

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

MANUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA



ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES-RJ

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Claudia Maria Braga de Mello

SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mário Sérgio Ribeiro

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

COORDENAÇÃO CICLOS DE VIDA

Michelli Melo Grama

COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DE POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA

Samara Milene da Silva

ORGANIZAÇÃO

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA

Clara Mendes Medeiros
Cristalane Carvalho de Lima
Samara Milene da Silva

FRENTE DE SEGURANÇA DO PACIENTE - SAPS

Letícia Pinheiro de Christo de Souza Pimentel
Nathália Caitano de Macedo Goulart

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Clara Mendes Medeiros
Cristalane Carvalho de Lima
Letícia Pinheiro de Christo de Souza Pimentel
Nathália Caitano de Macedo Goulart
Samara Milene da Silva
Clara Rodrigues Pais Apolinário (Residente de
Medicina de Família e Comunidade - UERJ)
Thamiris Ferreira Gouvêa (Residente de Medicina de
Família e Comunidade - UERJ)
Julia Baroni de Barro (Residente de Medicina de
Família e Comunidade - UERJ)

COLABORADORES

Michelli Melo Grama
Thaís Guilherme Pereira Pinheiro Pimentel

REVISÃO TÉCNICA

Claudia Maria Braga de Mello
Halene Cristina Dias de Armada e Silva
Michelli Melo Grama
Thaís Guilherme Pereira Pinheiro Pimentel

PROJETO GRÁFICO

Maria Vitória Germano - Coordenação de
Design e Inovação | ASCOM-SES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Abordagem no território pela eCR e fluxo do usuário
Figura 2	Manejo de situações no território pelas equipes de Consultório na Rua (eCR)
Figura 3	Higienização Simples das Mãos
Figura 4	Fluxo integrado de Notificação de Incidentes

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Abordagem no território pela eCR e fluxo do usuário
Quadro 2	Manejo de situações no território pelas equipes de Consultório na Rua (eCR)
Quadro 3	Higienização Simples das Mãos
Quadro 4	Fluxo integrado de Notificação de Incidentes
Quadro 5	Procedimentos comuns na APS e estratégias de segurança no atendimento à população em situação de rua

LISTA DE SIGLAS

ACR	Análise de Causa Raiz
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AT Pop Rua	Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CA	Certificado de Aprovação
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
eCR	Equipe Consultório na Rua
eMULTI	Equipes Multiprofissionais
eSF	Equipes de Saúde da Família
eSUS/PEC	e-SUS Atenção Primária / Prontuário Eletrônico do Cidadão
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
NOTIVISA	Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária
NR-06	Norma Regulamentadora nº 06
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POPs	Protocolos Operacionais Padrão
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAPS	Superintendência de Atenção Primária à Saúde
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIAPS	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

PREFÁCIO	6
INTRODUÇÃO	7
1. SEGURANÇA DO PACIENTE: FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E A ABORDAGEM DOS RISCOS ASSISTENCIAIS	10
2. DESAFIOS, ESPECIFICIDADES E ESTRATÉGIAS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	12
3. SEGURANÇA DO PACIENTE PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA APS	15
3.1 Identificação Segura do Usuário	16
3.2 Comunicação Eficaz	16
3.3 Segurança na Abordagem e Acolhimento	17
3.4 Segurança no Registro e Prontuário	20
3.5 Infraestrutura e Mobilidade das eCR	21
3.6 Segurança na Realização de Procedimentos	22
3.6.1 Ambiente Seguro	22
3.6.2 Higiene das mãos	24
3.6.3 Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)	25
3.6.4 Realização segura de procedimentos	27
3.6.5 Segurança no Acompanhamento de Doenças Crônicas e Agudas	29
3.6.6 Gestão de Riscos e Incidentes	30
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
5. MATERIAIS DE APOIO	33
ANEXO	34
REFERÊNCIAS	35

PREFÁCIO

Este manual é destinado a profissionais da saúde que trabalham com a população em situação de rua, independente da sua categoria profissional. Seu objetivo é fornecer orientações práticas para o cuidado seguro, contínuo e humanizado no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Portaria MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e a Resolução RDC nº 36/2013 da Anvisa, que estabelece ações para a promoção da segurança do paciente em serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) e representa um compromisso ético e técnico com a qualidade da atenção prestada em todos os níveis de cuidado. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), ela ganha ainda mais relevância quando se trata do atendimento à População em Situação de Rua (PSR), um grupo social marcado por extrema vulnerabilidade, barreiras de acesso aos serviços e maior risco de agravos à saúde. Para acessar a Portaria nº529 de 1º de Abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, clique no link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.



Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde estabelece que a assistência à saúde deve ser garantida de forma igualitária, universal e livre de preconceitos ou privilégios, o que implica reconhecer que a promoção da equidade exige estratégias diferenciadas para grupos historicamente excluídos. Assim, abordar a segurança do paciente no cuidado à PSR não apenas reafirma os princípios do SUS, como também responde à necessidade de adaptar os processos de trabalho da APS para reduzir riscos, ampliar o acesso e assegurar um cuidado digno, contínuo e resolutivo a esse segmento populacional (Brasil, 1990).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fornecem o marco institucional para o cuidado à PSR, reforçando o papel da atenção básica como porta de entrada do SUS e como espaço prioritário para promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento contínuo. Essas políticas reconhecem a necessidade de estratégias específicas para pessoas em situação de rua, contemplando vínculo com equipes multiprofissionais e articulação com serviços sociais, de modo a reduzir barreiras de acesso e promover cuidado integral e equitativo (Brasil, 2009; 2017).

A PSR caracteriza-se como um grupo populacional heterogêneo, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, que circula e faz das ruas seu local de existência e moradia, vivendo em condições de pobreza, vulnerabilidade extrema, violências em suas diversas configurações e uma série de violações de direitos. A Política Nacional de População em Situação de Rua pode ser acessada pelo link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.



Por estes motivos, a PSR está entre os grupos com maior risco de morbimortalidade, considerando, especialmente, os agravos mais recorrentes nessa população: tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo HIV/AIDS, doenças de pele, cuidado com feridas e doenças crônicas não transmissíveis, dentre outros problemas de maior complexidade, muitas vezes não diagnosticados e/ou abordados (Brasil, 2009; Brasil, 2012a; Brasil, 2014a).

A análise das condições avaliadas nos atendimentos individuais realizados em 2025 pelas equipes de Consultório na Rua (eCR) do estado do Rio de Janeiro evidencia um perfil epidemiológico caracterizado pela elevada prevalência de agravos relacionados à saúde mental, ao uso de



substâncias psicoativas e às doenças crônicas, configurando um cenário de alta complexidade para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. Destacam-se, entre as condições mais frequentes, o uso de álcool, o uso de outras drogas e o tabagismo, associados a um volume expressivo de atendimentos em saúde mental. Observa-se, ainda, importante carga de hipertensão arterial, tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis, ao passo que se identificam baixas frequências de ações preventivas e de acompanhamento no puerpério, o que pode indicar fragilidades na continuidade do cuidado e nos registros em saúde (Brasil, 2026a).

Em consonância com esse cenário, ressalta-se a mudança na metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 7.799, de 20 de agosto de 2025, que introduz atualizações relevantes, incluindo a criação de incentivos específicos para as equipes de Consultório na Rua. A partir dessa normativa, passam a ser incorporados indicadores de qualidade vinculados à ampliação do acesso à saúde, ao cuidado no ciclo gravídico-puerperal, ao rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis e ao cuidado das pessoas com tuberculose, reforçando a necessidade de qualificação dos processos de trabalho e dos registros no âmbito da APS (BRASIL, 2025a).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, esse grupo populacional busca primariamente unidades de urgência e emergência, após processos recorrentes de adoecimento, sendo muitas vezes a primeira via de acesso aos serviços de saúde. Contudo, o cuidado em saúde a esta população não deve se restringir a tais situações, tendo a APS um papel chave na coordenação do cuidado e na garantia de acesso da PSR aos serviços de saúde (Brasil, 2008).

As equipes de Saúde da Família (eSF), conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constituem a estratégia prioritária para a organização do nível primário de atenção à saúde no país. A composição mínima da equipe é: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Por serem a principal porta de entrada da APS e estarem inseridas no território, as eSFs desempenham papel fundamental no cuidado à PSR, possibilitando abordagens em tempo oportuno, acompanhamento longitudinal, oferta de cuidados preventivos para evitar progressão de agravos, apoio às estratégias de redução de danos e autocuidado, bem como a articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2017; Starfield, 2002).



Ademais, a atuação da eSF é essencial para o fortalecimento da equipe Consultório na Rua (eCR), uma vez que não está presente de forma contínua em todas as áreas adscritas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), cabendo à eSF contribuir para a continuidade do cuidado, o vínculo e a responsabilização pela atenção à saúde dessa população (Brasil, 2017).

Em relação à eCR, trata-se de uma equipe multiprofissional que desenvolve ações integrais de saúde, voltadas às necessidades específicas da PSR, no âmbito da APS. Suas ações ocorrem de maneira itinerante e articulada com as outras equipes das UBS e demais equipamentos da rede, incluindo as equipes Multiprofissionais (eMULTI), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Rede de Urgência e Emergência (RUE), de assistência social, dentre outros (Brasil, 2012b).

Os profissionais que atuam junto a PSR enfrentam desafios singulares, como a itinerância dos usuários, a presença frequente de múltiplas condições crônicas, agravos agudos e sofrimentos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, além das dificuldades na continuidade do cuidado e no acesso à rede de serviços. Assim, as práticas devem se organizar de modo a articular a construção de vínculos com a garantia do atendimento em qualquer ponto da rede, assegurando acolhimento, continuidade do cuidado e respeito às singularidades dos percursos dos usuários, independentemente de sua localização (Brasil, 2009).

Neste cenário, a segurança do paciente não se restringe ao ambiente hospitalar ou a práticas complexas de alta tecnologia, mas se expressa nas ações cotidianas: na correta administração de medicamentos, na verificação das vacinas, na coleta adequada de exames, na escuta qualificada, no registro fidedigno das informações em saúde e no acolhimento respeitoso e livre de estigmas (Brasil, 2017).

Outro aspecto da segurança do paciente na APS é a abordagem de redução de danos, pois orienta práticas de cuidado pautadas no diálogo, na negociação e no reconhecimento da autonomia dos sujeitos, contribuindo para a minimização de riscos e danos associados às condições de vida, aos processos de adoecimento e ao uso abusivo de álcool e outras drogas (Brasil, 2013a).

Ao fortalecer o vínculo, a adesão ao cuidado e as intervenções construídas a partir das necessidades e possibilidades de cada sujeito, a redução de danos promove o cuidado seguro, contínuo e centrado na pessoa, como prevê as diretrizes da PNAB (Brasil, 2017).

Partindo dos princípios do SUS, quais sejam, universalidade, integralidade e equidade, este manual tem como objetivo atuar como um norteador de boas práticas em segurança do paciente para as equipes que trabalham com a PSR. Busca-se articular as especificidades do cuidado ofertado a esse público com os fundamentos da segurança do paciente. O conteúdo foi sistematizado a partir da literatura nacional e internacional disponível e tem como finalidade subsidiar os profissionais na compreensão do tema, oferecendo orientações práticas alinhadas à realidade dos territórios e aos contextos de atuação das equipes (Brasil, 1990).

O intuito desse documento não é esgotar a temática, mas sim realizar uma abordagem inicial sobre o tema articulando com o cuidado à PSR no âmbito da APS.



1. SEGURANÇA DO PACIENTE: FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E A ABORDAGEM DOS RISCOS ASSISTENCIAIS

As discussões acerca da segurança do paciente remontam à antiguidade, quando já se estabelecia, no pensamento hipocrático, o princípio ético de “primeiro, não causar danos” (*primum non nocere*). Embora inicialmente associado à conduta individual do profissional de saúde, esse princípio constituiu a base moral sobre a qual se desenvolveram, ao longo do tempo, reflexões mais amplas sobre a responsabilidade do cuidado (Hipócrates, 2004; Beauchamp; Childress, 2013).

Na contemporaneidade, as discussões sobre segurança do paciente assumem uma abordagem sistematizada e institucional. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), a segurança do paciente é definida como a ausência de danos evitáveis durante o cuidado em saúde e a redução do risco de danos desnecessários associados às práticas assistenciais a um nível mínimo aceitável. Trata-se de um campo estruturante da qualidade do cuidado, que envolve um conjunto integrado de políticas, normas, processos e práticas organizacionais voltadas à prevenção, identificação e mitigação de riscos assistenciais.

Nessa perspectiva, a humanização do cuidado se configura como dimensão essencial da segurança do paciente. O Ministério da Saúde (2010), por meio da Política Nacional de Humanização, orienta que os processos de atenção e gestão sejam organizados a partir da valorização dos sujeitos envolvidos no cuidado – usuários, trabalhadores e gestores –, do fortalecimento do vínculo, da escuta qualificada e da responsabilização. Ao promover relações baseadas no respeito, na dignidade, na autonomia e no reconhecimento das singularidades, a humanização contribui para a qualificação das práticas assistenciais e para a redução de riscos, favorecendo ambientes de cuidado mais seguros, acolhedores e comprometidos com a qualidade da atenção, especialmente no âmbito da APS.

