



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM FOZ DO IGUAÇU-PR: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, EVIDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS E DESAFIOS PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA**

ANDRE DA SILVA ELOY

DISSERTAÇÃO

Foz do Iguaçu
2026



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD).**

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM FOZ DO IGUAÇU-PR: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, EVIDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS E DESAFIOS PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA**

ANDRE DA SILVA ELOY

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Geusina da Silva

Foz do Iguaçu
2026

ANDRE DA SILVA ELOY

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM FOZ DO IGUAÇU-PR: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, EVIDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS E DESAFIOS PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Maria Geusina da Silva
UNILA

Dr. MARCOS A. M. ARCOVERDE, UNIOESTE
Examinador Externo à Instituição

Dra. JULIANA DOMINGUES, UNILA
Examinadora Externa ao Programa

Foz do Iguaçu, 2026.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

E48p

Eloy, Andre da Silva.

População em situação de rua em Foz do Iguaçu-PR: perfil sociodemográfico, evidências epidemiológicas e desafios para a implementação do Consultório na Rua / Andre da Silva Eloy. – Foz do Iguaçu, 2026.
142 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento. Foz do Iguaçu-PR, 2026.

Orientadora: Maria Geusina da Silva.

1. População em situação de rua. 2. Saúde pública. 3. Epidemiologia descritiva. 4. Políticas públicas. 5. Consultório na Rua. 6. Foz do Iguaçu (PR). I. Silva, Maria Geusina da. II. Título.

CDU 341.945:64(816.2)

RESUMO

A população em situação de rua reúne trajetórias marcadas por desigualdades sociais, sanitárias e territoriais que dificultam o acesso continuado às políticas públicas. Em Foz do Iguaçu, a mobilidade própria de uma região de fronteira acrescenta exigências específicas ao planejamento do cuidado. O estudo analisou o perfil sociodemográfico e as evidências epidemiológicas disponíveis sobre a população em situação de rua do município e discutiu os desafios que esses achados colocam à implementação e qualificação do Consultório na Rua. Trata-se de pesquisa documental, exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, baseada em legislação, documentos governamentais, literatura científica, resultados do I Censo da População em Situação de Rua, relatórios municipais agregados e séries oficiais de vigilância. O Censo identificou 601 pessoas, das quais 83,12% eram homens, 67,66% se autodeclararam pretas ou pardas, 83,3% não nasceram no município e 76,63% manifestaram desejo de deixar a situação de rua. Em 2025, foram notificados 218 casos de tuberculose no município, 21 deles em pessoas em situação de rua. No mesmo ano, o Consultório na Rua realizou 235 testes rápidos: 64 para HIV, 58 para sífilis, 60 para hepatite B e 53 para hepatite C; 25 resultados foram reagentes, distribuídos entre sífilis (15), HIV (5), hepatite C (3) e hepatite B (2). A equipe também acompanhou a situação vacinal de 261 pessoas. Os resultados mostram que a combinação entre diagnóstico sociodemográfico e dados assistenciais agregados amplia a capacidade de reconhecer prioridades, mas a fragmentação das bases limita análises longitudinais e a mensuração de desfechos. Socialmente, o estudo oferece uma base local para qualificar busca ativa, vacinação, testagem, seguimento terapêutico e articulação intersetorial, sem atribuir aos dados um alcance que eles não possuem. Conclui-se que a consolidação do Consultório na Rua em Foz do Iguaçu depende da continuidade do cuidado, da integração entre serviços, da qualidade da informação e da articulação com políticas de proteção social em um território marcado por elevada mobilidade.

Palavras-chave: População em situação de rua. Consultório na Rua. Perfil sociodemográfico. Epidemiologia descritiva. Políticas públicas.

ABSTRACT

People experiencing homelessness follow trajectories marked by social, health, and territorial inequalities that hinder continuous access to public policies. In Foz do Iguaçu, mobility in a border region adds specific requirements to care planning. This study analyzed the sociodemographic profile and available epidemiological evidence concerning the city's homeless population and discussed the challenges these findings pose to the implementation and strengthening of the Street Clinic. This documentary, exploratory, and descriptive study used a mixed-methods approach and drew on legislation, government documents, scientific literature, the First Census of the Homeless Population, aggregated municipal reports, and official surveillance series. The Census identified 601 people: 83.12% were men, 67.66% self-identified as Black or Brown, 83.3% were not born in the municipality, and 76.63% wished to leave homelessness. In 2025, 218 tuberculosis cases were reported in the municipality, 21 involving people experiencing homelessness. In the same year, the Street Clinic performed 235 rapid tests: 64 for HIV, 58 for syphilis, 60 for hepatitis B, and 53 for hepatitis C; 25 tests were reactive, including 15 for syphilis, five for HIV, three for hepatitis C, and two for hepatitis B. The team also followed the vaccination status of 261 people. The findings show that combining sociodemographic diagnosis with aggregated healthcare data improves the identification of priorities, although fragmented databases limit longitudinal analyses and outcome measurement. The study provides a local evidence base to qualify active outreach, vaccination, testing, treatment follow-up, and intersectoral coordination without extending the data beyond their proper scope. The consolidation of the Street Clinic in Foz do Iguaçu therefore depends on continuity of care, service integration, information quality, and coordination with social protection policies in a highly mobile border territory.

Keywords: Homeless population. Street Clinic. Sociodemographic profile. Descriptive epidemiology. Public policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAMP-Rua	Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua
CnaR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DATHI	Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
HBV	Vírus da hepatite B
HCV	Vírus da hepatite C
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PPGPPD	Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento
PSR	População em Situação de Rua
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos.....	18
1.1.1 Objetivo geral	18
1.1.2 Objetivos específicos	18
1.2 Justificativa	18
2 ATENÇÃO PRIMÁRIA, DETERMINAÇÃO SOCIAL E DIREITO À SAÚDE	21
2.1 Trajetória da Atenção Primária à Saúde no Brasil	23
2.2 Determinação social do processo saúde-doença, ambiente e cuidado cotidiano	25
3 CONSULTÓRIO NA RUA: TERRITÓRIO, REDUÇÃO DE DANOS E CUIDADO EM LIBERDADE	36
3.1 Emergência e regulamentação do Consultório na Rua.....	36
3.2 Redução de danos e cuidado em liberdade.....	38
3.3 Organização do trabalho e articulação em rede	40
3.4 Vínculo, acolhimento e clínica ampliada.....	41
3.5 Processo de trabalho da equipe multiprofissional atuante no consultório de rua	43
3.6 Fluxos com a Rede de Atenção à Saúde.....	44
3.7 Intersetorialidade com assistência, habitação e direitos	46
3.8 Linhas de cuidado e situações prioritárias	47
4 POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, CAPACIDADES ESTATAIS E AGENDA RECENTE	50
4.1 Formação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.....	50
4.2 Plano Ruas Visíveis e reforço da agenda federal	52
4.3 Capacidades estatais, federalismo e coordenação governamental	53
4.4 Implementação, burocracia de nível de rua e discricionariedade	55
4.5 Informação, transparência e governança de dados.....	56

4.6 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua	57
4.7 Critérios para avaliar a política nacional de 2026	59
4.8 Ciclo de planejamento, monitoramento e avaliação.....	60
5 METODOLOGIA.....	62
5.1 Delineamento e abordagem.....	62
5.2 Área e contexto do estudo	63
5.3 Conjunto documental e critérios de inclusão	64
5.4 Fontes e variáveis analisadas.....	65
5.5 Procedimentos de coleta, organização e análise.....	67
5.6 Aspectos éticos e proteção de dados	68
5.7 Limitações metodológicas.....	69
5.8 Operacionalização das categorias analíticas	69
5.9 Plano de análise quantitativa para dados futuros	70
5.10 Triangulação e verificação de consistência entre fontes.....	71
5.11 Análises de sensibilidade, consistência e limites de generalização	73
6 RESULTADOS E ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO	76
6.1 O censo municipal como base empírica do perfil local	76
6.2 Perfil sociodemográfico: sexo, raça ou cor e idade.....	82
6.3 Resultados territoriais: migração, fronteira e mobilidade	86
6.4 Fatores declarados, renda e uso de substâncias	87
6.5 Perfil epidemiológico: tuberculose, hanseníase e evidências comparativas	88
6.6 Resultados de vacinação e prevenção	95
6.7 Desejo de saída das ruas e respostas de política pública	96
6.8 Capacidades estatais diante dos resultados locais	97
6.9 Discussão integrada: predominância dos achados e determinantes sociais ...	99
6.10 Análise dos resultados por pessoa, lugar e tempo	103

6.11 Discussão dos achados sobre tuberculose, sífilis, HIV e vacinação.....	104
6.12 Saúde mental, uso de substâncias e redução de danos.....	108
6.13 Implicações dos resultados para a gestão municipal.....	109
6.14 Lacunas e agenda de aperfeiçoamento dos dados	110
6.15 Limites informacionais e riscos de interpretação	112
6.16 Recomendações derivadas dos resultados	114
6.17 Condições para acompanhamento entre 2026 e 2028	116
7 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO: SÍNTESE LOCAL.....	119
7.1 Arquitetura da síntese e hierarquia das evidências	120
7.2 Configuração sociodemográfica e desigualdades internas.....	121
7.3 Mobilidade e continuidade do cuidado em território de fronteira.....	123
7.4 Determinação social e heterogeneidade das trajetórias	124
7.5 Prioridades epidemiológicas e força das evidências locais	125
7.6 Prevenção, testagem e vinculação ao cuidado.....	127
7.7 Vacinação, continuidade e barreiras organizacionais.....	128
7.8 Acesso, produção assistencial e resolutividade.....	129
7.9 Configuração integrada do perfil local.....	133
7.10 Implicações para o Consultório na Rua e para as políticas intersetoriais	134
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
REFERÊNCIAS.....	139

1 INTRODUÇÃO

A ocupação de ruas, praças, terminais, áreas comerciais e unidades de acolhimento por pessoas sem moradia convencional expõe uma das expressões mais severas da desigualdade urbana. A experiência da rua combina pobreza, fragilização ou ruptura de vínculos, insegurança alimentar, violência e acesso descontínuo aos serviços públicos. Ao reconhecer a heterogeneidade desse grupo, o Decreto nº 7.053/2009 desloca o fenômeno do campo das escolhas individuais para o campo dos direitos e das responsabilidades estatais (Brasil, 2009).

Essa desigualdade adquire efeitos imediatos sobre a saúde. Privação de sono, dificuldade de higiene, alimentação irregular, exposição climática e violência aumentam o risco de adoecimento e dificultam a continuidade terapêutica. Horários rígidos, exigências documentais indevidas e práticas discriminatórias acrescentam barreiras institucionais às limitações materiais, aprofundando a distância entre a universalidade formal do Sistema Único de Saúde e o acesso efetivamente realizado por quem vive nas ruas (Paiva et al., 2016).

As equipes de Consultório na Rua (CnaR) foram instituídas para reduzir essa distância e aproximar a Atenção Primária à Saúde (APS) de pessoas que raramente acessam unidades fixas de maneira regular. A atuação itinerante e multiprofissional articula acolhimento, atenção clínica, redução de danos, vigilância, vacinação, saúde mental e mediação com outros serviços. A estratégia amplia a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) sem substituir as unidades básicas nem restringir o cuidado às demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

Em Foz do Iguaçu, a organização desse cuidado é atravessada pela fronteira internacional e pelos fluxos cotidianos entre Brasil, Paraguai e Argentina. A cidade recebe deslocamentos internos e internacionais e concentra atividades turísticas, comerciais e logísticas. Tais características não explicam isoladamente a situação de rua, mas interferem na circulação das pessoas, na documentação, no idioma, nos vínculos familiares e na continuidade do atendimento, exigindo respostas sensíveis à mobilidade territorial (Eloy, 2025).

O território, nesse quadro, ultrapassa os limites administrativos onde os serviços estão instalados. Trata-se de um espaço usado, produzido por objetos, fluxos, técnicas, relações sociais e desigualdades. A leitura de Milton Santos mostra

que circulação e acesso se distribuem de maneira desigual; dentro do mesmo município, renda, redes de apoio e posição social condicionam possibilidades distintas de proteção e cuidado (Santos, 2006).

Em Foz do Iguaçu, o Consultório na Rua iniciou suas atividades em 8 de julho de 2021, por meio da articulação entre as secretarias municipais de Saúde e Assistência Social. A iniciativa constituiu a primeira implantação local da estratégia, vinculou a equipe à Atenção Primária à Saúde e estabeleceu a UBS Jardim São Paulo como base de apoio para o trabalho itinerante. A data marca, portanto, a institucionalização operacional do serviço no município (Rádio Cultura Foz, 2021).

A composição inicialmente divulgada reunia médica, enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, educador social e motorista. Entre as ações previstas estavam atendimento clínico, tratamento de lesões, testagem rápida, vacinação, administração de medicamentos, construção de projetos terapêuticos e encaminhamentos para especialidades e serviços socioassistenciais, em consonância com a organização multiprofissional do CnaR. A revisão de Mariano (2019) também identifica a descentralização e o trabalho multiprofissional como características relevantes da implementação do Consultório na Rua no âmbito da Atenção Primária (Rádio Cultura Foz, 2021; Brasil, 2012; Mariano, 2019).

A mobilidade fronteira integra esse território usado. Ela envolve deslocamento físico, acesso a documentos, transporte, trabalho, proteção social e redes de cuidado. Para a população em situação de rua, áreas de permanência, pontos de alimentação, equipamentos públicos, rotas comerciais e espaços de maior exposição à violência formam uma geografia concreta que precisa orientar a presença dos serviços (Santos; Silveira, 2001; Eloy, 2025).

A cartografia do Consultório na Rua de Foz do Iguaçu evidencia que o território do cuidado se constrói nos trajetos da equipe, nos pontos de permanência e nas barreiras encontradas durante as abordagens. Essa perspectiva substitui uma visão estática por uma leitura relacional do espaço e mostra que a oferta assistencial precisa acompanhar os movimentos da população atendida. A fronteira passa a integrar a organização do cuidado como condição prática, e não somente como localização geográfica (Eloy, 2025).

A consolidação do serviço ganhou novo suporte informacional com o I Censo

da População em Situação de Rua de Foz do Iguaçu. Realizado entre 19 e 31 de agosto de 2025 por articulação intersetorial e divulgado em maio de 2026, o levantamento identificou 601 pessoas e reuniu informações sobre sexo, raça ou cor, idade, origem, fatores associados à vida nas ruas e desejo de mudança dessa condição. O Censo criou uma referência pública para o diagnóstico municipal e permite discutir prioridades locais sem transferir automaticamente percentuais produzidos em cidades com redes e contextos distintos (Cabanha et al., 2026; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026). A utilidade da caracterização sociodemográfica para a gestão também aparece no estudo de Mejia (2026), realizado em outro serviço do SUS de Foz do Iguaçu, no qual a sistematização de sexo, idade, renda, escolaridade, ocupação e outras variáveis é empregada para reconhecer vulnerabilidades e orientar planejamento, monitoramento e organização do cuidado multiprofissional.

A construção de um perfil epidemiológico local depende de distinguir informações públicas agregadas de dados clínicos protegidos. Prontuários eletrônicos, registros individualizados e bases assistenciais nominais exigem autorização institucional, avaliação ética e salvaguardas proporcionais à sensibilidade das informações. O corpus, analisado neste trabalho, utiliza apenas relatórios e consolidações agregadas, sem nomes, endereços ou identificadores, incluindo dados municipais de tuberculose, hanseníase, vacinação, testagem rápida, sífilis, HIV/aids e produção do Consultório na Rua. Esses registros permitem descrever eventos e serviços, mas não substituem uma base individual autorizada capaz de relacionar perfil, continuidade e desfechos (Brasil, 2018).

Essa delimitação do estudo preserva o eixo epidemiológico ao definir com precisão o alcance dos dados. A epidemiologia descritiva organiza eventos segundo características das pessoas, do lugar e do tempo, permitindo reconhecer grupos e períodos que demandam atenção. Estudos dessa natureza apoiam vigilância, planejamento e formulação de hipóteses sem depender de grupo de comparação, fundamento que orienta a leitura dos indicadores municipais e o diálogo com evidências nacionais (Merchán-Hamann; Tauil, 2021). Em escala local e com população distinta, Mejia (2026) demonstra que frequências e percentuais ganham utilidade quando permanecem associados ao denominador correto e às características do serviço, princípio que também orienta a interpretação dos

indicadores da população em situação de rua.

A pesquisa nacional sobre população em situação de rua realizada por Silva et al. relacionou dados do Cadastro Único às notificações de tuberculose e identificou, entre os casos analisados de 2014 a 2018, predominância de homens, pessoas pretas ou pardas, adultos em idade economicamente ativa e indivíduos com baixa escolaridade. Esses achados são utilizados como parâmetro comparativo para selecionar indicadores relevantes, sem convertê-los em estimativas para Foz do Iguaçu (Silva et al., 2021).

O estudo de Queiroz et al. (2024), realizado com registros do Consultório na Rua de Jundiáí, oferece parâmetro comparativo para a definição de dimensões relevantes ao monitoramento municipal. As demandas relacionadas a álcool, tabaco, crack, cocaína, maconha, comorbidades e baixa utilização de unidades convencionais mostram aspectos que podem ser acompanhados de forma sistemática entre pessoas em situação de rua. Como os territórios, os serviços e as fontes diferem, essas frequências não são transferidas para Foz do Iguaçu; sua utilidade está em qualificar a seleção de indicadores e reforçar a necessidade de séries locais próprias (Queiroz et al., 2024).

Os estudos examinados demonstram a necessidade de perfis sociodemográficos e epidemiológicos construídos a partir das particularidades de cada território e de suas fontes disponíveis. Essa exigência orienta a investigação sobre a população em situação de rua de Foz do Iguaçu e sua relação com a atuação do Consultório na Rua.

A partir dessa delimitação, a pesquisa foi orientada pela seguinte pergunta: que perfil sociodemográfico e quais evidências epidemiológicas podem ser construídos a partir dos dados disponíveis sobre a população em situação de rua de Foz do Iguaçu, e quais desafios esses achados revelam para a implementação e a qualificação do Consultório na Rua no município? A formulação preserva os limites das fontes e vincula descrição, interpretação e implicações para a política pública.

O objeto empírico não corresponde à simples soma das bases consultadas. O Censo descreve pessoas identificadas em um período específico; a vigilância registra casos; o CnaR produz atendimentos, testes e doses. A pesquisa aproxima essas fontes para compreender dimensões complementares do mesmo problema, mantendo as diferenças entre população, evento e procedimento. Essa opção permite

construir um perfil municipal mais informativo sem atribuir a uma fonte resultados que ela não mede e sem criar uma falsa unidade estatística entre registros produzidos por finalidades distintas (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

Foz do Iguaçu dispõe de levantamento sociodemográfico recente, equipe territorial de saúde e fontes agregadas que registram agravos, vacinação, testagem e produção assistencial. As bases, contudo, permanecem fragmentadas e utilizam unidades distintas, como pessoas, casos notificados, testes, procedimentos e atendimentos. A ausência de integração longitudinal limita a análise de continuidade e impede transformar numeradores isolados em prevalências da população em situação de rua (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O primeiro pressuposto reconhece que as vulnerabilidades se distribuem de maneira desigual. Sexo, raça ou cor, idade, nacionalidade, tempo de permanência nas ruas, trabalho, renda, vínculos familiares, uso de substâncias e condições de saúde se combinam de formas distintas. O planejamento público precisa identificar essas combinações sem produzir classificações estigmatizantes nem reduzir trajetórias complexas a uma variável isolada (Brasil, 2009; Hino; Santos; Rosa, 2018).

O segundo pressuposto vincula informação e capacidade estatal. Dados, por si sós, não asseguram uma política efetiva; sua ausência ou baixa qualidade, porém, dificulta definir prioridades, distribuir equipes, acompanhar tratamentos e avaliar resultados. Capacidades técnicas, administrativas e político-relacionais se fortalecem quando órgãos públicos compartilham informações necessárias, pactuam fluxos e protegem os direitos das pessoas registradas (Gomide; Pires, 2014; Lotta, 2019).

O terceiro pressuposto situa a intersetorialidade no centro da resposta pública. O cuidado em saúde exige continuidade e coordenação, enquanto a superação da situação de rua envolve moradia, renda, documentação, trabalho, proteção contra violências e reconstrução de vínculos quando desejada e segura. A articulação entre setores deve compor o desenho regular da política, em vez de ser acionada somente diante de crises. Mariano (2019) destaca a gestão interministerial e descentralizada na trajetória de implementação do Consultório na Rua, enquanto Conceição (2023) evidencia a integração entre equipe de Consultório na Rua e equipes de Saúde da Família como caminho para ampliar o acesso da população em situação de rua à Atenção Primária (Brasil, 2009; Costa; Lucena, 2022; Mariano, 2019; Conceição, 2023).

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o perfil sociodemográfico e as evidências epidemiológicas disponíveis sobre a população em situação de rua de Foz do Iguaçu-PR, discutindo os desafios que esses achados colocam à implementação e à qualificação do Consultório na Rua no território municipal.

1.1.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico da população em situação de rua identificada pelo I Censo municipal, considerando as variáveis efetivamente divulgadas pela fonte oficial;

Descrever as evidências epidemiológicas disponíveis sobre tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, hepatites, hanseníase e vacinação, preservando a população de referência, o período e o denominador de cada fonte;

Examinar como mobilidade territorial, condição de fronteira e barreiras de acesso interferem na continuidade do cuidado, à luz dos dados locais e da literatura brasileira recente;

Discutir os desafios de implementação e qualificação do Consultório na Rua em Foz do Iguaçu, com ênfase em vínculo, busca ativa, seguimento terapêutico, integração da rede e articulação intersetorial.

1.2 Justificativa

A contribuição acadêmica do trabalho decorre da articulação entre epidemiologia descritiva, implementação de políticas públicas e território. Estudos nacionais identificam padrões de vulnerabilidade e agravos, mas seu poder explicativo depende de uma leitura situada. Em municípios de fronteira, fluxos internacionais, instituições e demandas específicas tornam insuficiente a aplicação direta de médias nacionais ou de experiências produzidas em capitais (Silva et al., 2021; Eloy, 2025).

A relevância social está na possibilidade de transformar informações dispersas em uma leitura local útil ao planejamento. O I Censo identificou 601 pessoas e

evidenciou predominância masculina, maior presença de pessoas pretas ou pardas, elevada proporção de pessoas nascidas fora do município e desejo majoritário de deixar a situação de rua. Quando esses dados são analisados junto aos registros de tuberculose, testagem, vacinação e produção assistencial, tornam-se capazes de orientar prioridades concretas de busca ativa, prevenção, continuidade terapêutica e articulação com assistência social, habitação, documentação e renda. A contribuição do estudo não consiste em propor uma explicação única para a situação de rua, mas em oferecer uma base empírica para decisões públicas mais ajustadas às necessidades observadas no município (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

No plano institucional, o Consultório na Rua produz vínculo e acesso em espaços nos quais a presença de outros serviços é mais limitada. O conhecimento acumulado pela equipe sobre trajetos, horários, demandas e barreiras pode ser convertido em indicadores agregados para orientar rotas, busca ativa, vacinação, tratamento diretamente observado e articulação com a assistência social. Essa conversão exige preservar a finalidade assistencial e impedir a exposição de pessoas e pequenos grupos (Brasil, 2012; Eloy, 2025).

A aderência do pesquisador ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento está na análise das relações entre Estado, desigualdade, território e implementação. O objeto, portanto, ultrapassa a caracterização demográfica e examina como o poder público produz informação, coordena setores, adapta serviços e transforma normas em capacidades concretas de cuidado (Gomide; Pires, 2014; Lotta, 2019).

A dissertação compreende oito capítulos. O primeiro delimita o problema, apresenta a pergunta de pesquisa, os objetivos e a justificativa. O segundo discute Atenção Primária, determinação social do processo saúde-doença e direito à saúde. O terceiro examina o Consultório na Rua, com ênfase em território, redução de danos, vínculo, processo de trabalho e articulação em rede. O quarto aborda a Política Nacional para a População em Situação de Rua, capacidades estatais e a agenda federal recente. O quinto explicita o delineamento documental, as fontes, os procedimentos analíticos e os limites éticos. O sexto apresenta e discute os resultados sociodemográficos, epidemiológicos e assistenciais. O sétimo integra o perfil local e explicita as implicações dos achados para o Consultório na Rua e para as políticas intersetoriais. O oitavo retoma a pergunta de pesquisa, sintetiza as contribuições e

delimita os alcances do estudo.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA, DETERMINAÇÃO SOCIAL E DIREITO À SAÚDE

Universalidade e integralidade constituem referências normativas do Sistema Único de Saúde, enquanto a equidade orienta a organização de respostas proporcionais a necessidades e barreiras desiguais. Para a população em situação de rua, essa combinação exige garantir o direito de acesso sem exclusão e, ao mesmo tempo, adaptar formas de oferta quando endereço, horários rígidos, documentação, mobilidade ou discriminação dificultam o uso dos serviços (Brasil, 1990a; Brasil, 2017; Paim et al., 2011).

Para efeito de cobertura, a Política Nacional de Atenção Básica considera Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde termos equivalentes nas concepções adotadas pelo SUS. A Atenção Básica reúne ações individuais, familiares e coletivas de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizadas por equipes multiprofissionais com responsabilidade sanitária sobre um território. Como principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, sua função envolve acesso, coordenação do cuidado e continuidade, e não apenas atendimento de demandas imediatas (Brasil, 2017). Ao examinar 16 artigos publicados entre 2013 e 2018 e seis documentos oficiais, Mariano (2019) situa o Consultório na Rua dentro dessa lógica de Atenção Primária, destacando a organização descentralizada, a atuação multiprofissional e a necessidade de articulação institucional para responder às demandas da população em situação de rua. Em estudo desenvolvido em Foz do Iguaçu, Silva (2026) reforça a centralidade territorial da Atenção Básica ao relacionar a porta de entrada do SUS às condições concretas de vida, ao trabalho multiprofissional e às particularidades de uma região de fronteira.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 fornece base normativa para relacionar condições de vida e saúde ao reconhecer, em seu art. 3º, fatores como alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais como determinantes e condicionantes da saúde (Brasil, 1990a).

Essa formulação afasta explicações centradas exclusivamente no comportamento individual e exige que o processo saúde-doença seja interpretado à luz das condições concretas de vida (Brasil, 1990a; Paim et al., 2011). A leitura de Silva (2026) converge com essa perspectiva ao situar as expressões da questão social

e as condições de vida e trabalho como dimensões inseparáveis da compreensão do processo saúde-doença na Atenção Básica.

Na população em situação de rua, esses determinantes se acumulam de forma particularmente visível. A inexistência de moradia convencional pode limitar repouso, higiene, guarda de medicamentos e proteção climática; a renda irregular interfere em alimentação e transporte; vínculos fragilizados reduzem redes de apoio; e barreiras institucionais podem dificultar o acesso oportuno aos serviços. A situação de rua não constitui uma causa única de adoecimento, mas um contexto no qual desigualdades anteriores e exposições cotidianas se combinam, exigindo respostas orientadas pela equidade (Brasil, 2009; Paiva et al., 2016; Hino; Santos; Rosa, 2018). Conceição (2023) acrescenta que o acesso dessa população não deve permanecer concentrado exclusivamente nas equipes de Consultório na Rua, pois a universalidade do SUS exige participação efetiva das demais equipes da Atenção Primária e compartilhamento do cuidado.

Em pesquisa-ação realizada em uma Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro composta por 14 equipes de Saúde da Família e uma equipe de Consultório na Rua, Conceição (2023) utilizou visitas ao território, rodas de conversa e oficina de sensibilização para aproximar os trabalhadores. A experiência mostrou que o compartilhamento de espaços de discussão e o contato entre as equipes podem favorecer pactuação, integração e continuidade do cuidado, reforçando que o acesso da população em situação de rua deve ser responsabilidade da Atenção Primária como um todo, e não de um único dispositivo especializado.

As exposições ambientais também integram a determinação social do processo saúde-doença. Frio intenso, chuva, calor, umidade e ausência de abrigo seguro produzem riscos diferentes conforme acesso a moradia, água, vestuário, alimentação, locais de repouso e serviços públicos. Em 2026, o Ministério da Saúde publicou orientação específica para proteção e cuidado da população em situação de rua durante períodos de frio intenso e ondas de frio e também orientações da Atenção Primária para resposta e recuperação diante de chuvas intensas e desastres associados, reforçando que emergências climáticas devem ser enfrentadas com perspectiva de equidade e organização territorial do cuidado (Brasil, 2026b; Brasil, 2026c).

2.1 Trajetória da Atenção Primária à Saúde no Brasil

A Atenção Primária à Saúde se consolidou internacionalmente como estratégia de organização de sistemas orientados pelo acesso universal, pela continuidade e pela proximidade com as condições de vida das populações. A Conferência de Alma-Ata, em 1978, ampliou o debate sobre cuidados primários e participação social, influenciando experiências brasileiras vinculadas à Reforma Sanitária e à defesa da saúde como direito (Fausto; Matta, 2007).

No Brasil dos anos 1970, a assistência estava fragmentada entre a previdência social, serviços públicos seletivos e ações filantrópicas. A cobertura privilegiava trabalhadores formais e mantinha amplos grupos fora de um sistema integrado. Experiências de interiorização e atenção comunitária anteciparam princípios que seriam incorporados ao Sistema Único de Saúde, ainda que sob limites políticos e financeiros (Morosini; Corbo, 2007).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, articulou saúde, democracia e condições de vida. Essa construção alcançou a Constituição de 1988, cujo artigo 196 afirma a saúde como direito de todos e dever do Estado. O texto constitucional deslocou a assistência de um benefício vinculado à contribuição previdenciária para um direito social orientado por políticas econômicas e sociais (Brasil, 1988).

As Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, regulamentaram a organização do SUS, a participação social e as transferências intergovernamentais. Universalidade, integralidade, descentralização e participação passaram a compor o arcabouço institucional de um sistema que precisava ser implementado em um país federativo e desigual. A municipalização ampliou responsabilidades locais, mas também tornou visíveis diferenças de capacidade administrativa e financeira (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família, fortaleceu a vinculação territorial e o trabalho multiprofissional. A família e a comunidade passaram a ocupar posição mais nítida no planejamento, substituindo progressivamente a lógica exclusivamente curativa por ações de promoção, prevenção e acompanhamento longitudinal (Giovanella et al., 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica sistematizou responsabilidades,

princípios e formas de organização. A versão de 2017 reafirma a atenção básica como conjunto de ações individuais, familiares e coletivas que inclui promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância. Essa amplitude é decisiva para compreender o Consultório na Rua como parte da APS (Brasil, 2017).

A centralidade da APS não elimina tensões entre universalização e segmentação. Portela observa que a identificação automática entre Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família pode ocultar outros serviços que exercem funções de primeiro contato e coordenação. O Consultório na Rua evidencia essa diversidade, pois leva a equipe ao território e atende uma população que desafia a adscrição baseada em endereço fixo (Portela, 2017).

A pandemia de Covid-19 reforçou a importância da capilaridade territorial, da vigilância e da vacinação, ao mesmo tempo que expôs subfinanciamento, desigualdades regionais e dificuldades de coordenação. Para pessoas em situação de rua, medidas sanitárias baseadas em permanência domiciliar, higiene frequente e isolamento mostraram os limites de recomendações que pressupõem condições materiais inexistentes (Giovanella et al., 2021).

A APS orientada pela equidade precisa adaptar fluxos às necessidades de grupos que não se enquadram no funcionamento convencional. A unidade fixa, o agendamento prévio e o vínculo territorial baseado em residência podem produzir barreiras quando aplicados sem flexibilidade. A resposta pública se torna efetiva quando o serviço modifica suas práticas para alcançar o usuário, em vez de condicionar o direito à adequação prévia do usuário à burocracia (Costa; Lucena, 2022).

O percurso histórico da Atenção Primária reafirma a universalidade como direito de todas as pessoas às ações e aos serviços de saúde, sem exclusão por condição social, endereço ou trajetória de vida. As adaptações organizacionais necessárias à população em situação de rua não relativizam esse princípio; procuram remover barreiras que, na prática, impedem que um direito formalmente universal seja exercido em condições concretas de desigualdade. A itinerância e a flexibilidade de acesso devem, portanto, ampliar a entrada no SUS e a vinculação à rede comum, e não criar um circuito assistencial separado.

Essa inflexão sustenta o Consultório na Rua como dispositivo da APS, e não

como serviço paralelo. A itinerância amplia o primeiro contato, enquanto a integração com unidades básicas, vigilância e atenção especializada preserva continuidade, integralidade e responsabilização compartilhada (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

2.2 Determinação social do processo saúde-doença, ambiente e cuidado cotidiano

A análise da saúde da população em situação de rua exige superar explicações restritas ao comportamento individual. A determinação social do processo saúde-doença relaciona condições de trabalho, renda, moradia, alimentação, raça, gênero, território e proteção social às formas desiguais de adoecer e morrer. A rua concentra essas determinações, mas não as produz isoladamente; ela expressa trajetórias anteriores de desigualdade e rupturas institucionais (Paim et al., 2011).

A pobreza extrema, a fragilização dos vínculos familiares e a inexistência de moradia regular aparecem na definição normativa da população em situação de rua. Essa formulação reconhece elementos comuns sem apagar a heterogeneidade. Pessoas podem chegar às ruas por desemprego, conflitos, violência, migração, saída de instituições, sofrimento mental, uso de substâncias ou combinação desses fatores, e cada trajetória demanda resposta específica (Brasil, 2009; Hino; Santos; Rosa, 2018).

A moradia atua como determinante porque oferece proteção física, possibilidade de repouso, armazenamento de medicamentos, higiene e privacidade. Sem essas condições, o tratamento de doenças crônicas e infecciosas se torna mais difícil, e orientações clínicas que dependem de horários, alimentação ou conservação de insumos podem ser inviáveis. O cuidado precisa incorporar essas limitações ao plano terapêutico (Paiva et al., 2016).

Sem acesso à comida adequada, a insegurança alimentar interfere na imunidade, na tolerância a medicamentos e na continuidade dos tratamentos. Ela também altera a prioridade cotidiana: obter alimento e proteção imediata pode se sobrepôr à busca por atendimento preventivo. Uma política que interpreta faltas ou interrupções apenas como baixa adesão ignora a relação entre comportamento observado e condições materiais de vida (Silva et al., 2021).

A exposição à violência constitui outro eixo da determinação social. A rua pode envolver agressões, furtos, conflitos, violência institucional e arquitetura hostil. O

medo modifica percursos, horários e pontos de permanência, interferindo no acesso aos serviços e na construção de vínculos. Equipes territoriais precisam reconhecer essas geografias do risco para planejar abordagens seguras e continuadas (Varanda; Adorno, 2004).

O sofrimento mental não pode ser separado da experiência de exclusão. Ansiedade, depressão, traumas e crises podem anteceder ou resultar da situação de rua, sendo frequentemente agravados pela violência e pela instabilidade. A relação não é linear, e diagnósticos não devem substituir a leitura das condições sociais. O cuidado em saúde mental precisa combinar atenção clínica, autonomia, proteção e acesso a direitos (Amarante, 2007; Yasui, 2010).

O uso de álcool e outras drogas também exige leitura não moralizante. Em determinadas trajetórias, o consumo participa do processo de ruptura; em outras, aparece como forma de lidar com frio, medo, dor ou isolamento. A redução de danos reconhece essa complexidade e constrói intervenções possíveis, sem condicionar o acolhimento à abstinência imediata (Passos; Souza, 2011).

Raça e racismo estruturam oportunidades de trabalho, renda, escolarização, acesso à moradia e exposição à violência. A predominância de pessoas pretas e pardas nos levantamentos nacionais e no Censo de Foz do Iguaçu não deve ser tratada como dado descontextualizado. Ela exige considerar a produção histórica de desigualdades e a necessidade de políticas orientadas pela equidade racial (Silva et al., 2021; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

Gênero modifica a experiência da rua. Embora homens sejam maioria nos censos, mulheres podem enfrentar violência sexual, gestação sem acompanhamento, dificuldade para cuidado de filhos, invisibilidade nos levantamentos e necessidade de estratégias específicas. Pessoas LGBTQIA+ também podem chegar às ruas após rupturas familiares e sofrer discriminações adicionais. A predominância numérica masculina não autoriza universalizar um padrão único de necessidades (Brasil, 2009).

