento.

Artigos originais por convite compondo um Dossiê (até 7.000 palavras por artigo, incluindo notas e referências): Textos inéditos compilados por um editor convidado de reconhecida experiência sobre uma temática da Saúde Coletiva compondo um dossiê. O Conselho Editorial e o editor convidado deverão deliberar sobre a publicação dos artigos recebidos com base em pareceres (*double-blind peer review*), sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número. Poderão ser publicados no máximo 3 (três) dossiês por ano. Instruções para dossiês.

Debates: Textos propostos pelos editores ou colaboradores sobre uma temática da Saúde Coletiva, obedecendo à seguinte configuração: um texto de abertura que apresente uma discussão sobre o tema proposto (até 6.000 palavras, incluindo notas e referências); até três textos de debatedores/as convidados/as (até 1.800 palavras cada um, incluindo notas e referências) e uma réplica da/o primeira/o autor/a (até 1.800 palavras, incluindo notas e referências). Os editores da revista ficarão encarregados de avaliar os textos, solicitar modificações, quando for o caso, e decidir por sua publicação. Serão publicados no máximo dois debates por ano.

Contribuição dos Autores

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema **ScholarOne Manuscripts**, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o *login*, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro

no ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*, ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).

2. Embora *Physis* seja mantida por uma instituição pública, a verba atualmente destinada à revista não tem sido suficiente para sua manutenção. Assim, desde 1º de janeiro de 2020, é cobrada uma taxa de publicação, como forma de garantir a continuidade do periódico. **O valor dessa taxa é de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por artigo aprovado, ou seja, na submissão o autor não pagará a taxa, apenas e exclusivamente se o artigo for aceito para publicação. O valor para publicação de textos nas demais seções de *Physis* será de R\$ 200,00 (duzentos reais).** Será fornecido aos autores comprovante do pagamento da taxa. Após aprovação do artigo, os autores serão orientados, por e-mail, sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa. Solicitações de dispensa de pagamento da taxa de publicação, devidamente justificadas, deverão ser encaminhadas à Editoria da revista, que irá analisá-las.

3. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende corpo do texto, notas e referências (modelo). Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria.** Os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão e na declaração de autoria (item 11, adiante)

4. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme Resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se **a pesquisa é financiada**, se **é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **Agradecimentos**, ao final do artigo, ou em nota de fim.

5. *Physis* incentiva o depósito de manuscritos em plataformas *preprints*. Caso ocorra o depósito, é necessário que os autores notifiquem aos editores utilizando o campo "**Cover Letter**" inserindo o link (URL) e o número do DOI do manuscrito aceito pela plataforma *preprint*. No que concerne aos artigos que já foram divulgados como *preprints*, a avaliação ocorrerá de forma simples cega, tendo em vista que será possível consultar os nomes dos autores do texto.

6. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

7. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão**. Resumo e palavras-chave em inglês

devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Os resumos não poderão ultrapassar **200 palavras**, devendo destacar o objetivo principal, os métodos básicos

adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e em inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

8. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas devem ser produzidas em *Word*. **Todas as ilustrações devem estar inseridas no corpo do artigo, mas aquelas produzidas em formato que não seja Word deverão ser encaminhadas em arquivos separados também**, e serão inseridas no sistema como "*image*" ou "*figure*", com respectivas legendas e numeração.

9. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível**. Não há restrições quanto ao número de notas.

10. **As referências devem seguir as normas da ABNT (NBR 10520, segunda edição)**. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto. No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

Exemplo	de	referências:
Artigos	em	periódico:
ALMEIDA, A. M. F. de L.; CHAVES, S. C. L. Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um centro de reabilitação brasileiro. Cadernos Saúde Coletiva, v. 27, p. 73-85, 2019.		
Livros:		
ROHDEN, F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.		

11. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a seis**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item e/ou solicitar a exclusão de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo), conforme os critérios do International Committee of Medical Journal Editors, que determina que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada a:

- (1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
- (2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
- (3) Aprovação final da versão a ser publicada;
- (4) Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

A declaração, assinada por todos os autores, deverá ser digitalizada e encaminhada como documento suplementar ("*supplemental file not for review*"). Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria. Não será admitido o acréscimo de autores após a submissão, e a retirada de algum dos nomes apontados como autor só poderá ser feita caso diretamente determinada pela editoria em função do não atendimento aos critérios de atribuição de autoria.

12. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Atribuição (CC-BY)*. A declaração de responsabilidade, cujo modelo se encontra ao final destas instruções, deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sistema, como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não identifiquem o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer

outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".

13. Conforme orientação da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado. Os nomes e endereços informados serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo também em inglês ou espanhol, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos de tradução correrão por conta do autor. As versões em português e/ou espanhol ou inglês de cada artigo só poderão ser publicadas no mesmo volume e número da Revista e serão identificadas com o mesmo DOI.

15. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o artigo, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*".

16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

17. *Physis* adere ao modelo de ciência aberta, com o livre acesso a todos os artigos publicados através da *Scielo*. *Solicitamos que na submissão seja anexado o Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta.*

18. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Declaração de responsabilidade (baixar)

(MODELO)

A contribuição de cada autor para o texto
foi a

seguinte:

AUTOR 1 (ORCID: 0000-0000-0000-0000)*: (atividades desempenhadas),
 INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL
 AUTOR 2 (ORCID: 0000-0000-0000-0000)*: (atividades desempenhadas),
 INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL
 AUTOR *n* (ORCID: 0000-0000-0000-0000)*: (atividades desempenhadas),
 INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, declaramos estar de acordo com a política de acesso público e de direitos autorais adotadas por *Physis*, que estabelece o seguinte: (a) os autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, sendo o trabalho simultaneamente licenciado sob a *Creative Commons Atribuição (CC-BY)*, que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico; (b) os autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (p.ex., publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista; e (c) os autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (p.ex., em repositórios institucionais ou em sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Assinaturas:

*ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*)

Contato

PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva
 Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ
 Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 6013-E – Maracanã
 CEP: 20550-013 - Rio de Janeiro – RJ - Brasil
 E-mail: publicacoes@ims.uerj.br; revistaphysis@gmail.com
 Web: <https://www.ims.uerj.br/publicacoes/physis/>

MODELO DO ARTIGO 1 E ARTIGO 2

Página 1 de 2

Título em Português

Título em Inglês

Resumo

O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão. Resumo e palavras-chave **em inglês** devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências. **Os resumos não poderão ultrapassar 200 palavras**, devendo destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo.

Palavras-chave: Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em português.

Título da seção

Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende corpo do texto, notas e referências. Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria**; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão e na declaração de autoria.

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, com legenda em fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas devem ser produzidas em *Word*. **Todas as ilustrações devem estar inseridas no corpo do artigo**, mas aquelas produzidas em formato que não seja Word deverão ser encaminhadas **em arquivos separados também**, e serão inseridas no sistema como "*image*" ou "*figure*", com respectivas legendas e numeração.

As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível.** Não há restrições quanto ao número de notas.

Referências

As referências devem seguir as normas da ABNT (NBR 10520, segunda edição). No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página (se houver) no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar das referências listadas ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto. No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

Abstract

Título do artigo em inglês

Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,

O resumo e palavras-chave **em inglês** devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências. Os resumos **não poderão ultrapassar 200 palavras**, devendo destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo.

Keywords: Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em inglês.