Para avançar na abordagem dos riscos assistenciais, deve-se distinguir categorias fundamentais, tais como dano, erro, incidente, evento adverso e incidente sem dano (*near miss*). Destaca-se que a compreensão desses conceitos é fundamental para orientar práticas mais seguras, qualificar a tomada de decisão e fortalecer ações de prevenção de danos nos serviços de saúde.

Para avançar na abordagem dos riscos assistenciais, deve-se distinguir categorias fundamentais, tais como dano, erro, incidente, evento adverso e incidente sem dano (*near miss*). Destaca-se que a compreensão desses conceitos é fundamental para orientar práticas mais seguras, qualificar a tomada de decisão e fortalecer ações de prevenção de danos nos serviços de saúde.

O dano corresponde a qualquer prejuízo físico, psicológico ou social resultante do cuidado em saúde, enquanto o erro refere-se à falha na execução de uma ação planejada ou à utilização de um plano inadequado para alcançar um objetivo específico. Os eventos adversos configuram-se como incidentes que resultam em dano ao paciente, ao passo que os *near miss* dizem respeito a situações em que o incidente ocorre, mas não ocasiona dano, seja por intervenção oportuna, seja por circunstâncias fortuitas (Brasil, 2014b; WHO, 2017).

Embora não produzam prejuízos imediatos, esses incidentes sem dano são reconhecidos como elementos centrais para a aprendizagem organizacional, ao permitirem a identificação de fragilidades nos processos de cuidado e a adoção de medidas preventivas antes que danos mais graves se concretizem (Brasil, 2014b; WHO, 2017). No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente, reforça a importância da



identificação, notificação e análise sistemática desses eventos como instrumentos estratégicos para a melhoria contínua da qualidade da atenção. Essa abordagem desloca o foco da responsabilização individual para a análise dos fatores sistêmicos, organizacionais e contextuais que favorecem a ocorrência de falhas, promovendo uma cultura de segurança pautada no aprendizado e na corresponsabilização das equipes. Tal perspectiva é especialmente relevante na APS, onde a complexidade do cuidado, a longitudinalidade das ações e as condições sociais do território impõem desafios adicionais à prevenção de danos evitáveis (Brasil, 2014b).

Nesse sentido, a segurança do paciente envolve a consolidação de uma cultura institucional orientada à aprendizagem e à responsabilização não punitiva, à padronização de processos e ao uso seguro de tecnologias, com foco na melhoria contínua dos serviços e na redução dos riscos assistenciais no cotidiano do cuidado em saúde (WHO, 2021).

A consolidação de práticas seguras no cuidado em saúde requer o reconhecimento de que os riscos assistenciais não se distribuem de forma homogênea entre os diferentes grupos populacionais. As condições de vida, as barreiras de acesso aos serviços, a fragmentação do cuidado e as vulnerabilidades sociais influenciam diretamente a exposição a agravos e a ocorrência de danos evitáveis (Starfield, 2002; Ayres et al., 2003; Marmot, 2005).

Historicamente, as iniciativas de segurança do paciente foram desenvolvidas com foco predominante no ambiente hospitalar, caracterizado por maior controle de processos e padronização das práticas assistenciais; entretanto, em consonância com a ampliação do conceito promovida por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde, reconhece-se que a segurança do paciente deve ser transversal a todos os níveis de atenção, incluindo a APS. Nesse âmbito, persistem limitações relacionadas à sua compreensão e operacionalização, especialmente diante da heterogeneidade dos cenários de cuidado, da complexidade das necessidades em saúde e da necessidade de adaptação das práticas seguras aos diferentes ciclos de vida e às múltiplas linhas de cuidado, o que se torna ainda mais relevante em contextos de alta vulnerabilidade, como no atendimento à PSR (WHO, 2009a; Ministério da Saúde, 2013a; Marchon e Mendes Júnior, 2014).

A APS, por sua atuação territorial e pelo papel estratégico na coordenação do cuidado, é desafiada a adaptar seus processos de trabalho para responder às necessidades específicas de populações que vivenciam maior exclusão social (Paim et al., 2011; Brasil, 2017).

Entre esses grupos, destaca-se a PSR, cuja realidade impõe desafios singulares à organização da atenção, à construção de vínculos entre usuários e equipes e à continuidade do cuidado. Compreender essas especificidades é fundamental para qualificar as práticas assistenciais, fortalecer o acesso aos serviços e subsidiar a construção de estratégias que promovam cuidado integral, equitativo e ético (Plage e Parsell, 2022; Haeffner, L.S.B. et al., 2023).



2. DESAFIOS, ESPECIFICIDADES E ESTRATÉGIAS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O atendimento à PSR envolve desafios específicos na organização do cuidado e na garantia da segurança do paciente no SUS. Os profissionais lidam diariamente com condições de vida que influenciam diretamente a saúde e o adoecimento dessa população, marcada por vulnerabilidades sociais, sanitárias e no acesso aos serviços. Essas características exigem das equipes da APS e do Consultório na Rua adaptações nos modelos tradicionais de cuidado, para assegurar um atendimento adequado, humanizado e seguro (Brasil, 2012a). Nesse contexto, podem ser elencados como principais atravessamentos:

- **Racismo estrutural e institucional:** Caracteriza-se como um determinante central na saúde da PSR, que é majoritariamente negra e depende exclusivamente do SUS (Brasil, 2008; 2017). O racismo estrutural limita o acesso a serviços de saúde, educação, emprego e moradia, produzindo situações recorrentes de discriminação e negação de direitos, além de impactos significativos na saúde mental e no vínculo dessas pessoas com os serviços de atenção à saúde (De Oliveira e Martins, 2022).
- **Vulnerabilidade às agressões de natureza física ou moral:** A PSR está frequentemente exposta à violência urbana, a agressões físicas e morais praticadas por indivíduos ou grupos, bem como à violência sexual, configurando um contexto permanente de insegurança e violação de direitos. Essas situações produzem impactos significativos na saúde, incluindo lesões físicas, traumas psicológicos, ansiedade, depressão, ISTs, gravidez decorrente de violência sexual e outros agravos à saúde mental (Brasil, 2012a).
- **Alimentação incerta e em baixas condições de higiene:** A alimentação incerta e, muitas vezes, de baixa qualidade nutricional vivenciada pela PSR aumenta significativamente o risco de desnutrição, anemia e o desenvolvimento de doenças infecciosas, o que impõe desafios adicionais aos profissionais que atuam nesse contexto. Soma-se a isso o acesso limitado à água potável, frequentemente de baixa qualidade, fator que contribui para a ocorrência de doenças gastrointestinais, episódios de diarreia e quadros de desidratação, dificultando ainda mais a promoção da saúde (Sousa *et al.*, 2022).
- **Privação de sono:** A realidade da PSR a obriga a buscar locais inseguros ou inadequados para o descanso, o que amplia a vulnerabilidade a doenças físicas e mentais, resultando em fadiga, comprometimento do sistema imunológico, estresse crônico e maior exposição a diferentes formas de violência (Brasil, 2012a).
- **Variações climáticas:** A exposição direta ao frio, ao calor intenso e às chuvas, representa uma barreira significativa para a PSR, especialmente diante das variações climáticas cada vez mais intensas observadas em diversos estados do Brasil. As mudanças bruscas de temperatura e os eventos climáticos extremos aumentam o risco de hipotermia, insolação e doenças respiratórias, além de agravarem problemas de saúde preexistentes (Brasil, 2012a).
- **Doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis:** A elevada incidência de doenças transmissíveis, como tuberculose, hepatites, sífilis e outras ISTs, associa-se às condições precárias de vida, à exposição constante a fatores de risco e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Paralelamente, observa-se a presença significativa de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes e agravos cardiovasculares, exigindo dos profissionais de saúde que atuam junto à PSR cuidados regulares e manejo adequado (Oliveira *et al.*, 2021).



- **Vínculos familiares fragilizados ou rompidos:** Os vínculos familiares fragilizados ou rompidos constituem uma importante barreira no cuidado à PSR, pois reduzem o suporte social, emocional e material necessário para a manutenção da saúde e do tratamento. A ausência ou fragilidade dessas relações pode intensificar sentimentos de isolamento, sofrimento psíquico e desamparo, além de dificultar a adesão aos cuidados em saúde e o acompanhamento contínuo pelos serviços (Brasil, 2012a).
- **Barreiras ao acesso a cuidados de saúde e benefícios sociais:** O acesso da PSR a serviços de saúde e a programas sociais é dificultado por obstáculos práticos e estruturais, como dificuldades de deslocamento, ausência de documentos, estigma, preconceito, horários inadequados e falta de informação. Esses fatores resultam em atendimentos irregulares, atrasos em diagnósticos e tratamentos, além de limitar o acesso a benefícios sociais como Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e programas de habitação, perpetuando a vulnerabilidade econômica e social dessa população (Oliveira *et al.*, 2021).
- **Violência institucional:** Além das barreiras práticas, pessoas em situação de vulnerabilidade frequentemente enfrentam práticas institucionais rígidas e burocratização excessiva, que podem gerar exclusão, constrangimento e negativa de atendimento. Exigências administrativas desproporcionais, regras inflexíveis e encaminhamentos reiterados sem resolução desconsideram as condições reais de vida dessa população, agravando riscos à saúde e dificultando o vínculo com os serviços (Aguiar; D'Oliveira; Schraiber, 2013).
- **Ausência de documentação:** A falta de documentos, como identidade, Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou comprovante de residência, pode dificultar o acesso da PSR a benefícios sociais e à regularização de direitos, e pode atrasar ou complicar o registro e o acompanhamento nos serviços de saúde. Embora a ausência de documentação não deva impedir o atendimento, ela gera barreiras administrativas que comprometem a continuidade do cuidado e o acesso a programas de prevenção, tratamento e acompanhamento regular (Minayo; Gualhano, 2024).
- **Renda baixa e/ou incerta:** A renda baixa ou instável está na raiz de muitos dos desafios citados acima e enfrentados pela PSR. Essa condição leva à dependência de atividades informais ou de doações, ampliando a vulnerabilidade social e dificultando a manutenção regular de cuidados de saúde, alimentação adequada e acesso a moradia segura (Minayo; Gualhano, 2024).

Diante dessas condições, é fundamental que as equipes de APS e eCR compreendam as especificidades dessa população e desenvolvam estratégias de cuidado contínuas, individualizadas e integradas, considerando não apenas o estado clínico, mas também os determinantes sociais e ambientais que afetam sua saúde.

A PSR tem direito a acesso integral e universal aos serviços de saúde, sem discriminação ou barreiras administrativas, incluindo acolhimento, acompanhamento de saúde mental, imunizações, prevenção de doenças e orientação sobre direitos sociais. Para garantir esses direitos, o atendimento deve ser integral, seguro e efetivo, pautado em atenção qualificada, humanizada e articulada com redes de proteção social. Isso se concretiza por meio de encaminhamentos adequados, comunicação clara entre serviços e acompanhamento contínuo, que juntos reduzem vulnerabilidades, evitam perdas de cuidado e promovem a proteção da saúde física e mental (Brasil, 2012a).

Na atuação das equipes que atendem esse grupo populacional alguns instrumentos são fundamentais para o planejamento e qualificação do trabalho. Eles ajudam a compreender o território, os grupos e as dinâmicas da população, articulando cuidado, vigilância e gestão. Com base no território, espaço de maior atuação das eCR, destacam-se:

Plano Terapêutico Singular (PTS)

A utilização do PTS constitui um recurso estratégico para integrar as ações voltadas à segurança no acompanhamento do indivíduo. Ao definir metas, responsabilidades e intervenções pactuadas entre equipe e usuário, o PTS fortalece a continuidade do cuidado, qualifica a adesão ao tratamento e favorece a identificação oportuna de riscos e necessidades de encaminhamento. Trata-se de um instrumento que organiza o cuidado de forma centrada na pessoa, contribuindo para a redução de descontinuidades assistenciais e para a melhoria dos desfechos clínicos (Brasil, 2018a).

Entre as PSR, a construção compartilhada do PTS é particularmente relevante, pois permite adequar as propostas terapêuticas às condições reais de vida, à mobilidade territorial e às possibilidades de autocuidado. Sua natureza dinâmica possibilita revisões contínuas conforme mudanças nas condições de saúde e no contexto social, favorecendo a coordenação entre os diferentes pontos da rede e reforçando a integralidade, a equidade e a segurança do cuidado longitudinal na APS (Valle *et al.*, 2020b; Brasil, 2023a).

Mapeamento

O território é um ambiente que vai além da geografia com extensões geométricas e cartográficas. É um espaço composto de um perfil demográfico, epidemiológico, social, cultural, tecnológico, político e administrativo, que o caracteriza e se expressa em um espaço de constante mudança e construção. Conhecer o território e suas dinâmicas, favorece a compreensão das relações humanas e seus grupos sociais, as necessidades da área, seus problemas de saúde e as interações intersetoriais (Gusso *et al.*, 2019).

Dessa forma, o mapeamento de um local deve ser utilizado como uma ferramenta importante no processo de apropriação da área pelas eSF com objetivo de entender o território como um ambiente de cuidado. Ao mesmo tempo que ele é produto, é também produtor de diferenciações sociais e ambientais, o que leva a importantes reflexos sobre a saúde dos grupos envolvidos (UFSC, 2016a). É importante considerar as singularidades da população, seus diferentes modos de vida, saúde e adoecimento nesse espaço em que as representações sociais do processo saúde-doença envolvem os determinantes sociais e as significações culturais (Brasil, 2012a).