Migração e nacionalidade assumem peso particular em cidades de fronteira. A ausência de documentos, a distância da rede familiar, as diferenças linguísticas e o desconhecimento dos serviços podem aumentar vulnerabilidades. Ao mesmo tempo, migrar não equivale a estar em situação de rua. A política precisa evitar associações causais simplistas e oferecer atendimento independentemente da origem (Eloy, 2025; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A determinação social conduz à intersectorialidade. Saúde, assistência, habitação, trabalho, educação, justiça e direitos humanos lidam com dimensões complementares do mesmo problema. Sem mecanismos de coordenação, o usuário é encaminhado repetidamente sem que se construa um projeto comum. A articulação precisa incluir responsabilidades definidas, fluxos, comunicação e acompanhamento (Brasil, 2009; Gomide; Pires, 2014).

A articulação dessas dimensões permite compreender por que respostas exclusivamente clínicas alcançam resultados limitados quando as condições materiais permanecem inalteradas. A consulta pode reconhecer um agravo e iniciar tratamento, mas a continuidade depende de alimentação, repouso, transporte, documentação e possibilidade de retorno. O conceito de determinação social, portanto, não desloca a responsabilidade da saúde; ele amplia o campo de análise para que o plano terapêutico seja compatível com a vida cotidiana e para que a equipe identifique quais necessidades exigem atuação própria e quais demandam coordenação com outras políticas (Paim et al., 2011).

A noção de vulnerabilidade permite observar a interação entre exposição a riscos, disponibilidade de recursos e capacidade institucional de proteção. Ela não designa uma característica essencial do indivíduo. Uma pessoa pode estar mais vulnerável porque encontra menos recursos materiais, vínculos fragilizados e serviços pouco adaptados, enquanto redes de solidariedade e políticas adequadas podem reduzir essa exposição (Hino; Santos; Rosa, 2018).

O estigma transforma diferenças sociais em justificativa para tratamento desigual. Pessoas em situação de rua são frequentemente associadas à sujeira, perigo, improdutividade ou incapacidade, imagens que influenciam abordagens de segurança, assistência e saúde. Varanda e Adorno mostram que essas representações produzem descartabilidade urbana e dificultam reconhecer os sujeitos como titulares de direitos (Varanda; Adorno, 2004).

Nos serviços de saúde, o estigma pode aparecer em recusas, atendimentos apressados, exigência de comprovante de residência ou atribuição de todas as queixas ao uso de drogas. Essas práticas reduzem a qualidade clínica e afastam usuários que já acumulam experiências negativas com instituições. O vínculo depende de acolhimento sem julgamento e de respostas que considerem as condições reais de cuidado (Costa; Lucena, 2022).

Evidências brasileiras recentes reforçam que as barreiras de acesso não se limitam à distância física dos serviços. Em estudo qualitativo com trabalhadoras de equipes de Consultório na Rua de Belo Horizonte, Fraga, Modena e Silva (2024) identificaram barreiras discriminatórias, protocolares e simbólicas e destacaram, entre as estratégias de enfrentamento, a qualificação dos dados públicos, a educação permanente, a construção de fluxos compatíveis com os modos de vida na rua e a atuação extramuros. Esses achados ajudam a interpretar o contexto de Foz do Iguaçu porque deslocam a análise da suposta não adesão individual para a forma como os serviços organizam suas portas de entrada e sustentam continuidade.

Em perspectiva quantitativa, Gontijo et al. (2024), ao analisarem 390 pessoas em situação de rua em Belo Horizonte, observaram que a utilização dos serviços de saúde se associava a fatores sociais, condições de vida e necessidades de saúde, e que 57,5% dos participantes relataram procura pela Atenção Primária. O dado não deve ser transferido para Foz do Iguaçu, mas contribui para sustentar que acesso é produzido por uma combinação de necessidades, recursos e relações com os serviços, e não apenas pela disponibilidade formal de uma unidade.

A mobilidade desafia a continuidade assistencial. Mudanças de local de permanência, recolhimento de pertences, deslocamentos entre serviços e prisões ou internações podem interromper tratamentos. O prontuário e a comunicação entre pontos da rede se tornam relevantes, mas devem respeitar confidencialidade e finalidade. A informação precisa circular para garantir cuidado, não para ampliar controle ou estigmatização (Brasil, 2017; Brasil, 2018).

A documentação civil é porta de entrada para benefícios, trabalho e moradia, mas não pode ser transformada em requisito indevido para atendimento em saúde. Equipes territoriais frequentemente mediam a emissão de documentos e o acesso a outros serviços. Essa atuação evidencia que a barreira burocrática não é externa ao cuidado; ela interfere diretamente na possibilidade de exercer direitos e seguir projetos terapêuticos (Costa; Lucena, 2022).

A participação social oferece caminho para reduzir respostas baseadas apenas na percepção dos profissionais. Movimentos da população em situação de rua contribuíram para a construção da política nacional e para a criação de espaços de monitoramento. Incorporar usuários na avaliação dos serviços permite identificar barreiras invisíveis aos gestores e qualificar prioridades (Brasil, 2009).

Vulnerabilidade e estigma atuam em planos diferentes e produzem efeitos cumulativos. A primeira descreve a menor disponibilidade de recursos e proteção diante de riscos; o segundo interfere na forma como instituições interpretam e respondem às necessidades apresentadas. Quando ambos se combinam, a pessoa pode enfrentar maior exposição ao adoecimento e, simultaneamente, menor possibilidade de receber cuidado oportuno. Distinguir esses mecanismos evita atribuir a interrupção de tratamentos a uma suposta falta de interesse e orienta a análise das barreiras produzidas pelos próprios serviços (Hino; Santos; Rosa, 2018).

No contexto brasileiro, a universalidade estabelece que todas as pessoas têm direito às ações e aos serviços de saúde, mas a realização desse direito depende de condições concretas de acesso. Para quem vive nas ruas, a mera existência de uma unidade não assegura atendimento oportuno. Distância, horários, perda de documentos, estigma e circulação territorial podem interromper o percurso antes mesmo do contato com a equipe. A equidade orienta a criação de estratégias proporcionais a essas barreiras, permitindo que o sistema trate de maneira diferenciada situações marcadas por desigualdade persistente (Brasil, 1988; Paim et al., 2011).

A equidade não significa produzir uma rede paralela ou reduzir o padrão assistencial destinado à população em situação de rua. Sua função é adaptar portas de entrada, agendas, formas de busca e articulação para que o usuário alcance os mesmos direitos disponíveis aos demais cidadãos. O Consultório na Rua deve aproximar o cuidado e favorecer a vinculação a outros pontos do SUS, evitando que a itinerância se converta em única alternativa ou em atendimento de menor densidade tecnológica (Brasil, 2012; Costa; Lucena, 2022).

O acesso pode ser analisado por disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade, adequação organizacional e continuidade. Uma consulta isolada indica contato, mas não demonstra que o cuidado foi concluído. Para doenças que exigem seguimento, como tuberculose, sífilis, hipertensão ou diabetes, a efetividade depende de retorno, comunicação entre serviços e capacidade de localizar a pessoa sem transformar a busca ativa em vigilância coercitiva (Silva et al., 2021; Alecrim et al., 2016).

A aceitabilidade envolve a forma como o usuário é recebido. Experiências de humilhação, suspeita, recusa por ausência de higiene ou associação automática entre

situação de rua e uso de drogas afastam pessoas dos serviços. A escuta qualificada, a identificação pelo nome social quando aplicável e a explicação clara dos procedimentos reduzem a assimetria institucional. Essas práticas não são apenas atributos relacionais, porque interferem na adesão, no compartilhamento de informações e na continuidade do cuidado (Paiva et al., 2016; Hallais; Barros, 2015).

A adequação organizacional exige reconhecer que a rotina da rua não segue os mesmos tempos da unidade. Guardar receitas, manter jejum, conservar medicamentos e chegar a horários fixos pode ser difícil. A equipe precisa negociar estratégias viáveis, utilizar lembretes por meio de serviços de referência, fracionar orientações e articular locais seguros para armazenamento quando necessário. A adaptação não dispensa critérios clínicos, mas incorpora as condições reais de vida ao plano terapêutico (Hino; Santos; Rosa, 2018).

A continuidade também depende de prontuários acessíveis aos profissionais autorizados e de registros consistentes. Quando cada ponto da rede repete anamnese e não reconhece atendimentos anteriores, o usuário enfrenta fragmentação e perde confiança. Sistemas interoperáveis, protocolos de referência e contrarreferência e definição de responsabilidade compartilhada podem reduzir perdas de seguimento, desde que a proteção de dados sensíveis seja preservada (Brasil, 2017; Brasil, 2018).

O acesso efetivo deve ser compreendido como percurso, e não como ocorrência isolada. A entrada no serviço representa somente a primeira etapa; diagnóstico, comunicação de resultados, início do tratamento, retorno e conclusão exigem diferentes recursos e pontos da rede. Essa leitura é especialmente necessária para agravos que dependem de seguimento, porque uma consulta registrada pode coexistir com perda de continuidade. A análise dos indicadores precisa, assim, separar contato inicial, vinculação e desfecho, evitando que produtividade administrativa seja confundida com cuidado resolutivo (Costa; Lucena, 2022).

A predominância de pessoas pretas e pardas na população em situação de rua precisa ser compreendida no interior das desigualdades raciais brasileiras. Racismo, inserção ocupacional precária, acesso desigual à renda e à moradia e maior exposição à violência compõem trajetórias que podem anteceder a rua e se intensificar nela. A variável raça ou cor não funciona como característica biológica explicativa; ela registra uma posição social produzida por relações históricas e institucionais (Silva et al., 2021; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O preenchimento da variável raça ou cor deve respeitar a autodeclaração. Classificações feitas pelo profissional podem reproduzir percepções externas e reduzir a qualidade da informação. A análise precisa apresentar categorias separadas quando a base permitir e justificar agregações, especialmente ao combinar pretos e pardos. A completude desse campo é um indicador de qualidade porque a ausência de informação impede avaliar iniquidades e direcionar ações de equidade (Brasil, 2018; Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A maioria masculina observada em levantamentos nacionais e no Censo de Foz do Iguaçu não torna secundárias as necessidades de mulheres. Mulheres em situação de rua podem enfrentar violência sexual, gestação sem acompanhamento, cuidado de filhos, exploração e dificuldades específicas nos acolhimentos. Percentuais menores podem representar maior invisibilidade ou permanência em redes informais e locais menos acessíveis aos levantamentos, o que requer estratégias de busca sensíveis à segurança e à privacidade (Hino; Santos; Rosa, 2018).

Identidade de gênero e orientação sexual também devem ser registradas com cuidado, sem confusão conceitual. Pessoas trans e travestis podem experimentar expulsão familiar, discriminação no trabalho, violência e recusa institucional. A oferta de cuidado precisa respeitar nome social, identidade e autonomia, além de articular proteção contra violência e acesso a serviços específicos quando solicitados. A coleta dessas informações deve ter finalidade clara e proteção reforçada contra exposição (Brasil, 2018).

A idade média de 40 anos divulgada pelo Censo municipal oferece uma medida sintética, mas não revela a distribuição por faixas. Jovens, adultos e idosos têm necessidades diferentes. Pessoas mais jovens podem demandar articulação com educação e trabalho; adultos podem apresentar desgaste relacionado à exposição prolongada; idosos podem acumular limitações funcionais, doenças crônicas e dificuldade de acesso a benefícios. Uma base municipal mais completa deve combinar idade contínua e faixas padronizadas (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O tempo em situação de rua é outra variável relevante porque modifica riscos e possibilidades de cuidado. Períodos prolongados podem aprofundar rupturas, agravar doenças e reduzir documentos e redes de apoio, embora não eliminem capacidade de decisão ou desejo de mudança. Registrar episódios, duração

aproximada e interrupções permite distinguir trajetórias recentes de processos crônicos e direcionar intervenções sem classificar pessoas como recuperáveis ou irre recuperáveis (Brasil, 2009; Varanda; Adorno, 2004).

A leitura conjunta de raça ou cor, gênero, idade e tempo de rua permitiria reconhecer desigualdades que permanecem ocultas nas frequências isoladas. O material disponível, contudo, não apresenta cruzamentos entre essas variáveis. A análise deve preservar esse limite e evitar construir grupos compostos por dedução. Para ciclos posteriores, tabelas desagregadas poderão indicar diferenças de acesso e adoecimento, desde que o número de registros seja suficiente para impedir identificação e que a coleta respeite autodeclaração, finalidade e possibilidade de não resposta (Brasil, 2018).

A moradia não deve aparecer apenas como desfecho posterior ao cuidado em saúde. Ela constitui condição para proteção, repouso, privacidade, preparo de alimentos e continuidade terapêutica. Intervenções que tratam sintomas sem enfrentar a instabilidade habitacional tendem a produzir retornos frequentes e baixa resolutividade. A articulação entre saúde, assistência e habitação é necessária para que o plano terapêutico considere a permanência da pessoa fora das ruas (Brasil, 2009).

O trabalho integra muitas trajetórias de pessoas em situação de rua, sobretudo em atividades informais e de baixa remuneração. A ausência de emprego formal não equivale à ausência de trabalho. Coleta de materiais, serviços eventuais, comércio e outras ocupações podem gerar renda irregular, expor a riscos e dificultar o comparecimento a serviços em horário comercial. Políticas de inclusão produtiva precisam reconhecer experiências anteriores e remover barreiras documentais e de saúde (Brasil, 2023).

A perda de renda pode precipitar despejo, endividamento e ruptura familiar, especialmente em períodos de crise. O dado municipal que relaciona desemprego ou perda de renda à situação de rua deve ser lido junto com os custos de moradia e a insuficiência de proteção social. A resposta não se reduz a encaminhamento para vagas, pois exige documentação, qualificação, transporte, estabilidade mínima e acompanhamento para evitar nova ruptura (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A insegurança alimentar influencia imunidade, doenças crônicas, saúde bucal

e capacidade de utilizar medicamentos. A distribuição de refeições atende uma necessidade imediata, mas a política precisa avaliar regularidade, qualidade nutricional, restrições clínicas e acesso à água. Para tratamentos que produzem efeitos adversos quando ingeridos sem alimento, a articulação com serviços de alimentação pode determinar continuidade e segurança (Paiva et al., 2016).

O acesso a benefícios depende de cadastro, documentos e atualização de informações. Pessoas em circulação podem perder prazos ou não receber comunicações. A atuação intersetorial deve reduzir exigências repetidas e apoiar a regularização, sem transformar o benefício em condição para atendimento em saúde. O indicador mais útil não é apenas número de encaminhamentos, mas a proporção de acessos efetivados e mantidos ao longo do tempo (Brasil, 2023).

A combinação entre moradia, renda, alimentação e saúde demonstra que o fenômeno não cabe em uma única secretaria. A coordenação precisa definir responsáveis, prazos e mecanismos de retorno. Sem contrarreferência, o encaminhamento pode transferir o problema sem produzir solução. Reuniões de caso e fluxos pactuados ajudam a construir respostas individualizadas e também revelam gargalos estruturais que exigem decisão de gestão (Gomide; Pires, 2014; Lotta, 2019).

As condições materiais também interferem na interpretação dos resultados assistenciais. Faltas, interrupções e retornos frequentes podem expressar perda de pertences, mudança de local de permanência, necessidade de trabalhar, ausência de alimentação ou inadequação dos horários ofertados. Esses eventos não devem ser lidos automaticamente como recusa. Ao registrar o motivo da interrupção e as barreiras encontradas, a rede consegue distinguir decisões do usuário de obstáculos institucionais e definir respostas proporcionais, como flexibilização de agenda, apoio para deslocamento e articulação com serviços de alimentação e acolhimento (Paiva et al., 2016).

O ambiente integra os determinantes e condicionantes reconhecidos pelo art. 3º da Lei nº 8.080/1990 e adquire relevância imediata quando a pessoa não dispõe de moradia regular. Exposição climática, acesso à água, possibilidade de higiene, alimentação e local seguro para repouso modificam risco, manifestação de sintomas e viabilidade das condutas. Em situações de frio intenso, ondas de frio, chuvas e desastres, a Atenção Primária precisa combinar busca territorial, proteção social, vigilância e continuidade assistencial, com atenção especial a grupos que não

conseguem adotar medidas domiciliares de proteção (Brasil, 1990a; Brasil, 2026b; Brasil, 2026c).

A exposição contínua ao frio, calor, chuva, poluição e superfícies inadequadas modifica o perfil de necessidades em saúde. Problemas respiratórios, desidratação, lesões de pele e agravamento de dores podem surgir ou se intensificar. A avaliação clínica precisa considerar onde a pessoa dorme, como obtém água e quais possibilidades de proteção existem, porque recomendações desconectadas dessas condições tendem a ser inexecutáveis (Paiva et al., 2016; Hino; Santos; Rosa, 2018).

A pele funciona como barreira e é afetada por umidade, fricção, parasitoses e dificuldade de higiene. Curativos dependem de materiais, troca e local de armazenamento. Ações itinerantes podem realizar avaliação inicial e fornecer insumos, mas casos complexos exigem referência. O indicador de procedimento deve ser acompanhado por evolução, pois contar curativos não demonstra cicatrização ou resolução (Brasil, 2017).

Doenças respiratórias merecem atenção para além da tuberculose. Tabagismo, poluição, exposição climática e infecções podem produzir tosse e dispneia. A triagem deve identificar sinais de gravidade e evitar que todo sintoma respiratório seja atribuído ao uso de substâncias. Ao mesmo tempo, a investigação de tuberculose precisa permanecer acessível e oportuna diante da vulnerabilidade conhecida (Silva et al., 2021).

Hipertensão e diabetes podem permanecer sem diagnóstico ou controle por dificuldade de seguimento, alimentação irregular e conservação de medicamentos. Medidas isoladas de pressão ou glicemia não equivalem a acompanhamento. O plano deve incluir confirmação diagnóstica, avaliação de risco, acesso a medicamentos e retorno. A articulação com APS fixa é necessária para exames e longitudinalidade (Brasil, 2017; Queiroz et al., 2024).

A saúde bucal interfere na alimentação, na comunicação e na autoestima. Dor e perda dentária podem limitar consumo de alimentos oferecidos e agravar insegurança nutricional. A oferta de extrações em caráter de urgência não substitui prevenção e reabilitação. Registros devem indicar necessidade, procedimento e conclusão para que a gestão reconheça demanda reprimida (Brasil, 2017).

O sono é frequentemente interrompido por ruído, medo, abordagens, violência e necessidade de vigiar pertences. Privação prolongada pode agravar sofrimento

mental, dor e capacidade de decisão. A escuta sobre sono ajuda a compreender queixas e a planejar medidas imediatas, embora a solução estrutural dependa de proteção e moradia segura (Hino; Santos; Rosa, 2018).

A saúde sexual e reprodutiva precisa ser ofertada sem pressupostos. Preservativos, contracepção, cuidado pré-natal, prevenção de IST e atendimento após violência devem estar disponíveis. A abordagem deve respeitar privacidade e evitar que mulheres e pessoas LGBTQIA+ sejam reduzidas à vulnerabilidade sexual. A integralidade inclui também escolhas reprodutivas e cuidado geral (Brasil, 2017; Brasil, 2009).

A funcionalidade é um componente pouco visível em perfis baseados apenas em diagnóstico. Dificuldade de caminhar, enxergar, ouvir ou realizar autocuidado altera acesso e necessidade de apoio. Pessoas com deficiência podem enfrentar maior risco de violência e barreiras nos acolhimentos. A matriz municipal deve incluir limitações funcionais com linguagem respeitosa e finalidade assistencial (Brasil, 1988; Brasil, 2009).

A dispensação de medicamentos exige avaliar esquema, capacidade de guarda, efeitos adversos e risco de perda. Fracionamento, embalagens adequadas e pontos de apoio podem favorecer continuidade. Essas adaptações precisam obedecer a normas e avaliação farmacêutica, sem criar tratamentos incompletos. O registro deve mostrar entrega e acompanhamento, não apenas prescrição (Brasil, 2017).

O cuidado cotidiano evidencia que saúde e condições materiais são inseparáveis. Água, alimentação, repouso e local seguro influenciam cada recomendação. A atuação clínica mantém sua especificidade, mas alcança maior resolutividade quando reconhece determinantes e aciona políticas capazes de modificar o contexto. Essa integração evita tanto a medicalização da pobreza quanto a omissão de necessidades clínicas (Paim et al., 2011; Paiva et al., 2016).

O adoecimento resulta da relação entre exposições, condições de vida e organização dos serviços. Frio, alimentação irregular, violência, racismo, trabalho precário e ausência de moradia não substituem diagnósticos clínicos, mas alteram risco, apresentação dos sintomas e viabilidade das condutas. O Consultório na Rua aproxima a APS dos locais onde essas determinações se manifestam e permite construir planos de cuidado compatíveis com limites concretos, sem naturalizar a precariedade, em articulação com o território e com a rede de atenção (Brasil, 2012).

3 CONSULTÓRIO NA RUA: TERRITÓRIO, REDUÇÃO DE DANOS E CUIDADO EM LIBERDADE

O Consultório na Rua opera na interface entre território, Atenção Primária, redução de danos e cuidado em liberdade, aproximando o SUS de pessoas cujo acesso aos serviços fixos é frequentemente descontínuo. Sua efetividade depende de presença territorial, trabalho multiprofissional, vínculo, articulação em rede e capacidade de construir percursos assistenciais compatíveis com mobilidade, autonomia e necessidades clínicas e sociais (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Passos; Souza, 2011).

A literatura nacional recente mostra que a implantação do Consultório na Rua depende de mais do que habilitação formal. Borysow, Oda e Furtado (2023), em estudo avaliativo de uma equipe na cidade de São Paulo, identificaram grau avançado de implantação, mas registraram fragilidades relacionadas ao cuidado de usuários de substâncias psicoativas e à logística necessária à itinerância. O achado é pertinente ao presente estudo porque evidencia que veículo, composição de equipe, fluxos e articulação com a rede integram a própria capacidade de implementação do serviço, e não constituem condições periféricas.

A continuidade entre território e outros níveis de atenção também aparece como questão operacional. Saminêz, Macerata e Fontana (2024) descrevem, em Florianópolis, um dispositivo construído para articular o Consultório na Rua com a atenção hospitalar durante a internação e após a alta. A experiência mostra que longitudinalidade depende de comunicação e corresponsabilização entre pontos da rede, aspecto diretamente relacionado aos desafios identificados em Foz do Iguaçu quando os registros locais mostram produção de atendimentos, testes e acompanhamento sem uma base longitudinal única.

3.1 Emergência e regulamentação do Consultório na Rua

Experiências de atendimento móvel e de redução de danos antecederam a incorporação do Consultório na Rua à Atenção Básica. Iniciativas locais buscaram alcançar crianças, adolescentes e adultos que faziam uso de substâncias e permaneciam em espaços públicos, demonstrando que serviços tradicionais não respondiam sozinhos às necessidades encontradas. A institucionalização posterior ampliou o foco para atenção integral à população em situação de rua (Brasil, 2012).

A instituição normativa específica das equipes de Consultório na Rua ocorreu, no plano federal, com a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. O ato definiu as diretrizes de organização e funcionamento, vinculou as equipes à Atenção Básica, estabeleceu a atuação itinerante e previu trabalho compartilhado com outros pontos da rede. Esse marco normativo antecedeu e orientou as implantações municipais posteriores (Brasil, 2012).

No município de Foz do Iguaçu-PR, a Equipe de Consultório na Rua foi implantada em 2021 mediante adesão municipal à estratégia nacional. Conforme registros oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, a equipe iniciou seu trabalho em 29 de junho de 2021, sendo o início oficial das atividades registrado em 8 de julho de 2021 pelo Ofício nº 1.541/21-SMSA/DIAT. A implantação ocorreu no contexto da regulamentação federal das eCR, especialmente da Portaria GM/MS nº 1.255, de 18 de junho de 2021, que estabeleceu para Foz do Iguaçu o quantitativo de uma Equipe de Consultório na Rua.

As equipes são multiprofissionais e organizadas em modalidades conforme a composição prevista na norma. O desenho busca combinar saberes clínicos, de enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, saúde bucal e redução de danos, conforme disponibilidade e modalidade. A diversidade profissional responde a demandas que não podem ser resolvidas por uma única categoria (Brasil, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica reafirmou o Consultório na Rua como equipe destinada à população em situação de rua. Sua atuação inclui ações de atenção básica, cuidado em saúde mental, redução de danos, busca ativa, vacinação, acompanhamento de condições crônicas e articulação com a Rede de Atenção à Saúde. A equipe deve trabalhar de forma integrada às unidades básicas e aos demais serviços (Brasil, 2017).

A itinerância não significa ausência de referência. O trabalho exige planejamento de rotas, registro, discussão de casos e definição de fluxos. A rua é espaço de abordagem, mas o cuidado pode exigir acesso a exames, medicamentos, internação, saúde bucal, atenção psicossocial e assistência social. A equipe funciona como ponte, sem concentrar todas as respostas (Hallais; Barros, 2015).

O vínculo é construído gradualmente. Usuários podem recusar procedimentos, interromper contatos ou priorizar necessidades imediatas. A continuidade depende da presença regular da equipe, do reconhecimento dos nomes e trajetórias e da

capacidade de cumprir acordos. A confiança produzida no território é um recurso clínico e institucional (Hallais; Barros, 2015).

A busca ativa permite identificar pessoas com sintomas, tratamentos interrompidos ou baixa utilização de serviços. Em tuberculose, por exemplo, a localização do usuário, a administração observada de medicamentos e a articulação com vigilância podem reduzir abandono. Essa ação exige recursos, equipe estável e comunicação entre os pontos da rede (Silva et al., 2021).

A atuação em fronteira acrescenta desafios de nacionalidade, circulação e retorno. O artigo de Eloy mostra que a equipe de Foz do Iguaçu se desloca por territórios que incluem áreas turísticas, vias de circulação e pontos de permanência. A cartografia do cuidado ajuda a organizar rotas sem reduzir o território a um mapa estático (Eloy, 2025).

A institucionalização federal fornece parâmetros comuns, porém a forma concreta do serviço depende do território. Extensão urbana, pontos de permanência, composição profissional, disponibilidade de veículo e articulação com a rede alteram a capacidade de realizar abordagens e manter seguimento. Em Foz do Iguaçu, a circulação transfronteiriça e a mobilidade interna tornam inadequada uma lógica baseada apenas em inscrição residencial. A equipe precisa combinar planejamento de rotas com flexibilidade para reconhecer mudanças, mantendo registros que permitam continuidade mesmo quando o usuário se desloca entre áreas do município (Eloy, 2025).

3.2 Redução de danos e cuidado em liberdade

A Reforma Psiquiátrica brasileira questionou a centralidade do hospital psiquiátrico e defendeu serviços territoriais, cidadania e autonomia. A Lei nº 10.216/2001 protege direitos das pessoas com transtornos mentais e orienta o tratamento em meios menos restritivos. No contexto da Reforma Psiquiátrica, o cuidado em liberdade não significa ausência de atenção, mas organização de respostas que preservem vínculos e participação do usuário (Brasil, 2001; Amarante, 2007).

Em um contexto de situação de rua, a redução de danos integra esse deslocamento ético ao reconhecer que a abstinência não pode ser o único critério de acesso. Estratégias são construídas a partir dos riscos, desejos e possibilidades de

cada pessoa. Elas podem incluir informação, insumos, prevenção de infecções, cuidado de feridas, alimentação, encaminhamento e negociação de mudanças no padrão de uso (Passos; Souza, 2011).

Para a população em situação de rua, a redução de danos evita que o uso de substâncias apague outras necessidades. Queixas clínicas, sofrimento mental, documentação, violência e moradia precisam ser atendidos mesmo quando o consumo permanece. Condicionar o cuidado à abstinência tende a afastar justamente quem enfrenta maior exposição a riscos (Paiva et al., 2016).

A abordagem também protege contra explicações causais lineares. O consumo pode anteceder a rua, intensificar-se depois dela ou variar ao longo da trajetória. Os significados atribuídos às substâncias dependem de contexto, vínculos e condições de sobrevivência. A escuta qualificada permite construir intervenções sem transformar o diagnóstico em julgamento moral (Hino; Santos; Rosa, 2018).

O projeto terapêutico singular organiza responsabilidades e metas pactuadas. Ele pode combinar cuidado clínico, saúde mental, redução de danos, emissão de documentos, acolhimento e reconstrução de vínculos. A singularidade não elimina critérios técnicos; ela impede que protocolos sejam aplicados de modo indiferente às condições de vida (Yasui, 2010).

A estabilidade das equipes influencia a qualidade do vínculo. Rotatividade, vínculos precários e sobrecarga interrompem relações e reduzem a memória institucional. Capacidades estatais incluem recursos humanos, formação e condições de trabalho, além de normas e financiamento. Sem esses componentes, a estratégia pode existir formalmente e permanecer limitada na prática (Gomide; Pires, 2014; Lotta, 2019).

A saúde mental deve ser tratada em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial. Crises, sofrimento intenso e uso de múltiplas substâncias podem demandar apoio especializado, mas a equipe territorial mantém papel na continuidade. Encaminhar não equivale a transferir responsabilidade; exige comunicação, retorno e acompanhamento compartilhado (Brasil, 2017).

A vacinação constitui oportunidade concreta de prevenção durante as abordagens territoriais, e a ausência de documentos ou cartão não deve impedir a avaliação da situação vacinal. Como as fontes públicas consultadas não apresentam dados agregados específicos sobre a cobertura da população atendida pelo

Consultório na Rua, essa dimensão é tratada como atribuição assistencial e prioridade de monitoramento, sem estimativa municipal (Brasil, 2017).

3.3 Organização do trabalho e articulação em rede

O cotidiano do Consultório na Rua combina ações programadas e respostas a situações imprevistas. Rotas territoriais, busca ativa e atividades coletivas convivem com urgências, curativos, encaminhamentos e mediação de conflitos. Planejar exige flexibilidade sem perder continuidade, registrando o que foi realizado e quais demandas permanecem abertas (Brasil, 2012).

A integração com unidades básicas é necessária para exames, medicamentos, acompanhamento de doenças crônicas e cuidado compartilhado. Quando a equipe itinerante é percebida como serviço separado, há risco de criar uma porta exclusiva e manter a população afastada da rede geral. O objetivo é ampliar acesso e produzir corresponsabilidade entre serviços (Brasil, 2017).

A articulação com o Centro POP, acolhimento institucional e equipes de assistência social permite responder a demandas de alimentação, documentação e benefícios. Protocolos rígidos podem gerar encaminhamentos circulares. Reuniões de rede e referências nominais ajudam a transformar encaminhamentos em transições acompanhadas (Brasil, 2009).

A vigilância em saúde participa do cuidado quando há agravos de notificação, surtos, tuberculose, sífilis, HIV, hepatites ou violência. Os registros precisam ser completos e qualificados, pois campos vazios e categorias inconsistentes reduzem a capacidade de análise. A sensibilização dos profissionais para o preenchimento é parte da política de informação (Silva et al., 2021).

A produção de indicadores deve distinguir pessoas, atendimentos e procedimentos. Um usuário pode receber várias abordagens, e o número de atendimentos não corresponde ao número de pessoas. Sem essa separação, a produtividade pode aumentar sem que a cobertura ou a continuidade tenham melhorado. Essa distinção é retomada no Capítulo 7, que organiza o perfil sociodemográfico e epidemiológico sem fundir unidades, períodos ou populações de referência distintos (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A gestão de casos complexos exige critérios de prioridade que considerem risco clínico, violência, gestação, idade, deficiência e interrupção de tratamento. Tais

critérios precisam ser transparentes e revisados coletivamente para evitar decisões baseadas apenas em impressões individuais. A discricionariedade profissional é inevitável, mas pode ser apoiada por protocolos e supervisão (Lotta, 2019).

O trabalho em fronteira requer comunicação com serviços migratórios e de direitos humanos sem transformar nacionalidade em barreira. A equipe precisa conhecer fluxos para pessoas sem documentação, refugiadas ou migrantes, preservando o direito universal à saúde. O Censo local confirma que a origem geográfica é dimensão relevante para o planejamento (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

Organização do trabalho e articulação em rede são dimensões inseparáveis. Rotas bem planejadas perdem efetividade quando exames, medicamentos e encaminhamentos não possuem referência definida; da mesma forma, fluxos pactuados permanecem inoperantes quando a equipe não consegue localizar o usuário ou registrar o percurso. O conhecimento territorial precisa circular entre profissionais autorizados e ser atualizado nas reuniões de equipe. Essa integração transforma observações cotidianas em capacidade institucional e reduz a dependência de iniciativas individuais, especialmente diante de afastamentos e mudanças na composição do serviço (Gomide; Pires, 2014).

3.4 Vínculo, acolhimento e clínica ampliada

Vínculo, acolhimento e clínica ampliada constituem eixos estruturantes do processo de cuidado no Consultório na Rua, porque permitem articular presença territorial, escuta, responsabilização e respostas compatíveis com as condições concretas de vida. O vínculo é construído pela regularidade da presença, pelo cumprimento de acordos e pela capacidade de acolher sem impor condições incompatíveis com a vida nas ruas. Uma abordagem isolada raramente produz informação suficiente para compreender demandas clínicas e sociais; a continuidade das visitas permite reconhecer mudanças, negociar prioridades e reduzir o receio de coerção ou perda de pertences (Hallais; Barros, 2015; Lancetti, 2015).

O acolhimento não corresponde apenas a recepção cordial. Ele envolve avaliar risco, identificar demanda imediata, pactuar próximos passos e assumir responsabilidade pelo percurso. Quando serviço apenas orienta a pessoa a procurar outro equipamento, sem verificar acesso ou necessidade de apoio, a rede permanece

fragmentada. O CnaR pode realizar mediação, acompanhar deslocamentos e compartilhar o cuidado com a unidade de referência (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

A clínica ampliada integra sintomas, condições de vida, relações e escolhas. Uma ferida, por exemplo, pode exigir curativo, antibiótico, alimentação, local seguro para repouso e acompanhamento. A prescrição isolada perde efetividade se a pessoa não consegue armazenar materiais ou retornar. O plano precisa combinar critérios técnicos com possibilidades concretas, sem reduzir a qualidade clínica ou naturalizar a precariedade (Hino; Santos; Rosa, 2018).

A escuta permite identificar demandas que não aparecem na queixa inicial. Dor, insônia ou uso de substâncias podem estar associados a violência, luto, medo ou privação. O profissional não precisa resolver todas as dimensões no primeiro encontro, mas deve reconhecer prioridades, explicar alternativas e construir um percurso. A autonomia se fortalece quando a pessoa compreende as opções e participa da decisão (Amarante, 2007; Yasui, 2010).

O vínculo também depende de limites claros. A proximidade territorial não autoriza relações paternalistas, promessas impossíveis ou exposição indevida. Registros, compartilhamento de informações e contatos com familiares devem respeitar consentimento e finalidade. A equipe precisa discutir situações complexas coletivamente e proteger trabalhadores e usuários de relações personalizadas que substituam a responsabilidade institucional (Brasil, 2018; Lotta, 2019).

A avaliação do vínculo não pode ser reduzida a impressão subjetiva. Indicadores como número de contatos por pessoa, retorno após encaminhamento e continuidade de planos podem oferecer aproximações quantitativas. Esses dados precisam ser interpretados com cautela, pois maior frequência pode refletir necessidade clínica intensa, facilidade de localização ou falhas de resolutividade, e não necessariamente melhor qualidade (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

O vínculo não se mede pela concordância imediata do usuário com todas as propostas. Recusas, adiamentos e mudanças de prioridade podem fazer parte da negociação do cuidado e precisam ser compreendidos no contexto das experiências anteriores com instituições. A qualidade da relação aparece na possibilidade de retomar o contato, rever acordos e manter portas abertas sem punição. Indicadores quantitativos podem mostrar frequência e continuidade mínima, mas a interpretação requer registros qualitativos que expliquem por que o acompanhamento se manteve,

foi interrompido ou precisou ser reorganizado (Hallais; Barros, 2015).

3.5 Processo de trabalho da equipe multiprofissional atuante no consultório de rua

A operacionalização das ações e dos serviços do Consultório na Rua depende de um processo de trabalho multiprofissional capaz de integrar competências distintas em torno de objetivos compartilhados, continuidade do cuidado e responsabilidade comum pelos percursos assistenciais. O trabalho multiprofissional não se reduz à justaposição de categorias: reuniões regulares, discussão de casos, planejamento de rotas e avaliação dos encaminhamentos permitem construir decisões convergentes e reduzir orientações fragmentadas ao usuário (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

O planejamento das ações deve combinar dados e conhecimento do território. Horários de permanência, distribuição de refeições, mudanças urbanas, operações de limpeza e eventos podem alterar rotas e concentração de pessoas. A equipe precisa revisar o mapa periodicamente e registrar mudanças sem divulgar localização que exponha grupos pequenos. A cartografia local oferece base para essa leitura dinâmica (Eloy, 2025; Santos, 2006).