Ao pensar no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua, mapear a área é uma via fundamental para o acolhimento dessa população e para a construção do processo de trabalho visando a segurança do paciente. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde tenham a possibilidade de estudar o seu território com um olhar abrangente para as suas dinâmicas e os fatores que o compõem, permitindo que a equipe localize serviços de saúde e outros instrumentos sociais como escolas, igrejas, associação de moradores, creches, entre outros (Reis, 2016).

Além disso, ao percorrer a área, a equipe deve observar, com respeito e competência, as múltiplas dimensões presentes na rua, identificando a dinâmica da PSR, os pontos de maior concentração desse grupo, fatores de vulnerabilidade e áreas críticas de violência, bem como cenários de uso de drogas e de práticas sexuais desprotegidas. É igualmente fundamental mapear outros riscos à saúde, como locais de acesso à alimentação, higiene e dormitórios, além de identificar onde permanecem pessoas com transtornos mentais sem acompanhamento e com rede de apoio fragilizada (Brasil, 2012a).

Diagnóstico Situacional

A partir do reconhecimento e do mapeamento do território, a equipe de Consultório na Rua amplia a compreensão das dinâmicas, necessidades e vulnerabilidades da população em situação de rua. Esse processo envolve observação sistemática, escuta qualificada e diálogo com pessoas-chave do território, possibilitando identificar demandas, fragilidades e potencialidades, além de fortalecer o vínculo com as pessoas acompanhadas (Pinto; Spedo, 2017).

Como resultado, constrói-se o diagnóstico territorial, iniciado pela identificação dos problemas de saúde mais prevalentes e dos determinantes sociais que atravessam o cotidiano da rua. Logo, considerar essas especificidades é fundamental para o planejamento de ações integrais e intersetoriais (UFSC, 2016a; Valle *et al.*, 2020b).

O diagnóstico territorial, nesse contexto, não é um produto finalizado, mas um instrumento dinâmico e cíclico, que deve ser continuamente atualizado a partir do acompanhamento do território e das mudanças nas condições de vida da população, orientando a priorização de ações, a organização do cuidado e as estratégias de promoção, prevenção na atenção à saúde (Souza *et al.*, 2024a).

Mapa Vivo

O reconhecimento e a apropriação do território são pilares fundamentais da atuação das equipes, especialmente quando se busca garantir a segurança do paciente e o cuidado integral à PSR. Nesse contexto, o mapa vivo se configura como uma ferramenta estratégica de abordagem comunitária e planejamento em saúde (Brasil, 2023b).

Construído a partir do processo de territorialização, o mapa vivo reúne e organiza informações geográficas, demográficas, sociais, ambientais e de saúde, permitindo uma visualização dinâmica e compartilhada do território e de suas singularidades (Brasil, 2023b). Mais do que uma representação estática, ele expressa o movimento, as transformações e as relações que atravessam o território, por isso, deve ser construído de forma coletiva e atualizado continuamente.

A participação de toda a equipe de saúde é essencial nesse processo, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes Sociais, que possuem contato direto e cotidiano com a área e estão

mais próximos das realidades locais. São eles que frequentemente detectam mudanças no território, como novos moradores, situações de violência, pessoas em situação de rua recém-chegadas ou alterações no acesso a serviços que impactam diretamente no planejamento das ações e na promoção de um cuidado seguro e resolutivo (UFSC, 2016b).

Algumas ferramentas que podem ser utilizadas na construção prática do mapa vivo incluem mapas físicos, bem como mapas virtuais com auxílio de programas de geoprocessamento. Nesse sentido, destacam-se recursos como módulos de mapeamento no software Tabwin (DATASUS), a plataforma Terraview (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais - INPE) e ferramentas da Google, como o Google Maps e o Google Street View (Santos; Rigotto, 2011). Além disso, atualmente, outras ferramentas digitais, como o Google My Maps, permitem a criação, edição e visualização de mapas personalizáveis, que podem ser atualizados com regularidade pela equipe de acordo com as mudanças do território (Santos, 2021).

Ao integrar os saberes da equipe e da comunidade, o mapa vivo fortalece o planejamento territorial e contribui para a construção de respostas mais adequadas às necessidades locais. Com isso, torna-se uma ferramenta potente para o cuidado em saúde com foco na equidade, integralidade e na segurança dos sujeitos que habitam o território, sobretudo aqueles historicamente invisibilizados pelas políticas públicas.

3. SEGURANÇA DO PACIENTE PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA APS

A segurança do paciente é um atributo essencial da qualidade do cuidado e um componente estruturante da APS, onde se concentram o acesso inicial, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado. Nesse nível de atenção, os riscos à segurança não se restringem a eventos adversos clínicos, mas incluem falhas nos processos assistenciais, na continuidade do cuidado, na comunicação e na organização dos serviços, exigindo abordagens sistêmicas e orientadas por evidências (Macedo *et al.*, 2022).

Quando se trata da PSR, tais riscos são potencializados por contextos de alta vulnerabilidade social, multimorbidade e acesso irregular aos serviços de saúde. A segurança do paciente, nesse cenário, demanda uma concepção ampliada de dano evitável, incorporando determinantes sociais, equidade e adaptação dos processos de cuidado como elementos centrais para a oferta de atenção segura, resolutiva e alinhada aos princípios do SUS (WHO, 2017).





3.1 IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO USUÁRIO

A identificação segura do usuário é um dos eixos centrais da Segurança do Paciente. No entanto, quando se trata da PSR, emergem desafios específicos, exigindo uma abordagem ética, flexível e alinhada aos princípios do SUS.

A PSR sofre com a ausência ou perdas frequentes de documentos, itinerância, dificuldades de criação de vínculo e rompimentos institucionais, além de prontuários tradicionais não adaptados a este grupo. A identificação segura deve estar articulada à formação e sensibilização das equipes de saúde, reforçando o entendimento de que a ausência de documentação não pode ser impeditiva para o atendimento, pelo contrário, essa realidade exige registros mais cuidadosos, estratégias alternativas de identificação e acompanhamento ativo por parte das equipes, assegurando dignidade no acesso aos serviços de saúde, a continuidade, a segurança e a qualidade da atenção prestada (Brasil, 2012a).

É importante lembrar que a identidade declarada deve ser respeitada como um dos aspectos do fortalecimento do vínculo. No que tange às pessoas transexuais e travestis, o tratamento pelo nome social, quando não retificado, bem como seu registro correto, são garantidos por lei em todos os cadastros, prontuários, atendimentos e documentos de identificação no SUS, conforme o Decreto nº 8.727/2016 e a Portaria MS nº 1.820/2009. O registro padronizado nos sistemas de informação, como o e-SUS Atenção Primária / Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS/PEC), evita a duplicidade de cadastros, sendo recomendado a atualização dos dados sempre que novos elementos forem apresentados. (Brasil, 2026b).

Algumas estratégias podem qualificar a identificação e promover maior segurança, como por exemplo o uso de múltiplos identificadores e observações. Considerando que a segurança do paciente também está diretamente atrelada

à qualidade e à riqueza dos registros em saúde, a incorporação de detalhes relevantes no prontuário torna-se uma estratégia fundamental para a compreensão integral do histórico da pessoa, especialmente no cuidado à PSR, como referências territoriais (onde costuma dormir e circular), vínculos estabelecidos, nome social, características físicas, formas habituais de acesso aos serviços e condições clínicas recorrentes. O prontuário deve ser sempre atualizado, com a inclusão de novos casos e registros (Brasil, 2012a).

Estas estratégias de cuidado já se mostraram eficazes e favorecem a continuidade do cuidado, mesmo diante da alta rotatividade de profissionais e da fragmentação da rede. A articulação permite o compartilhamento de informações clínicas e sociais estritamente necessárias ao cuidado, de forma ética, segura e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), evitando a perda de informações relevantes ao longo da trajetória do usuário na rede (Brasil, 2018b).

3.2 COMUNICAÇÃO EFICAZ

A comunicação é um elemento fundamental da segurança do paciente e, no contexto da APS e do cuidado à PSR, portanto deve contemplar tanto o trabalho em equipe quanto o diálogo com os usuários, reconhecendo suas singularidades, respeitando suas trajetórias de vida, tempos e modos de se relacionar com os serviços de saúde. Entendida como uma tecnologia leve, a comunicação é essencial para a construção do vínculo, para a escuta ativa e para o desenvolvimento do cuidado. Por meio dela, torna-se possível compreender demandas explícitas e implícitas, reduzindo riscos de equívocos na avaliação clínica, na definição do plano terapêutico e

nos encaminhamentos realizados ao longo da rede de atenção (Lopes, 2018).

No âmbito da articulação entre os pontos de atenção, a comunicação qualificada contribui para a coordenação do cuidado e para a continuidade da atenção. Quando as informações circulam de forma adequada e responsável entre os serviços, reduzem-se riscos como a repetição desnecessária de procedimentos, a interrupção de tratamentos, erros de medicação e a descontinuidade do seguimento. Dessa forma, a comunicação eficaz se consolida como estratégia central para a segurança do paciente e para a promoção de um cuidado integral, equânime e resolutivo no SUS.

Estratégias que podem ser consideradas pelas eCR para uma comunicação segura incluem a manutenção de registros claros, consistentes e completos nos sistemas de informação, a adoção de rotinas estruturadas antes da ida aos territórios, a realização de reuniões regulares para alinhamento de condutas e o uso de protocolos de comunicação que reduzam falhas no cuidado. Quando a equipe compartilha informações de forma organizada, transparente e acessível, diminui-se o risco de erros, fortalece-se o trabalho interdisciplinar e assegura-se um cuidado mais integral e efetivo.

Utilizar uma linguagem acessível, adequada ao contexto sociocultural da pessoa atendida, é parte essencial da segurança do paciente. Muitas vezes, o uso de termos técnicos, prescrições complexas ou orientações genéricas dificultam a compreensão do usuário e comprometem a adesão ao tratamento (Brasil, 2023a). A comunicação eficaz envolve traduzir o conhecimento técnico em orientações claras, confirmar a compreensão do que foi dialogado e adequar o plano terapêutico à realidade do usuário, favorecendo o entendimento mútuo e o engajamento no cuidado (Valle *et al.*, 2020a). No caso das PSR, que frequentemente apresentam baixo letramento ou histórico de experiências negativas com instituições, essa comunicação deve ser ainda mais cuidadosa, respeitando os tempos da escuta, utilizando exemplos concretos e, sempre que possível, recursos ilustrativos e materiais de apoio (UFSC, 2016b).

3.3 SEGURANÇA NA ABORDAGEM E ACOLHIMENTO

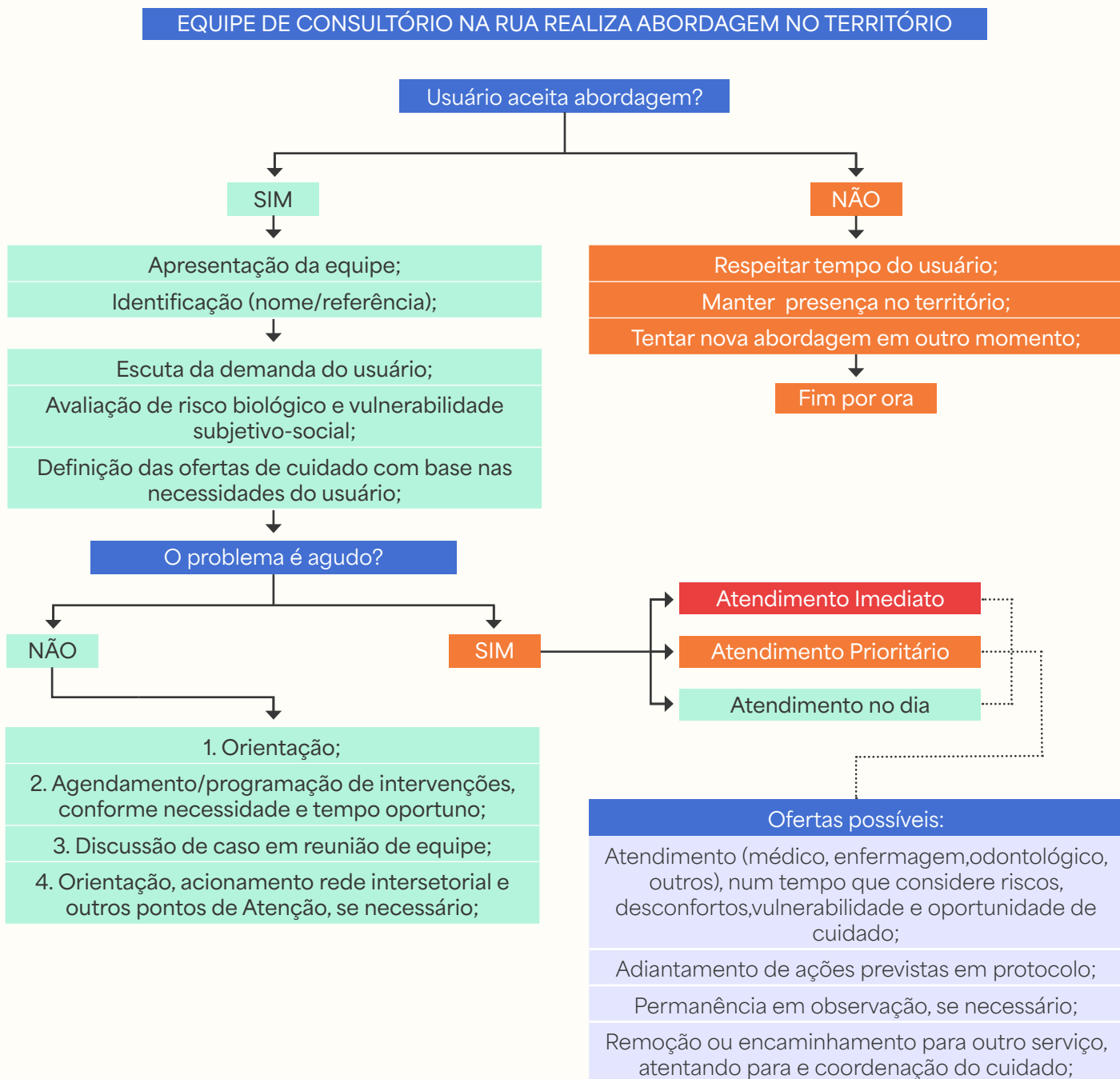
As eCRs facilitam o acesso da PSR ao SUS e realizam encaminhamentos para outros níveis de atenção quando necessário. Ser porta de entrada significa acolher, estar presente junto ao usuário e realizar uma escuta qualificada de suas demandas, legitimando-as e construindo, de forma compartilhada, caminhos de cuidado. Implica também atender às necessidades identificadas, articular-se com outros pontos da rede e acompanhar o percurso do usuário no sistema de saúde, assumindo um papel de referência no cuidado dessas pessoas. A segurança na abordagem e no acolhimento começa na forma como se estabelece a relação entre profissional e paciente. Demonstrar empatia, escutar sem julgamento e tratar cada pessoa com dignidade e respeito fortalece o vínculo e cria um ambiente de confiança, advertindo dos riscos de procedimentos e intervenções desnecessárias, garantindo a escuta qualificada e o acesso à informação (Lopes, 2018).

A empatia e respeito são valores que foram citados por vários profissionais como primordiais na abordagem e acolhimento da PSR. Evitar estigmatização e rótulos, descrever o paciente a partir de suas necessidades, para além de sua condição social, e legitimar sua presença nos espaços de cuidado são atitudes que contribuem para reduzir o estigma institucional (Gusso *et al.*, 2019). Reconhecer a pessoa como sujeito de direitos e corresponsável pelo próprio cuidado fortalece a autonomia e potencializa os efeitos terapêuticos da relação profissional-paciente. Além disso, possibilita um maior envolvimento do paciente durante o processo de cuidado, contribuindo para uma atenção à saúde de maior segurança e qualidade.

Deve-se estabelecer uma abordagem integral, orientada pela perspectiva da clínica ampliada, considerando não apenas as condições clínicas, mas também os contextos sociais, as trajetórias de vida e as vulnerabilidades que influenciam o processo saúde-doença. Assim, o cuidado deve ser individualizado, respeitando vulnerabilidades, potencialidades e modos de vida (Souza *et al.*, 2024a).

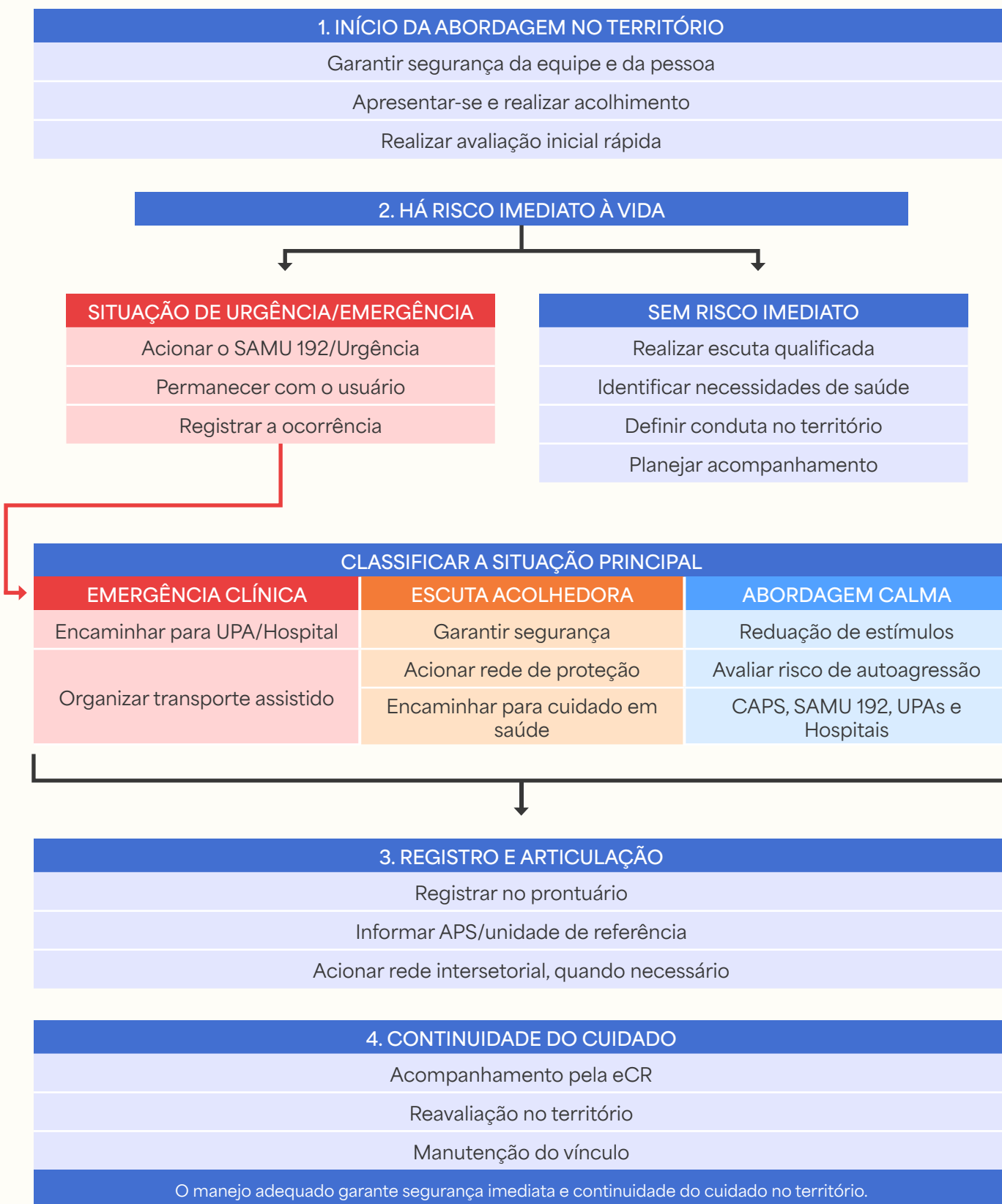
Sabemos que PSR estão mais expostas a diferentes formas de violência – institucional, urbana, física e psicológica. Nesse contexto, os serviços de saúde devem estabelecer o cuidado e a prevenção dentro desse cenário, como espaço de acolhimento, proteção e encaminhamento (Gusso *et al.*, 2019). A segurança do paciente envolve reconhecer sinais de violência, escutar os relatos com seriedade e acionar a rede de proteção sempre que necessário. Para isso, é fundamental que as equipes estejam preparadas e articuladas, sendo importante a formulação de protocolos e fluxos bem definidos e articulados com a assistência social e outros serviços da rede, garantindo que o cuidado em saúde também contribua para a defesa de direitos e a prevenção de novos ciclos de violência (Brasil, 2023a).

Figura 1 - Abordagem no território pela eCR e fluxo do usuário



Fonte: Elaboração própria, a partir do padrão de fluxo dos usuários nas UNIDADES BÁSICAS de SAÚDE (UBS), conforme Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1-2013.

Figura 1 - Manejo de situações no território pelas equipes de Consultório na Rua (eCR)



3.4 SEGURANÇA NO REGISTRO E PRONTUÁRIO

A organização e o registro adequado em prontuário são componentes fundamentais da segurança do paciente e do cuidado longitudinal na APS, especialmente quando se trata de populações em situação de maior vulnerabilidade. Do ponto de vista ético, é indispensável garantir a confidencialidade, a privacidade e o respeito à dignidade do sujeito. O uso de uma linguagem livre de julgamentos e a evitação de termos pejorativos ou estigmatizantes são indispensáveis para que o prontuário não seja um instrumento de reprodução de preconceitos, mas sim de cuidado qualificado (Brasil, 2012a).

A linguagem adotada no prontuário deve reconhecer a dignidade da pessoa e proteger sua confidencialidade, contribuindo para um ambiente de cuidado seguro e ético. Contudo, além do aspecto ético, o registro clínico desempenha outras funções essenciais para a segurança do paciente. Primeiramente, ele permite a continuidade do cuidado, especialmente importante em contextos de alta rotatividade de profissionais, como ocorre em muitas eSF e eCR, concomitante à mobilidade territorial da PSR (Souza *et al.*, 2024a). Um prontuário bem preenchido facilita que qualquer profissional, ao acessar aquele histórico, possa compreender a trajetória de saúde e doença, os acordos terapêuticos estabelecidos, as condutas já adotadas e os limites identificados.

Os profissionais das eCR possuem uma dificuldade histórica no registro de atendimentos e procedimentos, bem como na realização do cadastro da população atendida. Essa dificuldade se dá por diversas questões, dentre elas a mais referenciada é a realidade diferenciada dos atendimentos feitos na rua. Muitas das vezes os profissionais não possuem tablets para registro em campo, deixando para registrar apenas quando voltam para unidade, conseqüentemente perde-se muitas informações importantes até esse registro acontecer (Lopes, 2018).

Outra dificuldade é a falta de acesso à computadores e internet nas unidades de saúde, prejudicando o envio de dados à base nacional, ao Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (SIAPS). Comumente há registro de informações em cadernos, planilhas, fichas próprias, que possibilitam o acompanhamento local dos pacientes, mas que perdem-se com facilidade, correndo risco de extravios e acesso de terceiros.

Outro ponto relevante é a possibilidade de monitoramento e avaliação. Dados registrados sistematicamente contribuem para análises epidemiológicas locais, planejamento territorial, estudos de caso, construção de linhas de cuidado e fortalecimento das políticas públicas de saúde direcionadas à PSR (UFSC, 2016b; Valle *et al.*, 2020a).

Por fim, o registro em prontuário também é um instrumento de proteção legal para o profissional de saúde e para o próprio usuário que pode servir como evidência das ações realizadas, das decisões tomadas em conjunto com o paciente e da conduta ética e técnica da equipe de saúde. Portanto, registrar de forma completa, respeitosa, estruturada e contínua é uma ação que fortalece o cuidado centrado na pessoa, a integração em rede e a segurança do paciente, especialmente em contextos de vulnerabilidade, onde a informação pode ser a principal ponte para o acesso, segurança e para a proteção da vida.

Considerando as dificuldades enfrentadas pelas eCR, reforça-se a importância de sua vinculação a uma UBS, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Essa vinculação possibilita a existência de uma base de apoio local, com consultório, computador e acesso à internet disponíveis para atendimentos quando necessário, além de viabilizar o registro das informações. Tal estrutura constitui uma ferramenta relevante para a coordenação do cuidado entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A documentação clara de diagnósticos, intercorrências, encaminhamentos e intervenções permite que os serviços de saúde atuem de maneira articulada, evitando lacunas assistenciais (Brasil, 2012b; Gusso *et al.*, 2019; Brasil, 2023a).



Quadro 1 - Orientações para registro qualificado em prontuário

ORIENTAÇÕES PARA REGISTRO QUALIFICADO EM PRONTUÁRIO	
REGISTRAR SEMPRE	EVITAR REGISTRAR
Identificação do usuário (nome, apelido ou referência no território), dados sociodemográficos e existência de rede de apoio	Termos estigmatizantes ou discriminatórios
Data, local da abordagem e equipe/profissional	Comentários sobre comportamento sem relevância clínica
Queixa principal ou motivo do atendimento	Suposições ou interpretações sem confirmação
Avaliação clínica ou observações relevantes	Informações íntimas sem relação com a assistência
Situações de risco identificadas (clínicas, violência, sofrimento psíquico)	Identificações desnecessárias de terceiros
Condutas realizadas pela equipe	Dados que possam expor o usuário sem necessidade
Encaminhamentos realizados e orientações	Informações sociais detalhadas que não interferem no cuidado
Abuso de álcool e outras drogas	Opiniões pessoais ou julgamentos
Conflitos ou situações ocorridas no território (quando interferem no cuidado)	Rótulos e classificações simplificadoras (ex. Usuário difícil, “não aderente”, “resistente”)
Histórico relatado pelo usuário	Detalhamento excessivo de situações de violência, com descrições minuciosas que não agregam à conduta clínica ou proteção

Fonte: Elaboração própria, 2026.