A composição da agenda precisa equilibrar busca ativa, atendimentos programados, demandas urgentes, reuniões e articulação. Quando toda a jornada é consumida por urgências, ações preventivas e seguimento perdem espaço. Quando a agenda é rígida, a equipe deixa de responder a situações imprevistas. O dimensionamento deve considerar extensão territorial, número de pessoas e complexidade dos casos (Brasil, 2012).

A educação permanente é essencial para temas como saúde mental, redução de danos, tuberculose, IST, racismo, diversidade de gênero, migração e proteção de dados. A formação deve partir de problemas reais do trabalho e envolver outros serviços. Cursos isolados produzem efeito limitado se fluxos, recursos e normas institucionais permanecem incompatíveis com o conteúdo aprendido (Lotta, 2019; Gomide; Pires, 2014).

A segurança dos trabalhadores precisa ser planejada sem transformar o usuário em ameaça presumida. Comunicação de rota, atuação em dupla quando necessário, análise de contexto e protocolos para situações de violência protegem a equipe. A presença de segurança ostensiva em todas as abordagens pode inibir o

vínculo. A gestão deve distinguir risco concreto de estigma e oferecer suporte após eventos críticos (Hallais; Barros, 2015).

A rotatividade profissional compromete vínculo, memória institucional e continuidade. Contratos precários e ausência de supervisão podem produzir sobrecarga e perda de experiência. Indicadores de equipe, como permanência, afastamentos e educação permanente, são relevantes para interpretar resultados assistenciais. Uma queda de cobertura pode refletir redução de pessoal, não mudança da demanda (Evans, 1995; Gomide; Pires, 2014).

A estabilidade da equipe interfere diretamente na capacidade de transformar dados em decisões. Profissionais que conhecem o território reconhecem alterações de rotas, mudanças no padrão de procura e barreiras recorrentes; quando esse conhecimento não é documentado, a saída de um trabalhador produz perda de memória institucional. Reuniões, protocolos simples e registros compartilhados reduzem esse risco e permitem que novos integrantes compreendam prioridades sem recomençar o mapeamento. A política de pessoal, portanto, integra a qualidade assistencial e precisa ser considerada na leitura das variações de cobertura e continuidade (Lotta, 2019).

3.6 Fluxos com a Rede de Atenção à Saúde

A manutenção de fluxos efetivos com a Rede de Atenção à Saúde exige atuação coordenada da gestão e dos serviços, preservando o CnaR como ponto de articulação e não como unidade autossuficiente. Exames, internações, especialidades, saúde bucal, atenção psicossocial e vigilância dependem de outros componentes da rede; por isso, cada encaminhamento precisa definir destino, prioridade, forma de acesso, responsável pelo seguimento e retorno ao serviço de origem. A corresponsabilização entre os pontos de atenção reduz perdas do percurso e evita que a continuidade recaia exclusivamente sobre o usuário ou sobre a equipe itinerante (Brasil, 2017).

A vinculação à unidade básica é importante para continuidade, mas deve considerar mobilidade. Uma pessoa pode circular entre regiões e não manter referência estável. O município pode definir critérios flexíveis, registrar unidade preferencial e permitir atendimento em outros pontos quando necessário. O princípio de territorialização não deve ser usado como motivo para recusa, sobretudo diante de

demandas agudas (Portela, 2017; Costa; Lucena, 2022).

A relação com a vigilância epidemiológica é central para tuberculose, sífilis, HIV, hepatites e violências. Notificação, investigação e tratamento exigem comunicação rápida e proteção de sigilo. A busca ativa deve priorizar cuidado e não controle social. Reuniões entre CnaR e vigilância podem revisar casos em acompanhamento, identificar perdas e pactuar responsabilidades (Silva et al., 2021; Alecrim et al., 2016).

A Rede de Atenção Psicossocial deve oferecer cuidado em liberdade, inclusive para pessoas que usam álcool e outras drogas. O CnaR pode facilitar o primeiro contato e apoiar continuidade, mas não deve condicionar acesso à abstinência. Projetos compartilhados, consultas conjuntas e discussão de casos reduzem encaminhamentos circulares entre saúde mental e atenção básica (Passos; Souza, 2011; Yasui, 2010).

A urgência e emergência frequentemente recebem pessoas em situação de rua em quadros agravados. A alta hospitalar sem comunicação pode devolver o usuário ao mesmo contexto sem medicação, curativo ou acompanhamento. Protocolos de alta responsável devem acionar CnaR, assistência e unidade de referência, respeitando consentimento e urgência da transição (Paiva et al., 2016).

A saúde bucal é parte da integralidade e pode afetar alimentação, dor, autoestima e risco de infecção. A oferta eventual não substitui tratamento concluído. O monitoramento deve distinguir avaliação, procedimento e conclusão do plano. A articulação com equipes de saúde bucal precisa prever acesso sem exigência de endereço e estratégias para reduzir faltas sem punição (Brasil, 2017).

A continuidade entre pontos da rede depende de contrarreferência minimamente funcional. Informar que um encaminhamento foi emitido não demonstra acesso, e registrar alta sem comunicação pode interromper tratamentos iniciados. Para o CnaR, o retorno precisa indicar se a pessoa compareceu, qual conduta foi adotada e quais próximos passos permanecem pendentes, sempre com compartilhamento limitado ao necessário. Esse fluxo permite localizar perdas e evita que o usuário seja responsabilizado por falhas de agenda, transporte, comunicação ou acolhimento em outro serviço (Brasil, 2017).

3.7 Intersectorialidade com assistência, habitação e direitos

As necessidades identificadas no território demonstram que a proteção à população em situação de rua depende de intersectorialidade permanente entre saúde, assistência social, habitação, direitos humanos e demais políticas de proteção social. A assistência social oferece serviços e benefícios indispensáveis, mas sua relação com a saúde não pode se limitar à transferência automática de demandas: cada setor precisa manter sua responsabilidade, pactuar respostas e construir planos conjuntos. Uma pessoa com ferida e sem moradia necessita simultaneamente de cuidado clínico e proteção social, e o encaminhamento isolado para um único equipamento não resolve essa interdependência (Brasil, 2009).

Os centros de referência e acolhimentos podem contribuir para documentação, alimentação, higiene e proteção. Regras institucionais, contudo, podem excluir casais, pessoas com animais, usuários sob efeito de substâncias ou trabalhadores em horários noturnos. A análise de recusas deve considerar adequação da oferta, e não apenas decisão individual. Ajustes de serviço podem ampliar adesão sem suprimir regras de convivência (Brasil, 2023).

A política habitacional ocupa posição decisiva porque o desejo de sair da rua depende de alternativa concreta. Encaminhamentos para abrigos temporários não equivalem a solução habitacional. A gestão pode acompanhar modalidades, tempo de espera, permanência e retorno às ruas. Saúde pode fornecer apoio durante transições, mas a responsabilidade pela moradia não pode ser deslocada para a equipe clínica (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Brasil, 2009).

Documentação civil e regularização migratória afetam acesso a trabalho, benefícios e justiça. Em território de fronteira, nacionalidade e país de origem exigem fluxos com órgãos específicos e atenção a idioma. O retorno ao país ou município de origem deve ser voluntário e informado, sem ser apresentado como condição para atendimento local ou estratégia de remoção (Brasil, 2009; Eloy, 2025).

A defesa de direitos inclui prevenção de violência, acesso à justiça e proteção contra ações discriminatórias. A equipe pode identificar violações, orientar e acionar serviços, mas precisa avaliar riscos de exposição. Compartilhar localização de pessoas ou grupos sem finalidade assistencial pode aumentar vulnerabilidade. Protocolos intersectoriais devem definir limites e base legal do fluxo de informações (Brasil, 2018).

A efetividade intersetorial pode ser monitorada por tempo entre encaminhamento e acesso, proporção de demandas concluídas e número de planos compartilhados. Contar reuniões não demonstra resultado se decisões não são executadas. Atas com responsáveis e prazos, revisão periódica e participação dos usuários ajudam a transformar articulação discursiva em capacidade institucional (Gomide; Pires, 2014; Lotta, 2019).

A intersetorialidade torna-se operacional quando cada setor reconhece sua entrega e o ponto em que depende dos demais. Saúde não substitui moradia, assistência não substitui tratamento clínico e direitos humanos não substituem proteção social cotidiana. Planos compartilhados devem registrar responsáveis, prazos e formas de retorno, preservando a autonomia da pessoa acompanhada. Essa organização permite identificar gargalos estruturais sem transformar reuniões em indicador de resultado e sem transferir para o CnaR responsabilidades que pertencem a outras áreas da administração pública (Brasil, 2009).

3.8 Linhas de cuidado e situações prioritárias

A articulação intersetorial cria condições para a consolidação de linhas de cuidado e para a definição de situações prioritárias ao longo do percurso assistencial, permitindo distribuir responsabilidades, organizar transições e reduzir interrupções entre serviços. Para a população em situação de rua, essas linhas precisam prever acesso itinerante, referência flexível e retorno ao território. Protocolos não podem pressupor telefone, endereço ou acompanhante; contatos institucionais definidos e estratégias seguras de localização favorecem continuidade sem exigir dados excessivos (Brasil, 2017; Brasil, 2018).

Na tuberculose, o percurso inclui identificação de sintomas, exame, diagnóstico, tratamento e desfecho. Cada etapa pode apresentar perda. O CnaR possui potencial para reconhecer sintomas e apoiar seguimento, mas depende de laboratório, vigilância e disponibilidade de medicamentos. A linha deve definir quem comunica resultados e como localizar a pessoa com segurança (Silva et al., 2021; Alecrim et al., 2016).

Nas IST, a testagem precisa estar vinculada a aconselhamento, tratamento e prevenção. Ações de campanha ampliam acesso, porém resultados reagentes exigem continuidade. O monitoramento deve distinguir pessoas testadas de testes realizados

e acompanhar tratamento concluído. A confidencialidade é essencial porque exposição pode gerar violência e afastamento dos serviços (Brasil, 2018; Queiroz et al., 2024).

Em saúde mental, a linha de cuidado deve permitir manejo na APS, atenção especializada e crise, sem utilizar internação como resposta à situação de rua. Consultas compartilhadas e apoio matricial podem ampliar capacidade da equipe. O plano precisa incluir demandas sociais e escolhas do usuário, mantendo cuidado em liberdade como referência ética e legal (Brasil, 2001; Yasui, 2010).

Para uso de substâncias, a linha deve acolher pessoas em diferentes momentos. Redução de danos, tratamento ambulatorial, manejo de abstinência e outras estratégias podem coexistir. A entrada não pode depender de abstinência prévia. O indicador de adesão deve considerar objetivos pactuados, e não apenas interrupção total do consumo (Passos; Souza, 2011).

Em situações de violência, a prioridade é segurança, cuidado das lesões, escuta e encaminhamento conforme risco e vontade. Notificações obedecem normas e devem ser explicadas. A equipe precisa evitar exposição do local de permanência e avaliar se contato familiar é seguro. A articulação com direitos humanos e justiça deve preservar autonomia (Brasil, 2009).

Gestação e puerpério exigem acesso oportuno ao pré-natal, maternidade e proteção social. A ausência de residência não impede vinculação. Planos devem prever transporte, comunicação de resultados e continuidade após alta. Decisões sobre guarda e proteção da criança pertencem às instâncias competentes e não podem ser antecipadas por estigma contra a mãe em situação de rua (Brasil, 1988; Brasil, 2017).

Após alta hospitalar, a pessoa pode necessitar de curativo, medicação, dieta e repouso. A rua frequentemente inviabiliza essas condições. A alta responsável exige comunicação prévia e articulação com saúde e assistência. Registrar apenas alta como desfecho clínico oculta risco de reinternação e perda terapêutica (Paiva et al., 2016).

Em doenças crônicas, a linha deve priorizar simplificação do esquema, educação em saúde e monitoramento. A equipe pode apoiar consultas e exames, mas o cuidado longitudinal precisa ser compartilhado com a APS. Metas clínicas devem ser individualizadas e interpretadas junto com condições de alimentação e uso de

medicamentos (Brasil, 2017).

A construção de linhas prioritárias não pode fragmentar a pessoa em diagnósticos. O mesmo usuário pode apresentar tuberculose, uso de substâncias, sofrimento mental e ausência de documentação. Um profissional ou equipe de referência deve coordenar o plano e evitar encaminhamentos desconectados. A integralidade aparece na capacidade de ordenar prioridades e manter continuidade (Giovannella et al., 2009; Brasil, 2017).

No município, a dinâmica do Consultório na Rua combina abordagens territoriais, atendimentos na unidade de apoio, vacinação, testagem, acompanhamento de tratamentos e encaminhamentos para a rede de saúde e de proteção social. A composição multiprofissional e a articulação entre Saúde e Assistência Social permitem atender necessidades clínicas e sociais no mesmo percurso, embora a continuidade dependa da disponibilidade dos demais serviços e do retorno dos encaminhamentos. A implantação em julho de 2021, portanto, deve ser compreendida como início de um processo institucional que exige planejamento territorial, integração da rede e avaliação permanente (Rádio Cultura Foz, 2021; Eloy, 2025).

4 POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, CAPACIDADES ESTATAIS E AGENDA RECENTE

A garantia de direitos à população em situação de rua depende de uma arquitetura estatal capaz de combinar normas, recursos, coordenação federativa, participação social e capacidade de implementação. A existência de diretrizes nacionais não produz resultados de forma automática: sua materialização exige capacidades técnico-administrativas e político-relacionais que sustentem fluxos intersetoriais, informação de qualidade, financiamento e responsabilização entre os níveis de governo (Brasil, 2009; Gomide; Pires, 2014; Lotta, 2019).

4.1 Formação da Política Nacional para a População em Situação de Rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua resultou de mobilização social, denúncias de violência e construção de espaços de diálogo com o Estado. A Chacina da Praça da Sé, em 2004, tornou visível a violência extrema dirigida a pessoas que dormiam no centro de São Paulo e fortaleceu a organização do Movimento Nacional da População de Rua. O episódio não explica sozinho a política, mas marcou a agenda de direitos humanos (Brasil, 2009).

O I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, realizado em 2005, reuniu movimentos, organizações e gestores e ampliou a formulação de demandas por políticas integradas. Nos anos seguintes, grupos interministeriais e a pesquisa nacional de 2007-2008 produziram informações sobre perfil e condições de vida, preparando a institucionalização de uma política nacional (Brasil, 2009; Brasil, 2009a).

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, instituiu a PNPSR e o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento. A definição adotada reconhece grupo heterogêneo que compartilha pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e inexistência de moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento (Brasil, 2009).

Entre os princípios estão respeito à dignidade, direito à convivência familiar e comunitária, valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e universalizado e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa. Esses princípios oferecem

parâmetros para avaliar práticas e não apenas intenções normativas (Brasil, 2009).

As diretrizes incluem promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; responsabilidade do poder público; integração das políticas; participação social; formação de profissionais; produção de informações e incentivo à pesquisa. A política, portanto, associa provisão de serviços, coordenação e conhecimento (Brasil, 2009).

Os objetivos alcançam acesso amplo e seguro a saúde, assistência social, previdência, moradia, educação, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda. Também incluem formação de trabalhadores, contagem oficial, canais de denúncia e padrões de qualidade. A amplitude confirma que a situação de rua não pode ser tratada por um único setor (Brasil, 2009).

A descentralização permite adesão de estados e municípios, mas produz implementação desigual. Entes com maior capacidade administrativa podem criar comitês, censos, equipes e fluxos, enquanto outros permanecem dependentes de ações episódicas. O desenho federativo exige apoio técnico, financiamento e mecanismos de acompanhamento (Gomide; Pires, 2014).

O CIAMP-Rua representa participação e monitoramento, integrando governo e sociedade civil. Sua efetividade depende da regularidade das reuniões, representatividade, acesso a informações e capacidade de influenciar decisões. Instâncias participativas sem recursos ou resposta institucional podem se tornar consultivas sem produzir mudanças (Brasil, 2009).

A institucionalização da PNPSR também alterou o lugar ocupado pela população em situação de rua na relação com o Estado, ao substituir respostas predominantemente emergenciais e fragmentadas por uma referência nacional baseada em direitos, intersectorialidade e participação social. Esse deslocamento, contudo, não elimina a distância entre reconhecimento normativo e acesso efetivo. Como a execução depende da articulação entre diferentes políticas e níveis de governo, a adesão formal precisa ser acompanhada de capacidades técnico-administrativas, financiamento, equipes, fluxos e mecanismos de coordenação capazes de transformar diretrizes em ofertas concretas. A participação social assume função decisiva nesse processo, porque permite confrontar prioridades administrativas com necessidades produzidas no território e ampliar a responsabilização pública. Ao mesmo tempo, desigualdades entre municípios podem

resultar em graus distintos de institucionalização, cobertura e continuidade, mesmo sob um marco nacional comum. A PNPSR deve, portanto, ser compreendida como uma estrutura de direitos cuja efetividade depende da combinação entre coordenação federativa, capacidades locais, controle social e integração permanente entre saúde, assistência, habitação, trabalho e garantia de direitos (Brasil, 2009; Gomide; Pires, 2014; Lotta, 2019).

4.2 Plano Ruas Visíveis e reforço da agenda federal

Apresentado em 2023, o Plano Ruas Visíveis pode ser compreendido como mecanismo de indução federativa e coordenação intersetorial voltado à população em situação de rua. Ao reunir ações de direitos humanos, assistência, saúde, moradia, trabalho, educação, cultura e justiça, desloca a resposta pública de iniciativas setoriais isoladas para um arranjo que depende de objetivos comuns, divisão de responsabilidades e capacidade de coordenação entre órgãos e níveis de governo. A intersectorialidade, nesse sentido, não decorre apenas da presença de vários ministérios, mas da existência de instrumentos capazes de transformar competências dispersas em ação articulada (Brasil, 2023a; Gomide; Pires, 2014).

Essa configuração aproxima o Plano da abordagem de capacidades estatais, segundo a qual resultados dependem tanto de recursos técnico-administrativos quanto de capacidades político-relacionais. Financiamento, equipes, sistemas de informação, rotinas de acompanhamento e critérios de execução compõem a primeira dimensão; pactuação federativa, participação social e coordenação entre setores integram a segunda. A ausência de qualquer desses componentes pode produzir adesão formal sem alteração consistente na oferta, sobretudo quando a implementação local depende de estruturas municipais desiguais (Gomide; Pires, 2014; Lotta, 2019).

No eixo da saúde, a ampliação e a qualificação do Consultório na Rua expressam esse desafio de implementação. O aumento do número de equipes pode ampliar a presença territorial, mas não assegura, por si só, acesso efetivo, continuidade ou resolutividade. Composição profissional adequada, estabilidade das equipes, transporte, insumos, integração com a Atenção Primária, vigilância e RAPS, além de fluxos de referência e contrarreferência, determinam a capacidade de converter cobertura formal em cuidado continuado. A discricionariedade dos

trabalhadores também precisa de suporte institucional para adaptar a oferta sem produzir desigualdades arbitrárias (Brasil, 2023a; Lotta, 2019).

A produção e o uso de dados constituem outra dimensão das capacidades estatais mobilizadas pelo Plano. A visibilidade estatística permite estimar demanda, identificar desigualdades e orientar distribuição de recursos, mas sua utilidade depende de qualidade, periodicidade, comparabilidade e proteção de informações sensíveis. Contagens sucessivas precisam explicitar método, período e critérios de cobertura, enquanto registros assistenciais devem distinguir pessoas, atendimentos e procedimentos. Sem essa governança, o aumento de informações pode ampliar volume documental sem melhorar a capacidade decisória (Brasil, 2018; Cabanha et al., 2026; Merchán-Hamann; Tautil, 2021).

Em Foz do Iguaçu, a relação entre indução federal e capacidade local ganha especificidade pela condição fronteiriça e pela mobilidade da população. O Censo municipal fornece uma linha de base para reconhecer magnitude, composição e origem, mas a tradução desses achados em respostas depende de financiamento, coordenação entre saúde e assistência, alternativas habitacionais e fluxos compatíveis com a circulação territorial. O Plano Ruas Visíveis adquire efetividade quando seus compromissos se materializam em arranjos locais verificáveis, com metas, responsabilidades, recursos e mecanismos de acompanhamento capazes de sustentar continuidade e equidade (Brasil, 2023a; Gomide; Pires, 2014; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

4.3 Capacidades estatais, federalismo e coordenação governamental

A implementação da PNPSR ocorre em um sistema federativo no qual União, estados e municípios possuem atribuições distintas e interdependentes. A União formula normas, induz políticas e transfere recursos; estados apoiam regionalização e coordenação; municípios organizam serviços próximos ao território. A ausência de comando único não elimina responsabilidade, mas exige mecanismos de cooperação e definição clara de competências (Brasil, 2009; Gomide; Pires, 2014).

A adesão municipal a políticas nacionais depende de capacidade técnica, financiamento e prioridade política. Normas podem existir sem equipe, veículo, espaço, insumos ou articulação. Por isso, avaliar implementação requer observar recursos mobilizados, estabilidade institucional, processos de trabalho e resultados. A

existência formal do CnaR é um indicador inicial, mas não revela cobertura ou continuidade (Lotta, 2019).

O financiamento federal pode induzir expansão, mas a manutenção do serviço envolve contrapartidas e organização local. Custos de transporte, equipamentos, profissionais e ações itinerantes variam conforme extensão territorial e perfil da população. Municípios de fronteira podem enfrentar demanda flutuante e necessidade de articulação internacional ou interestadual, elementos que precisam ser considerados no planejamento (Eloy, 2025).

Os estados podem apoiar capacitação, vigilância, referência regional e pactuação de fluxos. Agravos como tuberculose e HIV atravessam níveis assistenciais, exigindo laboratórios, medicamentos e serviços especializados. A integração entre CnaR, município e rede regional reduz atrasos e evita que a mobilidade do usuário seja interpretada como ausência de responsabilidade territorial (Silva et al., 2021).

A coordenação federativa também depende de informação comparável. Definições distintas de pessoa atendida, abordagem, consulta e procedimento dificultam comparar cobertura. Indicadores nacionais devem estabelecer núcleo comum e permitir variáveis locais. Padronização não significa ignorar especificidades, mas criar base para acompanhar desigualdades e distribuição de recursos (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A participação social pode contribuir para responsabilização entre níveis de governo. Relatórios públicos, conselhos e comitês permitem identificar ausência de recursos ou fluxos. A transparência precisa apresentar metas e limitações de maneira compreensível, evitando números sem denominador ou séries interrompidas. O controle social se fortalece quando consegue relacionar decisão orçamentária e resultado territorial (Brasil, 1990b; Brasil, 2009).

Capacidades estatais não se restringem à disponibilidade financeira. Elas incluem equipes estáveis, conhecimento técnico, instrumentos de coordenação, sistemas de informação e relações capazes de sustentar pactos entre órgãos. Um município pode receber recursos e ainda enfrentar baixa execução quando faltam profissionais, normas locais ou definição de responsabilidades. A análise da implementação precisa observar essa combinação e distinguir insuficiência de financiamento, fragilidade administrativa e conflito de prioridades, pois cada problema

demanda resposta diferente e produz efeitos específicos sobre o serviço (Gomide; Pires, 2014).

4.4 Implementação, burocracia de nível de rua e discricionariedade

Profissionais que atendem diretamente a população interpretam normas, definem prioridades e adaptam procedimentos. Essa discricionariedade é inevitável em situações complexas, mas seus efeitos variam. Pode favorecer equidade quando flexibiliza agenda e documentação, ou produzir exclusão quando regras informais restringem acesso. Formação, supervisão e protocolos ajudam a orientar decisões sem eliminar julgamento profissional (Lotta, 2019).

A pressão por resultados quantitativos pode influenciar escolhas. Metas baseadas apenas em número de atendimentos incentivam contatos breves e repetidos, sem medir continuidade. Indicadores equilibrados devem incluir pessoas distintas, seguimento, conclusão de tratamento e encaminhamentos efetivados. A interpretação precisa considerar complexidade e não premiar seleção de casos mais fáceis (Gomide; Pires, 2014).

As crenças dos trabalhadores sobre pobreza, drogas e merecimento podem interferir no cuidado. A discriminação nem sempre aparece como recusa explícita; pode ocorrer por comunicação hostil, menor oferta de opções ou encaminhamento automático. Educação permanente e espaços reflexivos devem abordar valores e relações de poder, conectando ética profissional e diretrizes do SUS (Paiva et al., 2016; Hallais; Barros, 2015).

A burocracia também protege direitos quando registra, acompanha e garante acesso. Formulários e protocolos não são necessariamente obstáculos; tornam-se problemáticos quando exigem informações desnecessárias ou quando a ausência de um campo impede o atendimento. O desenho administrativo deve aplicar minimização de dados e permitir registro provisório para situações em que documentos não estão disponíveis (Brasil, 2018).

Os trabalhadores constroem conhecimento territorial que raramente aparece em relatórios. Pontos de circulação, conflitos, redes informais e horários de alimentação orientam abordagens. Sistematizar esse conhecimento em mapas agregados e reuniões pode reduzir dependência de memória individual e preservar continuidade diante da rotatividade, sem transformar o território em instrumento de

controle repressivo (Eloy, 2025).

A implementação deve ser avaliada como processo e não como execução linear. Mudanças urbanas, recursos, composição da equipe e crises alteram práticas. Registros de decisões, adaptações e obstáculos ajudam a explicar resultados. Sem essa documentação, uma redução de atendimentos pode ser atribuída à demanda quando decorreu de falta de veículo ou profissionais (Lotta, 2019).

A discricionariedade dos trabalhadores pode aproximar a norma das necessidades concretas, mas também gerar diferenças injustificadas entre usuários. Flexibilizar horário e documentação favorece equidade quando remove barreiras; selecionar pessoas consideradas mais aderentes restringe o direito. Protocolos devem orientar situações recorrentes sem eliminar a avaliação profissional, e a supervisão precisa discutir decisões difíceis a partir de casos reais. A combinação entre regras claras, apoio institucional e reflexão coletiva reduz variações arbitrárias e protege tanto usuários quanto trabalhadores (Lotta, 2019).

4.5 Informação, transparência e governança de dados

A produção de informação é uma capacidade estatal porque permite conhecer demandas, distribuir recursos e avaliar ações. Bases fragmentadas produzem versões incompletas do mesmo fenômeno. CadÚnico, assistência, saúde e Censo possuem finalidades e coberturas diferentes; divergências entre números não significam necessariamente erro, mas precisam ser explicadas pelo método e pelo período (Brasil, 2023; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A governança de dados define quem coleta, acessa, corrige, analisa e publica. Sem responsabilidades claras, campos permanecem incompletos e relatórios perdem consistência. Um comitê técnico pode estabelecer dicionário, regras de deduplicação, periodicidade e proteção. A participação de profissionais da assistência e usuários ajuda a identificar variáveis relevantes e efeitos indesejados (Brasil, 2018).

A transparência não exige publicação de microdados sensíveis. Painéis podem apresentar totais agregados, tendências e cobertura, com supressão de células pequenas. Informações sobre diagnósticos, nacionalidade e local de permanência precisam de cautela adicional. O interesse público em planejar deve ser equilibrado com o risco de reidentificação e estigmatização (Brasil, 2018).

A qualidade da informação envolve completude, consistência, oportunidade e

validade. Campos preenchidos de forma automática podem parecer completos e ainda estar incorretos. Auditorias amostrais, regras de validação e retorno aos profissionais ajudam a melhorar registros. A qualidade deve ser monitorada como indicador do sistema, não utilizada apenas para culpabilizar quem preenche (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A interoperabilidade pode reduzir duplicidade, mas o compartilhamento precisa respeitar finalidade. Saúde, assistência e habitação não necessitam de acesso irrestrito aos mesmos dados. Perfis de acesso, registro de consultas e termos de responsabilidade delimitam o uso. O princípio da necessidade orienta que cada setor visualize apenas o que é indispensável para sua atribuição (Brasil, 2018).

A devolutiva pública fecha o ciclo de informação. Pessoas contadas devem conhecer resultados e decisões decorrentes. Relatórios acessíveis, reuniões e materiais breves podem mostrar como os dados orientaram rotas, serviços ou orçamento. Sem devolutiva, o levantamento corre o risco de extrair informações sem produzir participação ou confiança (Brasil, 2009; Cabanha et al., 2026).

Governança de dados envolve escolhas sobre o que registrar, por quanto tempo conservar e para quais decisões utilizar. A ampliação indiscriminada de campos pode elevar incompletude e exposição sem melhorar o cuidado. Um conjunto reduzido de variáveis, associado a finalidade definida e revisado periodicamente, tende a produzir informação mais consistente. A participação da equipe e dos usuários ajuda a identificar perguntas invasivas, categorias inadequadas e indicadores sem utilidade prática, mantendo a produção de dados vinculada ao acesso, à continuidade e à garantia de direitos (Brasil, 2018).

4.6 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua

Em 24 de junho de 2026, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua (PNAIS Rua), voltada à ampliação do acesso e do cuidado integral em todos os ciclos de vida. A iniciativa reconhece barreiras específicas, prevê expansão de equipes e unidades móveis e inclui o enfrentamento da aporofobia, do racismo e da discriminação contra pessoas LGBTQIA+ como componentes da equidade no SUS (Brasil, 2026a).

A proximidade temporal entre a divulgação da política e o período analisado

exige cautela. Regulamentação, pactuação, financiamento e implantação antecedem a produção de resultados observáveis. Os dados locais de 2025 e do início de 2026, portanto, compõem uma linha de base e não podem ser interpretados como efeitos de uma iniciativa estruturada posteriormente (Brasil, 2026a).

A análise limita-se ao conteúdo disponível na divulgação oficial do Ministério da Saúde, que não detalha, na fonte consultada, número do ato normativo, artigos, metas financeiras ou distribuição de competências. Esses elementos somente podem sustentar afirmações específicas após consulta ao documento integral; por isso, a política de 2026 é examinada quanto às diretrizes anunciadas e ao estágio inicial de implementação (Brasil, 2026a).

As diretrizes divulgadas convergem com princípios presentes na PNPSR, na PNAB e no Consultório na Rua, como cuidado territorial, equidade, intersetorialidade, participação e adaptação dos serviços. A efetividade dependerá da conversão desses princípios em equipes estáveis, fluxos pactuados, financiamento, indicadores e coordenação entre os níveis de governo (Brasil, 2009; Brasil, 2017; Brasil, 2026a).

Para Foz do Iguaçu, a agenda recente cria uma oportunidade de conectar o Censo municipal à organização do cuidado. Migração, raça ou cor, gênero e desejo de saída das ruas podem orientar prioridades, enquanto morbidades, vacinação e continuidade terapêutica exigem bases autorizadas e agregadas. A avaliação de resultados deverá ocorrer após tempo suficiente de implantação e formação de séries comparáveis (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A PNAIS Rua amplia a referência normativa, mas não elimina a necessidade de demonstrar como suas diretrizes serão incorporadas aos serviços existentes. Expansão de equipes, unidades móveis e ações de enfrentamento à discriminação exigem financiamento, formação, indicadores e mecanismos de responsabilização. O município precisa registrar a situação anterior ao início da política para que mudanças futuras possam ser comparadas. Sem linha de base e documentação do processo, avanços ou dificuldades tendem a ser atribuídos à política sem evidência suficiente sobre o que efetivamente foi implantado (Brasil, 2026a).

A política lançada em junho de 2026 foi incorporada como marco recente, mas sua avaliação exige distinguir lançamento, regulamentação, implantação e efeitos. Sem séries posteriores e documentação completa sobre financiamento, cobertura e execução municipal, não é possível atribuir mudanças concretas aos dispositivos

anunciados. A análise, portanto, concentra-se nas diretrizes publicizadas e nas condições necessárias para sua implementação (Brasil, 2026a).

4.7 Critérios para avaliar a política nacional de 2026

A primeira dimensão de avaliação é a implantação. Devem ser identificados os atos publicados, os recursos transferidos, as equipes habilitadas, as ações de formação e os instrumentos de monitoramento. Esses elementos permitem verificar se a política ultrapassou o plano declaratório. A data de cada medida é necessária para definir o período de exposição e impedir que resultados anteriores sejam tratados como consequência da iniciativa (Lotta, 2019).

A segunda dimensão é a cobertura. O número de equipes precisa ser relacionado à estimativa da população e ao território. Crescimento de atendimentos pode refletir expansão, melhor registro ou aumento da demanda. Pessoas distintas e contatos por pessoa ajudam a distinguir alcance e intensidade. A cobertura não substitui qualidade, mas revela se a oferta chega ao público previsto (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A terceira dimensão é a continuidade. A política pode ampliar primeiras abordagens sem garantir exames, tratamento ou contrarreferência. Indicadores de retorno, conclusão de tratamento e vínculo com a rede mostram se o cuidado ultrapassa contato inicial. Para tuberculose e IST, o tempo entre suspeita, diagnóstico e início do tratamento é particularmente relevante (Silva et al., 2021).

A quarta dimensão é a equidade. Resultados devem ser desagregados por sexo, raça ou cor, idade e origem quando houver segurança estatística. Uma expansão média pode ocultar grupos menos alcançados. A interpretação deve considerar tamanho das categorias e evitar exposição de grupos raros, especialmente migrantes internacionais e identidades de gênero minoritárias (Brasil, 2018).

A quinta dimensão é a intersetorialidade. A política de saúde terá alcance limitado se moradia, documentação e proteção social permanecerem desconectadas. Planos compartilhados, encaminhamentos concluídos e soluções habitacionais podem mostrar articulação. O efeito sobre saída das ruas não deve ser atribuído apenas à saúde, pois resulta de múltiplas políticas e condições econômicas (Brasil, 2009; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

As dimensões propostas devem ser analisadas em conjunto. Maior cobertura

com baixa continuidade pode revelar expansão de contatos sem conclusão do cuidado; melhora dos desfechos entre poucos usuários pode coexistir com grupos pouco alcançados. A avaliação precisa relacionar implantação, acesso, equidade, continuidade e articulação intersetorial, registrando mudanças de equipe, sistema e contexto. Essa composição impede conclusões baseadas em um único indicador e orienta correções durante a execução, antes que problemas de processo se consolidem como resultados negativos (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

4.8 Ciclo de planejamento, monitoramento e avaliação

O planejamento começa pela definição do problema, da população e das unidades de análise. O Censo municipal informa magnitude e características sociodemográficas, enquanto os registros de serviço descrevem utilização, procedimentos e desfechos. A combinação dessas fontes pode apoiar a avaliação de cobertura somente quando períodos, populações e denominadores forem compatíveis e quando os pressupostos utilizados estiverem explicitados (Cabanha et al., 2026; Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A formulação de objetivos precisa relacionar recursos, atividades e resultados. Contratar equipe e adquirir veículo são produtos de implantação; aumentar pessoas alcançadas é resultado de acesso; concluir tratamento é resultado assistencial. Misturar níveis dificulta avaliação. Uma matriz lógica pode explicitar como cada ação contribui para mudanças esperadas (Gomide; Pires, 2014).

Metas devem ser realistas e acompanhadas de linha de base. Estabelecer percentuais sem conhecer a qualidade do registro produz comparação frágil. Nos primeiros ciclos, metas de completude, padronização e cobertura podem ser mais adequadas. Após estabilização, resultados de continuidade e desfechos ganham maior validade (Lotta, 2019; Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

O monitoramento é periódico e orientado à decisão. Relatórios extensos sem reunião de análise têm pouca utilidade. Painéis devem destacar tendências, mudanças e alertas, acompanhados de interpretação da equipe. A pergunta central é qual decisão o indicador pode apoiar e qual risco existe se for interpretado isoladamente (Gomide; Pires, 2014).

A avaliação de processo examina se as atividades ocorreram como previsto. Rotas realizadas, composição da equipe, articulações e disponibilidade de insumos

ajudam a explicar cobertura. Quando processo não foi implantado, não é adequado atribuir ausência de efeito à teoria da política. Essa distinção é especialmente importante para a política federal anunciada em 2026 (Brasil, 2026a; Lotta, 2019).

A avaliação de resultado observa acesso, continuidade e condições de saúde, mas precisa considerar fatores externos. Mudanças econômicas, clima, migração e oferta de acolhimento podem afetar indicadores. O desenho descritivo identifica tendências e hipóteses; atribuição causal exige métodos adicionais e dados comparáveis (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A revisão periódica fecha o ciclo: Os Indicadores sem uso devem ser retirados; campos ambíguos precisam ser corrigidos; metas podem ser ajustadas. Assim, a gestão deve documentar alterações para preservar comparabilidade. O aprendizado institucional transforma monitoramento em capacidade e evita repetição de problemas já identificados (Evans, 1995; Gomide; Pires, 2014).

A participação da população deve ocorrer no planejamento e na avaliação. Usuários podem apontar horários inadequados, barreiras em acolhimentos e efeitos de abordagens. Suas percepções complementam indicadores e ajudam a interpretar recusas ou perdas de seguimento. A participação precisa gerar resposta institucional para não se reduzir a consulta simbólica (Brasil, 2009).

A transparência orçamentária também integra avaliação. Recursos destinados à equipe, transporte, insumos e formação precisam ser relacionados à execução. A análise não busca simplificar custo por atendimento, pois casos variam em complexidade. Ela permite verificar suficiência e continuidade do financiamento (Brasil, 2023a; Gomide; Pires, 2014).

Em Foz do Iguaçu, o ciclo pode utilizar o Censo como linha de base social, o conhecimento territorial do CnaR como base qualitativa e os registros assistenciais autorizados como série de serviço. A integração deve respeitar proteção de dados e manter distinção entre pessoa, atendimento e procedimento. Essa arquitetura favorece decisões sem exigir exposição individual (Eloy, 2025; Brasil, 2018).

5 METODOLOGIA

A caracterização sociodemográfica e epidemiológica local exige compatibilizar fontes produzidas com finalidades, períodos e unidades de análise diferentes, sem transformar registros de pessoas, casos, atendimentos, testes ou procedimentos em medidas equivalentes. A estratégia metodológica combina organização quantitativa dos indicadores disponíveis e interpretação documental das condições territoriais, institucionais e normativas, preservando os limites de inferência e a rastreabilidade das evidências (Gil, 2019; Severino, 2017; Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

5.1 Delineamento e abordagem

A investigação adota delineamento documental, exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa e predominância interpretativa. A dimensão quantitativa organiza frequências e percentuais divulgados em fontes oficiais; a dimensão qualitativa examina normas, documentos e literatura para interpretar a relação dos indicadores com território, acesso, capacidades estatais e implementação de políticas públicas (Gil, 2019; Severino, 2017).

O componente epidemiológico é descritivo, pois se concentra na distribuição de características da população segundo pessoa, lugar e tempo, sem grupo de comparação e sem teste de causalidade. Esse desenho permite reconhecer padrões úteis ao planejamento e à vigilância, mas não autoriza concluir que uma variável produz a situação de rua ou determinado agravo (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

O caráter documental decorre do uso de materiais produzidos independentemente da investigação, entre eles legislação, documentos governamentais, resultados do Censo e artigos científicos. Cada fonte foi examinada quanto à autoria, finalidade, período de referência, população coberta, unidade de análise e limites de utilização, evitando equivalências indevidas entre registros administrativos, levantamentos e estudos acadêmicos (Severino, 2017).

A dimensão exploratória responde à fragmentação das informações locais em diferentes fontes. O procedimento permitiu delimitar perguntas, reconhecer lacunas e organizar uma matriz de indicadores para estudos posteriores com bases assistenciais autorizadas. A exploração do campo foi conduzida com critérios explícitos de seleção e rastreabilidade, sem substituir a precisão conceitual e documental exigida pela análise (Gil, 2019).

5.2 Área e contexto do estudo

O estudo concentra-se em Foz do Iguaçu, município do oeste paranaense situado na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. Circulação regional, turismo, comércio e migração integram o contexto territorial e interferem em mobilidade, documentação e acesso a serviços. Essas características são tratadas como condições de organização do cuidado, e não como explicação automática para a situação de rua (Eloy, 2025).

O recorte institucional abrange a relação entre a população em situação de rua e o Consultório na Rua, inserido na Atenção Primária à Saúde. A equipe é analisada como política territorial e ponto de articulação com a Rede de Atenção à Saúde e com serviços intersetoriais. Desempenhos individuais e prontuários de usuários permanecem fora do escopo (Brasil, 2012).

O recorte temporal principal corresponde ao Censo realizado em agosto de 2025 e divulgado em 2026. Para a caracterização epidemiológica e assistencial, foram incorporados dados municipais agregados de 2017 a 2025, conforme a disponibilidade de cada fonte, além de normas e estudos anteriores que reconstroem a trajetória da política e sustentam a interpretação dos resultados. A divulgação ministerial de junho de 2026 compõe o contexto institucional recente, sem atribuição de efeitos retrospectivos aos dados coletados anteriormente (Cabanha et al., 2026; Brasil, 2026a).

O estudo não possui uma amostra única compartilhada por todas as análises. Na dimensão sociodemográfica, o universo corresponde às 601 pessoas identificadas pelo I Censo municipal no período de campo. Na dimensão vacinal, o grupo analisado reúne 261 pessoas acompanhadas pelo CnaR. Nas fontes de vigilância e produção, as unidades variam entre casos, testes, doses, procedimentos e atendimentos. Como não houve vinculação individual entre as bases, esses conjuntos não constituem uma amostra probabilística comum, não podem ser somados e devem conservar seus próprios denominadores (Cabanha et al., 2026; Eloy; Vitor; Silva, 2025).

Essa distinção entre universos e unidades de análise orienta toda a interpretação. O total de pessoas do Censo não funciona como denominador para notificações, testes ou procedimentos, porque as fontes foram produzidas em momentos e com critérios diferentes. Da mesma maneira, o número de atendimentos não informa quantos usuários únicos foram alcançados. A validade do perfil depende

de apresentar cada medida com sua população de referência e de reconhecer que a integração ocorre no plano analítico, não por meio de vinculação individual entre registros (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

5.3 Conjunto documental e critérios de inclusão

O corpus documental reúne seis conjuntos: legislação constitucional e sanitária; normas da Política Nacional para a População em Situação de Rua e do Consultório na Rua; documentos federais sobre esse grupo populacional; resultados públicos do I Censo de Foz do Iguaçu; relatórios municipais e bases oficiais agregadas sobre tuberculose, hanseníase, vacinação, testagem rápida, sífilis, HIV/aids e produção assistencial; e literatura científica sobre epidemiologia descritiva, território, redução de danos e implementação de políticas (Brasil, 1988; Brasil, 2009; Brasil, 2012).

Foram incluídas fontes com autoria institucional ou acadêmica identificada, data de publicação, texto acessível e relação direta com o problema ou com as categorias analíticas. Os artigos contribuíram para o delineamento metodológico, a interpretação do território ou a comparação epidemiológica; as normas fundamentaram direitos, responsabilidades e formas de organização dos serviços (Marconi; Lakatos, 2022).

Foram excluídos dados sem indicação de origem, informações individualizadas, percentuais cuja fonte não permitia reconhecer a base de cálculo ou a população de referência e referências cujo conteúdo não pôde ser localizado. Consolidações operacionais foram incluídas somente quando apresentadas de forma agregada, com período, tipo de procedimento e total correspondente. Também foram rejeitadas extrapolações que convertessem resultados nacionais, dados municipais gerais ou achados de outros territórios em prevalências da população em situação de rua de Foz do Iguaçu.

No eixo epidemiológico, as fontes exercem funções complementares. Merchán-Hamann e Tauil fundamentam o desenho descritivo; Silva et al. oferecem referência nacional sobre tuberculose na população em situação de rua; os relatórios municipais permitem descrever tuberculose, hanseníase e atividade assistencial; Eloy, Vitor e Silva analisam a vacinação do Consultório na Rua; as bases do DATHI organizam as séries de sífilis e HIV/aids; e os estudos locais de Boaventura, Benitez e Tonin e de Friedrich, Faleiro e Fabríz aprofundam a interpretação da sífilis gestacional e congênita. A articulação preserva território, período e unidade de cada medida.

A produção de Eloy situa o cuidado em um território de fronteira e mostra como circulação, pontos de permanência e barreiras institucionais organizam o trabalho da equipe. Essa contribuição qualitativa não substitui o Censo; ela oferece uma chave territorial para interpretar a mobilidade e a oferta de serviços em Foz do Iguaçu (Eloy, 2025).

A seleção do corpus procurou equilibrar proximidade territorial e função analítica. Documentos locais sustentam a descrição de Foz do Iguaçu; estudos nacionais permitem identificar padrões e categorias relevantes; normas definem direitos e responsabilidades. Nenhuma dessas fontes substitui as demais. A literatura externa não fornece frequências municipais, enquanto os relatórios administrativos não explicam, sozinhos, os mecanismos sociais e institucionais relacionados aos resultados. A triangulação preserva essas diferenças e utiliza cada material somente para a questão que pode responder (Severino, 2017).

5.4 Fontes e variáveis analisadas

As variáveis sociodemográficas extraídas da divulgação oficial do Censo abrangem o total de pessoas identificadas, sexo, raça ou cor, idade média, naturalidade, presença de migrantes internacionais, fatores relacionados à situação de rua, declaração de não uso de álcool, tabaco ou outras drogas e desejo de deixar as ruas. As fontes de saúde acrescentam tipo de entrada, sexo, faixa etária, forma clínica e situação de rua entre casos de tuberculose; incidência e classificação da hanseníase; situação vacinal; número e resultado de testes rápidos; séries de sífilis e aids; volume de atendimentos e procedimentos; e a distribuição anual de registros de atendimento por sexo e faixa etária. Cada indicador mantém a unidade e o denominador da fonte de origem. A Tabela 1 apresenta a procedência, a função analítica e o limite de cada fonte.

Tabela 1 - Fontes documentais e função analítica

Fonte	Tipo	Uso na pesquisa	Limite
Decreto nº 7.053/2009	Normativa	Princípios, diretrizes, objetivos e definição de PSR	Não mede implementação local
Portaria nº 122/2012 e PNAB/2017	Normativa	Organização do CnaR e atribuições da APS	Não informa desempenho municipal
I Censo de Foz do Iguaçu	Dado público local	Perfil sociodemográfico e fatores declarados	Não contém série clínica completa
Eloy (2025)	Artigo local	Território e cuidado em região de fronteira	Não é censo epidemiológico
Silva et al. (2021)	Artigo nacional	Perfil da PSR e tuberculose	Percentuais não transferidos para Foz
Queiroz et al. (2024)	Artigo municipal comparativo	Variáveis de serviço e uso de substâncias	Contexto de Jundiaí distinto
Ministério da Saúde (2026)	Divulgação oficial	Contexto de política recente	Sem avaliação de efeitos
SMSA/DIVS - tuberculose e hanseníase	Dados municipais agregados	Perfil dos agravos e tendências locais	Não vincula todos os registros ao CnaR
Relatórios de produção e RDQA 2025	Registro administrativo agregado	Atendimentos, procedimentos e testagem	Conta eventos, não pessoas únicas
Relatório anual de atendimentos da UBS Jardim São Paulo (2025)	Registro administrativo agregado	Distribuição dos registros por sexo e faixa etária	Apresenta 215 registros etários para 225 registros totais e não confirma pessoas únicas
Eloy, Vitor e Silva (2025)	Artigo local	Situação vacinal de 261 pessoas acompanhadas	Recorte do CnaR e período específico
MS/SVSA/DATHI	Séries oficiais municipais	Sífilis e HIV/aids por ano	Atualização e filtros variam entre extrações
Boaventura et al. (2024); Friedrich et al. (2024)	Artigos locais	Sífilis gestacional e congênita	Recortes e bases não devem ser agregados diretamente

Fonte: elaboração própria com base nas fontes indicadas.

A leitura da Tabela 1 demonstra que as fontes cumprem funções complementares. As normas definem direitos e atribuições; o Censo fornece o perfil sociodemográfico; a cartografia local explica circulação e cuidado; os relatórios municipais descrevem eventos e produção; os artigos locais qualificam vacinação e sífilis; e as séries do DATHI situam tendências de sífilis e aids. A triangulação não converte casos notificados, testes ou procedimentos em pessoas únicas. Tuberculose, hanseníase, sífilis, HIV, vacinação e atendimentos passam a contar com frequências locais delimitadas, enquanto continuidade longitudinal, cruzamentos individuais e

prevalências na totalidade da população em situação de rua permanecem dependentes de base autorizada.

5.5 Procedimentos de coleta, organização e análise

A coleta documental envolveu leitura integral e registro em matriz com identificação da fonte, período, população, unidade de análise, variáveis, resultados, finalidade analítica e limitações. Os dados quantitativos foram transcritos do Censo, dos relatórios municipais e das bases oficiais e conferidos quanto a totais, denominadores e coerência interna. No relatório anual de atendimentos, essa conferência identificou 225 registros distribuídos por sexo e 215 registros distribuídos por faixa etária, diferença mantida como limitação da própria fonte. Cálculos derivados ficaram restritos a proporções e variações diretamente reprodutíveis a partir dos valores publicados ou consolidados (Cabanha et al., 2026; Foz do Iguaçu, 2025c).

A análise quantitativa utiliza frequências absolutas, relativas e taxas já disponibilizadas pelas fontes. Proporções foram calculadas apenas quando numerador e denominador pertenciam à mesma base e ao mesmo período. Não foi estimada prevalência de agravos entre as 601 pessoas do Censo, porque casos notificados, pessoas acompanhadas, testes, procedimentos e atendimentos possuem coberturas e unidades distintas. Essa restrição evita denominadores incompatíveis (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A análise qualitativa foi estruturada em quatro eixos derivados dos objetivos: determinação social e desigualdades; acesso e cuidado territorial; capacidades estatais e intersectorialidade; e produção de informação. Os documentos foram codificados segundo esses eixos, e cada resultado municipal foi interpretado em diálogo com a literatura, sem atribuição de causalidade não demonstrada (Bardin, 2016).

A comparação com estudos nacionais e com pesquisas realizadas em outros municípios obedeceu ao princípio da não transferência de frequências. Percentuais de tuberculose, uso de substâncias ou comorbidades foram apresentados com seus locais, períodos e populações de origem. Esses achados auxiliam na seleção de variáveis e na formulação de hipóteses para o monitoramento, mas não estimam valores para Foz do Iguaçu (Silva et al., 2021; Queiroz et al., 2024).

A apresentação dos achados distingue dado, fonte, interpretação e implicação

para a gestão. Essa separação impede que descrição e recomendação sejam tratadas como equivalentes. A proporção de migrantes, por exemplo, caracteriza o perfil divulgado pelo Censo; a criação de fluxos para documentação e continuidade do cuidado constitui uma consequência analítica para a política pública, e não um resultado diretamente medido pelo levantamento (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O procedimento analítico foi conduzido em duas etapas articuladas. Primeiro, os resultados foram descritos conforme a unidade original, sem comparação indevida entre bases. Em seguida, a literatura e os marcos normativos foram mobilizados para interpretar barreiras, desigualdades e consequências para o planejamento. Essa ordem reduz o risco de selecionar números apenas para confirmar argumentos prévios e torna explícito quando uma afirmação decorre da fonte, quando representa interpretação e quando permanece como recomendação para estudos ou ações futuras (Bardin, 2016).

5.6 Aspectos éticos e proteção de dados

A análise utiliza dados públicos agregados e documentos administrativos consolidados sem identificação individual. Não houve contato com participantes, aplicação de questionários, entrevistas ou consulta a prontuários. Nomes, endereços, documentos, números de cadastro e qualquer informação capaz de individualizar usuários foram excluídos do escopo. Resultados reagentes foram tratados apenas por tipo de teste e quantidade anual (Brasil, 2016).

Dados de saúde são pessoais sensíveis. A Lei Geral de Proteção de Dados exige finalidade, necessidade, segurança e prevenção no tratamento. Mesmo bases sem nome podem permitir reidentificação quando combinam nacionalidade, idade, local e condição rara. Por isso, estudos futuros com RP Saúde devem prever agregação, supressão de células pequenas e controle de acesso (Brasil, 2018).

O eventual uso de registros assistenciais requer anuência institucional e avaliação pelo sistema CEP/CONEP, conforme a natureza, a finalidade e o risco do projeto. O vínculo profissional com o serviço não autoriza a utilização acadêmica de prontuários. A distinção entre assistência, gestão e pesquisa protege a população atendida e os trabalhadores responsáveis pelos registros (Brasil, 2016).

O compromisso ético também alcança a linguagem. Resultados não são

utilizados para culpabilizar indivíduos, associar nacionalidade à criminalidade ou reduzir trajetórias ao consumo de substâncias. A análise prioriza direitos, determinações sociais e responsabilidades públicas (Brasil, 2009).

5.7 Limitações metodológicas

A principal limitação é a inexistência, nas fontes públicas examinadas, de uma base clínica municipal que permita descrever tuberculose, sífilis, vacinação, doenças crônicas, saúde mental e uso de múltiplas substâncias entre usuários do Consultório na Rua. O Censo oferece um diagnóstico social consistente, mas não substitui registros epidemiológicos e assistenciais padronizados (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

Levantamentos de população em situação de rua enfrentam mobilidade, recusas, duplicidades e dificuldade de alcançar pessoas em locais ocultos. O número de 601 corresponde ao método e ao período do Censo e deve ser interpretado como resultado oficial do levantamento, não como quantidade imutável (Cabanha et al., 2026).

A divulgação pública apresenta um conjunto selecionado de indicadores e não disponibiliza todas as tabelas do banco. Variáveis relevantes podem ter sido coletadas sem constar na página consultada. O alcance da análise, por isso, permanece restrito ao conteúdo publicado, e as lacunas são registradas sem preenchimento por suposições (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A política nacional divulgada em 2026 ainda se encontra em estágio inicial, o que impede avaliar seus efeitos com dados anteriores à implantação. A fonte oficial consultada também não detalha o texto integral do ato normativo. A análise registra esse limite e utiliza a divulgação ministerial apenas para caracterizar a atualização da agenda federal (Brasil, 2026a).

5.8 Operacionalização das categorias analíticas

A categoria determinação social reúne informações sobre moradia, renda, trabalho, alimentação, raça, gênero, migração, vínculos e violência. Ela orienta a interpretação de fatores associados sem transformar correlação ou relato em causa exclusiva. Cada indicador é lido como parte de trajetória e de estrutura, preservando a possibilidade de combinações diferentes entre pessoas (Paim et al., 2011; Hino;

Santos; Rosa, 2018).

A categoria acesso e continuidade distingue contato, atendimento, encaminhamento e conclusão. Essa separação evita que produção de procedimentos seja apresentada como cuidado completo. Pessoas distintas compõem o denominador de cobertura; atendimentos mostram intensidade; procedimentos indicam produção; desfechos permitem avaliar continuidade. A matriz de indicadores preserva essas unidades para evitar dupla contagem (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A categoria território considera local de abordagem, circulação, pontos de apoio e relação com serviços. As informações espaciais devem ser agregadas e analisadas junto com horários e mudanças urbanas. O objetivo é planejar rotas e acesso, não identificar indivíduos. A cartografia de Eloy sustenta a leitura relacional, enquanto Milton Santos amplia a compreensão do território como espaço usado (Eloy, 2025; Santos, 2006).

A categoria capacidade estatal abrange equipe, recursos, coordenação, dados e participação. Um resultado assistencial não é interpretado sem examinar condições de implementação. Mudanças de pessoal, veículo, financiamento ou fluxo podem explicar variações. Essa categoria conecta a descrição epidemiológica à análise de políticas públicas e impede que falhas institucionais sejam atribuídas aos usuários (Gomide; Pires, 2014; Lotta, 2019).

A categoria direitos e equidade orienta a linguagem e as recomendações. Indicadores são desagregados quando possível e interpretados sem hierarquizar grupos. A análise observa barreiras, discriminação e participação. Recomendações que ampliam controle sem benefício assistencial são evitadas; priorizam-se medidas capazes de reduzir obstáculos e fortalecer autonomia (Brasil, 2009; Brasil, 2018).

5.9 Plano de análise quantitativa para dados futuros

Uma etapa futura com dados autorizados deve iniciar pela definição da unidade analítica. Para perfil de pessoas, cada usuário aparece uma vez no período. Para produção, cada atendimento ou procedimento constitui registro. Misturar unidades produz médias e percentuais inválidos. O banco deve conter identificador pseudonimizado que permita relacionar tabelas sem expor identidade (Brasil, 2018).

Variáveis categóricas serão apresentadas por frequências absolutas e relativas, acompanhadas do número de informações ignoradas. Percentuais devem

indicar denominador e período. Quando categorias tiverem poucos casos, serão agrupadas por critério substantivo ou suprimidas. A ausência de registro não deve ser automaticamente classificada como ausência da condição (Merchán-Hamann; TaUIL, 2021).

Idade pode ser descrita por média e mediana, com desvio-padrão e intervalo, além de faixas. A média isolada é sensível a valores extremos e não mostra concentração. O tempo em situação de rua também pode apresentar mediana, pois distribuições tendem a ser assimétricas. Datas inconsistentes e valores impossíveis devem ser revisados antes do cálculo (Gil, 2019).

Indicadores clínicos exigem definições. Tuberculose deve distinguir suspeita, confirmação, tratamento iniciado, abandono, cura, transferência e óbito. Sífilis precisa diferenciar teste reagente, diagnóstico, tratamento e seguimento. Vacinação deve separar dose aplicada de esquema completo. Essas distinções permitem acompanhar a linha de cuidado e não apenas eventos isolados (Silva et al., 2021).

Comparações por sexo, raça ou cor e faixa etária podem identificar desigualdades, mas não devem ser apresentadas quando números forem insuficientes. Testes de associação só serão utilizados se a qualidade e o tamanho da base permitirem e se houver pergunta definida. O desenho descritivo não será transformado artificialmente em estudo causal pela aplicação de testes (Merchán-Hamann; TaUIL, 2021).

Séries mensais podem mostrar sazonalidade, mudanças de equipe e efeitos de ações. A interpretação deve registrar interrupções, alterações de sistema e eventos locais. Uma elevação após campanha de testagem pode indicar maior detecção, não necessariamente aumento real do agravo. Notas metodológicas devem acompanhar gráficos para evitar leitura equivocada (Merchán-Hamann; TaUIL, 2021).

5.10 Triangulação e verificação de consistência entre fontes

A triangulação relaciona resultados do Censo, relatórios de saúde, séries de vigilância, literatura e conhecimento territorial. Divergências entre fontes são esperadas quando populações, períodos, filtros e finalidades diferem. Em vez de produzir artificialmente um número único, a análise identifica o que cada base mede e preserva diferenças de cobertura, atualização e unidade. Esse procedimento foi especialmente necessário diante das discrepâncias entre recortes publicados sobre

sífilis e a extração oficial do DATHI (Brasil, 2023; Cabanha et al., 2026).

A validação técnica cabe aos profissionais que conhecem o processo de produção dos registros. Sua participação permite esclarecer usos distintos dos campos, mudanças de rotina e limitações do sistema. Essa etapa contextualiza os dados sem autorizar ajustes destinados a confirmar expectativas ou ocultar inconsistências (Bardin, 2016).

A validação social incorpora representantes da população em situação de rua e organizações vinculadas ao tema. Categorias como vínculo, recusa e abandono podem carregar julgamentos institucionais; a escuta dos sujeitos ajuda a revisar significados e compreender motivos de interrupção. A participação deve ser voluntária, acessível e desvinculada de benefícios ou atendimento (Brasil, 2009).

A conferência documental verificou a correspondência entre afirmações, números e fontes. Percentuais foram mantidos com período e território de origem; atos normativos foram identificados pela publicação correspondente; estudos externos apareceram como comparação. Documentos incompletos ou não localizados não sustentaram descrições específicas (Severino, 2017).

A síntese analítica precisa manter correspondência entre o que se pretende conhecer, a fonte capaz de sustentar a resposta e o produto efetivamente obtido. Sem essa ligação, convergências e diferenças podem ser interpretadas fora de seu contexto, sobretudo quando Censo e registros assistenciais possuem coberturas distintas (Merchán-Hamann; Tauil, 2021). A Tabela 2 apresenta essa cadeia lógica ao relacionar cada objetivo específico às fontes, às variáveis ou categorias e ao resultado analítico esperado.

Tabela 2 - Relação entre objetivo, fonte, variável e produto analítico

Objetivo específico	Fonte principal	Variáveis ou categorias	Produto
Contextualizar APS e CnaR	Legislação e literatura	Acesso, equidade, território	Síntese normativa e teórica
Examinar a PNPSR	Decreto e documentos federais	Princípios, diretrizes, coordenação	Matriz de implementação
Discutir determinantes sociais	Literatura e Censo	Raça/cor, sexo, origem, renda, vínculos	Interpretação das desigualdades
Sistematizar evidências epidemiológicas	Relatórios municipais, DATHI e artigos	TB, hanseníase, sífilis, HIV/aids, vacinação e continuidade	Perfil local e comparação contextualizada
Caracterizar Foz do Iguaçu	I Censo municipal	Total, sexo, raça/cor, idade, migração, fatores	Perfil sociodemográfico local
Sistematizar o perfil	Fontes locais e científicas	Composição, agravos, prevenção e assistência	Síntese sociodemográfica e epidemiológica

Fonte: elaboração própria com base no desenho metodológico da pesquisa.

A Tabela 2 evidencia que a caracterização municipal combina o Censo com dados agregados de vigilância e produção assistencial, enquanto a contextualização normativa e a discussão epidemiológica se apoiam na legislação e na literatura. A síntese integrada do perfil deriva da articulação desses materiais. Essa estrutura vincula cada produto ao objetivo correspondente e impede atribuir a uma fonte resultados que dependem de outra unidade ou população.

5.11 Análises de sensibilidade, consistência e limites de generalização

Análises de sensibilidade verificam como decisões de classificação alteram resultados. A definição de pessoa atendida pode incluir qualquer contato ou exigir registro mínimo. Apresentar ambos os critérios, quando possível, mostra estabilidade da cobertura. A regra escolhida deve ser definida antes da análise e registrada no relatório (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

Duplicidades são particularmente relevantes em populações móveis. Nomes incompletos, documentos ausentes e cadastros em diferentes serviços podem gerar múltiplos registros. A deduplicação precisa ser realizada por equipe autorizada e separada do banco de pesquisa. Estimativas devem informar método e quantidade de registros excluídos (Brasil, 2018).

A completude deve ser apresentada por variável. Um percentual de raça ou cor

calculado apenas entre registros preenchidos pode ocultar elevada ausência. O relatório deve mostrar denominador total, válidos e ignorados. Comparações entre períodos exigem verificar se a melhora aparente decorreu de maior preenchimento (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A consistência interna verifica combinações impossíveis ou improváveis, como tratamento anterior ao diagnóstico ou idade incompatível com data de nascimento. Regras automatizadas ajudam, mas casos devem ser revisados. A correção precisa preservar trilha de auditoria e não apagar o valor original sem registro (Brasil, 2018).

A generalização dos dados do Censo é limitada ao município, ao período e ao método. O resultado não representa automaticamente todas as pessoas que passaram por Foz ao longo do ano. Tampouco deve ser aplicado a outras cidades fronteiriças. Sua força está na caracterização local e na possibilidade de orientar políticas situadas (Cabanha et al., 2026).

Os resultados de Silva et al. e Queiroz et al. mantêm seus contextos, assim como os dados municipais gerais não são automaticamente atribuídos ao público acompanhado pelo Consultório na Rua. O estudo nacional de tuberculose orienta comparações; o estudo de Jundiaí define variáveis; os relatórios de Foz descrevem eventos locais com denominadores próprios. Essa regra protege a validade e evita preencher lacunas com números disponíveis, porém incompatíveis (Silva et al., 2021; Queiroz et al., 2024).

A fonte oficial do Censo divulga percentuais selecionados. Sem o banco de dados e o conjunto integral de tabelas, não foi possível recalcular cruzamentos ou criar categorias compostas. As variáveis permanecem separadas, e as propostas de desagregação integram a agenda futura de monitoramento (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A análise da política de 2026 restringe-se à divulgação oficial acessível. Como a fonte consultada não apresenta o texto integral do ato, número da portaria e detalhamento de financiamento não foram incorporados. A iniciativa é situada como atualização recente da agenda, sem atribuição de efeitos ou competências ainda não documentadas (Brasil, 2026a).

O reconhecimento desses limites é compatível com a pergunta de pesquisa. O estudo caracteriza o perfil sociodemográfico e incorpora indicadores epidemiológicos e assistenciais agregados, sem afirmar que mede prevalências individuais ou relações

causais. A separação entre resultado municipal, dado específico do Consultório na Rua, evidência comparativa e lacuna informacional delimita o alcance das conclusões e orienta o uso responsável dos achados (Severino, 2017).

A transparência metodológica também protege o uso posterior dos resultados. Gestores podem utilizar frequências para planejar ações, desde que conservem período, fonte e denominador; pesquisadores podem formular novas perguntas sem tratar lacunas como ausência do fenômeno. Ao indicar o que não foi possível cruzar, o estudo evita a criação de perfis artificiais e define quais dados precisam ser coletados com autorização. A limitação, nesse caso, não invalida a análise, mas delimita o tipo de decisão que cada resultado pode sustentar (Gil, 2019).

As análises futuras devem preservar essa transparência. Mudanças de sistema, critérios, equipe e cobertura precisam ser registradas. Quando a comparabilidade for insuficiente, o relatório deve evitar tendências artificiais e apresentar séries separadas. A qualidade da decisão depende tanto do dado quanto da explicação de como foi produzido (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

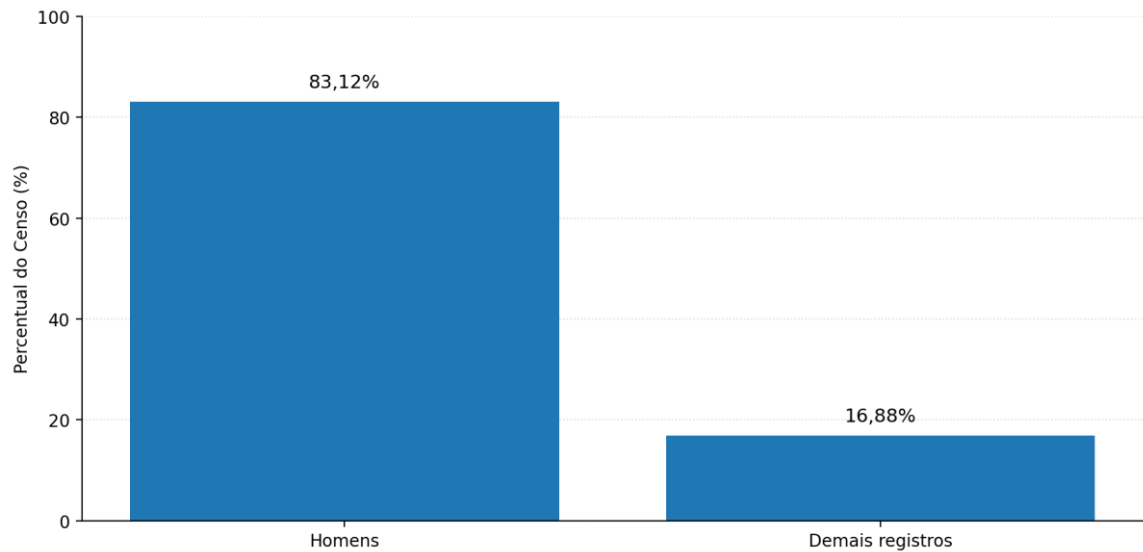
6 RESULTADOS E ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

Os resultados municipais delineiam um perfil local a partir de fontes que captam dimensões complementares do fenômeno. O Censo descreve magnitude e composição sociodemográfica; os registros de vigilância evidenciam agravos; e os dados assistenciais do CnaR informam vacinação, testagem e produção do cuidado. A interpretação conjunta preserva períodos, populações de referência e unidades de contagem, distinguindo pessoas, casos, testes, doses, procedimentos e atendimentos para evitar equivalências indevidas (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

6.1 O censo municipal como base empírica do perfil local

A organização da Atenção Primária orientada pela equidade depende de reconhecer quem está sendo alcançado, quais desigualdades aparecem nos registros e onde a continuidade do cuidado encontra maiores obstáculos. Em Foz do Iguaçu, dos indicadores de sexo, raça ou cor, vacinação e desejo de deixar a situação de rua aproximam a fundamentação sobre determinantes sociais das condições concretas observadas no território. Silva (2026) destaca que a Atenção Básica em região de fronteira precisa responder às particularidades socioterritoriais e às condições de vida dos usuários, enquanto Mejia (2026), em outro serviço municipal do SUS, evidencia a utilidade dos perfis sociodemográficos como suporte ao planejamento e à qualificação do cuidado. As bases permanecem distintas e seus denominadores são preservados nas leituras a seguir.

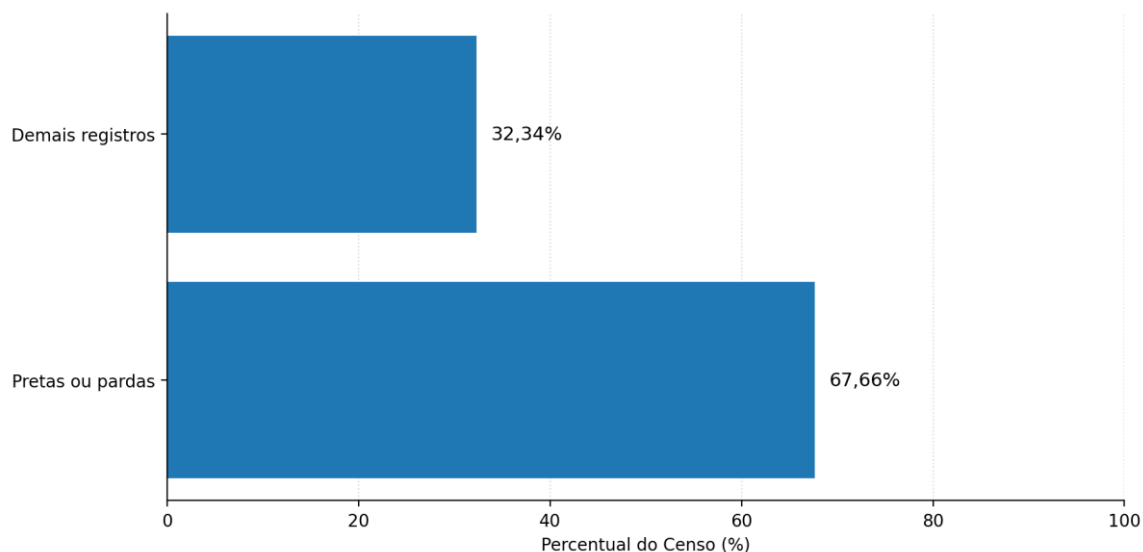
Gráfico 1 - Distribuição percentual por sexo no I Censo da População em Situação de Rua de Foz do Iguaçu, 2025



Fonte: elaboração própria com base na Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (2026). Nota: a divulgação oficial informa 83,12% de homens e não discrimina, na síntese pública consultada, a composição dos demais registros.

A predominância masculina de 83,12% no Censo municipal orienta a dimensão quantitativa da oferta, mas não elimina necessidades específicas de mulheres e de outros grupos menos numerosos. Para a Atenção Primária, o dado deve ser combinado com equidade, busca territorial e acesso sem barreiras administrativas, de modo que o maior volume de homens não produza invisibilidade de situações de violência, saúde sexual e reprodutiva ou outras demandas que exigem respostas diferenciadas (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Brasil, 2017).

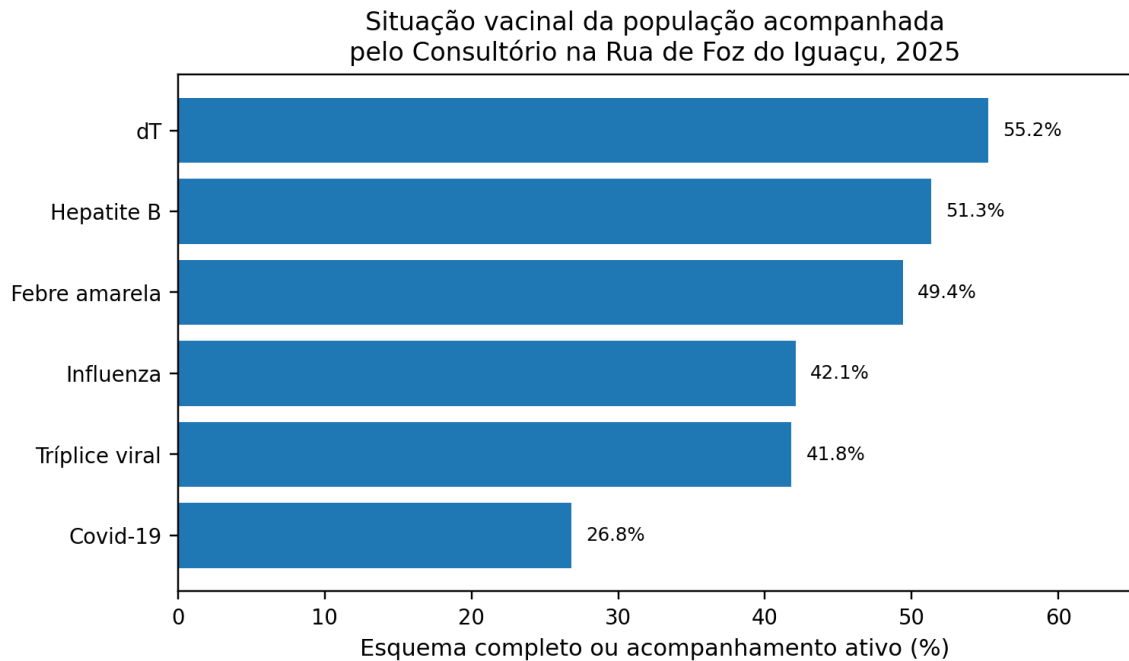
Gráfico 2 - Distribuição percentual agregada por raça ou cor no I Censo da População em Situação de Rua de Foz do Iguaçu, 2025



Fonte: elaboração própria com base na Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (2026). Nota: a fonte pública divulga conjuntamente pretos e pardos (67,66%) e não detalha, na síntese consultada, as demais categorias de raça ou cor.