3.5 INFRAESTRUTURA E MOBILIDADE DAS ECR

Em casos de equipes de Consultório na Rua que possuem unidade móvel, embora não disponham de normativa sanitária específica única no Brasil equivalente à RDC nº 50/2002, devem observar o conjunto de regulamentações aplicáveis aos serviços de saúde, bem como as diretrizes estabelecidas pela PNAB. Essa política orienta que a infraestrutura, a ambiência e a organização dos serviços devem ser adequadas aos processos de trabalho das equipes, assegurando condições que favoreçam tanto a qualidade do cuidado quanto um ambiente acolhedor e seguro para usuários e profissionais (Brasil, 2017).

Adicionalmente, as boas práticas instituídas pela RDC nº 63/2011 estabelecem que todos os serviços de saúde, independentemente de sua natureza fixa ou itinerante, devem garantir padrões adequados de qualidade assistencial, segurança do paciente, organização dos processos de trabalho e condições sanitárias apropriadas. No caso das unidades móveis, tais diretrizes devem ser adaptadas às particularidades do ambiente itinerante, o que implica a adoção de rotinas sistemáticas de limpeza e desinfecção de superfícies, a disponibilização de insumos para higiene das mãos, o abastecimento contínuo de água potável e o manejo adequado dos resíduos gerados na assistência, em conformidade com a RDC nº 306/2004.

Além disso, conforme preconiza a PNAB, a garantia de infraestrutura adequada está diretamente relacionada à disponibilidade e ao pleno funcionamento de equipamentos, materiais e insumos necessários à atenção à saúde. Dessa forma, é fundamental que dispositivos como pias, sistemas de abastecimento de água e equipamentos assistenciais estejam em condições adequadas de uso, sendo submetidos a processos regulares de

manutenção preventiva e corretiva, uma vez que sua inadequação compromete diretamente a segurança do paciente e a qualidade do cuidado ofertado.

No que se refere à ambiência e à organização do espaço assistencial, destaca-se que, mesmo em estruturas móveis, o ambiente deve ser compreendido como um espaço de cuidado, relações e produção de saúde, devendo, portanto, manter-se limpo, organizado e funcional. Os insumos e materiais utilizados na assistência devem ser armazenados de forma adequada, em locais limpos, protegidos e devidamente organizados, preferencialmente em armários ou caixas organizadoras laváveis, com superfícies lisas e de fácil higienização, evitando o acúmulo de sujidade e a contaminação cruzada.

Por fim, ressalta-se que a gestão da infraestrutura e dos insumos constitui atribuição essencial no âmbito da Atenção Básica, devendo ser continuamente qualificada, com vistas a garantir o bom uso dos recursos, a adequada logística de materiais e a prevenção de desabastecimentos. Assim, a oferta itinerante de cuidado não deve, em nenhuma hipótese, implicar a flexibilização dos padrões mínimos de qualidade sanitária, organização do ambiente assistencial, ambiência e segurança do paciente, os quais devem ser assegurados de forma equivalente àqueles exigidos para os serviços de saúde de base fixa.

3.6 SEGURANÇA NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

A segurança na realização de procedimentos em saúde constitui componente essencial da segurança do paciente e da qualidade do cuidado, devendo orientar todas as práticas assistenciais, inclusive aquelas desenvolvidas em contextos não convencionais, como o cuidado realizado na rua. No âmbito da APS, especialmente nas ações voltadas a populações em situação de maior vulnerabilidade social, muitos procedimentos são realizados fora das estruturas tradicionais dos serviços de saúde, o que impõe desafios adicionais à prevenção de riscos e à proteção do usuário (WHO, 2017; Brasil, 2017; Paiva *et al.*, 2020).

Neste manual, a abordagem não se propõe a detalhar procedimentos específicos, mas a apresentar aspectos gerais de segurança que devem nortear a atuação dos profissionais durante a realização de procedimentos na rua. Esses aspectos incluem a avaliação prévia do usuário e do ambiente, a identificação de riscos clínicos e contextuais, a comunicação clara e respeitosa, o uso seguro de insumos e tecnologias, a adoção de medidas de biossegurança possíveis no território e o registro adequado das ações realizadas (Brasil, 2014b; WHO, 2021).

Considerar as condições do ambiente, a imprevisibilidade do território, as limitações de recursos e as singularidades das pessoas atendidas é fundamental para reduzir danos evitáveis e garantir que a realização de procedimentos na rua ocorra de forma ética, segura e alinhada aos princípios da humanização e da segurança do paciente (Ayres *et al.*, 2003; Brasil, 2010a; Haeffner, 2023).

3.6.1 AMBIENTE SEGURO

A garantia de condições adequadas para a realização do cuidado constitui componente estruturante da segurança do paciente. Em contextos de atenção à PSR, a noção de ambiente seguro ultrapassa a existência de infraestrutura física tradicional e passa a envolver a criação de condições mínimas que reduzam riscos, protejam a dignidade da pessoa atendida e favoreçam a construção do vínculo. Dessa forma, o ambiente de atendimento deve ser compreendido como parte integrante do processo assistencial e como fator determinante para a prevenção de danos evitáveis (Brasil, 2010a; Brasil, 2014b; WHO, 2017).

Quando não for possível realizar o procedimento na Unidade Básica de Saúde ou no consultório móvel, o cuidado ofertado na rua deve, sempre que possível, garantir acolhimento, escuta qualificada, proteção e respeito, rompendo com práticas excludentes, coercitivas ou excessivamente burocráticas. Além disso, é fundamental prezar pela privacidade, segurança física, acessibilidade e conforto dentro das condições disponíveis, articulando esses aspectos às dimensões relacionais do cuidado, como a forma de abordagem, o tempo dedicado ao atendimento e a organização da equipe no território. Essas condições contribuem diretamente para a redução de riscos assistenciais, fortalecem a adesão ao cuidado e promovem a segurança do paciente (Brasil, 2023a; Souza *et al.*, 2024b).

Mesmo diante das limitações estruturais próprias do território, é fundamental adotar estratégias que preservem a privacidade e o sigilo das informações, como a escolha de locais mais reservados, o posicionamento adequado da equipe e a atenção à exposição indevida da pessoa atendida. A proteção da privacidade e da con-

fidencialidade não deve ser compreendida como um elemento secundário, mas como requisito ético e técnico para a segurança do paciente, especialmente no atendimento à PSR, historicamente exposta a violações de direitos e estigmatização (Brasil, 2012a; UFSC, 2016b).

A segurança na realização de procedimentos na rua também está diretamente relacionada ao conhecimento do território em que o cuidado se desenvolve. Reconhecer os usos do espaço, os fluxos de circulação, as dinâmicas locais, as áreas de maior risco e os recursos disponíveis permite que as equipes planejem intervenções mais seguras, contextualizadas e adequadas à realidade das pessoas atendidas. O mapeamento do território constitui, portanto, um instrumento fundamental para a redução de riscos assistenciais e para a qualificação do cuidado em contextos não convencionais (Santos; Rigotto, 2011).

Além disso, a articulação com dispositivos comunitários e redes de apoio presentes no território como igrejas, associações de moradores, centros comunitários, estabelecimentos locais e organizações da sociedade civil, amplia as possibilidades de acolhimento, proteção e continuidade do cuidado. Estudos sobre abordagens comunitárias e estratégias de outreach (estratégias de aproximação) em saúde indicam que a integração entre equipes de saúde e atores comunitários favorece o acesso, fortalece vínculos, reduz barreiras institucionais e contribui para a segurança do paciente, especialmente entre populações em situação de maior vulnerabilidade social (WHO, 2014; Shin *et al.*, 2020).

De modo a apoiar a prática das equipes no território, o Quadro 2 apresenta exemplos de estratégias possíveis para a promoção de um ambiente seguro na realização de procedimentos na rua, considerando os limites e as potencialidades do cuidado em contextos não convencionais.

Quadro 2 - Estratégias para garantir ambiente seguro na realização de procedimentos na rua

ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR AMBIENTE SEGURO NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS NA RUA	
TEMA	EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS
Privacidade e sigilo	Uso de biombo portáteis; improvisação de barreiras visuais com lençóis, tecidos ou cobertores; posicionamento estratégico da equipe para evitar exposição; escolha de locais com menor circulação de pessoas.
Organização do ambiente	Avaliação prévia de iluminação, ventilação e estabilidade do local; uso de campos descartáveis ou tecidos limpos como apoio; organização antecipada dos insumos antes do procedimento.
Segurança física do usuário e da equipe	Avaliação de riscos do entorno (trânsito, aglomeração, violência); realização de procedimentos em dupla ou equipe; adiamento do procedimento quando não houver condições mínimas de segurança.
Conhecimento do território	Mapeamento de locais mais protegidos e reconhecidos como pontos de cuidado; escolha de horários mais adequados conforme a dinâmica local; mapeamento das áreas de maior e menor risco.
Articulação com redes comunitárias	Parcerias com igrejas, associações de moradores, centros comunitários, projetos sociais ou estabelecimentos locais para uso pontual de espaços mais reservados ou apoio logístico.
Dimensão relacional do cuidado	Explicação clara do procedimento; respeito à autonomia e à possibilidade de recusa; pactuação do local e do momento do atendimento; adequação do tempo do cuidado à realidade da pessoa atendida.

3.6.2 HIGIENE DAS MÃOS

A higiene das mãos é reconhecida como uma das medidas mais eficazes para a prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e constitui prática essencial para a segurança do paciente em todos os contextos de cuidado. Do ponto de vista microbiológico, as mãos dos profissionais de saúde podem atuar como importantes vetores de transmissão de microrganismos, incluindo bactérias, vírus e fungos, por meio do contato direto com a pele, superfícies, materiais e fluidos corporais. Esses microrganismos podem estar presentes tanto na microbiota residente da pele quanto na microbiota transitória. A microbiota transitória, presente nas camadas superficiais da pele, é reconhecida como o principal fator envolvido na transmissão de microrganismos patogênicos e nas IRAS, sendo passível de diminuição por meio da higiene adequada das mãos (WHO, 2009b; ANVISA, 2017).

A relevância da higiene das mãos como medida de proteção à saúde foi demonstrada ainda no século XIX pelo médico Ignaz Semmelweis, ao observar a redução significativa da mortalidade por febre puerperal após a introdução da lavagem das mãos com solução antisséptica entre profissionais que realizavam partos. Embora seus achados tenham precedido o desenvolvimento da teoria microbiana das doenças, as evidências observadas por ele estabeleceram um dos pilares fundamentais da prevenção de infecções, posteriormente corroborado pelos avanços da microbiologia e da epidemiologia (Semmelweis, 1983).

De acordo com as diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a higiene das mãos pode ser realizada por meio da lavagem com água e sabonete líquido comum ou pela fricção antisséptica com preparação alcoólica na concentração de 70%, o passo a passo pode ser visualizado na figura 3. O sabonete líquido comum é suficiente para a higienização simples das mãos, visto que sua eficácia está relacionada principalmente à ação mecânica da fricção associada à água, sendo o uso de sabonetes antissépticos indicado apenas em situações específicas, conforme protocolos institucionais (WHO, 2009b; ANVISA, 2017; Brasil 2023b).

Figura 3 - Higienização Simples das Mãos.



Fonte: ANVISA, 2017; Brasil 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/higiene-das-maos/cartazes/hm_higienizacao_simples.pdf

Ressalta-se, entretanto, que sempre que as mãos estiverem visivelmente sujas, contaminadas com matéria orgânica ou após contato com fluidos corporais, a higienização deve ser obrigatoriamente realizada com água e sabão, não sendo a preparação alcoólica suficiente nessas situações. Por isso, no contexto da realização de procedimentos na rua, onde a exposição a poeira, resíduos, superfícies contaminadas e condições ambientais adversas é frequente, a avaliação visual das mãos deve orientar a escolha da técnica de higienização e sempre que houver sujidade visível, a lavagem com água e sabão deve ser priorizada antes e após os procedimentos (ANVISA, 2017).

A realização da higiene das mãos no cuidado prestado na rua exige planejamento e organização dos processos de trabalho, envolvendo tanto as equipes quanto a gestão dos serviços. Logo, é fundamental assegurar condições materiais adequadas para a lavagem das mãos com água e sabão, especialmente em situações de sujidade visível. Nesse sentido, os serviços podem dispor de materiais de fácil transporte para o trabalho no território, como frascos portáteis de sabão líquido, papel toalha e recipientes com água limpa. O conhecimento do território e o mapeamento de pontos de apoio com acesso à água e instalações sanitárias também devem integrar o planejamento das ações (Santos e Rigotto, 2011; Brasil, 2014b; WHO, 2014; Anvisa, 2017; Brasil, 2023a).

Quadro 3 - Estratégias para garantir ambiente seguro na realização de procedimentos na rua

ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR AMBIENTE SEGURO NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS NA RUA	
TEMA	EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS
Indicações essenciais	Realizar higienização das mãos antes e após contato com a pessoa atendida, antes e depois de procedimentos, e após contato com superfícies do entorno.
Métodos de higienização	Priorizar lavagem com água e sabão, quando não for possível, utilize álcool 70%, desde que não haja sujidade visível.
Adaptações na rua	Transporte de frascos portáteis com água potável, sabão e álcool 70%; escolher locais adequados para higienização; descarte de papel-toalha/resíduos conforme disponibilidade. Além de estabelecer pontos de apoio que permitam a higienização das mãos no território, como igrejas, associação de moradores, bares e restaurantes.
Educação em saúde	Orientar, de forma respeitosa, as pessoas atendidas sobre a importância da higienização das mãos no autocuidado.