A proporção de 67,66% de pessoas pretas ou pardas evidencia que a organização do cuidado precisa incorporar a equidade racial como critério de planejamento. O marcador social não explica biologicamente a situação de rua; ele expressa desigualdades historicamente acumuladas em moradia, trabalho, renda, escolarização, proteção e exposição à violência. A Atenção Primária deve considerar essas desigualdades na formação das equipes, nos registros e na definição de estratégias de acesso (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Paim et al., 2011).

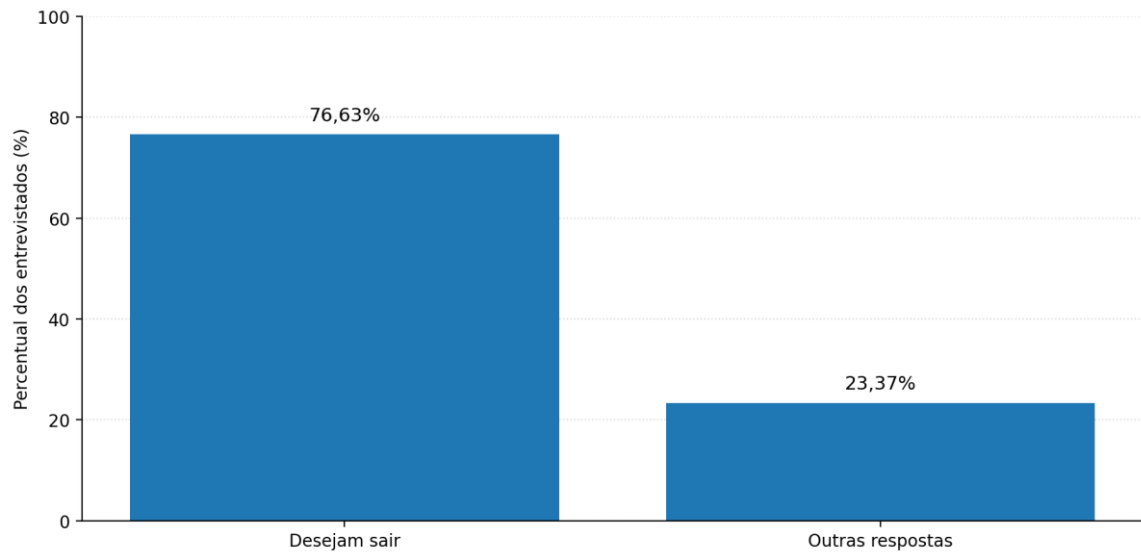
Gráfico 3 - Situação vacinal da população acompanhada pelo Consultório na Rua de Foz do Iguaçu, 2025



Fonte: elaboração própria com base em Eloy, Vitor e Silva (2025).

A situação vacinal das 261 pessoas acompanhadas pelo Consultório na Rua mostra alcance inferior a 60% em todos os imunobiológicos analisados. A variação entre dT, hepatite B, febre amarela, influenza, tríplice viral e Covid-19 reforça que vacinação, vínculo e continuidade precisam ser tratados conjuntamente. Mobilidade, perda de comprovantes, esquemas com várias doses e dificuldade de retorno tornam a busca ativa e a integração entre ações territoriais componentes da própria efetividade da Atenção Primária (Eloy; Vitor; Silva, 2025; Brasil, 2017).

Gráfico 4 - Desejo de sair da situação de rua entre os entrevistados no I Censo de Foz do Iguaçu, 2025



Fonte: elaboração própria com base na Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (2026). Nota: 76,63% manifestaram desejo de sair da situação de rua; a síntese pública não discrimina todas as demais respostas.

O desejo de deixar a situação de rua, manifestado por 76,63% dos entrevistados, aproxima saúde, moradia, renda, trabalho e proteção social. A Atenção Primária pode reconhecer necessidades, sustentar vínculo e articular a rede, mas a transformação dessa intenção em trajetória estável depende de respostas intersetoriais. O resultado reforça que condições de moradia e renda não são elementos externos ao cuidado, mas determinantes que interferem diretamente na possibilidade de manter tratamentos, prevenir agravos e reduzir exposições cotidianas (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Brasil, 1990a; Brasil, 2009).

O I Censo da População em Situação de Rua de Foz do Iguaçu identificou 601 pessoas entre 19 e 31 de agosto de 2025. O levantamento presencial fornece ao município uma referência própria sobre a magnitude e a composição do fenômeno, reduzindo a dependência exclusiva de cadastros administrativos, cuja cobertura se restringe às pessoas que mantêm algum vínculo com os serviços (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O total deve ser interpretado à luz do período e do método. Mobilidade, permanência temporária em acolhimentos, deslocamentos e recusa à abordagem podem afetar a cobertura. Essas limitações não anulam o resultado; definem uma fotografia situada, cuja capacidade de orientar tendências aumentará com levantamentos repetidos e critérios comparáveis (Cabanha et al., 2026).

A contagem municipal altera a capacidade de planejamento porque transforma demandas percebidas de forma fragmentada em informações sobre magnitude, composição e mobilidade. O uso desses dados precisa permanecer associado à participação social e a salvaguardas contra interpretações discriminatórias ou repressivas (Brasil, 2009). A Tabela 3 apresenta os indicadores gerais do Censo e antecipa três eixos de leitura: a predominância masculina e de pessoas pretas ou pardas, a elevada proporção de pessoas nascidas fora do município e o desejo majoritário de deixar a situação de rua.

Tabela 3 - Indicadores gerais do I Censo da População em Situação de Rua de Foz do Iguaçu

Indicador	Resultado	Leitura analítica
Pessoas identificadas	601	Magnitude oficial no período do levantamento
Homens	83,12%	Predominância masculina, sem excluir necessidades específicas de mulheres e outros grupos
Pessoas pretas ou pardas	67,66%	Desigualdade racial deve orientar ações de equidade
Idade média	40 anos	Concentração na vida adulta e necessidade de cuidado longitudinal
Nascidas em Foz do Iguaçu	16,7%	Maioria nasceu fora do município
Migrantes de outros locais	83,3%	Mobilidade e vínculos externos são centrais
Migrantes internacionais	17,2%	Necessidade de fluxos de documentação e atenção intercultural
Desejam sair da rua	76,63%	Refuta naturalização da permanência e reforça políticas de moradia e renda

Fonte: Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (2026).

Os dados da Tabela 3 mostram que as 601 pessoas identificadas formam um grupo marcado por desigualdades de gênero e raça, mobilidade territorial e expectativa de mudança. A maioria masculina exige planejamento compatível com esse perfil, sem invisibilizar mulheres e outros grupos com necessidades próprias. A proporção de pessoas pretas ou pardas insere a equidade racial entre os critérios de organização do cuidado. A idade média de 40 anos concentra o perfil na vida adulta, etapa em que exposição prolongada, trabalho precário e doenças crônicas podem se acumular (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Silva et al., 2021).

O valor do Censo reside também na possibilidade de estabelecer referência para levantamentos posteriores. Uma nova contagem poderá indicar mudanças no total e na composição, mas a comparação dependerá da manutenção do período de

campo, das áreas visitadas, das definições e dos procedimentos de abordagem. Alterações metodológicas precisam ser registradas para que diferenças não sejam interpretadas automaticamente como crescimento ou redução da população. A linha de base é útil quando conserva memória sobre como número foi produzido e quais grupos podem ter permanecido fora do alcance (Cabanha et al., 2026).

6.2 Perfil sociodemográfico: sexo, raça ou cor e idade

A proporção de 83,12% de homens se aproxima da predominância masculina observada em levantamentos nacionais. No CadÚnico de maio de 2019, Silva et al. encontraram 86,8% de homens entre pessoas em situação de rua. A proximidade não significa identidade entre as populações, mas indica persistência de um padrão que precisa ser explicado por trajetórias de trabalho, vínculos familiares e formas de uso dos serviços (Silva et al., 2021; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O Gráfico 1, apresentado na seção 2.3, evidencia a predominância masculina no Censo municipal. Como a divulgação oficial informa diretamente 83,12% de homens, o complemento de 16,88% é apresentado apenas como “demais registros”, sem atribuição a uma categoria específica que a fonte pública não detalhou (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

Mulheres correspondem a parcela menor, mas podem enfrentar riscos específicos e maior invisibilidade. Estratégias de sobrevivência, permanência em relações violentas ou acolhimento temporário podem reduzir sua presença em pontos de rua visíveis. Planejamento deve prever saúde sexual e reprodutiva, prevenção de violência, cuidado materno e espaços seguros, sem esperar que o volume numérico determine prioridade clínica (Hino; Santos; Rosa, 2018).

A proporção de 67,66% de pessoas pretas ou pardas converge com a desigualdade racial registrada em dados nacionais. Entre as pessoas em situação de rua do CadÚnico analisadas por Silva et al., pretos e pardos somavam 67,5%. Em Foz do Iguaçu, o resultado sustenta a incorporação de raça ou cor nos registros, nas análises e nas ações de formação contra discriminação (Silva et al., 2021; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O Gráfico 2, apresentado na seção 2.3, mostra que pessoas autodeclaradas pretas ou pardas representam 67,66% do Censo municipal. O complemento de 32,34% é mantido como “demais registros”, porque a síntese pública utilizada não

apresenta a distribuição separada das demais categorias de raça ou cor; essa cautela impede criar frequências não publicadas (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

Raça ou cor não atua como variável biológica para explicar a situação de rua. O indicador sintetiza desigualdades acumuladas no acesso a escolaridade, emprego, renda, moradia e proteção. A gestão deve evitar duas reduções: ignorar o dado em nome de uma universalidade abstrata ou utilizá-lo para naturalizar a sobrerrepresentação de pessoas negras (Paim et al., 2011).

A idade média de 40 anos situa o centro do perfil na vida adulta. Esse dado dialoga com a concentração dos casos de tuberculose em adultos de 25 a 54 anos observada no estudo nacional. Para a gestão, implica organizar cuidado de condições agudas e crônicas, saúde mental, saúde bucal e prevenção de incapacidade, além de ações de trabalho e renda (Silva et al., 2021; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

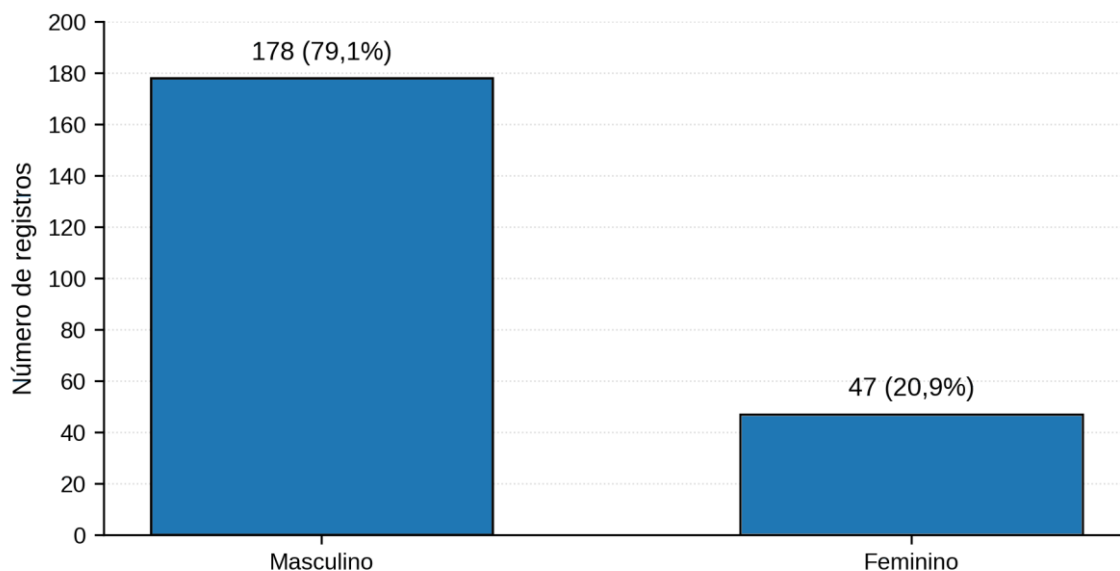
A predominância numérica de determinados grupos orienta o planejamento, mas não define sozinha a prioridade clínica. Homens adultos podem concentrar abordagens e agravos, enquanto mulheres, idosos e pessoas com identidades de gênero minoritárias permanecem menos visíveis nos pontos de rua ou nos levantamentos. A gestão precisa combinar volume e equidade, garantindo ofertas adequadas para necessidades específicas. Sem cruzamentos entre variáveis, a análise não identifica quais grupos acumulam desvantagens, razão pela qual a interpretação permanece descritiva e evita atribuir homogeneidade à população recenseada (Brasil, 2009).

A média do Censo não revela sua distribuição completa por idade. O relatório anual de atendimentos da equipe de consultório na rua acrescenta um recorte assistencial com faixas etárias, mas utiliza outra base, outro período e outra unidade de contagem. Por isso, seus registros são apresentados separadamente e não completam nem substituem a distribuição etária das 601 pessoas recenseadas (Foz do Iguaçu, 2025c; Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

O Gráfico 5 apresenta os 225 registros de atendimento distribuídos por sexo no relatório anual de 2025: 178 registros masculinos (79,1%) e 47 femininos (20,9%). A diferença evidencia a predominância masculina nessa base assistencial, mas o total se refere a registros apresentados pelo serviço, não a pessoas únicas, e não pode ser

tratado como equivalente às 601 pessoas identificadas pelo Censo municipal (Foz do Iguaçu, 2025c).

Gráfico 5 - Distribuição dos registros de atendimento por sexo, Consultório na Rua, Foz do Iguaçu, 2025



Fonte: elaboração própria com base em Foz do Iguaçu (2025c). Nota: total de 225 registros; a fonte não informa se cada registro corresponde a uma pessoa distinta.

Tabela 4 - Distribuição dos registros anuais de atendimento por faixa etária, Consultório na Rua, Foz do Iguaçu, 2025

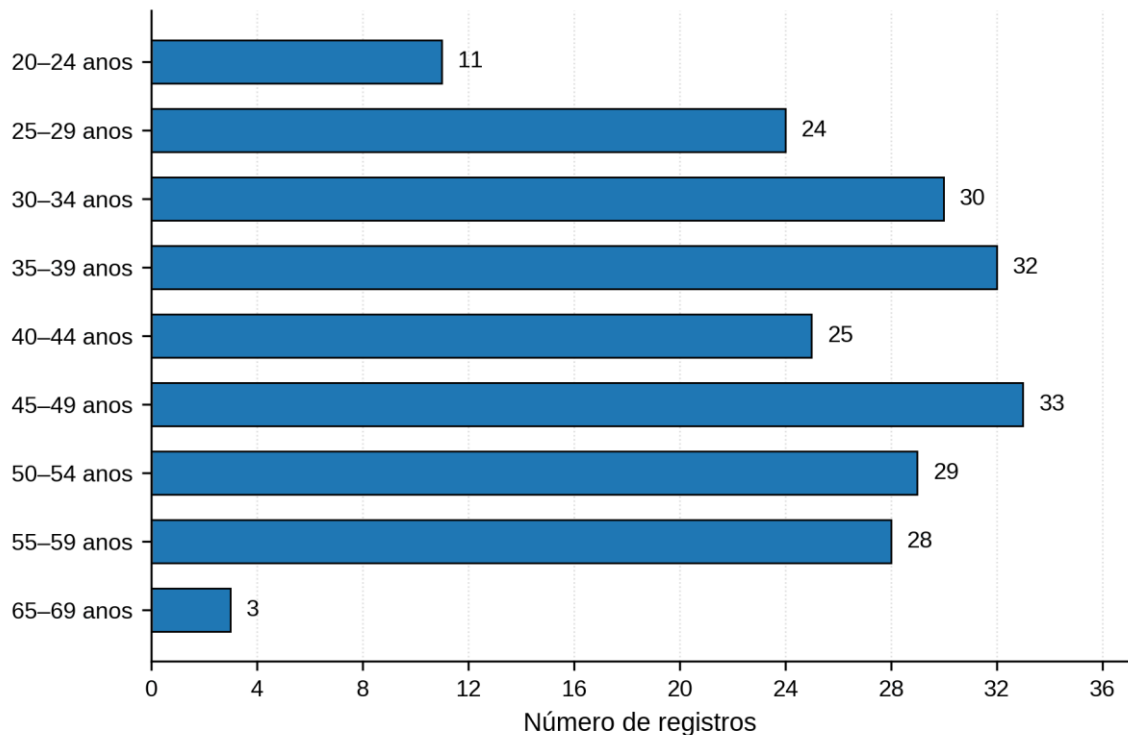
Faixa etária	Nº de atendimentos
20–24 anos	11
25–29 anos	24
30–34 anos	30
35–39 anos	32
40–44 anos	25
45–49 anos	33
50–54 anos	29
55–59 anos	28
65–69 anos	3
Total	215*

Fonte: Foz do Iguaçu (2025c). Nota: o relatório apresenta 215 registros distribuídos por faixa etária, embora o total geral informado seja de 225 registros; assim, 10 registros não aparecem na distribuição etária publicada.

O Gráfico 6 apresenta a distribuição dos 215 registros com faixa etária publicada. A maior frequência ocorreu entre 45 e 49 anos (33), seguida pelas faixas de 35 a 39 anos (32), 30 a 34 anos (30), 50 a 54 anos (29) e 55 a 59 anos (28).

Somadas, as faixas de 30 a 59 anos reúnem 177 registros, correspondentes a 82,3% da distribuição etária, confirmando a concentração assistencial na vida adulta; os 10 registros ausentes da distribuição não podem ser atribuídos a nenhuma faixa (Foz do Iguaçu, 2025c).

Gráfico 6 - Distribuição dos registros de atendimento por faixa etária, Consultório na Rua, Foz do Iguaçu, 2025



Fonte: elaboração própria com base em Foz do Iguaçu (2025c). Nota: o gráfico representa 215 registros; 10 dos 225 registros totais não aparecem na distribuição etária publicada.

A tabela não apresenta outras faixas etárias, e essa ausência não autoriza registrá-las como zero. Também não é possível determinar, a partir do documento, a faixa correspondente aos 10 registros que integram o total geral de 225, mas não aparecem na distribuição por idade. A diferença deve permanecer explícita, pois afeta a completude da variável etária e impede utilizar 225 como denominador das proporções por faixa (Foz do Iguaçu, 2025c).

A proporção masculina de 79,1% nos registros assistenciais aproxima-se dos 83,12% observados no Censo, e a concentração dos atendimentos entre 30 e 59 anos dialoga com a idade média censitária de 40 anos. Essas convergências são descritivas: os relatórios possuem denominadores, períodos e finalidades diferentes, de modo que não demonstram mudança do perfil, cobertura da população recenseada ou frequência de pessoas únicas no serviço.

6.3 Resultados territoriais: migração, fronteira e mobilidade

Apenas 16,7% das pessoas identificadas nasceram em Foz do Iguaçu, enquanto 83,3% eram migrantes. O Censo também registrou 17,2% de pessoas provenientes de outros países, principalmente Argentina e Venezuela. A mobilidade é, portanto, dimensão central do perfil e precisa ser incorporada à organização dos serviços (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

Esses percentuais não demonstram que migrar causa a situação de rua. Pessoas se deslocam por trabalho, família, crises econômicas, violência, tratamento ou expectativa de oportunidades. A vulnerabilidade emerge quando a migração se combina com perda de renda, documentação incompleta, redes frágeis e ausência de moradia acessível (Eloy, 2025).

A fronteira amplia possibilidades de circulação e também introduz complexidades administrativas. Documentos emitidos em outros países, diferenças linguísticas, acesso a benefícios e continuidade de tratamentos podem exigir mediação institucional. O direito ao atendimento independe da nacionalidade, mas o acompanhamento longitudinal requer comunicação entre serviços, definição de referências e articulação com assistência social, direitos humanos e órgãos de regularização documental. A intersectorialidade, nesse contexto, não é um complemento eventual: ela condiciona a continuidade do cuidado em trajetórias marcadas por deslocamentos frequentes (Brasil, 1988; Costa; Lucena, 2022).

O território do Consultório na Rua deve ser planejado a partir de pontos de permanência, horários e trajetos, e não apenas de divisões administrativas. A cartografia de Eloy mostra que a equipe precisa reconhecer os fluxos cotidianos da população para ampliar o alcance das abordagens sem transformar mobilidade em ausência de vínculo. O cruzamento de informações do Censo com mapas agregados pode apoiar a revisão de rotas, desde que a divulgação não identifique pessoas, pequenos grupos ou locais passíveis de ações repressivas (Eloy, 2025).

A elevada proporção de pessoas nascidas fora do município também reforça a necessidade de articular políticas migratórias e direitos humanos. Encaminhamentos para regularização documental, contato familiar e retorno voluntário devem respeitar autonomia e não podem substituir o acesso local a saúde e proteção (Brasil, 2009).

Origem geográfica e mobilidade devem ser tratadas como dimensões do cuidado, não como explicações para a situação de rua. A presença de migrantes pode

demandar apoio documental, comunicação e contato com redes familiares, mas não reduz o dever de atendimento local. Em região de fronteira, uma pessoa pode circular sem romper completamente seus vínculos e utilizar serviços em momentos distintos. O planejamento precisa registrar essa dinâmica para evitar perdas de continuidade e impedir que o retorno ao local de origem seja apresentado como resposta automática a necessidades de saúde e proteção (Eloy, 2025).

6.4 Fatores declarados, renda e uso de substâncias

A divulgação oficial registra conflitos familiares em 30,93% das respostas, uso de álcool e outras drogas em 23,19%, desemprego ou perda de renda em 8,96% e entrada nas ruas após a pandemia em 19,85%. Apenas 8,28% declararam não utilizar álcool, tabaco ou outras drogas. Esses percentuais descrevem experiências relatadas e não estabelecem causalidade individual (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026). A Tabela 5 apresenta os fatores selecionados e explicita, ao lado de cada valor, o cuidado interpretativo necessário para evitar culpabilização ou explicações isoladas.

Tabela 5 - Fatores e experiências selecionados divulgados pelo Censo municipal

Indicador	Percentual	Cuidado interpretativo
Conflitos familiares	30,93%	Pode envolver causa, consequência ou agravamento da situação de rua
Uso de álcool e outras drogas	23,19%	Não autoriza reduzir a trajetória ao consumo
Desemprego ou perda de renda	8,96%	Relaciona proteção social, trabalho e moradia
Entrada nas ruas após a pandemia	19,85%	Indica temporalidade e impactos socioeconômicos
Declaram não usar álcool, tabaco ou outras drogas	8,28%	A fonte não detalha padrões, frequência ou substâncias por grupo
Desejam sair da situação de rua	76,63%	A saída depende de alternativas concretas e não apenas de vontade individual

Fonte: Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (2026).

A Tabela 5 indica que os conflitos familiares representam o fator mais frequente entre os itens divulgados, embora a fonte não detalhe se envolvem violência, rejeição, separação, perda de apoio ou outras situações. O uso de substâncias aparece como dimensão relevante do cuidado, sem explicar sozinho a trajetória de rua. Desemprego, perda de renda e efeitos posteriores à pandemia aproximam o fenômeno das políticas de proteção social e moradia. O desejo de saída expresso pela maioria confirma que

vontade individual precisa ser acompanhada por alternativas concretas de renda, proteção e habitação (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O uso de substâncias aparece em parcela relevante, mas a interpretação exige cautela. O consumo pode anteceder a rua, aumentar depois dela ou funcionar como estratégia de enfrentamento. O dado não informa dependência, frequência, substância principal ou impacto clínico. A resposta adequada é ampliar cuidado e redução de danos, não produzir julgamento (Passos; Souza, 2011).

A informação de que apenas 8,28% declararam não utilizar álcool, tabaco ou outras drogas sugere ampla presença de algum consumo, mas não permite calcular prevalência de uso problemático. Álcool, tabaco e drogas ilícitas têm riscos e padrões distintos. O monitoramento municipal deve separar substância, frequência, via, contexto e demanda de cuidado (Queiroz et al., 2024).

O desemprego e a perda de renda conectam situação de rua a condições econômicas. Mesmo quando aparecem em percentual menor que conflitos familiares, podem interagir com aluguel, endividamento e informalidade. Políticas de inclusão produtiva precisam considerar documentação, qualificação, saúde, discriminação e estabilidade de moradia (Brasil, 2009).

A proporção que ingressou nas ruas após a pandemia mostra que crises sanitárias produzem efeitos sociais prolongados. Fechamento de atividades, perda de renda e ruptura de redes podem persistir depois do período agudo. A APS e a assistência social precisam integrar vigilância de vulnerabilidades e proteção econômica em emergências futuras (Giovanella et al., 2021).

Os fatores divulgados pelo Censo descrevem respostas declaradas e podem coexistir na mesma trajetória. Conflito familiar, uso de substâncias e perda de renda não são categorias mutuamente exclusivas, nem permitem ordenar uma cadeia causal. A interpretação mais consistente observa como rupturas econômicas, relações familiares e condições de saúde se combinam ao longo do tempo. Essa leitura reduz culpabilização e indica que a prevenção da situação de rua depende de políticas capazes de atuar antes da perda da moradia e de oferecer apoio quando a ruptura já ocorreu (Hino; Santos; Rosa, 2018).

6.5 Perfil epidemiológico: tuberculose, hanseníase e evidências comparativas

Os dados agregados da Secretaria Municipal da Saúde permitem incorporar

uma dimensão epidemiológica local sem recorrer a prontuários ou identificadores. Para tuberculose, a consolidação disponível apresenta informações detalhadas de 2025, mas não uma série anual homogênea de 2017 a 2024. Assim, a descrição do agravo concentra-se em 2025: Foz do Iguaçu registrou 218 notificações, das quais 172 eram casos novos, 16 recidivas, 13 reingressos após abandono, nove transferências, seis registros pós-óbito e duas entradas não definidas (Foz do Iguaçu, 2025a).

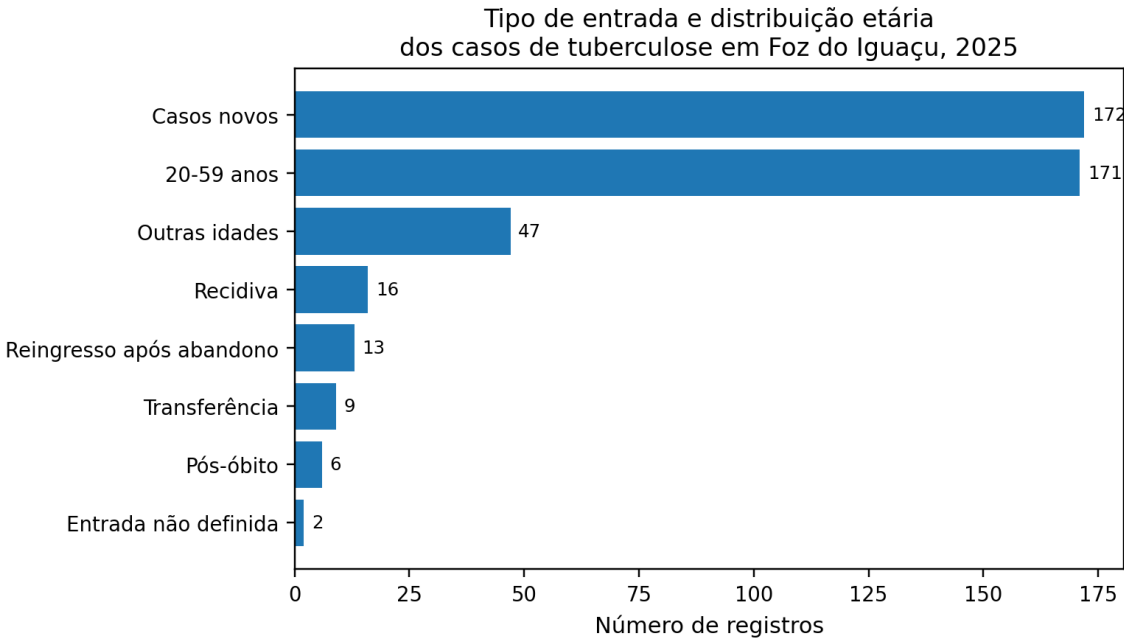
A distribuição revela 147 homens e 71 mulheres. As faixas de 20 a 59 anos concentraram 171 notificações, equivalentes a 78,4% do total, com maior frequência entre 40 e 49 anos. A forma pulmonar apareceu em 144 registros, enquanto 69 eram extrapulmonares e cinco combinavam as duas formas. A investigação para HIV registrou 72 resultados positivos, 142 negativos e quatro testes não realizados (Foz do Iguaçu, 2025a).

Entre os casos notificados, 21 pessoas estavam em situação de rua, correspondendo a 9,6% do total municipal. O indicador não representa prevalência entre as 601 pessoas identificadas pelo Censo, pois o numerador decorre da vigilância da tuberculose e o denominador do Censo possui método e período próprios. Ainda assim, o dado confirma ocorrência local e sustenta a prioridade atribuída à busca ativa, ao diagnóstico oportuno e à continuidade terapêutica.

O Gráfico 7 apresenta os tipos de entrada registrados para tuberculose em 2025 e a concentração dos casos nas faixas de 20 a 59 anos. A visualização aproxima duas dimensões complementares, a condição de ingresso no sistema de vigilância e a distribuição etária, sem tratá-las como categorias de uma mesma soma. Essa distinção é necessária porque um caso novo também integra determinada faixa etária;

portanto, as barras devem ser lidas em paralelo, e não adicionadas entre si.

Gráfico 7 - Tipo de entrada e distribuição etária dos casos de tuberculose em Foz do Iguaçu, 2025



Fonte: elaboração própria com base em Foz do Iguaçu (2025a).

A carga municipal registrada em 2025 foi composta sobretudo por casos novos e concentrou-se na população adulta, achado que sustenta a prioridade de busca ativa e diagnóstico oportuno em grupos expostos à descontinuidade do cuidado. A distribuição, contudo, não permite calcular risco por faixa etária nem atribuir esse padrão às pessoas em situação de rua, pois a fonte não apresenta denominadores populacionais específicos nem separa, por idade, os 21 registros desse grupo.

A Tabela 6 organiza os indicadores municipais de tuberculose de 2025 em conjuntos que compartilham o mesmo total de 218 notificações, sem somar categorias pertencentes a dimensões diferentes. O recorte diretamente relacionado ao objeto da dissertação corresponde às 21 notificações em pessoas em situação de rua, equivalentes a 9,6% do total municipal. A fonte consultada não desagrega esses 21 registros por sexo, idade, forma clínica ou resultado da investigação para HIV; por isso, essas características permanecem apresentadas apenas para o conjunto municipal, preservando o limite informacional apontado pela banca.

Tabela 6 - Indicadores sociodemográficos e clínicos dos casos de tuberculose em Foz do Iguaçu, 2025

Dimensão	Categoria	n	Leitura para a pesquisa
Total municipal	Casos de tuberculose	218	Denominador dos

	notificados		indicadores municipais apresentados na tabela. Corresponde a 9,6% das notificações municipais. A fonte não fornece desagregação clínica ou sociodemográfica específica para esses 21 registros.
Situação de rua	Pessoas em situação de rua	21	Desagregação clínica ou sociodemográfica específica para esses 21 registros.
Sexo	Homens	147	Distribuição referente ao conjunto municipal.
Sexo	Mulheres	71	Distribuição referente ao conjunto municipal.
Forma clínica	Pulmonar	144	Classificação referente ao conjunto municipal.
Forma clínica	Extrapulmonar	69	Classificação referente ao conjunto municipal.
Forma clínica	Pulmonar + extrapulmonar	5	Classificação referente ao conjunto municipal.
Investigação para HIV	Positivo	72	Resultado referente ao conjunto municipal.
Investigação para HIV	Negativo	142	Resultado referente ao conjunto municipal.
Investigação para HIV	Não realizado	4	Resultado referente ao conjunto municipal.

Fonte: elaboração própria com base em Foz do Iguaçu (2025a). Nota: a fonte informa 21 notificações em pessoas em situação de rua, mas não apresenta a desagregação desse subgrupo pelas demais variáveis da tabela.

A tabela reforça que a resposta à tuberculose exige articulação entre vigilância, cuidado clínico e investigação de coinfeção, mas impede que o perfil municipal seja transferido indevidamente para as pessoas em situação de rua. O dado específico disponível para esse grupo é a ocorrência de 21 notificações em 2025. Sem cruzamentos autorizados, não é possível afirmar quantos desses registros correspondem a homens ou mulheres, quais formas clínicas apresentaram ou qual foi o resultado da investigação para HIV. Essa distinção orienta a gestão para uma necessidade concreta: produzir seguimento do percurso assistencial das pessoas em situação de rua sem preencher lacunas documentais por inferência.

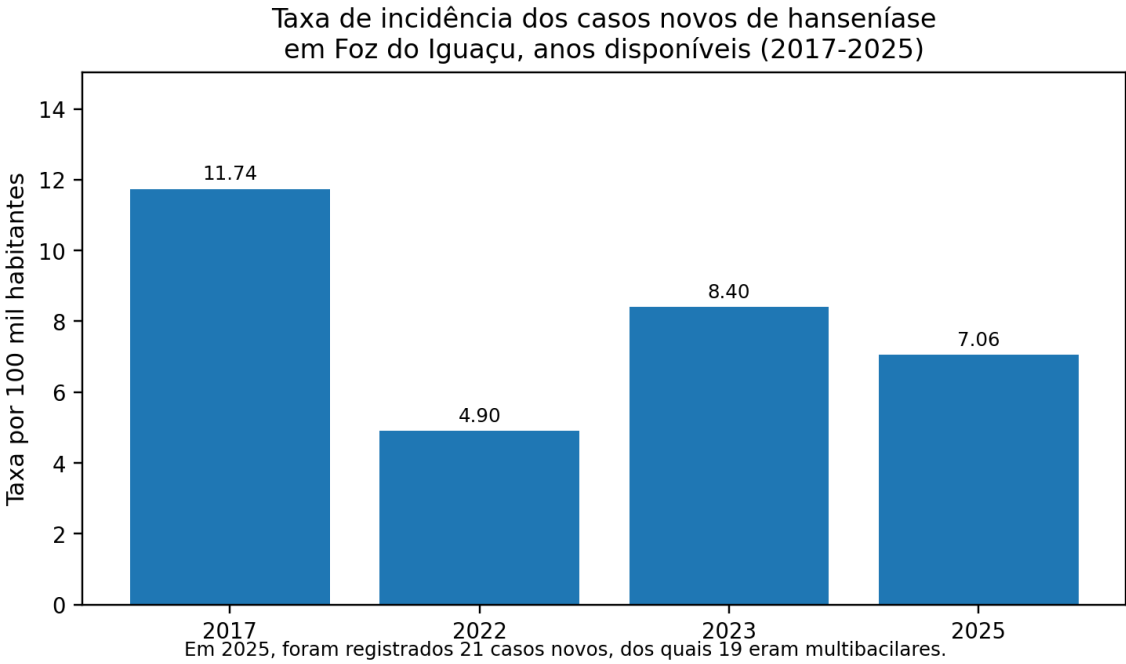
A predominância de formas sensíveis, registrada em 213 dos 218 casos, não elimina a necessidade de acompanhar os cinco registros resistentes. Também foram informados 20 encerramentos por óbito, sendo 11 por tuberculose e nove por outras

causas. Para a população em situação de rua, tratamento diretamente observado, busca ativa, apoio social e comunicação entre CnaR, vigilância e rede laboratorial precisam ser adaptados à mobilidade e às condições concretas de vida (Alecrim et al., 2016).

A hanseníase amplia a leitura do contexto epidemiológico municipal. A taxa de incidência passou de 11,74 casos novos por 100 mil habitantes em 2017 para 4,90 em 2022, voltou a 8,40 em 2023 e alcançou 7,06 em 2025. Nesse último ano, foram registrados 21 casos novos, dos quais 19 eram multibacilares. A predominância dessa classificação, presente em toda a série, reforça a importância do diagnóstico oportuno e da avaliação de incapacidades, sem autorizar atribuir os casos à população em situação de rua (Foz do Iguaçu, 2025b).

O Gráfico 8 apresenta as taxas de incidência de hanseníase nos anos para os quais o material analisado forneceu valores confirmados, além de registrar a composição operacional observada em 2025. A escolha por pontos específicos preserva a verificabilidade da série e evita preencher os anos intermediários com estimativas não documentadas. Por essa razão, a figura permite comparar níveis observados, mas não representa uma série anual completa.

Gráfico 8 - Taxa de incidência dos casos novos de hanseníase em Foz do Iguaçu, anos disponíveis (2017-2025)



Fonte: elaboração própria com base em Foz do Iguaçu (2025b).

O gráfico acrescenta à pesquisa uma leitura temporal cautelosa: após a

redução entre 2017 e 2022, houve elevação em 2023 e novo recuo em 2025, sem configurar uma trajetória linear. A predominância multibacilar em 2025 reforça a necessidade de diagnóstico oportuno e avaliação de incapacidades. Todavia, a ausência dos valores de todos os anos impede afirmar tendência contínua, e os dados agregados do município não permitem estabelecer a ocorrência de hanseníase entre as pessoas identificadas pelo Censo ou acompanhadas pelo Consultório na Rua.

A evidência nacional permanece necessária para interpretar vulnerabilidades que os dados municipais agregados não detalham. Silva et al. analisaram 14.059 casos de tuberculose em pessoas em situação de rua no Brasil, com predominância masculina, preta ou parda e adulta, além de elevada proporção de abandono. Os estudos de serviços acrescentam demandas crônicas, odontológicas, dermatológicas e gastrointestinais. O Quadro 3 delimita a base de cada evidência e impede que resultados de escalas distintas sejam combinados como se descrevessem a mesma população.

Quadro 3 - Evidências comparativas e uso permitido na análise

Fonte	Base	Achado verificável	Uso em Foz do Iguaçu
Silva et al. (2021)	CadÚnico e Sinan	Predominância masculina e negra; 14.059 casos de TB em PSR no período analisado	Define TB e continuidade como indicadores prioritários, sem transferir percentuais
Queiroz et al. (2024)	Registros do CnaR de Jundiá	Uso de substâncias e comorbidades em serviço municipal	Orienta dicionário de variáveis, sem estimar prevalência local
Merchán-Hamann e Tauil (2021)	Revisão metodológica	Estudos descritivos organizam ocorrência por pessoa, lugar e tempo	Fundamenta desenho e limites causais
Eloy (2025)	Cartografia local	Território de cuidado e circulação em região de fronteira	Interpreta mobilidade e organização das rotas
Censo de Foz do Iguaçu (2026)	Levantamento municipal	601 pessoas e perfil sociodemográfico	Base empírica local principal
SMSA/DIVS (2025)	Notificações municipais de tuberculose	218 registros; 21 em situação de rua; perfil clínico e sociodemográfico	Descreve casos notificados sem estimar prevalência no Censo
SMSA/DIVS (2017-2025)	Dados municipais de hanseníase	Tendência de incidência e predominância multibacilar	Contextualiza outro agravo sem vínculo individual com a PSR
Eloy, Vitor e Silva (2025)	Registros vacinais do CnaR	261 pessoas e proporção por imunobiológico	Resultado específico do público acompanhado
MS/SVSA/DATH I	Séries municipais de sífilis e aids	Tendências anuais e taxas de detecção	Mantém data de extração e não se confunde com testagem do CnaR
RDQA e relatórios assistenciais (2025)	Produção assistencial agregada	Cerca de 686 atendimentos; 225 registros por sexo; 215 por faixa etária; 235 testes rápidos	Eventos podem repetir pessoas; 10 registros sem faixa etária publicada

Fonte: elaboração própria com base nas fontes indicadas.

O Quadro 3 mostra que as fontes locais permitem descrever agravos e atividades com denominadores próprios, enquanto estudos externos contribuem para interpretar risco, continuidade e organização do cuidado. O Censo permanece como base do perfil sociodemográfico; as notificações de tuberculose e hanseníase descrevem eventos municipais; a vacinação e a testagem rápida se referem ao público acompanhado pelo CnaR; e as séries do DATHI situam sífilis e aids. Essa arquitetura amplia a análise sem apagar as fronteiras entre pessoa, caso, teste, dose, procedimento e atendimento.

A tuberculose ilustra a diferença entre ocorrência municipal e perfil do público acompanhado. As 21 notificações em pessoas em situação de rua confirmam

presença do agravo, mas não informam quantos usuários do CnaR foram examinados, tratados ou curados. Para acompanhar a linha de cuidado, seria necessário relacionar busca de sintomáticos, diagnóstico, início do tratamento e desfecho por meio de base autorizada. Enquanto essa vinculação não existe, a análise sustenta prioridade assistencial e vigilância, sem estimar prevalência ou desempenho terapêutico do serviço (Silva et al., 2021).

6.6 Resultados de vacinação e prevenção

A análise de 261 pessoas em situação de rua acompanhadas pelo Consultório na Rua em 2025 oferece uma medida local da situação vacinal. Considerando esquema completo ou acompanhamento ativo, a maior proporção ocorreu para dT, com 55,2%, seguida de hepatite B, com 51,3%, febre amarela, com 49,4%, influenza, com 42,1%, tríplice viral, com 41,8%, e Covid-19, com 26,8% (Eloy; Vitor; Silva, 2025).

O corpus documental não reuniu dados vacinais comparáveis para o período de 2017 a 2024. Por isso, a análise da vacinação restringe-se ao levantamento de 2025 e não apresenta uma tendência histórica. Essa delimitação evita comparar registros produzidos com métodos, coberturas ou denominadores não equivalentes e indica a necessidade de séries municipais padronizadas em ciclos futuros.

Nenhum imunobiológico alcançou três quintos do grupo analisado. O resultado não pode ser interpretado apenas como recusa individual, pois perda de documentos, esquemas com múltiplas doses, mobilidade territorial, horários dos serviços e dificuldade de retorno interferem na atualização. A manutenção do vínculo e as ações extramuros tornam-se parte do resultado vacinal, e não somente meios de aplicação de doses (Eloy; Vitor; Silva, 2025).

O Gráfico 3, apresentado na seção 2.3, compara as proporções de esquema completo ou acompanhamento ativo para seis imunobiológicos entre 261 pessoas acompanhadas pelo Consultório na Rua em 2025. A figura utiliza o mesmo denominador do estudo vacinal e permite reconhecer, de forma imediata, quais esquemas apresentaram maior ou menor alcance no grupo observado. A medida combina conclusão e seguimento em curso, razão pela qual não deve ser lida como cobertura vacinal completa em sentido estrito.

A principal contribuição do Gráfico 3, apresentado na seção 2.3, consiste em deslocar a análise da simples contagem de doses para a continuidade do processo

vacinal. Nenhum imunobiológico atingiu 60% do grupo, e a diferença entre dT e Covid-19 sugere obstáculos específicos de calendário, registro e retorno. Essas proporções sustentam a necessidade de busca ativa e integração da vacinação às abordagens territoriais, mas não explicam as causas das lacunas nem podem ser generalizadas às 601 pessoas do Censo, pois o gráfico descreve somente o público acompanhado e avaliado.

Um indicador útil deve distinguir doses aplicadas, pessoas vacinadas, esquemas completos e acompanhamento ativo. Contar procedimentos pode superestimar cobertura quando uma pessoa recebe várias doses, enquanto exigir apenas esquema completo pode ocultar o trabalho de seguimento já iniciado. Recusas, contraindicações, ausência de informação e encaminhamentos devem permanecer em categorias próprias (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A vacinação não deve ocorrer isoladamente. A oportunidade de abordagem pode incluir avaliação clínica, testagem, curativos, saúde bucal e atualização de cadastro. A experiência local indica que a integração das ações reduz deslocamentos, favorece vínculo e amplia a possibilidade de completar esquemas em uma população marcada pela mobilidade (Brasil, 2017; Eloy; Vitor; Silva, 2025).

A situação vacinal parcial indica que o acompanhamento precisa ser entendido como processo. Esquemas com várias doses exigem localização, registro e retorno, e a mobilidade pode interromper etapas mesmo quando a primeira abordagem ocorreu. Avaliar apenas doses aplicadas valoriza produção; considerar somente esquemas completos pode ocultar seguimentos em andamento. A gestão deve apresentar pessoas avaliadas, doses administradas, esquemas atualizados e perdas de continuidade em categorias distintas, permitindo reconhecer onde o percurso encontra maior dificuldade e quais estratégias territoriais favorecem a conclusão (Eloy; Vitor; Silva, 2025).

6.7 Desejo de saída das ruas e respostas de política pública

O fato de 76,63% dos entrevistados manifestarem desejo de deixar a situação de rua possui relevância direta para a formulação das políticas. O resultado enfraquece interpretações que tratam a permanência nas ruas como escolha estável. A intenção de mudança, entretanto, somente se converte em trajetória sustentável quando existem moradia, renda, trabalho, proteção e cuidado disponíveis (Prefeitura

Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O Gráfico 4, apresentado na seção 2.3, torna visível a magnitude desse resultado: mais de três quartos dos entrevistados declararam desejo de sair da situação de rua. O percentual restante é apresentado como “outras respostas”, e não como recusa, porque a divulgação oficial não detalha nessa síntese todas as categorias de resposta (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

Respostas centradas apenas em acolhimento temporário podem interromper a exposição imediata, mas não resolvem a ausência de moradia permanente. A política precisa construir percursos que relacionem acolhimento, documentação, benefícios, aluguel, trabalho e acompanhamento. O Consultório na Rua participa pelo cuidado, mas não substitui políticas habitacionais (Brasil, 2009).

O desejo de saída pode variar e precisa ser acompanhado de escolhas informadas. Algumas pessoas recusam serviços por experiências anteriores, regras incompatíveis, separação de animais ou parceiros e medo de violência. Escutar as razões permite ajustar ofertas e evitar que a recusa seja interpretada como ausência de vontade (Hino; Santos; Rosa, 2018).

A gestão pode acompanhar resultados com indicadores de acesso a documentação, inclusão em benefícios, encaminhamento habitacional, entrada em trabalho e permanência fora das ruas. Esses desfechos exigem integração de bases e acompanhamento longitudinal, preservando finalidade e confidencialidade (Brasil, 2018).

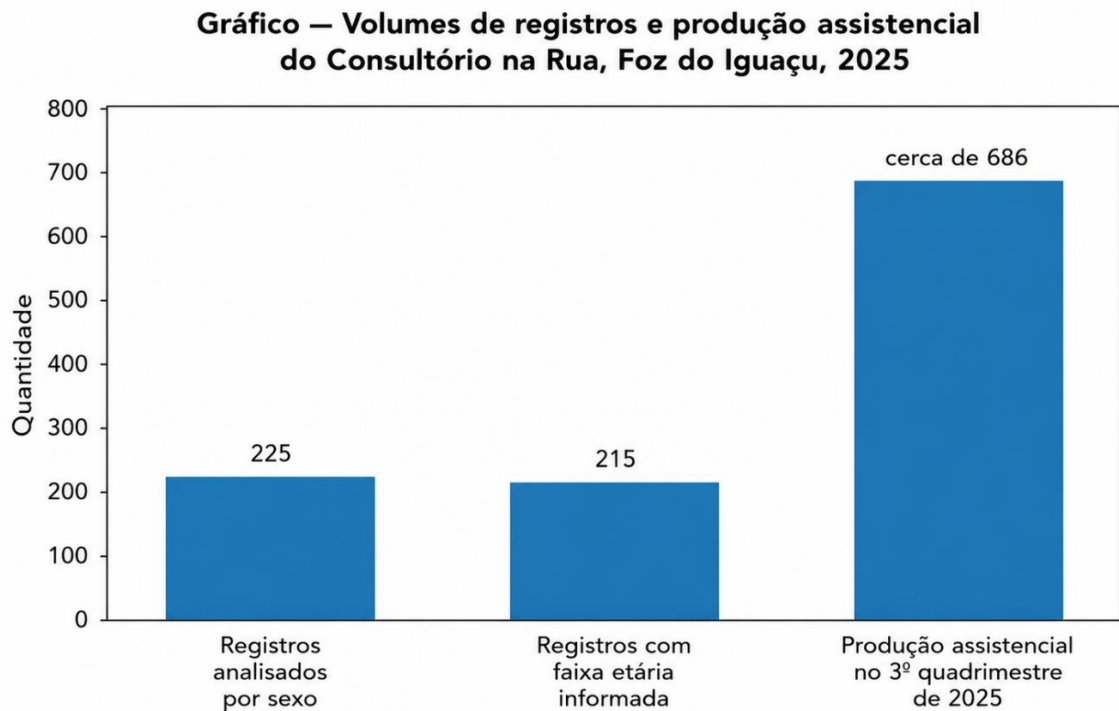
6.8 Capacidades estatais diante dos resultados locais

A existência do Consultório na Rua, a realização do Censo e a produção acadêmica local revelam capacidades já instaladas no município. Equipe territorial, conhecimento dos fluxos urbanos e diagnóstico sociodemográfico recente formam uma base que pode sustentar um ciclo integrado de planejamento, ação, monitoramento e avaliação (Eloy, 2025; Cabanha et al., 2026).

O Gráfico 9 apresenta o volume informado pelo RDQA do terceiro quadrimestre de 2025: cerca de 686 atendimentos realizados pela equipe do Consultório na Rua. O dado evidencia atividade assistencial no período, mas não representa pessoas únicas, porque parte da produção é multiprofissional e uma mesma pessoa pode receber mais

de um atendimento; por essa razão, o valor não deve ser comparado diretamente aos 225 registros do relatório anual (Foz do Iguaçu, 2026a).

Gráfico 9 - atendimentos realizados pela Equipe Consultório na Rua no 3º quadrimestre de 2025



Nota: os valores representam unidades distintas (registros e atendimentos) e não devem ser usados para comparação direta.

Fonte: elaboração própria com base no Relatório Anual de Atendimentos e no RDQA/Relatório de Gestão do município de Foz do Iguaçu.

Fonte: elaboração própria com base em Foz do Iguaçu (2026a). Nota: valor aproximado; o indicador representa atendimentos, não pessoas distintas, e pode incluir atuação multiprofissional.

No relatório anual de procedimentos vinculado à UBS Jardim São Paulo, um profissional registrou 1.013 procedimentos, entre os quais acolhimentos, aferições, glicemias, curativos, acompanhamento de tuberculose e testes rápidos. Esse conjunto demonstra diversidade assistencial, mas exige separação entre atendimento, procedimento e usuário (Foz do Iguaçu, 2026b).

O principal limite informacional é a ausência de painel público integrado com morbidades, atendimentos e desfechos. A construção desse painel não exige divulgar dados individuais. Informações agregadas por período, sexo, faixa etária e raça ou cor podem apoiar decisões, desde que grupos pequenos sejam protegidos (Brasil, 2018).

A produção assistencial revela capacidade instalada, mas sua interpretação depende do contexto de trabalho. Aumento de procedimentos pode decorrer de expansão da equipe, agravamento das demandas ou maior repetição de contatos; redução pode refletir falta de veículo, afastamentos ou mudança das rotas. Por isso,

indicadores de produção devem ser acompanhados por informação sobre recursos, composição profissional e pessoas distintas atendidas. A análise conjunta permite separar variações da procura de alterações na capacidade do serviço e evita avaliar resultados sem considerar as condições disponíveis para produzi-los (Lotta, 2019).

A capacidade técnico-administrativa depende de padronização. Campos como raça ou cor, nacionalidade, substância, diagnóstico, vacinação e continuidade precisam de definições e opções consistentes. Texto livre dificulta análise; listas fechadas sem opção adequada podem distorcer a realidade. O dicionário de variáveis propõe categorias mínimas (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A capacidade político-relacional envolve pactuar o uso das informações com saúde, assistência, direitos humanos e habitação. Indicadores não devem servir apenas à prestação de contas setorial. Reuniões periódicas podem analisar tendências e definir responsabilidades, incluindo representação da população em situação de rua (Gomide; Pires, 2014).

A política anunciada em 2026 poderá ampliar apoio federal, mas os resultados dependerão de implementação local. O Censo oferece linha de base sociodemográfica; séries assistenciais poderão mostrar mudanças de acesso e continuidade. A avaliação deve considerar tempo suficiente para implantação e evitar atribuição prematura de efeitos (Brasil, 2026a).

6.9 Discussão integrada: predominância dos achados e determinantes sociais

O perfil local combina predominância masculina e negra, idade média de 40 anos, elevada mobilidade e desejo majoritário de sair das ruas. Esses elementos se articulam a conflitos familiares, uso de substâncias e perda de renda. Nenhuma variável explica o fenômeno isoladamente; o resultado aponta para trajetórias multidimensionais (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A predominância dos achados deve ser lida de forma combinada. Homens representam 83,12% do Censo, pessoas pretas ou pardas 67,66%, migrantes 83,3% e 76,63% manifestaram desejo de sair das ruas. No plano preventivo, nenhum dos seis imunobiológicos analisados no grupo de 261 pessoas alcançou 60% de esquema completo ou acompanhamento ativo. Esses resultados apontam simultaneamente concentração de desigualdades sociais, alta mobilidade e demanda por continuidade do cuidado; não autorizam, contudo, atribuir causalidade a sexo, raça, origem ou

comportamento individual (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Eloy; Vitor; Silva, 2025).

A articulação entre território, informação e rede encontra respaldo em estudo brasileiro recente de Dantas et al. (2025), realizado em Belo Horizonte, que propõe uma rede de atenção à população em situação de rua orientada pela territorialização, longitudinalidade, multiprofissionalidade, integração dos sistemas de informação e apoio intersetorial. Para Foz do Iguaçu, a contribuição é analítica: os dados locais já identificam população, agravos e produção assistencial, mas ainda precisam ser conectados a fluxos que acompanhem continuidade e desfechos sem confundir pessoas, atendimentos e procedimentos.

A revisão de escopo de Schlichting et al. (2025) reforça esse ponto ao mostrar que a atuação da Atenção Primária junto à população em situação de rua permanece marcada por dificuldades de acesso, mapeamento territorial e construção de vínculo, além de lacunas sobre as condições concretas de funcionamento das equipes. O resultado converge com a necessidade, identificada nesta dissertação, de avaliar implementação a partir de recursos, processos e continuidade, evitando tomar a existência formal do Consultório na Rua como evidência suficiente de cobertura e resolutividade.

A intersetorialidade apresenta um quadro distinto entre capacidade institucional e acompanhamento de resultados. O Censo foi produzido por ação conjunta do CIAMP Rua, secretarias municipais, Ministério Público, universidade, organizações sociais e voluntários, o que demonstra capacidade de articulação para produzir diagnóstico. Nas fontes assistenciais examinadas, porém, não há indicador longitudinal que mostre de forma sistemática o retorno dos encaminhamentos entre saúde, assistência, habitação, trabalho, renda e documentação. A ausência desses indicadores impede afirmar que a articulação esteja consolidada ao longo do percurso do usuário e torna necessário acompanhar contrarreferência, acesso efetivado e permanência nas políticas acionadas (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Gomide; Pires, 2014).

Renda e trabalho aparecem como dimensões estruturais, mas o Censo divulgado oferece apenas um indicador parcial: 8,96% associaram desemprego ou perda de renda à situação de rua. Esse percentual não mede informalidade, renda mensal, duração do desemprego, vínculos ocupacionais anteriores nem barreiras de

reinserção. A Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua, instituída pela Lei nº 14.821/2024, estabelece diretrizes de autonomia financeira, acesso ao trabalho e à renda, qualificação e articulação territorial com saúde, assistência e habitação. Para a análise municipal, isso reforça a necessidade de separar o fator declarado no Censo dos resultados efetivos de inclusão produtiva e proteção de renda (Brasil, 2024c; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

Saneamento e acesso sanitário integram os determinantes reconhecidos pela Lei nº 8.080/1990, mas as fontes locais utilizadas não quantificam acesso regular a água potável, banheiros, banho, higiene pessoal ou locais seguros para repouso. Essa lacuna interfere na interpretação de agravos de pele, respiratórios, doenças crônicas, vacinação e adesão a tratamentos. A ausência de um indicador não significa ausência da necessidade; indica que o perfil local ainda não permite medir essa dimensão de forma comparável (Brasil, 1990a; Paiva et al., 2016).

Emergências climáticas ampliam a importância dessas condições materiais. Pessoas sem moradia regular dispõem de menor possibilidade de proteção diante de frio intenso, chuva, umidade e desastres, e podem ter dificuldade de cumprir orientações que pressupõem abrigo, água, troca de roupas ou permanência em local protegido. As orientações do Ministério da Saúde publicadas em 2026 para ondas de frio na população em situação de rua e para resposta da Atenção Primária a chuvas intensas reforçam busca territorial, equidade e coordenação da rede. Em Foz do Iguaçu, as bases analisadas não apresentam número de pessoas expostas, atendimentos atribuíveis a eventos climáticos ou desfechos específicos; esses elementos devem ser incorporados ao monitoramento sem produzir estimativas não documentadas (Brasil, 2026b; Brasil, 2026c).

A epidemiologia descritiva passa a contar com uma base local mais ampla: o Censo caracteriza 601 pessoas; as notificações municipais mostram tuberculose e hanseníase; o estudo vacinal descreve 261 pessoas acompanhadas; os relatórios registram atendimentos e testagem; e as séries oficiais apresentam sífilis e aids. O limite deixa de ser a ausência absoluta de números e passa a ser a fragmentação entre fontes, unidades e períodos, que ainda impede estimar prevalências e trajetórias longitudinais.

O Consultório na Rua ocupa posição estratégica porque conecta território,

cuidado e informação. Sua efetividade depende de integração com unidades básicas, vigilância, RAPS, assistência e habitação. A equipe não deve ser responsabilizada por resolver sozinha um problema produzido por desigualdades estruturais (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

Resultados locais confirmados, achados comparativos e lacunas informacionais constituem planos distintos de evidência. A manutenção dessa distinção impede que percentuais externos ocupem o lugar do dado municipal e preserva a consistência das interpretações e das comparações posteriores (Severino, 2017).

A composição sociodemográfica resultante do Censo reúne 601 pessoas, das quais 83,12% são homens e 67,66% se autodeclaram pretas ou pardas; a idade média é de 40 anos, 83,3% não nasceram em Foz do Iguaçu e 17,2% são migrantes internacionais. As trajetórias declaradas incluem conflitos familiares (30,93%), uso de álcool e outras drogas (23,19%), ingresso nas ruas após a pandemia (19,85%) e desemprego ou perda de renda (8,96%), enquanto 76,63% manifestaram desejo de deixar a situação de rua. O conjunto evidencia predominância masculina e de pessoas pretas ou pardas, centralidade da vida adulta e elevada mobilidade, sem autorizar relações causais entre essas características e a permanência nas ruas (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

No componente epidemiológico, a tuberculose apresenta a evidência local mais diretamente vinculada à população em situação de rua, com 21 notificações em 2025. O CnaR realizou 235 testes rápidos no mesmo ano: 64 para HIV, 58 para sífilis, 60 para hepatite B e 53 para hepatite C, com 25 resultados reagentes, além do acompanhamento vacinal de 261 pessoas. As séries municipais de sífilis e aids, os registros de hanseníase e a produção assistencial ampliam o contexto sanitário, mas não podem ser convertidos em prevalências sobre as 601 pessoas do Censo. Esses achados apontam como prioridades a continuidade do cuidado, a vacinação, a prevenção e o tratamento de infecções, a saúde mental, a redução de danos e a articulação intersetorial.

A tuberculose exige atenção especial porque estudos nacionais recentes mostram que o problema não se esgota no diagnóstico. Pavinati et al. (2024), em coorte retrospectiva com 3.831 casos de tuberculose em pessoas em situação de rua no Brasil entre 2015 e 2021, observaram elevada frequência de desfechos desfavoráveis

e associação da perda de seguimento com fatores como reingresso após abandono, coinfeção pelo HIV e uso de drogas, enquanto tratamento supervisionado apresentou associação protetora. Esses resultados não estimam a realidade de Foz do Iguaçu, mas fundamentam a prioridade dada ao seguimento terapêutico e à coordenação entre Consultório na Rua, vigilância e demais pontos da rede.

6.10 Análise dos resultados por pessoa, lugar e tempo

A epidemiologia descritiva organiza eventos segundo pessoa, lugar e tempo. No eixo pessoa, o Censo municipal mostra predominância masculina, negra e adulta, além de elevada proporção de migrantes. Essas características identificam grupos numericamente expressivos, mas não autorizam supor homogeneidade. A análise precisa preservar diferenças internas e reconhecer que necessidades clínicas e sociais variam conforme trajetória, duração da rua e redes disponíveis (Merchán-Hamann; Tauil, 2021; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

O eixo lugar situa Foz do Iguaçu em uma região de fronteira marcada por circulação, terminais, áreas comerciais, serviços e vínculos transnacionais. Como a fonte pública consultada não apresenta a distribuição espacial do Censo, a análise não atribui concentrações territoriais específicas. Mapas agregados, produzidos com proteção de pequenos grupos, poderão orientar rotas e horários sem expor locais de permanência (Eloy, 2025; Santos; Silveira, 2001).

O eixo tempo é composto por séries de extensão desigual. Para tuberculose, a fonte detalhada disponível retrata 2025. A hanseníase apresentou redução da taxa de incidência entre 2017 e 2022, elevação em 2023 e valor de 7,06 por 100 mil habitantes em 2025, ainda inferior ao início da série. A sífilis adquirida, gestacional e congênita cresceu de forma acentuada entre 2022 e 2023, enquanto os registros anuais de aids passaram de 57 casos em 2017 para 92 em 2023. Vacinação, testagem rápida e produção assistencial descrevem 2025. Essas diferenças impedem uma única linha temporal e exigem que cada tendência conserve fonte, período e cobertura (Foz do Iguaçu, 2025a; Foz do Iguaçu, 2025b; Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

A combinação dos três eixos permite formular perguntas mais precisas. Em vez de perguntar apenas quantas pessoas foram atendidas, a gestão pode examinar quais grupos foram alcançados, em que áreas agregadas e com qual continuidade ao longo dos meses. Esse desenho ajuda a identificar desigualdades sem transformar

diferenças descritivas em explicações causais (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A análise por pessoa, lugar e tempo também orienta a avaliação de políticas. Uma ampliação de equipe pode produzir maior cobertura em determinadas áreas, enquanto grupos móveis permanecem pouco alcançados. Mudanças precisam ser interpretadas com denominadores e linha de base. O Censo de 2025 oferece referência social, mas a avaliação clínica exige registros posteriores compatíveis (Cabanha et al., 2026).

A leitura integrada reforça que dados não são neutros. Categorias, rotas e períodos resultam de decisões. Tornar essas escolhas transparentes permite comparar resultados e discutir limites. A política pública melhora quando a informação é tratada como processo institucional sujeito a revisão, e não como retrato definitivo de uma população dinâmica (Gomide; Pires, 2014).

6.11 Discussão dos achados sobre tuberculose, sífilis, HIV e vacinação

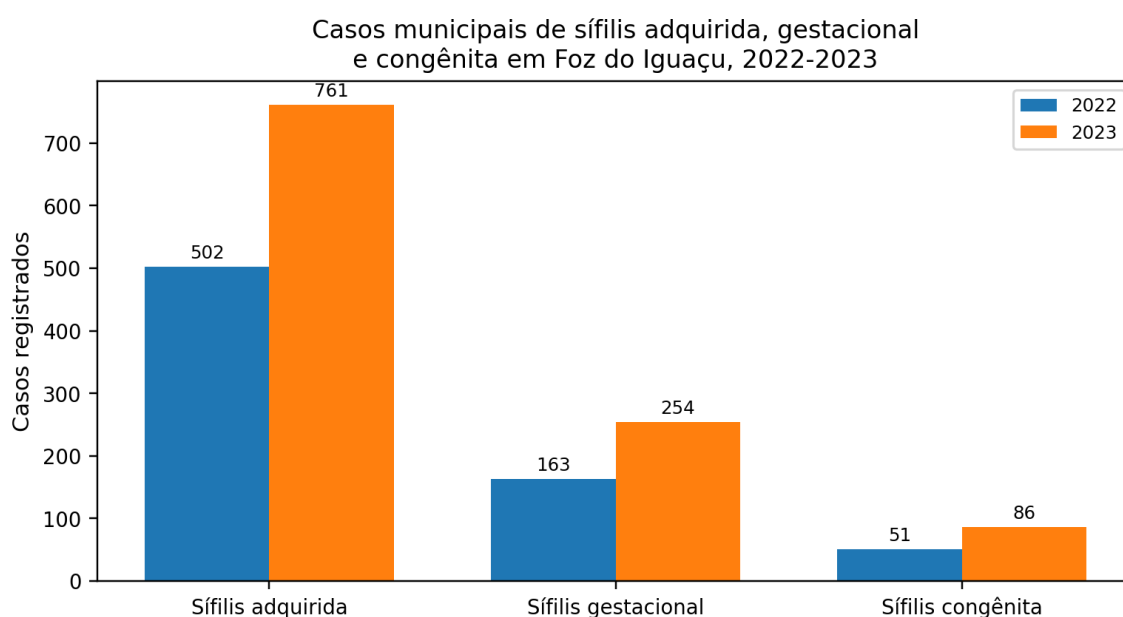
A tuberculose ocupa posição prioritária porque combina ocorrência municipal, associação com condições de moradia e necessidade de continuidade. Em 2025, 21 das 218 notificações municipais envolveram pessoas em situação de rua. O dado confirma presença do agravo nesse grupo, mas não permite dividir o numerador pelo total do Censo ou pela população cadastrada no CnaR, pois as bases não são vinculadas e possuem períodos distintos (Foz do Iguaçu, 2025a).

A linha de cuidado começa antes da confirmação e prossegue após o início do tratamento. Busca de sintomáticos, coleta, comunicação do resultado, tratamento diretamente observado e registro do desfecho formam etapas distintas. O relatório de procedimentos registra 42 consultas a pacientes curados em tratamento supervisionado e uma consulta com identificação de caso novo, evidenciando atuação clínica, embora esses procedimentos não correspondam ao total municipal nem ao número de pessoas únicas (Foz do Iguaçu, 2026b).

As séries do DATHI mostram crescimento expressivo da sífilis em 2023. Os casos de sífilis adquirida passaram de 502 em 2022 para 761 em 2023; os registros em gestantes, de 163 para 254; e os casos congênitos em menores de um ano, de 51 para 86. A elevação simultânea reforça a necessidade de testagem, tratamento oportuno das gestantes e parcerias, qualificação do pré-natal e vigilância da transmissão vertical (Brasil, 2024a).

O Gráfico 10 compara os registros municipais de sífilis adquirida, gestacional e congênita em 2022 e 2023, mantendo uma única base oficial e o mesmo recorte temporal para as três categorias. A apresentação simultânea permite examinar se o aumento ocorreu apenas em uma forma de registro ou se alcançou diferentes componentes da cadeia de transmissão e cuidado.

Gráfico 10 - Casos municipais de sífilis adquirida, gestacional e congênita em Foz do Iguaçu, 2022-2023



Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2024a). Dados dos últimos cinco anos sujeitos a atualização.

A elevação nas três categorias entre 2022 e 2023 contribui para a pesquisa ao indicar pressão concomitante sobre testagem, tratamento das pessoas diagnosticadas, cuidado pré-natal e prevenção da transmissão vertical. O gráfico, contudo, compara apenas dois anos e não demonstra sozinho uma tendência de longo prazo ou as causas do aumento. Também não identifica quantos registros correspondem à população em situação de rua; sua função é contextualizar a prioridade municipal e justificar a integração entre as ações do Consultório na Rua, a Atenção Primária e a vigilância.

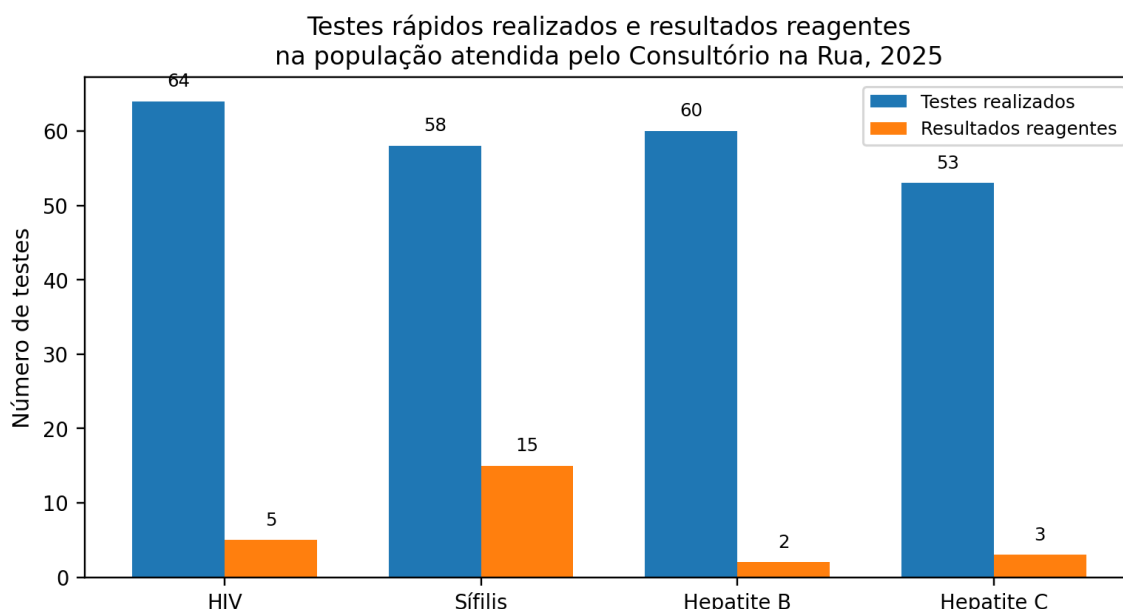
Os artigos locais aprofundam o perfil, mas revelam a necessidade de controlar data e filtro de extração. Boaventura, Benitez e Tonin registraram 59 casos de sífilis gestacional em 2022, enquanto a exportação posterior do DATHI apresenta 163 para o mesmo ano. Friedrich, Faleiro e Fabríz identificaram maior concentração materna entre 20 e 24 anos e baixa adesão das parcerias ao tratamento. Como as fontes

utilizaram recortes e momentos distintos, os valores não foram somados; a série gráfica mantém uma única base oficial homogênea (Boaventura; Benitez; Tonin, 2024; Friedrich; Faleiro; Fabriz, 2024).

Em 2025, a equipe do Consultório na Rua realizou 235 testes rápidos: 64 para HIV, 58 para sífilis, 60 para hepatite B e 53 para hepatite C. Foram consolidados 25 resultados reagentes, dos quais 15 para sífilis, cinco para HIV, três para hepatite C e dois para hepatite B. As proporções de reatividade foram, respectivamente, 25,9%, 7,8%, 5,7% e 3,3%. Esses percentuais descrevem testes realizados em uma população acessada por estratégia territorial e não constituem prevalência dos agravos (Foz do Iguaçu, 2026b; Foz do Iguaçu, 2026c).

O Gráfico 11 confronta, para cada infecção investigada, o número de testes rápidos realizados e o número de resultados reagentes registrados pelo Consultório na Rua em 2025. Essa disposição torna visível a relação entre oferta de testagem e achados que demandam confirmação, comunicação protegida, tratamento ou vinculação a serviços especializados. Como uma pessoa pode realizar mais de um teste, as colunas representam procedimentos e resultados, não usuários distintos.

Gráfico 11 - Testes rápidos realizados e resultados reagentes na população atendida pelo Consultório na Rua, 2025



Fonte: elaboração própria com base em Foz do Iguaçu (2026b; 2026c).