Fonte: WHO (2014; 2017); Brasil (2010a; 2012b; 2014b; 2023a); Santos e Rigotto (2011); Shin et al. (2020).

3.6.3 USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIS)

Além de fazer o uso dos EPIs é necessário discutir o uso correto, visto que se trata de um componente essencial das ações de segurança do paciente e do trabalhador no contexto da APS, especialmente nas práticas realizadas em território com a PSR. Nesses cenários, marcados por ambientes não controlados, variabilidade de riscos e limitações estruturais, os EPIs assumem papel central na prevenção de exposições ocupacionais e na redução de incidentes relacionados à assistência, em consonância com os princípios do PNSP e com as ações de gestão de risco preconizadas pela RDC nº 36/2013.

O acondicionamento adequado dos EPIs é condição indispensável para a manutenção de sua eficácia. No trabalho em campo, os equipamentos devem ser armazenados em locais limpos, secos e protegidos de calor excessivo, umidade e exposição direta à luz solar, respeitando as orientações do fabricante. O transporte em mochilas ou bolsas de uso exclusivo da equipe deve garantir a separação entre EPIs limpos e materiais potencialmente contaminados, evitando danos físicos e contaminação prévia ao uso. A organização adequada dos EPIs no território contribui para a prontidão assistencial e para a redução de falhas relacionadas ao uso de equipamentos comprometidos (Brasil, 2012b; COFEN, 2020).

A atenção à validade e à integridade dos EPIs configura outro elemento central da prática segura. Conforme estabelece a Norma Regulamentadora nº 06 (NR-06), apenas EPIs com Certificado de Aprovação (CA) válido devem ser utilizados, sendo imprescindível a verificação rotineira do prazo de validade e das condições físicas dos equipamentos antes do uso. EPIs vencidos, rasgados, com perda de elasticidade ou comprometimento da vedação não oferecem proteção adequada e elevam o risco de exposição ocupacional, devendo ser imediatamente substituídos (COFEN, 2020; Brasil, 2022).

Além da proteção do trabalhador, o uso correto dos EPIs deve ser compreendido como uma estratégia fundamental de proteção do usuário e de prevenção da contaminação cruzada. A manutenção do mesmo EPI entre atendimentos ou sua reutilização diante da mudança de usuário configura falha nos processos assistenciais e aumenta o risco de transmissão de microrganismos, contrariando os princípios da segurança do paciente. No contexto do cuidado em território, a troca dos EPIs descartáveis deve ocorrer a cada atendimento, sempre que houver mudança de usuário, contaminação ou perda da integridade do material, sendo essa prática indissociável da higienização das mãos e do cuidado ético, seguro e centrado na pessoa (Brasil, 2013a; COFEN, 2020).

O descarte correto dos EPIs após o uso é parte integrante das ações de biossegurança e do gerenciamento de riscos assistenciais. Equipamentos descartáveis utilizados em procedimentos ou com potencial de contaminação devem ser eliminados conforme as normas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, evitando o descarte inadequado em vias públicas ou lixo comum, visando os princípios sanitários, protegendo profissionais, usuários e o meio ambiente, reforçando o compromisso ético e institucional da APS com o cuidado seguro e humanizado à PSR (Brasil, 2012b; Brasil, 2013a).

Quadro 4 - Estratégias para uso seguro de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) no território

ESTRATÉGIAS PARA USO SEGURO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs) NO TERRITÓRIO	
TEMA	EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS
Seleção e conformidade dos EPIs	Utilização de EPIs com Certificado de Aprovação vigente; seleção conforme risco identificado no território e tipo de procedimento realizado.
Acondicionamento adequado	Armazenamento dos EPIs em local limpo, seco e protegido de calor, umidade e luz solar; transporte em bolsas ou mochilas de uso exclusivo da equipe; separação entre EPIs limpos e materiais contaminados.
Atenção à validade e integridade	Verificação sistemática da data de validade antes do uso; inspeção visual para identificação de rasgos, perda de elasticidade, falhas de vedação ou deterioração do material; descarte imediato de EPIs danificados ou vencidos.
Uso individual e não compartilhamento	Garantia de uso individual dos EPIs; não compartilhamento entre profissionais; substituição sempre que houver contaminação, dano ou mudança de usuário.
Descarte correto após o uso	Descarte de EPIs descartáveis conforme as normas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; acondicionamento em recipientes adequados até a destinação final; não descarte em vias públicas ou lixo comum.
Segurança do paciente e da equipe	Redução do risco de exposições ocupacionais e de contaminação cruzada; incorporação do uso correto de EPIs como estratégia de segurança do cuidado no território.

Fonte: Brasil, 2013a; Brasil, 2022.

3.6.4 REALIZAÇÃO SEGURA DE PROCEDIMENTOS

A realização de curativos, a administração de medicamentos, a vacinação e a coleta de exames na APS devem estar ancoradas na prevenção de infecção e controle de riscos, aplicáveis em qualquer cenário de cuidado, seja na UBS, unidade móvel ou território. A OMS e os Centros de Controle e prevenção de Doenças (CDC) trazem o conceito de Standard Precautions (Precauções Padrão, do inglês) como um conjunto de medidas de prevenção e controle de infecções que devem ser aplicadas a todos os pacientes, independentemente de diagnóstico ou suspeita de doença infecciosa, considerando que sangue, fluidos corporais (exceto suor), mucosas e pele não íntegra podem representar risco de transmissão de agentes infecciosos (WHO, 2022; CDC, 2024).

Neste conjunto de ações incluem-se higienização das mãos, uso adequado de EPI, manejo seguro de perfurocortantes, etiqueta respiratória, limpeza e desinfecção de superfícies e descarte correto de resíduos (WHO, 2022; CDC, 2024).

Antes de realizar qualquer procedimento é necessário identificar um local limpo, prover materiais de acordo com a necessidade e técnica e realizar o descarte imediato dos resíduos, em locais adequados. Para além disso, é importante destacar o não compartilhamento de materiais, bem como o reuso de materiais estéreis ou de uso único (WHO, 2022).

Os “5 acertos” da segurança do paciente constituem um princípio amplamente utilizado na assistência à saúde, especialmente na administração de medicamentos, e referem-se à garantia do paciente certo, medicação certa, dose certa, via certa e horário certo, com o objetivo de reduzir falhas e prevenir eventos adversos. Esse conceito, fundamentado nas diretrizes de segurança do paciente, como as recomendadas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2024), pode e deve ser ampliado para além da administração de fármacos. Assim, é possível adaptá-lo a todos os procedimentos assistenciais, assegurando a realização no paciente correto, do procedimento correto, da forma correta, no local correto, no horário correto e com o registro adequado. Considerando que frequentemente nos deparamos com usuários sem documentação ou com registros fragmentados, torna-se indispensável confirmar verbalmente todas as informações de identificação junto ao paciente, fortalecendo a cultura de segurança e prevenindo eventos adversos evitáveis. (CDC, 2024).

No âmbito da vacinação, a garantia da cadeia de frio e o cumprimento de práticas seguras de administração de imunobiológicos são determinantes para eficácia, segurança e redução de eventos adversos. Segundo o Programa Nacional de Imunizações, é necessário verificar o lote, a validade, a preservação adequada da temperatura e preparo de ambiente limpo, com dispositivos de descarte para materiais perfurocortantes (Brasil, 2025b).

Já no que tange a coleta de exames, preconiza-se a identificação correta do usuário, técnica adequada de punção, uso de material estéril e descartável, descarte seguro de perfurocortantes, rotulagem da amostra no ponto de coleta, a documentação clara e o transporte adequado (WHO, 2022, CDC, 2024).

Em todos os procedimentos, a implementação de Protocolos Operacionais Padrão (POPs) e a adoção de medidas de prevenção de infecção baseadas em evidências sustentam a prática segura. A segurança no cuidado envolve a antecipação de riscos, a ação sistemática e a verificação contínua de conformidade com as práticas recomendadas, assegurando proteção simultânea ao usuário e ao profissional (Brasil, 2013a).

Para além das medidas gerais de biossegurança, a realização de procedimentos frequentes na APS, como aferição da pressão arterial, verificação da glicemia capilar e execução de testes rápidos diagnósticos, exige padronização técnica, sobretudo quando realizados no território, em unidades móveis ou em contextos de rua.

A aferição da pressão arterial deve respeitar condições mínimas para garantir confiabilidade da medida e evitar decisões clínicas equivocadas: repouso prévio de pelo menos cinco minutos, posicionamento adequado do paciente (sentado, com dorso apoiado, pés no chão e braço na altura do coração) e utilização de manguito compatível com a circunferência braquial. Em atendimentos no território, recomenda-se ainda avaliar as condições ambientais e evitar medições em situações de estresse imediato, movimentação intensa ou exposição climática extrema, que podem alterar os valores pressóricos. Além disso, é necessário higienizar os equipamentos entre atendimentos e realizar manutenção e calibração periódica dos dispositivos utilizados (Whelton *et al.*, 2018; Brasil, 2022). Na falta das condições ideais podem haver alteração de resultados, cabendo uma avaliação mais ampla e contínua.

A verificação da glicemia capilar requer especial atenção ao risco biológico, uma vez que envolve manipulação de sangue. A segurança do procedimento depende da adoção das precauções padrão, incluindo higienização

das mãos, uso de luvas e utilização de lancetas de uso único com dispositivo de segurança. O descarte imediato do material perfurocortante em coletor rígido transportado pela equipe é fundamental para prevenir acidentes ocupacionais, sobretudo em ambientes externos. Recomenda-se realizar antisepsia do local da punção com álcool a 70%, aguardar sua secagem e verificar validade e armazenamento adequado das tiras reagentes, garantindo maior confiabilidade do resultado e segurança clínica para tomada de decisão (Brasil, 2013a; WHO, 2020).

A realização de testes rápidos para infecções como HIV, sífilis e hepatites virais também demanda rigor técnico e organizacional, incluindo verificação de condições físicas do teste, data de validade e conservação em temperaturas recomendadas, além da identificação correta do usuário, observância do tempo de leitura indicado pelo fabricante e descarte seguro dos materiais utilizados. Neste link: <https://padlet.com/cvesesrj/coove-ses-rj-dnkko80rwpilctfn>, na aba “GERIAIDS”, podem ser acessados os documentos de referência estadual sobre a temática, como fluxograma das linhas de cuidado, bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.



Em atendimentos realizados na rua, deve-se buscar assegurar condições mínimas de privacidade para preservar o sigilo e reduzir situações de estigmatização. O uso de equipamentos de proteção individual, o manejo adequado de resíduos de serviços de saúde e a organização prévia dos insumos são medidas essenciais para reduzir riscos de exposição ocupacional e contaminação ambiental. Além disso, a comunicação adequada do resultado, acompanhada de aconselhamento e definição imediata de condutas ou encaminhamentos, contribui para a continuidade do cuidado e para a redução de danos associados à perda de seguimento (Peeling *et al.*, 2021; Brasil, 2022).

Independentemente do procedimento realizado, a segurança no cuidado à população em situação de rua exige planejamento prévio, organização dos insumos, identificação correta do usuário e registro oportuno das informações clínicas. Estratégias como revisão prévia dos materiais necessários, descarte seguro de resíduos, vigilância do ambiente e atuação em equipe contribuem para reduzir improvisações e eventos adversos em contextos de maior vulnerabilidade estrutural. Dessa forma, a execução segura de procedimentos na APS depende não apenas da técnica, mas também da gestão dos riscos assistenciais e ocupacionais presentes no território (WHO, 2021; Brasil, 2022).

Quadro 5 - Procedimentos comuns na APS e estratégias de segurança no atendimento à população em situação de rua

PROCEDIMENTOS COMUNS NA APS E ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
PROCEDIMENTO	PRINCIPAIS PROBLEMAS	ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A SEGURANÇA NO TERRITÓRIO
Aferição da pressão arterial	Interferência do ambiente, posicionamento inadequado do usuário, equipamentos não calibrados	Utilizar manguito adequado, realizar aferição em local mais tranquilo quando possível, higienizar equipamentos entre atendimentos e registrar valores imediatamente
Glicemia capilar	Risco de acidente com perfurocortantes e contaminação biológica	Higiene das mãos, uso de luvas, lancetas de uso único com dispositivo de segurança e descarte imediato em coletor rígido
Testes rápidos	Exposição a material biológico e necessidade de confidencialidade do resultado	Uso de EPIs, organização prévia dos insumos, respeito ao tempo de leitura do teste e garantia de privacidade mínima para comunicação do resultado
Procedimentos em geral no território	Ambiente instável, circulação de pessoas e limitação estrutural	Planejamento prévio dos materiais, organização em maletas/mochilas, avaliação do entorno antes do procedimento, estabelecimento de pontos de apoio e registro adequado no prontuário

A prevenção de IRAS deve integrar rotineiramente as práticas assistenciais realizadas na APS, inclusive nas ações desenvolvidas no território. No atendimento à PSR, a adoção rigorosa das precauções padrão é fundamental para reduzir o risco de transmissão de microrganismos durante procedimentos e manipulação de materiais (ANVISA, 2017; WHO, 2020).