Para a pesquisa, o Gráfico 11 identifica prioridades operacionais sem converter reatividade em prevalência. A sífilis reuniu o maior número de resultados reagentes, enquanto HIV e hepatites também produziram demandas de seguimento. O valor

analítico está em demonstrar que ampliar a testagem só produz cuidado quando os resultados são confirmados e acompanhados. A seleção territorial do público, o número reduzido de testes e a ausência de deduplicação impedem comparações diretas com a população municipal ou com o total de pessoas recenseadas.

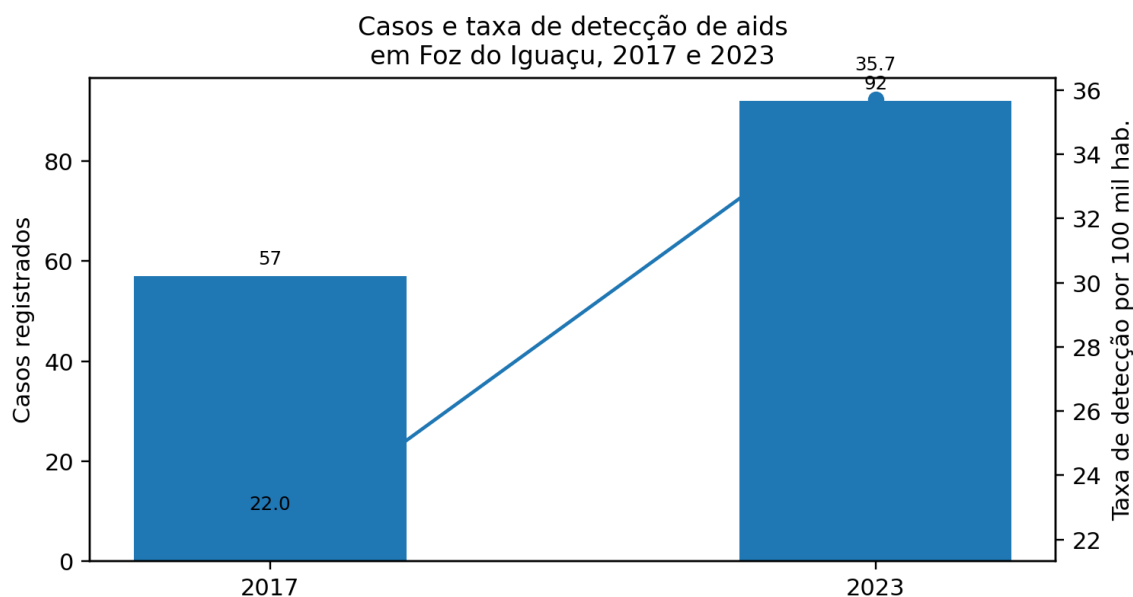
O contraste com a rede municipal deve ser interpretado com cautela. Até outubro de 2025, Foz do Iguaçu informou 12,5 mil testes rápidos de HIV e 250 resultados reagentes, proporção aproximada de 2,0%, enquanto CnaR registrou cinco resultados reagentes em 64 testes, ou 7,8%, ao longo do ano. As populações, os períodos e os critérios de oferta são diferentes; portanto, a comparação indica maior concentração de vulnerabilidade entre pessoas alcançadas pela estratégia territorial, mas não autoriza inferência causal ou comparação direta de prevalência (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2025).

A série municipal de aids também exige atenção. Entre 2017 e 2023, os registros anuais passaram de 57 para 92 casos, e a taxa de detecção geral aumentou de 22,0 para 35,7 por 100 mil habitantes. Os óbitos por aids variaram de 14 a 24 no período e totalizaram 20 em 2023. A trajetória reforça prevenção combinada, diagnóstico, vinculação ao serviço especializado e acompanhamento contínuo, sem permitir atribuir os casos à população em situação de rua (Brasil, 2024b).

O Gráfico 12 apresenta os valores confirmados de casos e taxa de detecção de aids em 2017 e 2023, permitindo comparar os extremos do período descrito pela fonte. A figura associa contagem absoluta e taxa populacional, duas medidas que se complementam, mas possuem escalas distintas. Por mostrar apenas os pontos inicial

e final, o gráfico não substitui a análise da variação anual ocorrida entre eles.

Gráfico 12 - Casos e taxa de detecção de aids em Foz do Iguaçu, 2017 e 2023



Óbitos por aids variaram de 14 a 24 no período; em 2023 foram registrados 20 óbitos.

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2024b).

O aumento observado nos dois indicadores contribui para situar a testagem realizada pelo Consultório na Rua em um contexto municipal de maior detecção no ponto final analisado. Esse cenário reforça prevenção combinada, diagnóstico e vinculação contínua ao cuidado. A interpretação deve permanecer delimitada: os dados não permitem atribuir os casos ou óbitos à população em situação de rua, e a comparação entre dois anos não demonstra crescimento uniforme, efeito de uma política específica ou mudança real independente de alterações na testagem e na notificação.

A integração das ações reduz deslocamentos e perdas de oportunidade. Uma abordagem pode combinar avaliação respiratória, testagem, vacinação, curativos e saúde bucal, respeitando prioridade e consentimento. Os resultados reagentes exigem confirmação quando indicada, comunicação protegida, início de tratamento ou vinculação e registro do retorno. Do mesmo modo, a vacinação deve acompanhar doses e esquemas, não apenas produção isolada.

6.12 Saúde mental, uso de substâncias e redução de danos

O indicador municipal sobre uso de álcool e outras drogas aparece entre os

fatores associados à situação de rua, e a maioria não declarou abstinência de todas as substâncias citadas. Esses resultados mostram relevância do tema, mas não informam dependência, frequência ou substância principal. A análise evita transformar qualquer uso em diagnóstico e propõe registro mais específico (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A saúde mental não se reduz ao consumo de substâncias. Sofrimento, trauma, depressão, ansiedade, psicose e efeitos de violência podem coexistir ou não com uso. A avaliação precisa considerar contexto, risco, desejo de cuidado e condições clínicas. Encaminhamento automático para serviço especializado pode fragmentar casos que também demandam atenção básica e proteção social (Amarante, 2007; Yasui, 2010).

A redução de danos permite construir objetivos graduais. Hidratação, alimentação, prevenção de infecções, uso em ambiente menos arriscado e acesso a tratamento são possibilidades que podem anteceder abstinência ou existir sem ela. A estratégia amplia vínculo e reduz barreiras, mantendo possibilidade de tratamento intensivo quando desejado ou clinicamente indicado (Passos; Souza, 2011).

O registro assistencial deve separar substâncias e padrões. Álcool, tabaco, crack, cocaína, maconha e múltiplas substâncias possuem riscos diferentes. Campos genéricos impedem avaliar necessidades. Frequência, via, contexto e problemas percebidos podem ser registrados de modo breve, evitando questionários excessivos em abordagens iniciais (Queiroz et al., 2024).

A articulação com a RAPS precisa incluir consulta compartilhada, discussão de caso e referência clara. A pessoa não deve circular entre CnaR e serviço especializado sem definição de responsabilidade. Em crises, o cuidado em liberdade permanece princípio, e internação deve seguir critérios legais e clínicos, não funcionar como resposta à pobreza ou à presença no espaço público (Brasil, 2001; Yasui, 2010).

Indicadores de saúde mental devem priorizar acesso e continuidade, e não apenas diagnósticos. Número de planos compartilhados, retornos, atendimentos em crise e vinculação podem mostrar capacidade da rede. Diagnósticos incompletos ou produzidos em situações agudas precisam ser interpretados com cautela para evitar rotulação permanente (Amarante, 2007).

6.13 Implicações dos resultados para a gestão municipal

A primeira prioridade é institucionalizar a integração dos dados. O Censo de

2025 oferece linha de base social, enquanto notificações, vacinação, testes e relatórios de produção acrescentam dimensões clínicas e assistenciais. A atualização periódica deve preservar o método de cada fonte, separar pessoas de eventos e registrar alterações de sistema. Resultados precisam ser publicados com transparência e proteção de dados (Cabanha et al., 2026; Brasil, 2018).

A segunda prioridade é definir painel com indicadores essenciais. Total de pessoas distintas, contatos, vinculação à APS, testagem, tratamento, vacinação, saúde mental e encaminhamentos concluídos formam núcleo inicial. O painel deve mostrar denominadores, ignorados e periodicidade. Indicadores excessivos aumentam carga de registro e reduzem qualidade (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A terceira prioridade é fortalecer fluxo intersetorial. O desejo de sair das ruas exige respostas em moradia, renda, documentação e trabalho. Cada encaminhamento precisa de responsável e retorno. A gestão pode selecionar casos sentinela para analisar percurso e identificar pontos de ruptura sem divulgar identidade (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Brasil, 2009).

A quarta prioridade é assegurar estabilidade e educação permanente da equipe. Cobertura depende de profissionais, transporte, insumos e supervisão. Indicadores de força de trabalho devem acompanhar resultados. A capacitação precisa envolver unidades básicas, urgência, vigilância, RAPS e assistência, porque barreiras surgem em toda a rede (Lotta, 2019).

A quinta prioridade é ampliar participação. Representantes da população podem avaliar horários, abordagens, acolhimentos e indicadores. A participação requer apoio logístico e linguagem acessível. Ouvir usuários não substitui decisão técnica, mas ajuda a identificar efeitos não previstos e aumenta legitimidade das mudanças (Brasil, 2009).

A sexta prioridade é preparar avaliação da política federal de 2026. O município deve registrar situação anterior, recursos recebidos, ações implantadas e cronograma. Resultados de curto prazo devem concentrar-se em implantação e acesso; desfechos mais complexos exigem tempo. Essa sequência reduz risco de declarar sucesso ou fracasso antes de a política operar (Brasil, 2026a; Lotta, 2019).

6.14 Lacunas e agenda de aperfeiçoamento dos dados

Uma agenda futura pode integrar dados públicos e registros autorizados para

construir perfil epidemiológico municipal. O estudo deve definir período, população, fonte e critérios antes da extração. A aprovação ética e a anuência institucional são indispensáveis quando houver prontuários ou possibilidade de identificação (Brasil, 2016; Brasil, 2018).

Pesquisas qualitativas podem explorar experiências de acesso, cuidado, migração e desejo de saída. Entrevistas com usuários e profissionais ajudam a compreender mecanismos que números não explicam. A participação deve ser voluntária, com proteção e sem interferir em benefícios ou atendimento. Os resultados podem complementar, e não substituir, o perfil quantitativo (Bardin, 2016).

Estudos de implementação podem acompanhar recursos, decisões e adaptações. Diários de campo institucionais, atas e documentos permitem analisar como a política é traduzida. A investigação precisa distinguir avaliação de desempenho profissional e análise de processos, evitando uso punitivo de informações produzidas para pesquisa (Lotta, 2019).

A comparação com outros municípios deve considerar contexto. Jundiá e Foz do Iguaçu possuem população, rede e território distintos. O valor comparativo está em categorias e desafios, não na transferência de percentuais. Estudos multicêntricos com protocolo comum poderiam identificar padrões e variações sem apagar especificidades (Queiroz et al., 2024).

A avaliação de desfechos habitacionais requer acompanhamento intersetorial. Saída da rua, permanência em moradia, retorno e qualidade da solução são resultados distintos. Atribuir esses desfechos ao CnaR isoladamente seria inadequado. Modelos avaliativos devem reconhecer contribuição de saúde, assistência, habitação, renda e redes pessoais (Brasil, 2009).

A qualidade dos dados também integra a agenda de gestão. Completude de raça ou cor, idade, nacionalidade, diagnósticos e desfechos interfere na identificação de desigualdades, na distribuição de recursos e na avaliação da continuidade do cuidado. Intervenções de qualificação podem ser acompanhadas como parte da própria política de informação (Merchán-Hamann; Tauil, 2021). A Tabela 7 apresenta as prioridades derivadas da análise, as ações iniciais, os indicadores correspondentes e o horizonte temporal de acompanhamento.

Tabela 7 - Prioridades, ações iniciais e indicadores de acompanhamento

Prioridade	Ação inicial	Indicador	Horizonte
Atualização do diagnóstico	Definir periodicidade e método comparável	Censo realizado e relatório publicado	Médio prazo
Painel assistencial	Padronizar dicionário e denominadores	Completo e série mensal	Curto prazo
Tuberculose e IST	Pactuar linha de cuidado com vigilância	Tempo até diagnóstico e tratamento	Curto prazo
Vacinação	Avaliar histórico e registrar esquema	Pessoas com situação vacinal avaliada	Curto prazo
Saúde mental	Formalizar cuidado compartilhado	Planos CnaR-RAPS acompanhados	Curto prazo
Intersetorialidade	Criar retorno de encaminhamentos	Percentual de demandas concluídas	Médio prazo
Moradia e renda	Relacionar Censo a ofertas de proteção	Pessoas inseridas e permanência	Médio e longo prazo
Participação	Instituir devolutiva com usuários	Reuniões e recomendações respondidas	Contínuo
Política federal 2026	Registrar linha de base e implantação	Recursos, ações e cobertura	Curto e médio prazo

Fonte: elaboração própria com base nos resultados e referenciais da pesquisa.

A Tabela 7 concentra no curto prazo a padronização dos registros, a organização do cuidado para tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis, a avaliação vacinal e a articulação com a saúde mental. Moradia, renda e atualização do diagnóstico dependem de coordenação intersetorial e apresentam horizonte mais longo. Participação social e revisão dos indicadores permanecem contínuas, pois sustentam correções de rota durante toda a implementação.

6.15 Limites informacionais e riscos de interpretação

A primeira lacuna corresponde à ausência de morbidades locais sistematizadas nas fontes públicas. Sem numeradores e denominadores compatíveis, não se calculam prevalências de tuberculose, sífilis, HIV ou doenças crônicas. A literatura permite reconhecer prioridades, mas a comunicação pública deve distinguir esse conhecimento geral dos resultados efetivamente produzidos no município (Silva et al., 2021; Queiroz et al., 2024).

A segunda lacuna envolve a ausência de cruzamentos entre variáveis sociodemográficas. Sexo, raça ou cor, idade e origem são divulgados separadamente, sem mostrar como se combinam. Perfis específicos de mulheres, migrantes, idosos

ou outros grupos somente poderão ser descritos com tabelas próprias e regras de confidencialidade (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A terceira lacuna envolve tempo e recorrência. O total de 601 pessoas não mostra quantas estavam em situação recente, intermitente ou prolongada. Essa distinção influencia políticas de prevenção, acolhimento e moradia. O próximo ciclo pode incluir tempo em rua e episódios, com categorias claras e respeito à memória e ao conforto do entrevistado (Cabanha et al., 2026).

A quarta lacuna é a continuidade dos encaminhamentos. Sistemas costumam registrar que uma orientação foi feita, mas não se o acesso ocorreu. Sem retorno, não é possível avaliar resolutividade. A integração de fluxos deve registrar resultado mínimo e motivo de não conclusão, evitando responsabilizar usuário por barreiras do serviço (Lotta, 2019).

A quinta lacuna é a qualidade dos campos de raça, gênero e nacionalidade nos registros assistenciais. Informações incompletas limitam análise de equidade. A formação deve explicar finalidade e forma de coleta, e os sistemas devem oferecer categorias adequadas. O monitoramento da completude pode preceder análises mais complexas (Brasil, 2018).

Entre os riscos de interpretação está transformar fator associado em causa. Conflitos familiares e uso de substâncias podem preceder ou suceder a rua. A página oficial apresenta respostas agregadas, sem desenho causal. A discussão utiliza linguagem de associação e reconhece múltiplas determinações (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Hino; Santos; Rosa, 2018).

Outro risco é naturalizar a predominância masculina e direcionar todos os serviços a homens. Mulheres e grupos minoritários podem ter necessidades específicas e maior invisibilidade. Planejamento deve combinar peso numérico e equidade, garantindo segurança, privacidade e ofertas adequadas (Brasil, 2009).

A elevada proporção de migrantes pode ser interpretada de forma xenofóbica se separada das condições sociais. A análise não associa origem a ameaça ou causa da situação de rua. Migração é tratada como dimensão de trajetória que pode exigir documentação, idioma e articulação, mantendo direito ao atendimento local (Eloy, 2025; Brasil, 1988).

Indicadores de produção podem ser confundidos com resultado. Mais atendimentos podem indicar expansão, agravamento ou repetição sem resolutividade.

Pessoas distintas, continuidade e desfechos precisam acompanhar volume. A leitura conjunta evita premiar quantidade e ignorar qualidade (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A explicitação das lacunas orienta investimentos concretos. O problema central já não é a inexistência de informações, mas a fragmentação entre Censo, vigilância, vacinação, testagem e produção. Campos incompletos demandam qualificação; fluxos sem retorno exigem pactuação; e unidades diferentes precisam de denominadores próprios. A integração responsável pode transformar registros dispersos em capacidade institucional de decisão (Gomide; Pires, 2014).

6.16 Recomendações derivadas dos resultados

A primeira recomendação é manter o CnaR como estratégia da APS e fortalecer sua vinculação às unidades básicas. A equipe itinerante amplia acesso, enquanto a rede fixa oferece exames, farmácia e acompanhamento. Planos compartilhados e referência flexível evitam que o CnaR se torne serviço isolado para uma população segregada (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

A segunda recomendação é pactuar linhas prioritárias para tuberculose, IST, vacinação, saúde mental e doenças crônicas. Cada linha deve definir etapas, responsáveis e retorno. O objetivo é reduzir perdas entre abordagem e conclusão, não apenas aumentar procedimentos. Indicadores de tempo e desfecho devem acompanhar cobertura (Silva et al., 2021; Queiroz et al., 2024).

A terceira recomendação é integrar saúde e assistência em torno de casos e gargalos. Reuniões periódicas devem resultar em responsáveis e prazos. Encaminhamentos sem retorno precisam ser analisados. A integração deve incluir habitação, trabalho, documentação e direitos, especialmente diante do desejo majoritário de saída das ruas (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Brasil, 2009).

A quarta recomendação é qualificar dados com dicionário mínimo, separação entre pessoa e atendimento e proteção de células pequenas. A gestão pode iniciar com poucos indicadores confiáveis. A expansão deve ocorrer após avaliação da carga de registro e do uso efetivo das informações (Brasil, 2018; Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A quinta recomendação é garantir educação permanente e supervisão. Temas

clínicos e sociais precisam ser discutidos com toda a rede. A formação deve utilizar situações reais, revisar fluxos e enfrentar discriminação. Sua avaliação pode considerar mudanças de prática e não apenas presença em cursos (Lotta, 2019).

A sexta recomendação é incluir usuários na avaliação. Devolutivas do Censo, escuta sobre rotas e análise de barreiras podem melhorar serviços. A participação deve receber resposta pública, mostrando quais propostas foram incorporadas, quais dependem de recursos e quais não são possíveis, com justificativa (Brasil, 2009).

A sétima recomendação é preparar a linha de base para a política federal de 2026. Recursos, equipe, cobertura e fluxos devem ser registrados antes das mudanças. A avaliação inicial deve concentrar-se em implantação e acesso; efeitos de longo prazo, como redução de morbidade ou saída das ruas, requerem tempo e desenho adequado (Brasil, 2026a).

A oitava recomendação é preservar o enfoque de direitos. Dados e cuidado não devem apoiar remoções, criminalização ou discriminação. O uso de informações precisa ter finalidade assistencial e de planejamento. A equipe deve manter escuta, autonomia e redução de danos como referências para decisões (Brasil, 2009; Passos; Souza, 2011).

A nona recomendação é reconhecer a especificidade da fronteira. Fluxos para migrantes, documentos, idiomas e continuidade precisam ser pactuados. O território deve ser monitorado como espaço dinâmico, sem atribuir a migração responsabilidade pelo fenômeno. A experiência local de cartografia oferece base para esse planejamento (Eloy, 2025; Santos, 2006).

A revisão periódica das prioridades fecha o ciclo de planejamento. Mudanças nas rotas, nos sistemas e nas políticas alteram a utilidade dos indicadores, enquanto reuniões anuais permitem comparar Censo, notificações, vacinação, testagem, produção e avaliação dos usuários. A documentação preserva memória institucional e reduz dependência de percepções ocasionais. A Tabela 8 apresenta os limites remanescentes, os riscos interpretativos, as respostas metodológicas e os próximos passos compatíveis com cada fonte.

Tabela 8 - Lacunas, riscos e resposta metodológica

Lacuna ou risco	Consequência possível	Resposta adotada	Próximo passo
Bases locais agregadas sem vinculação individual	Prevalência ou continuidade podem ser inferidas indevidamente	Manter cada denominador e unidade de análise	Construir base autorizada e pseudonimizada
Sem cruzamentos do Censo	Perfis combinados inventados	Manter variáveis separadas	Publicar tabelas desagregadas
Fatores tratados como causas	Culpabilização individual	Usar linguagem de associação	Estudos longitudinais e qualitativos
Atendimentos contados como pessoas	Cobertura superestimada	Separar unidades analíticas	Deduplicação institucional
Encaminhamento sem retorno	Resolutividade aparente	Registrar conclusão	Pactuar contrarreferência
Células pequenas	Risco de identificação	Suprimir ou agregar	Norma de divulgação
Política 2026 ainda recente	Atribuição prematura de efeito	Avaliar implantação primeiro	Definir linha de base

Fonte: elaboração própria com base nos limites e resultados da pesquisa.

A Tabela 8 demonstra que dados locais agregados ampliam a análise, mas não eliminam a necessidade de salvaguardas. A falta de vinculação impede prevalências e trajetórias individuais; a ausência de cruzamentos obriga manter variáveis separadas; a distinção entre pessoas, casos, testes, doses, procedimentos e atendimentos evita superestimar cobertura; e a política federal recente deve ser examinada inicialmente por sua implantação. Cada limite recebe uma resposta específica e um caminho de aperfeiçoamento.

6.17 Condições para acompanhamento entre 2026 e 2028

O período posterior à divulgação do Censo e ao anúncio da política federal cria oportunidade para organizar uma linha de base municipal. Em 2026, a prioridade deve ser registrar estrutura, equipe, fluxos e qualidade dos dados. Resultados de saúde complexos não podem ser cobrados antes de a implantação alcançar estabilidade. A sequência temporal precisa ser explícita para que mudanças posteriores sejam interpretadas de forma responsável (Brasil, 2026a; Lotta, 2019).

No primeiro semestre de acompanhamento, a gestão pode revisar cadastro, dicionário de variáveis e separação entre pessoas, atendimentos e procedimentos. A meta inicial deve concentrar-se em completude, deduplicação e oportunidade. Um

banco mais confiável permite reconhecer cobertura sem aumentar indevidamente a carga de registro. As correções precisam ser acompanhadas de suporte técnico e avaliação da rotina da equipe (Brasil, 2018; Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

Em paralelo, os fluxos de tuberculose, IST, vacinação e saúde mental podem ser formalizados com responsáveis e contatos. O produto esperado não é apenas um documento, mas a possibilidade de acompanhar um usuário entre abordagem, exame, resultado e tratamento. Casos sentinela podem ser revisados para identificar perdas e obstáculos, preservando anonimato nas reuniões ampliadas (Silva et al., 2021; Brasil, 2017).

Até o final de 2026, o município pode consolidar painel interno com poucos indicadores. Pessoas distintas atendidas, contatos por pessoa, situação vacinal avaliada, sintomáticos respiratórios investigados e encaminhamentos concluídos formam um núcleo viável. A publicação externa deve ocorrer apenas após validação e aplicação de regras de supressão para grupos pequenos (Brasil, 2018).

Em 2027, com série mais estável, torna-se possível analisar tendências mensais e desigualdades de acesso. A desagregação por sexo, raça ou cor, idade e origem deve ser realizada quando os números permitirem. Diferenças precisam ser interpretadas junto com rotas, composição da equipe e mudanças de serviço, evitando conclusões causais derivadas de dados descritivos (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A articulação intersetorial também pode ser acompanhada em 2027 por meio de encaminhamentos efetivados, acesso a documentação, benefícios e soluções habitacionais. Esses resultados não pertencem exclusivamente à saúde. A matriz deve identificar o setor responsável e o papel do CnaR, permitindo reconhecer contribuição sem deslocar competências (Brasil, 2009; Gomide; Pires, 2014).

A repetição do Censo ou de levantamento equivalente deve preservar o núcleo metodológico de 2025 para possibilitar comparação. Alterações necessárias podem ser introduzidas, mas precisam ser documentadas. Tendências no total e no perfil devem ser analisadas com cautela, pois mudanças podem refletir mobilidade, método, políticas ou contexto econômico (Cabanha et al., 2026).

Em 2028, a avaliação pode incorporar resultados de continuidade e desfechos, desde que a política tenha tempo suficiente de operação. Cura ou abandono da tuberculose, tratamento de sífilis, atualização vacinal e vinculação à APS são exemplos. A interpretação deve incluir qualidade dos registros e cobertura, pois

desfechos de uma parcela atendida não representam automaticamente toda a população (Silva et al., 2021).

A avaliação da política federal deve distinguir recursos anunciados, recebidos e executados. A ausência de repasse, atraso de contratação ou dificuldade de habilitação são achados de implementação. Quando essas etapas não ocorrem, resultados finais não podem ser atribuídos à política como concebida. A documentação desses processos oferece subsídio para pactuação com outros níveis de governo (Lotta, 2019; Gomide; Pires, 2014).

A participação social deve acompanhar todo período. Devolutivas anuais podem apresentar indicadores, mudanças e pendências. A população em situação de rua pode avaliar se a expansão percebida corresponde aos números e apontar barreiras invisíveis aos sistemas. Recomendações recebidas precisam ser respondidas e incorporadas ao plano quando viáveis (Brasil, 2009).

O cenário proposto não constitui previsão de resultados. Ele organiza etapas verificáveis e compatíveis com a maturação da política. A linha de base, a implantação, a cobertura, a continuidade e os desfechos são analisados em sequência. Essa estrutura protege a avaliação contra expectativas prematuras e permite corrigir processos antes de concluir sobre efetividade (Lotta, 2019).

A utilidade desse horizonte reside na transformação do Censo em ciclo permanente de conhecimento e ação. A contagem de 2025 fornece visibilidade; os registros assistenciais qualificados podem mostrar cuidado; a articulação intersetorial pode acompanhar trajetórias de saída. O conjunto permite que a gestão responda com maior precisão às especificidades do território fronteiriço (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026; Eloy, 2025).

7 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO: SÍNTESE LOCAL

A configuração local do perfil resulta da integração do Censo, das notificações, das séries municipais e dos registros assistenciais, sem aproximar bases que possuem populações, períodos e unidades de contagem diferentes. A interpretação preserva a distinção entre pessoa, caso, teste, dose, procedimento e atendimento, pois a coerência do perfil depende dos limites de cada evidência (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

Tabela 9 - Estrutura integrada da síntese local

Dimensão da síntese	Base empírica	Contribuição	Limite preservado
Composição sociodemográfica	Censo municipal de 2025	Total, sexo, raça ou cor, idade média e origem	Sem cruzamentos e restrito ao período do levantamento
Trajetórias sociais	Censo municipal	Fatores declarados e desejo de saída	Não estabelece causalidade nem ordem temporal
Tuberculose	Notificações municipais de 2025	21 notificações identificadas em pessoas em situação de rua	Não permite prevalência sobre as 601 pessoas
Outros agravos	Séries de sífilis, aids e hanseníase	Contextualizam a situação epidemiológica municipal	Sem identificação individual da condição de rua
Prevenção	Vacinação de 261 pessoas e 235 testes rápidos	Mostra ações e resultados no público alcançado	Não representa toda a população do Censo
Produção assistencial	RDQA, relatório anual de atendimentos e relatório de procedimentos	Demonstra volume, distribuição por sexo e idade e diversidade das ações	Não corresponde a pessoas distintas; distribuição etária tem 10 registros ausentes
Território	Censo e cartografia local	Orienta leitura da mobilidade e das rotas	Sem distribuição espacial pública do Censo

Fonte: elaboração própria com base nas fontes analisadas.

A integração evidencia que o perfil local não corresponde a uma única base de dados. O Censo oferece a composição sociodemográfica mais ampla; a tuberculose dispõe de informação específica sobre notificações em pessoas em situação de rua; a vacinação e a testagem descrevem grupos alcançados pelo Consultório na Rua; e as séries de sífilis, aids e hanseníase situam o contexto epidemiológico municipal. O

resultado é uma síntese graduada pela força da evidência, e não uma soma de percentuais incompatíveis.

7.1 Arquitetura da síntese e hierarquia das evidências

A síntese foi organizada em níveis de evidência. No primeiro estão os dados locais diretamente relacionados à população em situação de rua, como Censo, as 21 notificações de tuberculose identificadas nesse grupo, a situação vacinal de 261 pessoas e os registros de testagem do Consultório na Rua. No segundo estão as séries municipais sem identificação da condição de rua, úteis para contextualizar agravos. O terceiro reúne estudos externos e referenciais teóricos empregados somente para interpretação, sem transferência de frequências para Foz do Iguaçu.

Tabela 10 - Níveis de evidência, unidades de análise e uso permitido

Nível de evidência	Unidade de análise	Exemplos no estudo	Uso permitido
Direta sociodemográfica	Pessoa identificada	601 pessoas do Censo	Descrever composição local no período
Direta epidemiológica	Caso notificado	21 notificações de tuberculose em PSR	Confirmar ocorrência e orientar continuidade
Direta assistencial	Pessoa, teste, dose ou atendimento	Vacinação, testagem e produção do CnaR	Descrever o público e as ações alcançadas
Contextual municipal	Caso ou taxa populacional	Sífilis, aids e hanseníase	Situar prioridades do município
Comparativa externa	Populações de outros estudos	Pesquisas nacionais e municipais	Interpretar padrões sem transferir percentuais
Normativa e analítica	Direitos, políticas e conceitos	PNPSR, PNAB, LGPD e epidemiologia	Delimitar interpretação, cuidado e proteção

Fonte: elaboração própria com base nas fontes indicadas no trabalho.

Essa hierarquia impede que a consistência aparente de uma tabela substitua a compatibilidade metodológica. Um número produzido pelo Censo descreve pessoas identificadas no levantamento; um registro do Sinan descreve caso notificado; um teste rápido descreve procedimento realizado; e um atendimento pode repetir o mesmo usuário. A síntese utiliza cada dado para a pergunta que sua origem permite

responder e mantém explícito que permanece desconhecido.

7.2 Configuração sociodemográfica e desigualdades internas

A configuração sociodemográfica local tem quatro marcas confirmadas: 601 pessoas identificadas, predominância masculina, maioria de pessoas pretas ou pardas e idade média situada na vida adulta. Esses elementos delimitam quem foi alcançado pelo Censo de 2025, mas não descrevem toda a diversidade interna da população nem permitem estabelecer relações causais com a situação de rua (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

A proporção de 83,12% de homens indica que a maior parte das abordagens e das necessidades registradas tende a ocorrer nesse grupo. A predominância, contudo, não autoriza organizar o serviço segundo um usuário masculino presumido. Mulheres e pessoas com identidades de gênero minoritárias podem estar menos visíveis nos pontos de rua, enfrentar violência específica e demandar privacidade e estratégias de busca distintas.

A presença de 67,66% de pessoas pretas ou pardas insere a equidade racial no centro da leitura do perfil. Raça ou cor não explica biologicamente a situação de rua; registra uma posição social atravessada por desigualdades de renda, trabalho, moradia, escolarização e proteção. O dado deve orientar autodeclaração correta, análise de acesso e enfrentamento de práticas discriminatórias, sem naturalizar a sobrerrepresentação observada (Silva et al., 2021).

A idade média de 40 anos situa o centro da composição censitária na vida adulta, período em que podem coexistir exposição prolongada, trabalho precário, condições crônicas e demandas de saúde mental. O Censo não informa a distribuição por faixas etárias. Em base assistencial distinta, o relatório anual apresenta 215 registros etários entre os 225 registros totais e concentra 177 deles entre 30 e 59 anos; a diferença de 10 registros permanece sem faixa informada. Os resultados são complementares, mas não podem ser fundidos porque descrevem populações e unidades de contagem diferentes (Foz do Iguaçu, 2025c).

Sexo, raça ou cor e idade foram divulgados separadamente. A ausência de cruzamentos impede saber, por exemplo, a composição racial das mulheres, a idade dos migrantes ou quais grupos concentram maior permanência nas ruas. Reconstruir essas combinações por aproximação produziria perfis não observados e ultrapassaria

o alcance do levantamento.

A qualidade futura do diagnóstico depende da forma de registro. Raça ou cor requer autodeclaração; sexo e identidade de gênero não podem ser tratados como campos equivalentes; idade deve ser apresentada de maneira contínua e por faixas; e respostas ignoradas precisam permanecer visíveis. Essas decisões afetam a possibilidade de reconhecer desigualdades sem expor grupos pequenos (Brasil, 2018).

As características predominantes descrevem distribuição, não determinação. A maior frequência de homens ou de pessoas negras não demonstra que sexo ou raça causem a ruptura habitacional. O sentido analítico surge quando essas variáveis são relacionadas às condições de renda, moradia, violência, vínculos e acesso às políticas públicas.

A aproximação com estudos nacionais confirma que a predominância masculina, negra e adulta não é exclusiva do município. Essa convergência ajuda a reconhecer padrões persistentes de desigualdade, mas os percentuais externos não substituem o Censo local, porque método, período e população de referência são diferentes (Silva et al., 2021).

Para o Consultório na Rua, a composição recomenda combinar alcance e equidade. O serviço precisa responder ao grupo numericamente predominante sem reduzir a oferta a ele, verificando se mulheres, idosos, migrantes e outros segmentos menos numerosos conseguem acessar as mesmas portas de entrada e permanecer em acompanhamento.

A síntese sociodemográfica é sólida quanto às frequências publicadas e deliberadamente limitada quanto às interseções. Essa escolha evita uma aparência de precisão construída sobre cruzamentos inexistentes e transforma as lacunas em perguntas objetivas para o próximo ciclo de diagnóstico.

Tabela 11 - Configuração sociodemográfica, implicações e lacunas

Dimensão	Configuração confirmada	Implicação e lacuna
Total	601 pessoas identificadas	Linha de base situada; não equivale a população permanente
Sexo	83,12% de homens	Planejar alcance sem invisibilizar grupos menores
Raça ou cor	67,66% de pretas ou pardas	Orientar equidade racial; não é explicação biológica
Idade	Média censitária de 40 anos; 215 registros assistenciais por faixa	Centralidade adulta; 10 dos 225 registros assistenciais sem faixa etária publicada
Interseções	Variáveis divulgadas separadamente	Não permite cruzar sexo, raça, idade e origem
Compleitude	Ignorados não detalhados publicamente	Limita avaliação da qualidade dos campos

Fonte: elaboração própria com base no Censo municipal e nas referências discutidas.

A Tabela 11 distingue característica predominante, implicação para o cuidado e informação ainda ausente. A leitura integrada não reduz o perfil aos percentuais: mostra como cada dimensão pode orientar a organização do serviço e em que ponto a análise deve interromper-se por falta de cruzamento ou detalhamento.

A ausência de tabelas combinadas não impede utilizar os resultados, mas impede definir quais subgrupos acumulam maior desvantagem. A próxima atualização poderá incluir cruzamentos necessários à avaliação da equidade, desde que preserve confidencialidade e não transforme categorias com poucos registros em meios de reconhecimento individual.

7.3 Mobilidade e continuidade do cuidado em território de fronteira

A mobilidade diferencia o perfil de Foz do Iguaçu: 83,3% das pessoas identificadas não nasceram no município e 17,2% eram migrantes internacionais. Esses percentuais não demonstram que migrar produza a situação de rua. Eles indicam que origem, circulação e distância das redes de apoio precisam ser incorporadas ao planejamento do cuidado e da proteção social (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2026).

Tabela 12 - Mobilidade, barreiras potenciais e respostas de continuidade

Elemento	Evidência disponível	Implicação para continuidade
Nascimento fora do município	83,3%	Referências flexíveis e articulação entre serviços

Elemento	Evidência disponível	Implicação para continuidade
Migração internacional	17,2%	Atenção a documentação, idioma e redes de apoio
Fronteira	Circulação territorial descrita localmente	Rotas e horários precisam acompanhar mobilidade
Documentação	Barreira potencial não quantificada	Apoio sem condicionar o atendimento em saúde
Rede familiar	Distância possível, sem frequência publicada	Contato somente quando desejado e seguro
Local de permanência	Sem mapa público do Censo	Usar agregação e evitar exposição de pequenos grupos

Fonte: elaboração própria com base no Censo municipal, em Eloy (2025) e nos marcos normativos analisados.

O território de fronteira amplia as possibilidades de deslocamento e, simultaneamente, as exigências de continuidade. Documentação, idioma, localização da rede familiar e circulação entre municípios ou países podem interferir no seguimento, embora as fontes não quantifiquem a frequência dessas barreiras. A resposta compatível é manter referências flexíveis, comunicação entre serviços e atendimento independente da origem, sem apresentar o retorno ao local de nascimento como solução automática.