Contudo, a assistência à saúde na APS não deve se limitar à realização segura de procedimentos ou ao estabelecimento do diagnóstico. Por isso é fundamental estruturar estratégias de acompanhamento longitudinal, monitoramento clínico e registro adequado das informações, garantindo continuidade assistencial. Assim, para além da execução técnica dos procedimentos, é necessário organizar o cuidado contínuo e adaptado às condições de vida desses indivíduos, aspecto discutido no tópico a seguir.

3.6.5 SEGURANÇA NO ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS E AGUDAS

A manutenção do cuidado ao longo do tempo é um elemento central para a segurança na APS, sobretudo no manejo de condições crônicas e agudas em grupos socialmente vulneráveis, como a PSR. A construção de um vínculo duradouro entre equipe e usuário favorece melhores resultados clínicos, maior comprometimento com o tratamento e menor ocorrência de internações evitáveis. Para sustentar essa continuidade, é fundamental adotar formas flexíveis de acompanhamento, como busca ativa, atendimentos em oportunidades diversas, registro sistemático das ações e integração com eCRs e outros serviços da rede intersetorial. Tais medidas ajudam a enfrentar a alta mobilidade e as dificuldades de acesso aos serviços, possibilitando um cuidado contínuo, acessível e centrado nas necessidades da pessoa (Brasil, 2017; Starfield, 2002).

A adesão ao tratamento, por sua vez, deve ser entendida como um processo complexo, influenciado por fatores sociais, econômicos, condições de moradia, entendimento sobre a doença, efeitos colaterais e qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde. Intervenções como educação em saúde, simplificação dos regimes terapêuticos, acompanhamento próximo e fortalecimento do vínculo contribuem para melhorar a adesão e prevenir agravamentos. Entre pessoas em situação de rua, estratégias como redução de danos, facilitação no acesso a medicamentos e elaboração conjunta do plano de cuidado são especialmente relevantes para adequar as orientações clínicas às circunstâncias concretas de vida dos usuários WHO, 2002; Brasil, 2014b).

No contexto da organização do cuidado às doenças crônicas transmissíveis, destaca-se a existência de fluxos assistenciais específicos elaborados pelas secretarias estaduais de saúde, que orientam a atuação das equipes nos diferentes níveis de atenção. No estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Saúde publicou a Nota Técnica SES/SUBVAPS nº 11/2025, que estabelece a linha de cuidado materno-infantil no âmbito do HIV/AIDS, sífilis, hepatites B e C e HTLV, incluindo orientações para prevenção da transmissão vertical, diagnóstico oportuno, tratamento e acompanhamento longitudinal.

O documento reconhece a necessidade de estratégias diferenciadas para grupos populacionais em maior vulnerabilidade, entre eles a população em situação de rua, considerando as barreiras de acesso, a mobilidade territorial e a maior exposição a agravos. Nesse sentido, recomenda-se que as equipes da APS e as eCRs consultem o fluxo completo disponível no link: <https://www.rj.gov.br/saude/linha-de-cuidado-materno-infantil-2025> ao lado, de modo a qualificar a coordenação do cuidado, garantir continuidade assistencial e fortalecer a integração entre vigilância e assistência no manejo dessas condições (Rio de Janeiro (Estado), 2025).



Identificação precoce de sinais de alerta e complicações

O reconhecimento precoce de sinais de alerta é essencial para evitar agravamentos e eventos adversos em doenças agudas e crônicas. As equipes da APS devem estar aptas a identificar manifestações de descompensação, como piora do estado geral, sinais de infecção, alterações glicêmicas ou pressóricas, dispneia, dor intensa ou déficits neurológicos, permitindo intervenções oportunas e redução de hospitalizações. Em populações com acesso irregular aos serviços, como PSR, essa vigilância deve ser ativa e articulada às ações territoriais (WHO, 2009a; Brasil, 2020).

A adoção de protocolos assistenciais, ferramentas de estratificação de risco e sistemas padronizados de registro favorece decisões mais seguras e a priorização de situações de maior gravidade. Paralelamente, orientar os usuários sobre quais sinais indicam necessidade de avaliação imediata contribui para o fortalecimento do autocuidado e para a redução de atrasos na procura por atendimento. Essas iniciativas são decisivas para impedir que condições potencialmente tratáveis evoluam para quadros mais graves, sobretudo em contextos marcados por vulnerabilidade social e limitações de acesso aos recursos de saúde (Reason, 2000; Vincent, 2010).

Outro aspecto muito relevante para a segurança do paciente no acompanhamento de doenças crônicas e

agudas entre PSR refere-se à necessidade de planejamento antecipado do cuidado diante de condições avançadas ou de difícil controle clínico, que ameaçam a vida. Nesses contextos, a incorporação da abordagem paliativa contribui para qualificar a assistência, priorizando o alívio do sofrimento, o manejo adequado de sintomas e o respeito às preferências e à dignidade da pessoa. A abordagem paliativa, quando integrada à APS e ao eCR, favorece a tomada de decisões compartilhadas, reduz intervenções invasivas ou desproporcionais que prolongam a vida sem benefícios reais para o paciente e fortalece a coordenação do cuidado, elementos fundamentais para a prevenção de eventos adversos e para a promoção de um cuidado mais seguro e centrado na pessoa (D'Alessandro et al., 2023).

Encaminhamentos e articulação com unidades de referência e serviços especializados

Na APS, a coordenação do cuidado inclui encaminhamentos oportunos e seguros para serviços especializados, hospitais ou urgência quando a situação clínica ultrapassa sua capacidade de resolução. A integração entre os pontos da rede é essencial para garantir a continuidade do cuidado e evitar fragmentação, especialmente para pessoas em situação de rua, que podem necessitar de apoio adicional para acessar o serviço indicado (Starfield, 2002; Brasil, 2010b).

O retorno de informações à equipe de origem, por meio da contrarreferência, é indispensável para ajustar o plano terapêutico e dar seguimento ao cuidado longitudinal. Falhas na comunicação entre os níveis de atenção podem levar à repetição desnecessária de procedimentos, interrupção do acompanhamento e maior risco de eventos adversos. Assim, o aprimoramento dos fluxos assistenciais, da comunicação entre profissionais e da integração intersetorial fortalece a segurança, a integralidade e a equidade no cuidado de condições agudas e crônicas, sobretudo contextos sociais vulneráveis (WHO, 2008; Vincent, 2010).

3.6.6 GESTÃO DE RISCOS E INCIDENTES

A gestão de riscos em saúde consiste na identificação, análise, avaliação e controle de situações que possam causar danos ao paciente, ao profissional ou ao serviço, configurando-se como um eixo central da qualidade e da segurança do cuidado (WHO, 2009a). No contexto do atendimento à PSR, esses riscos são potencializados por fatores sociais, ambientais e clínicos, o que exige uma abordagem ampliada, intersetorial e sensível às vulnerabilidades sociais.

Nesse sentido, a gestão de riscos baseia-se na promoção de uma cultura de segurança, na implementação sistemática e estruturada de processos de gerenciamento de riscos e na integração dessas práticas em todos os níveis do cuidado e na organização dos serviços de saúde. No Brasil, esses princípios foram formalizados com a criação do PNSP, cujo objetivo é qualificar o cuidado em saúde em todo o território nacional, promovendo estratégias contínuas sendo uma delas a prevenção de eventos adversos (Brasil, 2013a).

Identificação de eventos adversos e *Near Miss*

A identificação de eventos adversos e de incidentes sem dano (*near miss*) constitui etapa fundamental para a consolidação da cultura de segurança no âmbito da APS, especialmente no cuidado à população em situação de rua. No contexto da APS, a vigilância sistemática desses eventos permite reconhecer fragilidades nos processos assistenciais, qualificar a tomada de decisão clínica e fortalecer estratégias preventivas, em consonância com o PNSP e com as diretrizes para implantação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde (Brasil, 2013a).

No cuidado à PSR, a ocorrência de eventos adversos e de *near miss* não decorre, em geral, apenas de falhas individuais, mas está fortemente relacionada a fatores externos e estruturais que ultrapassam o ato clínico. Barreiras de acesso aos serviços, ausência de documentação civil, descontinuidade do acompanhamento, condições inadequadas de higiene e de armazenamento de medicamentos, insegurança alimentar, uso abusivo de álcool e outras drogas e exposição à violência urbana constituem determinantes sociais que elevam a vulnerabilidade e dificultam a adesão ao tratamento. Esses



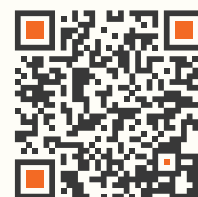
fatores se somam a fragilidades do próprio sistema de saúde como a fragmentação da rede, a comunicação insuficiente entre os pontos de atenção e a limitação dos registros clínicos, potencializando o risco de incidentes relacionados à medicação, perda de seguimento e atrasos diagnósticos (Startfield, 2002; WHO, 2009a; Brasil, 2017).

Nesse contexto, a segurança do paciente deve ser compreendida sob uma perspectiva sistêmica, colaborativa e não punitiva, partindo do entendimento de que os erros, em geral, resultam de falhas latentes nos processos organizacionais e nas condições de trabalho, e não apenas de ações individuais (Brasil, 2013a).

A identificação e a análise de eventos adversos e de near miss pelas equipes que atuam no território, precisam contemplar instrumentos de notificação simplificados, espaços de discussão de casos e metodologias de análise de causa raiz ajustadas às especificidades locais. Essa abordagem contribui para o aprendizado institucional, a redução de riscos e o fortalecimento de práticas mais seguras e humanizadas, em consonância com as políticas nacionais de segurança do paciente e com as diretrizes da APS (Reason, 2000; Brasil, 2013a).

Notificação, análise e aprendizado com incidentes

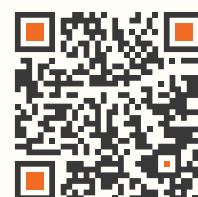
A notificação de incidentes e eventos adversos é uma diretriz obrigatória da PNSP e deve fazer parte da rotina dos serviços de APS. De acordo com a Portaria MS nº 529/2013 e a RDC nº 36/2013, cabe aos serviços de saúde instituir Núcleos de Segurança do Paciente e adotar sistemas de notificação que viabilizem o registro, o acompanhamento e a análise sistemática dos incidentes. No contexto brasileiro, os eventos adversos relacionados à assistência devem ser comunicados por meio do sistema eletrônico disponibilizado pela ANVISA, atualmente operacionalizado pela plataforma Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), que permite a consolidação nacional das informações e o monitoramento dos riscos assistenciais (Brasil, 2013a).



A notificação realizada no NOTIVISA possui natureza sanitária e tem como finalidade gerar informações estratégicas voltadas à prevenção de novos incidentes, não devendo ser interpretada como mecanismo de responsabilização individual. A consistência e a completude das notificações com descrição objetiva do ocorrido, identificação de fatores contribuintes e registro dos desfechos, são essenciais para subsidiar análises epidemiológicas e orientar a elaboração de medidas regulatórias e recomendações técnicas em âmbito nacional. No contexto da APS e das equipes que atuam junto à PSR, é fundamental que os profissionais compreendam que eventos adversos ocorridos em ações extramuros também devem ser notificados quando vinculados à assistência prestada, ampliando a visibilidade desse campo no sistema de vigilância sanitária (WHO, 2009a; ANVISA, 2023b).