7.4 Determinação social e heterogeneidade das trajetórias

Os fatores declarados no Censo mostram que as trajetórias de rua resultam de combinações diferentes. Conflitos familiares, uso de álcool e outras drogas, perda de renda e ingresso posterior à pandemia aparecem como experiências relatadas, não como causas isoladas. O mesmo percentual pode reunir situações distintas, e a ordem temporal entre o fator e a ruptura habitacional não foi estabelecida pelo levantamento.

Tabela 13 - Determinações sociais, limites causais e respostas intersetoriais

Dimensão	Dado confirmado	Estatuto analítico	Resposta intersetorial	Limite
Conflitos familiares	30,93%	Experiência declarada	Proteção, mediação e cuidado	Não define tipo, momento ou causalidade
Álcool e outras drogas	23,19%	Fator relatado	Redução de danos e saúde mental	Não equivale a diagnóstico
Pós-pandemia	19,85%	Marco temporal declarado	Proteção social e prevenção de rupturas	Não prova efeito individual

Dimensão	Dado confirmado	Estatuto analítico	Resposta intersetorial	Limite
Desemprego ou perda de renda	8,96%	Condição econômica relatada	Renda, trabalho e moradia	Pode coexistir com outros fatores
Sem uso declarado	8,28%	Resposta agregada	Evita universalizar o consumo	Não detalha frequência ou substância
Desejo de sair das ruas	76,63%	Expectativa declarada	Moradia, renda e acompanhamento	Não define solução única

Fonte: elaboração própria com base no Censo municipal e nos referenciais do trabalho.

A heterogeneidade torna inadequada qualquer resposta única. O uso de substâncias exige cuidado e redução de danos, mas não substitui ações sobre moradia, renda, documentação e violência. O desejo de deixar as ruas, manifestado por 76,63%, acrescenta uma direção política ao perfil: a intenção de mudança precisa encontrar alternativas concretas e sustentáveis, sem que a recusa a uma oferta específica seja interpretada como ausência de projeto ou de autonomia.

7.5 Prioridades epidemiológicas e força das evidências locais

A tuberculose constitui o agravo com vínculo local mais direto com a população em situação de rua. Em 2025, 21 das 218 notificações municipais foram registradas nesse grupo. O dado confirma ocorrência e sustenta busca ativa, diagnóstico oportuno e continuidade terapêutica, mas não representa prevalência entre as 601 pessoas do Censo, pois as bases não compartilham população nem período de referência (Foz do Iguaçu, 2025a).

Os demais atributos da série de tuberculose, como tipo de entrada, distribuição por sexo e idade, forma clínica, resistência e encerramento, descrevem o conjunto municipal. Eles ajudam a compreender a organização da vigilância, mas não podem ser automaticamente atribuídos às 21 notificações em pessoas em situação de rua.

A hanseníase oferece informação contextual. A série de 2017 a 2025 registra variação da incidência municipal e predominância de casos multibacilares, sem identificar vínculo com a população estudada. Sua inclusão assinala a necessidade de atenção a agravos relacionados à vulnerabilidade e ao diagnóstico tardio, mantendo explícito que não há dado específico para o grupo (Foz do Iguaçu, 2025b).

Sífilis e aids também pertencem ao contexto epidemiológico municipal quando analisadas por séries populacionais. A evidência específica do Consultório na Rua

provém da testagem realizada com pessoas alcançadas pela equipe, e não da totalidade dos registros municipais. Essa diferença define o peso de cada achado na síntese.

A prioridade epidemiológica decorre, portanto, de duas condições: ocorrência documentada entre pessoas em situação de rua e necessidade de continuidade do cuidado. A tuberculose atende diretamente aos dois critérios; as infecções sexualmente transmissíveis e as hepatites aparecem por resultados da testagem territorial; e hanseníase e aids ampliam o contexto, sem permitir estimativa específica para a população do Censo.

Tabela 14 - Agravos com informação diretamente relacionada à população atendida

Agravo ou ação	Resultado confirmado	Recorte	O que sustenta
Tuberculose em PSR	21 notificações	Foz do Iguaçu, 2025	Busca ativa, diagnóstico e continuidade
Testagem para sífilis	58 testes e 15 reagentes	CnaR, 2025	Confirmação, tratamento e seguimento
Testagem para HIV	64 testes e 5 reagentes	CnaR, 2025	Vinculação ao serviço especializado
Testagem para hepatite B	60 testes e 2 reagentes	CnaR, 2025	Confirmação e linha de cuidado
Testagem para hepatite C	53 testes e 3 reagentes	CnaR, 2025	Confirmação e tratamento

Tabela 14 - Agravos e séries de contexto municipal (continuação)

Agravo ou série	Resultado confirmado	Recorte	Uso na síntese
Tuberculose municipal	218 notificações	Município, 2025	Contextualiza a vigilância; atributos não são atribuídos às 21 PSR
Hanseníase	21 casos novos, 19 multibacilares	Município, 2025	Contexto epidemiológico sem vínculo com PSR
Sífilis e aids	Séries municipais com elevação em períodos analisados	Município, 2017-2023	Orienta prevenção sem estimar ocorrência na PSR

Fonte: elaboração própria com base nas fontes epidemiológicas e assistenciais analisadas.

A separação entre evidência direta e contexto municipal evita dois erros: atribuir à população em situação de rua resultados que pertencem ao conjunto do município e minimizar agravos para os quais já existe sinal concreto entre usuários alcançados. O perfil mantém a tuberculose em posição prioritária e utiliza as demais séries para

orientar prevenção, vigilância e articulação da rede.

Essa gradação também protege a interpretação de diferenças temporais. Aumento de notificações pode refletir maior ocorrência, ampliação da testagem, melhoria do registro ou combinação desses processos. Sem vinculação e denominadores compatíveis, a síntese descreve tendências e necessidades, mas não atribui causas nem efeitos de política pública.

7.6 Prevenção, testagem e vinculação ao cuidado

As séries municipais de sífilis registraram crescimento em 2023, enquanto a série de aids mostrou aumento dos casos e da taxa de detecção entre 2017 e 2023. Esses resultados dimensionam o contexto sanitário de Foz do Iguaçu, mas não informam quantos registros envolveram pessoas em situação de rua (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

No âmbito do Consultório na Rua, foram realizados 235 testes rápidos em 2025: 64 para HIV, 58 para sífilis, 60 para hepatite B e 53 para hepatite C. A produção demonstra oferta territorial de prevenção e diagnóstico, mas o total de testes não corresponde necessariamente ao número de pessoas distintas.

Os 25 resultados reagentes incluíram 15 para sífilis, cinco para HIV, três para hepatite C e dois para hepatite B. Esses achados indicam demanda concreta entre pessoas alcançadas pela equipe e justificam fluxos de confirmação, tratamento e vinculação, sem equivaler a prevalência na população identificada pelo Censo (Foz do Iguaçu, 2026b; Foz do Iguaçu, 2026c).

A testagem só produz cuidado quando percurso posterior permanece acessível. Comunicação protegida, confirmação quando indicada, início do tratamento, avaliação de parcerias e retorno precisam ser registrados como etapas diferentes. Sem essa continuidade, o número de exames mede oferta, mas não demonstra resolução.

A comparação com a rede municipal deve conservar diferenças de público, período e critério de oferta. A maior proporção de resultados reagentes entre pessoas testadas pelo CnaR pode refletir abordagem dirigida a situações de maior vulnerabilidade, não uma diferença diretamente comparável de prevalência.

Tabela 15 - Da testagem à vinculação: etapas, evidências e lacunas

Etapas	Evidência disponível	Próxima exigência assistencial	Lacuna
Oferta	235 testes rápidos	Manter acesso territorial e consentimento	Testes não equivalem a pessoas distintas
Resultado reagente	25 registros	Comunicação protegida e avaliação	Não substitui confirmação diagnóstica
Confirmação	Não consolidada para todos os registros	Garantir exame confirmatório quando indicado	Sem série pública completa
Tratamento	Não consolidado no material	Registrar início e conclusão	Não permite medir cuidado concluído
Vinculação	Necessária para HIV e hepatites	Referência e retorno compartilhados	Sem indicador longitudinal
Seguimento	Não integrado entre bases	Acompanhar perdas entre etapas	Impossível estimar resolutividade

Fonte: elaboração própria com base nos registros de testagem e nas séries municipais analisadas.

A Tabela 15 desloca a interpretação do procedimento isolado para o percurso assistencial. A fonte confirma quantos testes e resultados reagentes foram registrados, mas não apresenta, para todos os eventos, confirmação, tratamento e desfecho. Essa lacuna define o principal aperfeiçoamento necessário: acompanhar a transição entre detectar, comunicar, tratar e manter o cuidado.

7.7 Vacinação, continuidade e barreiras organizacionais

A situação vacinal de 261 pessoas acompanhadas pelo Consultório na Rua fornece uma medida específica do público efetivamente alcançado. Considerando esquema completo ou acompanhamento ativo, as proporções variaram de 26,8% para Covid-19 a 55,2% para dT, sem que nenhum imunobiológico alcançasse três quintos do grupo analisado (Eloy; Vitor; Silva, 2025).

A cobertura parcial não pode ser reduzida a recusa. Mobilidade, ausência de comprovantes, esquemas com várias doses, horários dos serviços e dificuldade de retorno interferem na conclusão. A vacinação depende, assim, da capacidade organizacional de reencontrar a pessoa, verificar histórico e manter o seguimento.

Pessoas avaliadas, doses aplicadas, esquemas completos e acompanhamento ativo são medidas diferentes. Uma pessoa pode receber várias doses e outra pode estar em processo de atualização; por isso, produção não substitui cobertura e cobertura não deve apagar o trabalho de continuidade já iniciado.

Tabela 16 - Situação vacinal, necessidade de continuidade e limite de generalização

Imunobiológico	Situação confirmada	Leitura para continuidade	Limite
dT	55,2%	Maior proporção, ainda abaixo de 60%	Grupo de 261 pessoas
Hepatite B	51,3%	Requer completar esquemas e registrar retorno	Não representa todo o Censo
Febre amarela	49,4%	Revisar histórico e indicação	Esquema completo ou acompanhamento ativo
Influenza	42,1%	Ações sazonais e extramuros	Cobertura restrita ao grupo acompanhado
Tríplice viral	41,8%	Verificação de histórico e doses	Mesma base específica
Covid-19	26,8%	Maior lacuna entre os imunobiológicos analisados	Não permite inferir motivo individual

Fonte: elaboração própria com base em Eloy, Vitor e Silva (2025).

A Tabela 16 mostra que a vacinação ocupa posição simultaneamente preventiva e organizacional. Os percentuais são válidos para as 261 pessoas acompanhadas, não para todas as 601 identificadas pelo Censo. Seu uso adequado consiste em orientar busca ativa, integração com outras ações e revisão dos intervalos de retorno, preservando denominador específico do estudo vacinal.

7.8 Acesso, produção assistencial e resolutividade

O RDQA do terceiro quadrimestre de 2025 registrou cerca de 686 atendimentos do Consultório na Rua. Como parte da produção foi multiprofissional e uma mesma pessoa pode ser atendida mais de uma vez, o volume demonstra atividade, mas não corresponde a usuários distintos nem permite calcular cobertura do Censo (Foz do Iguaçu, 2026a).

O relatório anual de atendimentos acrescenta 225 registros distribuídos por sexo, dos quais 178 masculinos (79,1%) e 47 femininos (20,9%). Na distribuição por faixa etária, foram publicados 215 registros: 11 entre 20 e 24 anos; 24 entre 25 e 29; 30 entre 30 e 34; 32 entre 35 e 39; 25 entre 40 e 44; 33 entre 45 e 49; 29 entre 50 e 54; 28 entre 55 e 59; e três entre 65 e 69 anos. A diferença de 10 registros em relação ao total geral impede atribuir faixa etária a todo conjunto e precisa ser preservada na

avaliação da qualidade do dado (Foz do Iguaçu, 2025c).

O relatório anual vinculado à UBS Jardim São Paulo registrou 1.013 procedimentos realizados por um profissional, incluindo acolhimentos, aferições, glicemias, curativos, acompanhamento de tuberculose e testes rápidos. A diversidade confirma amplitude da atuação, sem representar a produção completa da equipe ou o número de pessoas alcançadas (Foz do Iguaçu, 2026b).

Os registros relacionados à tuberculose ilustram a diferença entre procedimento e percurso: consultas de tratamento supervisionado e identificação de caso novo documentam ações em etapas específicas, mas não informam, isoladamente, quantas pessoas concluíram o tratamento ou como se relacionam com as 21 notificações em situação de rua.

Atendimento, procedimento, teste, dose e pessoa são unidades analíticas distintas. O perfil assistencial se torna confiável quando explicita o que foi contado, em qual período e para qual finalidade. Sem essa separação, aumento da produção pode significar maior acesso, repetição de contatos, agravamento de casos ou mudança de registro.

Acesso inicial não equivale a continuidade. O contato com a equipe é condição para o cuidado, mas a resolutividade depende de exames concluídos, resultados comunicados, tratamentos iniciados e mantidos, encaminhamentos efetivados e retornos registrados.

O relatório anual permite descrever sexo para 225 registros e faixa etária para 215, mas não informa se cada registro corresponde a uma pessoa distinta, não apresenta cruzamento entre sexo e idade e não acrescenta raça ou cor, origem, continuidade ou desfechos. A diferença de 10 registros sem faixa etária publicada reduz a completude da variável. Consequentemente, ainda não se sabe quais grupos permaneceram em seguimento ou concentraram perdas, e os totais não permitem avaliar cobertura ou equidade assistencial de forma longitudinal (Foz do Iguaçu, 2025c).

A função do Consultório na Rua aparece menos como unidade autossuficiente e mais como mediadora entre território, Atenção Primária, vigilância, vacinação, saúde mental e assistência. A variedade de procedimentos demonstra essa posição, mas o desfecho depende da corresponsabilidade dos demais pontos da rede (Brasil, 2017).

A integração futura das bases exige autorização, finalidade definida e proteção

contra reidentificação. Combinações de nacionalidade, idade, diagnóstico e local de permanência podem reconhecer pessoas mesmo sem nome, o que impõe agregação, controle de acesso e limitação da divulgação (Brasil, 2018).

A avaliação da resolutividade deve acompanhar a passagem entre abordagem, decisão clínica, encaminhamento, retorno e desfecho. Essa sequência permite reconhecer onde o percurso se interrompe e evita responsabilizar automaticamente o usuário por barreiras de transporte, documentação, horário ou recusa institucional.

A produção assistencial completa o perfil ao mostrar como a política alcança necessidades concretas. Seu valor não está no volume isolado, mas na capacidade de relacionar alcance, repetição, continuidade e resultado. No material atual, alcance e produção são parcialmente visíveis; continuidade e desfecho permanecem como principal lacuna.

Tabela 17 - Registros assistenciais e leitura orientada à resolutividade

Registro	Valor	Unidade	Leitura para resolutividade
Atendimentos do CnaR	Cerca de 686	Atendimentos	Demonstra atividade; pode repetir pessoas
Registros anuais distribuídos por sexo	225	Registros	178 masculinos e 47 femininos; não confirma pessoas distintas
Registros anuais distribuídos por faixa etária	215	Registros	Concentração entre 30 e 59 anos; 10 registros sem faixa publicada
Produção de um profissional	1.013	Procedimentos	Mostra diversidade; não representa toda a equipe
Testes rápidos	235	Testes	Mede oferta; não equivale a cobertura pessoal
Resultados reagentes	25	Resultados	Exige confirmação, tratamento e seguimento
Consultas de tratamento supervisionado	42	Consultas	Registra etapa do cuidado, não desfecho global
Identificação de caso novo de TB	1	Consulta/procedimento	Demonstra detecção, não o total municipal
Vacinação	261 pessoas avaliadas	Pessoas	Base específica para situação vacinal

Fonte: elaboração própria com base nos relatórios municipais e nos estudos locais.

A Tabela 17 mantém cada registro em sua unidade de contagem e explicita o que ele acrescenta à avaliação. A distinção impede transformar atendimentos em pessoas, testes em diagnósticos ou procedimentos em resultados concluídos.

A leitura orientada à resolutividade preserva o valor do que já foi registrado e define o próximo passo: produzir indicadores de pessoas distintas, continuidade e desfecho. Essa ampliação deve ocorrer de forma gradual, vinculada a decisões de cuidado e sem aumentar a coleta de informações sensíveis que não tenham finalidade assistencial.

7.9 Configuração integrada do perfil local

A configuração local combina predominância masculina, maioria de pessoas pretas ou pardas, idade média adulta e elevada mobilidade. Esses traços compõem a base sociodemográfica mais segura porque derivam do Censo municipal, ainda que permaneçam sem cruzamentos capazes de revelar desigualdades internas entre os grupos.

A origem fora do município e a presença de migrantes internacionais acrescentam uma dimensão territorial decisiva. O perfil não associa migração à causa da situação de rua; mostra que documentação, comunicação, redes familiares e circulação precisam ser considerados na continuidade do cuidado em região de fronteira.

As trajetórias declaradas articulam vínculos familiares, substâncias, renda e efeitos posteriores à pandemia. Nenhum fator explica isoladamente a ruptura habitacional. O desejo majoritário de sair das ruas desloca a resposta pública para a oferta concreta de moradia, renda, trabalho, documentação e proteção, em articulação com o cuidado em saúde.

Na dimensão epidemiológica, a tuberculose apresenta a evidência mais diretamente vinculada à população em situação de rua. A testagem rápida revela demanda por cuidado em sífilis, HIV e hepatites entre pessoas alcançadas pelo CnaR, enquanto as séries municipais de aids, sífilis e hanseníase oferecem contexto, sem identificação individual do grupo.

A vacinação mostra prevenção incompleta no conjunto acompanhado e evidencia que o resultado depende de seguimento, não apenas de oferta. A mobilidade torna o reencontro, a verificação do histórico e a conclusão dos esquemas parte do próprio cuidado.

Os registros assistenciais demonstram presença territorial e diversidade de ações, mas não permitem medir integralmente cobertura, continuidade e resolutividade. A mesma pessoa pode gerar vários atendimentos, procedimentos, testes e doses, razão pela qual o volume de produção não substitui o acompanhamento longitudinal.

A principal limitação do perfil é a fragmentação entre fontes. Censo, notificações, vacinação, testagem e produção descrevem dimensões complementares, mas não formam uma coorte única. Isso impede calcular

prevalências sobre as 601 pessoas, cruzar agravos com características sociodemográficas ou reconstruir trajetórias individuais de tratamento.

A integração por pessoa, lugar e tempo oferece o ponto de encontro possível. Pessoa reúne características e grupos alcançados; lugar corresponde ao território fronteiriço e às rotas do cuidado; tempo diferencia o Censo de 2025, as séries de 2017 a 2025 e os registros assistenciais anuais. Comparações somente são válidas quando esses três componentes permanecem compatíveis (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

A dimensão sociodemográfica e a epidemiológica possuem alcances diferentes. O Censo descreve quem foi identificado; as notificações captam casos; e os registros assistenciais mostram ações entre pessoas que chegaram ao serviço ou foram alcançadas pela equipe. Preservar essa assimetria é condição para que a síntese seja precisa.

Também é necessário separar necessidade de saúde de utilização do serviço. Maior produção pode refletir ampliação do acesso, repetição de contatos ou maior gravidade; menor produção pode resultar de baixa ocorrência, barreira de acesso ou registro incompleto. Por isso, os dados de atendimento não foram utilizados como medida direta da carga de doença.

O perfil integrado reúne três níveis: composição das pessoas identificadas, contexto epidemiológico do município e ações realizadas com usuários alcançados pelo Consultório na Rua. A aproximação desses níveis orienta prioridades, mas não elimina suas fronteiras metodológicas nem autoriza reuni-los em uma única taxa.

Em conjunto, as evidências descrevem uma população majoritariamente masculina, preta ou parda, adulta e móvel, com demandas sociais e sanitárias que exigem cuidado territorial, prevenção, continuidade e articulação intersetorial. A síntese preserva a diversidade das trajetórias e oferece uma base verificável para o planejamento, sem apresentar como conhecido aquilo que as fontes ainda não permitem demonstrar.

7.10 Implicações para o Consultório na Rua e para as políticas intersetoriais

A configuração sociodemográfica orienta uma oferta capaz de alcançar a maioria sem invisibilizar grupos menos numerosos. Rotas, horários, acolhimento e comunicação precisam considerar desigualdades raciais, necessidades específicas de mulheres, diversidade de idade e origem e possíveis barreiras relacionadas à

mobilidade. O perfil serve para organizar acesso, não para classificar rigidamente usuários.

Tuberculose, testagem de infecções sexualmente transmissíveis, hepatites e vacinação devem permanecer entre as prioridades clínicas. O cuidado precisa articular abordagem, exame, comunicação do resultado, tratamento e retorno. O Consultório na Rua sustenta vínculo e busca ativa, mas depende da vigilância, das unidades básicas, da RAPS e dos serviços especializados para completar o percurso.

As determinações sociais e o desejo de saída das ruas exigem participação efetiva da assistência, habitação, trabalho, documentação e direitos humanos. Encaminhar sem verificar o acesso transfere a demanda; pactuar responsáveis, retorno e continuidade permite reconhecer obstáculos e distribuir competências entre os setores.

Para a gestão, o perfil oferece uma linha de base para revisar rotas, integrar ações preventivas e qualificar registros. Seu uso deve conservar denominadores, períodos e métodos, pois mudanças de sistema, equipe ou estratégia de busca podem alterar os números sem representar transformação real da população ou dos agravos.

O aperfeiçoamento mais consistente consiste em vincular, de forma autorizada e protegida, informações mínimas sobre pessoas distintas, cuidado recebido, continuidade e desfecho. Essa integração precisa obedecer à finalidade assistencial, à minimização de dados e à participação social, garantindo que maior precisão epidemiológica se traduza em acesso, proteção e direitos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta de pesquisa foi respondida pela integração entre o perfil sociodemográfico divulgado pelo I Censo municipal e as evidências epidemiológicas e assistenciais disponíveis. O Censo identificou 601 pessoas e mostrou predominância de homens, maior presença de pessoas pretas ou pardas, forte participação de pessoas nascidas fora do município e expressivo desejo de deixar a situação de rua. Esses achados delimitam quem compõe a população conhecida pelas fontes públicas e oferecem uma base concreta para o planejamento local.

Os resultados não sustentam uma explicação única para a situação de rua. Perda de renda, conflitos familiares, uso de substâncias, trajetórias de mobilidade e desigualdades acumuladas aparecem como dimensões que podem se combinar de modos distintos. Em Foz do Iguaçu, a condição de fronteira amplia a circulação e acrescenta desafios relacionados à documentação, aos vínculos familiares e à continuidade do cuidado, sem autorizar que a migração seja tratada como causa do fenômeno.

As evidências epidemiológicas disponíveis revelam necessidades que exigem acompanhamento continuado. Em 2025, 21 notificações de tuberculose envolveram pessoas em situação de rua. A equipe realizou testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites B e C e acompanhou a situação vacinal de 261 pessoas. Esses registros permitem reconhecer prioridades de prevenção, diagnóstico e seguimento, mas não podem ser convertidos em prevalências para as 601 pessoas identificadas pelo Censo, porque as bases possuem períodos, unidades e denominadores diferentes.

O Consultório na Rua ocupa posição estratégica porque aproxima o SUS do território e pode sustentar busca ativa, vínculo, redução de danos, vacinação, testagem, acompanhamento terapêutico e mediação com outros serviços. Os resultados, contudo, mostram que a implementação não se encerra com a existência formal da equipe. Sua consolidação depende de estabilidade profissional, transporte, insumos, informação de qualidade, retorno dos encaminhamentos e corresponsabilidade da Atenção Primária, da vigilância, da atenção psicossocial e dos demais pontos da rede.

A principal limitação informacional está na fragmentação dos registros. Censo, notificações, vacinação, testes, procedimentos e atendimentos descrevem dimensões complementares, mas não constituem uma base longitudinal única. Essa separação

impede acompanhar, de forma individual e autorizada, o percurso entre abordagem, diagnóstico, início do tratamento, retorno e desfecho. O avanço necessário não é somar bases incompatíveis, mas produzir integração tecnicamente governada, com finalidade assistencial definida e proteção de dados.

O impacto social do estudo está em transformar dados públicos dispersos em prioridades de ação verificáveis. A leitura integrada pode apoiar revisão de rotas, busca ativa, atualização vacinal, testagem, seguimento da tuberculose e das infecções sexualmente transmissíveis, além de indicar onde a articulação com assistência social, habitação, trabalho, renda, documentação e direitos humanos se torna indispensável. A contribuição, portanto, reside em aproximar diagnóstico local e decisão pública sem reduzir trajetórias complexas a um único indicador.

A saúde integra, mas não substitui, as respostas necessárias à superação da situação de rua. O desejo majoritário de deixar as ruas demanda alternativas materiais e institucionais que ultrapassem a capacidade de uma equipe de saúde. O Consultório na Rua pode favorecer acesso, cuidado e mediação de direitos, enquanto a permanência fora das ruas depende de coordenação intersetorial, proteção social e alternativas habitacionais sustentáveis.

As conclusões permanecem delimitadas pela cobertura do Censo, pela fragmentação entre fontes agregadas, pela ausência de vinculação individual autorizada e pelas diferenças entre pessoas, casos, testes, doses, procedimentos e atendimentos. Esses limites impedem calcular prevalências para toda a população em situação de rua, realizar cruzamentos não disponibilizados pelas fontes ou atribuir efeitos causais às políticas examinadas.

Foz do Iguaçu dispõe, entretanto, de três recursos relevantes para qualificar sua resposta pública: diagnóstico sociodemográfico recente, experiência territorial do Consultório na Rua e produção sistemática de registros assistenciais. Integrados a mecanismos de monitoramento e articulação intersetorial, esses recursos podem ampliar a continuidade do cuidado e a capacidade de avaliar resultados. O desafio central deixa de ser apenas produzir mais dados e passa a ser transformar informação válida em percursos de cuidado mais contínuos e em responsabilidades públicas claramente compartilhadas.

A segregação socioespacial observada nos diferentes cenários de rua do município deve ser compreendida como expressão de desigualdades raciais, econômicas e territoriais que condicionam formas distintas de acesso à proteção

social e ao direito à cidade. Para a população em situação de rua, essas diferenças se materializam em exposição à violência, estigma, circulação por espaços urbanos seletivos e acesso irregular a serviços. Reconhecer essa dimensão evita atribuir o adoecimento e a permanência nas ruas a escolhas individuais e reforça a necessidade de respostas públicas que articulem cuidado em saúde, proteção social e garantia de direitos.

REFERÊNCIAS

ALECRIM, Tatiana Ferraz de Araújo et al. Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 808-815, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600014>. Acesso em: 10 jul. 2026.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOAVENTURA, Edenir Guetten da; BENITEZ, Fabio João; TONIN, Edvaldo. Sífilis gestacional: perfil epidemiológico no município de Foz do Iguaçu-PR em 2022. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, e151501, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1501.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 jul. 2026.

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 Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Monitoramento da sífilis: dados estatísticos de Foz do Iguaçu, 2010-2024**. Brasília, DF, 2024a. Base tabular; dados até 30 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores municipais de HIV/aids: Foz do Iguaçu**. Brasília, DF, 2024b. Base tabular; dados até 30 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024**. Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua). Brasília, DF, 2024c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14821.htm. Acesso em: 11 ago. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros e sistemas do governo federal**. Brasília, DF: MDHC, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Plano Ruas Visíveis**. Brasília, DF: MDHC, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/acoes-e-programas/plano-ruas-visiveis>. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nova Política Nacional cria diretrizes e adapta o cuidado com a saúde à realidade da população de rua**. Brasília, DF, 2026a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/junho/nova-politica-nacional-cria-diretrizes-e-adapta-o-cuidado-com-a-saude-da-realidade-da-populacao-de-rua>. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 24/2026-COASV/CGAEQ/DESF/SAPS/MS**. Orientações para planejamento e implementação

de ações emergenciais de proteção e cuidado à população em situação de rua durante períodos de frio intenso e ondas de frio. Brasília, DF, 2026b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-no-24-2026-coasv-cgaeq-desf-saps-ms.pdf/view>. Acesso em: 11 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 32/2026-CGAEQ/DESF/SAPS/MS**. Recomendações às equipes da Atenção Primária à Saúde para atuação nas etapas de resposta e recuperação às emergências climáticas por chuvas intensas e desastres associados, com ênfase na promoção da equidade em saúde. Brasília, DF, 2026c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-no-32-2026-cgaeq-desf-saps-ms/view>. Acesso em: 11 ago. 2026.

CABANHA, Samuel et al. **I Censo da População em Situação de Rua de Foz do Iguaçu-PR**. Recife: Even3 Publicações, 2026. DOI: 10.29327/5785416. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/5785416>. Acesso em: 10 jul. 2026.

CONCEIÇÃO, Sebastião Carlos Silva da. **Apoio matricial às equipes de Saúde da Família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde**. 2023. 67 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/handle/icict/63788>. Acesso em: 11 ago. 2026.

COSTA, Maria Izabel Sanches; LUCENA, Fabiana Santos. Cidadania e o direito à saúde da população em situação de rua: um olhar sobre a estratégia do Consultório na Rua. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos, Bauru**, v. 10, n. 1, p. 65-84, 2022.

ELOY, André da Silva. Entre territórios: cartografia de um Consultório na Rua em região de fronteira. **Nursing Edição Brasileira**, v. 29, n. 319, p. 10422-10426, 2025. DOI: 10.36489/nursing.2025v29i319p10422-10426. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i319p10422-10426>. Acesso em: 10 jul. 2026.

ELOY, André da Silva; VITOR, Jéssico Antunes Sérió; SILVA, Emily Caroline da. Enfermagem e inclusão em saúde: a experiência do Consultório na Rua de Foz do Iguaçu-PR na vacinação de pessoas em situação de rua. **Saúde Coletiva (Edição Brasileira)**, v. 16, n. 103, p. 18780-18791, 2025. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i103p18780-18791.

EVANS, Peter. **Embedded autonomy: states and industrial transformation**. Princeton: Princeton University Press, 1995.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. **Dados de tuberculose 2025: Foz do Iguaçu**. Foz do Iguaçu: SMSA/DIVS, 2025a. Documento administrativo

agregado.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. **Dados de hanseníase: série 2017-2025**. Foz do Iguaçu: SMSA/DIVS, 2025b. Documento administrativo agregado.

FOZ DO IGUAÇU. Prefeitura Municipal. **Relatório anual de atendimentos: UBS Jardim São Paulo, período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2025**. Foz do Iguaçu, 2025c. Disponível em: <https://transparencia.foz.pr.gov.br/portaltransparencia-api/api/files/arquivo/1164642>. Acesso em: 6 ago. 2026.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): 3º quadrimestre de 2025**. Foz do Iguaçu, 2026a.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de procedimentos executados no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2025: UBS Jardim São Paulo**. Foz do Iguaçu, 2026b.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. **Consolidação dos resultados de testes rápidos realizados pela equipe do Consultório na Rua em 2025**. Foz do Iguaçu, 2026c. Documento administrativo agregado.

FRIEDRICH, Danielli; FALEIRO, Camila Aparecida Chagas; FABRIZ, Luciana Aparecida. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de tríplice fronteira. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, e151521, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1521.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, Ligia et al. **Política e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GIOVANELLA, Ligia et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate, Rio de Janeiro**, v. 45, n. 130, p. 748-762, 2021.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha C. **(org.)**. Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas. Brasília, DF: Ipea, 2014.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>. Acesso em: 10 jul. 2026.

HINO, Paula; SANTOS, Jaqueline de Oliveira; ROSA, Anderson da Silva. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 71, supl. 1, p. 684-692, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>. Acesso em: 10 jul. 2026.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LOTTA, Gabriela (org.). **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. Brasília, DF: Enap, 2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

MARIANO, Gabriel Gonçalves. **Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação, implementação e participação da Odontologia no programa**. 2019. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. DOI: 10.11606/D.23.2019.tde-30072020-090751. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23160/tde-30072020-090751/>. Acesso em: 11 ago. 2026.

MEJIA, Sandra Patricia Lotero. **Perfil sociodemográfico das pessoas ostomizadas atendidas no CER IV de Foz do Iguaçu no ano 2024 enquanto uma ferramenta de aprimoramento da política social e do atendimento da equipe profissional**. 2026. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2026.

MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAUIL, Pedro Luiz. Proposal for classifying the different types of descriptive epidemiological studies. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, v. 30, n. 1, e2018126, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000100026. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100026>. Acesso em: 10 jul. 2026.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 10 jul. 2026.

PAIVA, Irismar Karla Sarmento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>. Acesso em: 10 jul. 2026.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu de Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>. Acesso em: 10 jul. 2026.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis, Rio de Janeiro**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>. Acesso em: 10 jul. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. **Dados finais do I Censo da População em Situação de Rua de Foz do Iguaçu são apresentados**. Foz do Iguaçu, 20 maio 2026. Disponível em: <https://www.foz.pr.gov.br/dados-finais-do-i-censo-da-populacao-em-situacao-de-rua-de-foz-do-iguacu-sao-apresentados/>.

Acesso em: 10 jul. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. **No Dia Mundial de Combate à Aids, Foz do Iguaçu reforça prevenção e cuidado contínuo ao HIV**. Foz do Iguaçu, 1 dez. 2025. Disponível em: <https://www.foz.pr.gov.br/no-dia-mundial-de-combate-a-aids-foz-do-iguacu-reforca-prevencao-e-cuidado-continuo-ao-hiv/>. Acesso em: 27 jul. 2026.

QUEIROZ, Gabriel Vinícius Reis de et al. Perfil epidemiológico da população em situação de rua em município do estado de São Paulo - Brasil. **Revista Contexto & Saúde, Ijuí**, v. 24, n. 48, e14247, 2024. DOI: 10.21527/2176-7114.2024.48.14247. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14247>. Acesso em: 10 jul. 2026.

RÁDIO CULTURA FOZ. **Em menos de dois meses, Consultório na Rua realizou mais de 190 atendimentos. Foz do Iguaçu, 26 ago.** 2021. Disponível em: <https://www.radioculturafoz.com.br/2021/08/26/em-menos-de-dois-meses-consultorio-na-rua-realizou-mais-de-190-atendimentos/>. Acesso em: 29 jul. 2026.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, María Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SILVA, Tarcisio Oliveira et al. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e a morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, v. 30, n. 1, e2020566, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000100029. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>. Acesso em: 10 jul. 2026.

SILVA, Wictor Hugo Gabriel da. **Entre a norma e o real: a Atenção Básica em Saúde e o trabalho do assistente social na região de fronteira de Foz do Iguaçu**. 2026. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2026.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>. Acesso em: 10 jul. 2026.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade, São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>. Acesso em: 10 jul. 2026.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BORYSOW, Igor da Costa; ODA, Wagner Yoshizaki; FURTADO, Juarez Pereira.

Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 33, e33042, 2023. DOI: 10.1590/S0103-7331202333042. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333042>. Acesso em: 29 set. 2026.

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, Rio de Janeiro**, v. 30, n. 1, e03102024, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025301.03102024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.03102024>. Acesso em: 29 set. 2026.

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, Rio de Janeiro**, v. 48, n. 143, e8963, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241438963P. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241438963P>. Acesso em: 29 set. 2026.

GONTIJO, Thiago Gomes et al. População em situação de rua: fatores para utilização dos serviços de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo**, v. 37, eAPE0000186, 2024. DOI: 10.37689/acta-ape/2024AO0000186. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000186>. Acesso em: 29 set. 2026.

PAVINATI, Gabriel et al. Vulnerabilidade à perda de seguimento e ao óbito por tuberculose nas pessoas em situação de rua no Brasil: um estudo de coorte retrospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 29, n. 7, e02742024, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024297.02742024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02742024>. Acesso em: 29 set. 2026.

SAMINÊZ, Sarah Brito; MACERATA, Iacã Machado; FONTANA, Lívia Maria. Rua na Rede: um dispositivo para cuidado no âmbito do Consultório na Rua. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 28, e230491, 2024. DOI: 10.1590/interface.230491. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230491>. Acesso em: 29 set. 2026.

SCHLICHTING, Marianna de Souza et al. Atuação da Atenção Primária à Saúde sobre a população em situação de rua no Brasil: uma revisão de escopo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 35, n. 2, e350225, 2025. DOI: 10.1590/S0103-73312025350225pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350225pt>. Acesso em: 29 set. 2026.