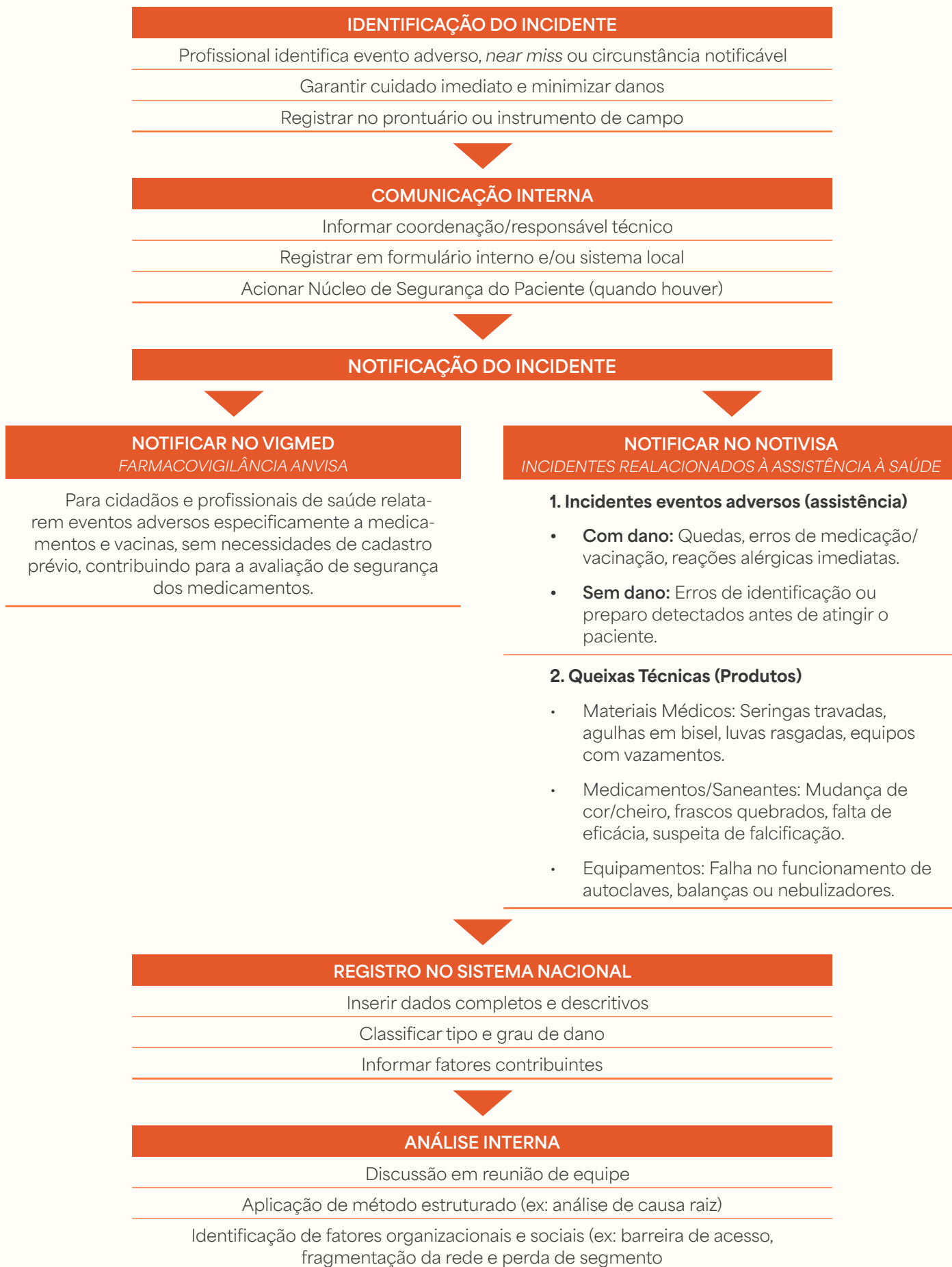
Contudo, a notificação, por si só, não encerra o processo de gestão de riscos. Todo incidente comunicado à ANVISA deve ser igualmente objeto de análise interna pela equipe, por meio de abordagens estruturadas, como a Análise de Causa Raiz (ACR) e discussões sistematizadas em espaços de matriciamento e educação permanente. A ACR é uma metodologia investigativa que busca identificar as causas fundamentais de um evento adverso, indo além do erro imediato e analisando fatores contribuintes relacionados a processos, comunicação, ambiente, recursos humanos e organização do trabalho (Reason, 2000; Vincent, 2010).

No cuidado à PSR, essa avaliação precisa contemplar os determinantes estruturais e sociais envolvidos na ocorrência do evento, tais como descontinuidade do acompanhamento, barreiras de acesso à rede de atenção e fragilidades organizacionais. O aprendizado decorrente desse processo em nível local e nacional, favorece o aprimoramento das práticas assistenciais e o fortalecimento de uma cultura de segurança na APS (Reason, 2000; Vincent, 2010).



No que se refere a incidentes relacionados a medicamentos e vacinas, tais como reações adversas, erros de medicação com dano, inefetividade terapêutica ou suspeitas de desvio de qualidade, a notificação deve ser realizada no sistema VigiMed, plataforma nacional de farmacovigilância coordenada pela ANVISA. A utilização adequada desse sistema pelas equipes da APS, inclusive nas ações desenvolvidas junto à PSR, está diretamente alinhada ao objetivo deste manual de promover cuidado seguro, contínuo e humanizado, em consonância com as diretrizes da PNAB e com a PNSP. Ao registrar eventos adversos no VigiMed, os profissionais contribuem para o monitoramento nacional de riscos, para a qualificação das práticas terapêuticas e para a prevenção de novos danos, fortalecendo a cultura de segurança e ampliando a proteção de grupos populacionais em maior situação de vulnerabilidade social (WHO, 2002; ANVISA, 2023a).

Imagem 4 - Fluxo Integrado de Notificação de Incidentes



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste manual surgiu do propósito de inovar as discussões sobre a segurança do paciente no contexto da PSR, ao mesmo tempo em que busca dar visibilidade às equipes e aos profissionais que atuam cotidianamente em cenários frequentemente invisibilizados. O processo de elaboração foi permeado pela escuta atenta das experiências do território e pelo reconhecimento dos desafios concretos da prática. Embora tenham sido identificadas limitações na literatura disponível sobre a temática, na perspectiva da prática baseada em evidências, essa lacuna reforçou a importância de produzir conhecimento, valorizando saberes construídos no cotidiano do SUS e fomentando a troca de experiências como estratégia de fortalecimento coletivo.

Nesse sentido, a segurança do paciente no cuidado à PSR exige a ampliação do olhar sobre os riscos assistenciais, incorporando não apenas aspectos técnicos, mas também os determinantes sociais que atravessam o processo saúde-doença. Ao longo deste manual, foram sistematizadas orientações essenciais para a qualificação das práticas no território, como a organização adequada dos materiais, a observação criteriosa do ambiente, a correta identificação e registro do usuário, a manutenção da higiene, a comunicação eficaz e a realização segura de procedimentos. Em contextos marcados por vulnerabilidades e desafios estruturais, prezar pela redução de danos, pela prevenção de incidentes e pela continuidade do cuidado constitui um compromisso ético inegociável das equipes da APS.

Reafirma-se, com a entrega deste material, o compromisso com um cuidado humanizado, seguro e transformador. A segurança do paciente, nesse contexto, começa na criação de vínculo, no respeito à identidade e à história de cada sujeito, na escuta qualificada e na construção compartilhada de estratégias terapêuticas possíveis. Ao reconhecer a singularidade das trajetórias e integrar práticas seguras à clínica ampliada, as equipes contribuem para a defesa da vida, para a garantia de direitos e para a consolidação dos princípios do SUS. Que este manual seja não um ponto final, mas um instrumento vivo, aberto à atualização, ao aprimoramento contínuo das práticas e à construção coletiva de soluções que fortaleçam o cuidado integral à população em situação de rua.

5. MATERIAIS DE APOIO

O material apresentado a seguir (ANEXO I) foi elaborado como ferramenta de apoio para profissionais que atuam no cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. Com caráter prático, o card dos 5 passos para segurança do paciente em situação de rua apresenta, de forma visual e resumida, os princípios essenciais para práticas seguras e centradas nas necessidades dos usuários. Este serve como um guia rápido e pode ser materializado como um crachá para os profissionais.

ANEXO I - SUGESTÃO DE CRACHÁ: 5 ACERTOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA



5 ACERTOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA:

1

Identifique o Paciente

Use múltiplos identificadores (nome, nome social, características ou referências territoriais).

2

Comunique com Respeito e Clareza

Apresente-se, escute ativamente, use linguagem simples e confirme a compreensão do usuário.

3

Avalie Sinais de Alerta

Observe piora do estado geral, sinais de infecção, dor intensa, dispneia, alterações glicêmicas ou pressóricas e déficits neurológicos.

4

Garanta Registro e Segurança

Registre as informações clínicas relevantes de forma clara e assegure o sigilo e a proteção dos dados do usuário.

5

Assegure Continuidade do Cuidado

Encaminhe quando necessário e articule com a rede de atenção.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. DOI: 10.1590/0102-311x00074912.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Vigimed - Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Medicamentos)**. Brasília: Anvisa, 2023a.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Farmacovigilância: conceitos e orientações para notificação de eventos adversos a medicamentos**. Brasília: Anvisa, 2023b.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

AYRES, J. R. C. M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. Promoção da Saúde, Brasília, v. 2, n. 1, p. 117-139, 2003.

DE OLIVEIRA, R. B; MARTINS, V. **O recorte racial como traço permanente da população em situação de rua, no Brasil**. Libertas, Juiz de Fora, v. 22, n. 2, p. 403-421, dez. 2022. DOI: 10.34019/1980-8518.2022.v22.38242.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, DF, abr. 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com Ênfase nas Equipes de Consultórios na Rua**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2018a.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de testes rápidos para diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Geoprocessamento, cadastramento e territorialização: orientações para equipes de Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 7.799, de 20 de agosto de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 e a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Manual da Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2025b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. **Relatório de produção de atendimento individual com problema/condição avaliada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual do e-SUS APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2026b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 2 abr. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança do paciente: higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/ANVISA, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica para implantação e habilitação do Consultório na Rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Recommendations for Standard Precautions to Prevent Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings**. Atlanta: CDC, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Recomendações do COFEN para uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) durante a pandemia da COVID-19**. Brasília: COFEN, 2020.

D'ALESSANDRO, M. P. S. (ed.) et al. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HAEFFNER, L. S. B. **Social and health vulnerability of homeless people: a complexity perspective**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2023.

HIPÓCRATES. **Aforismos**. Tradução de diversos autores. São Paulo: Martin Claret, 2004.

LOPES, L. E. (org.). **Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades**. 2. ed. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2018.

MACEDO, T. R.; CALVO, M. C.; POSSOLI, L. et al. **Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre a literatura**. Revista APS, v. 25, n. 3, 2022.

- MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. **Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, 2014
- MARMOT, M. **Social determinants of health inequalities.** The Lancet, v. 365, n. 9464, p. 1099-1104, 2005.
- MINAYO, M. C. de S.; GUALHANO, L. **População em situação de rua no Brasil: visível demais ou totalmente invisível?** Ciência & Saúde Coletiva [online], Rio de Janeiro, 16 set. 2024.
- OLIVEIRA, M. A.; BOSKA, G. A.; OLIVEIRA, M. A. F.; BARBOSA, G. C. **O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 55, e03744, 2021.
- PAIM, J. S. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.
- PAIVA, I. K. S. et al. **Cuidado em saúde da população em situação de rua: desafios e práticas no território.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2020.
- PEELING, R. W. et al. **Scaling up rapid antigen tests for infectious diseases: promises and challenges.** The Lancet Infectious Diseases, v. 21, n. 9, p. e290-e295, 2021.
- PINTO, N. R. S.; SPEDO, S. M. **Planejamento e Avaliação na Saúde da Família. Estimativa Rápida: dicas operacionais.** PROSAUDE. Brasília, 2017.
- PLAGE, S.; PARSELL, C. **Access to Health for People Experiencing Homelessness.** European Journal of Homelessness, v. 16, 2022.
- REASON, J. **Human error: models and management.** BMJ, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.
- REIS, L. T. D. **Mapeamento do território e descrição da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Sebastiana de Souza no município de Piraquara - PR.** Florianópolis, 2016.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica SES/SUBVAPS nº 11/2025: Linha de cuidado materno-infantil no âmbito do HIV/Aids, sífilis, hepatites B e C e HTLV no estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: SES-RJ, 2025.
- SANTOS, A.; RIGOTTO, R. M. **Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias.** Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 7, n. 13, p. 1-14, 2011.
- SANTOS, L. G. S. **Construção de um mapa vivo na Estratégia Saúde da Família com a ferramenta Google My Maps: relato de experiência. 2021.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021.
- SEMMELWEIS, I. P. **A etiologia, o conceito e a profilaxia da febre puerperal.** Tradução de K. Codell Carter. Madison: University of Wisconsin Press, 1983.
- SHIN, H. Y. et al. Concept analysis of community health outreach. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 7, n. 3, p. 301-308, 2020.
- SOUSA, L. M. P. de et al. **Segurança alimentar e nutricional de população em situação de rua: protocolo de revisão de escopo.** Research, Society and Development, v. 11, n. 7, p. e14611729722, maio 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.29722.
- SOUZA, B. L. de et al. **Cuidado em saúde e população em situação de rua: reflexões a partir da experiência de residentes.** Revista Rede Unida, v. 19, e4254, 2024b.
- SOUZA, R. A. et al. **Cuidado em saúde da população em situação de rua: desafios, práticas e perspectivas no território.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 2, p. 1-12, 2024a.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina. **Territorialização: ferramenta essencial para o processo de trabalho na Atenção Básica.** Florianópolis: UNA-SUS/UFSC, 2016a.

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina. **Atenção à saúde da população em situação de rua: orientações para o cuidado.** Florianópolis: UFSC, 2016b.

VALLE, F. A. A. L. et al. **Plano Terapêutico Singular na atenção à população em situação de rua: desafios e potencialidades.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp., p. 182-194, 2020a.

VALLE, M. B. do et al. **O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária à Saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 1119-1134, 2020b.

VINCENT, Charles. **Patient safety.** 2. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.

WHELTON, P. K. et al. 2017 ACC/AH **A guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults.** Journal of the American College of Cardiology, v. 71, n. 19, p. e127-e248, WHO2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products.** Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated health services.** Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the international classification for patient safety.** Geneva: WHO, 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guidelines on hand hygiene in health care.** Geneva: WHO, 2009b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A guide to community-centred approaches for health and wellbeing.** Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety: making health care safer.** Geneva: World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy.** Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global patient safety action plan 2021-2030.** Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Standard Precautions for Infection Prevention and Control in Healthcare Settings.** Geneva: WHO, 2022.



**MANUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ATENDIMENTO
À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

