



Síntese de evidências para políticas de saúde Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua



Síntese de evidências para políticas de saúde Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua



2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Este trabalho foi desenvolvido em cooperação entre o Departamento de Ciência e Tecnologia e a Organização Panamericana da Saúde.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Ciência e Tecnologia

SCN, Quadra 2, Projeção C

CEP: 70712-902 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6291

Site: www.brasil.evipnet.org

E-mail: evipnetbrasil@saude.gov.br

Revisão:

Jorge Otávio Maia Barreto (Fiocruz/DF)

Roberta Moreira Wichmann (Decit/SCTIE/MS)

Elaboração:

Ana Carolina Esteves da Silva Pereira (Fiocruz/DF)

Brenda Monteiro Omena (Fiocruz/DF)

Daniella Cristina Rodrigues Pereira (Fiocruz/DF)

Érica Tatiane da Silva (Fiocruz/DF)

Flávia Tavares Silva Elias (Fiocruz/DF)

Juliana da Motta Girardi (Fiocruz/DF)

Luciana Guerra Gallo (UnB/DF)

Editoração:

Eliana Carlan (Decit/SCTIE/MS)

Jessica Alves Rippel (Decit/SCTIE/MS)

Roberta Moreira Wichmann (Decit/SCTIE/MS)

Design Gráfico:

Gustavo Veiga e Lins (Decit/SCTIE/MS)

Fotografia:

Domínio Público

Fiocruz Imagens

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva (CGDI/Editora MS)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Síntese de Evidências para Políticas de Saúde : adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

48 p. : il.

ISBN 978-85-334-2457-9

1. Políticas informadas por evidências. 2. Tuberculose. 3. Políticas Públicas. I. Título.

CDU 616-002.5

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0547

Título para indexação:

Evidence brief for health policy: adherence to tuberculosis treatment for homeless population

Sumário

MENSAGENS-CHAVE	7
O problema	7
Opções para enfrentar o problema	8
Considerações gerais acerca das opções propostas	8
CONTEXTO E ANTECEDENTES	9
DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	13
Qual é o problema, como se originou e como chamou a nossa atenção?	13
Como o problema pode ser descrito e quais as consequências disso?	14
Qual a magnitude do problema?	15
Quais são as causas do problema?	15
O que está sendo feito para enfrentar o problema?	16
Considerações sobre o problema relacionadas com a equidade	18
OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA	19
Opção 1 – Disponibilizar incentivos materiais para a população em situação de rua com tuberculose	20
Opção 2 – Possibilitar o acesso à habitação para a população em situação de rua	21
Opção 3 – Estratégias de cuidados à saúde centradas na população em situação de rua	24
Opção 4 – Promover práticas socioeducativas para a população em situação de rua envolvendo a própria comunidade	26
Considerações sobre as opções relacionadas com a equidade	28
CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES	31
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	41
Apêndice A – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – Disponibilizar incentivos materiais para a população em situação de rua com tuberculose	42
Apêndice B – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – Possibilitar o acesso à habitação para a população em situação de rua	43
Apêndice C – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – Estratégias de cuidados à saúde centradas na população em situação de rua	44
Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – Promover práticas socioeducativas para a população em situação de rua envolvendo a própria comunidade	47

Síntese de evidências para políticas de saúde:

Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua.

Incluindo

Descrição de um problema do sistema de saúde;
Opções viáveis para resolver esse problema;
Estratégias para a implementação dessas opções.

Não incluindo

Recomendações. Essa síntese não faz recomendações sobre qual opção política escolher.

Para quem essa síntese de evidências é endereçada?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado por essa síntese de evidências.

Para que essa síntese de evidências foi preparada?

Para dar suporte às deliberações sobre as políticas e programas de saúde, resumindo a melhor evidência disponível sobre o problema e as soluções viáveis.

O que é uma síntese de evidências para a política de saúde?

Sínteses de evidências para políticas de saúde reúnem evidências de pesquisa global (a partir de revisões sistemáticas*) e evidências locais para as deliberações sobre as políticas e programas de saúde.

*Revisão Sistemática: um resumo de estudos endereçado a responder a uma pergunta explicitamente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e apreciar criticamente pesquisas relevantes e para coletar, analisar e sintetizar dados a partir destas pesquisas.

Objetivos dessa síntese de evidências para políticas de saúde

As evidências apresentadas poderão ser utilizadas para:

Esclarecer e priorizar os problemas nos sistemas de saúde;
Subsidiar políticas, enfocando seus aspectos positivos, negativos e incertezas das opções;
Identificar barreiras e facilitadores de implementação das opções, seus benefícios, riscos e custos;
Apoiar o monitoramento e avaliação de resultados das opções.

Resumo Informativo

As evidências apresentadas nessa síntese também podem estar no Resumo Informativo.

EVIPNet Brasil

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet – visa estimular a cultura do uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde. Essa iniciativa promove o uso sistemático dos resultados da pesquisa científica na formulação e implementação de políticas e programas de saúde mediante o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, seja na prática clínica, gestão dos serviços e sistemas de saúde, formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes. No Brasil, são parceiros da EVIPNet: o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e outros.

Fundação Oswaldo Cruz Brasília

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é uma instituição pública de saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, reconhecida por sua capacidade de colocar a ciência, a inovação, a educação e a produção tecnológica a serviço da redução das desigualdades sociais e do aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde. A Fiocruz Brasília é uma unidade administrativa vinculada à presidência da Fiocruz e tem suas atribuições definidas pelo Decreto Presidencial nº 4.725/2003. Atualmente suas atividades são norteadas por um conjunto de três eixos de atuação: integração, inteligência e formação. Esta unidade busca promover a articulação e a integração entre as unidades regionais da Fiocruz distribuídas pelo país, os órgãos ligados aos três poderes da União e representações de entidades nacionais e internacionais ligadas à saúde.

Financiamento

Essa síntese de evidências é produto do projeto contemplado pela primeira “Chamada pública de apoio a projetos de tradução do conhecimento para políticas informadas por evidências para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da EVIPNet”, publicada em 2014 e financiada com recursos oriundos de Termo de Cooperação entre Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde.

Conflito de interesse

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse. Os financiadores não interferiram no desenho, elaboração e divulgação dos resultados desta síntese.

Revisão do mérito dessa síntese de evidências

Essa síntese de evidências foi revisada por investigadores, gestores e partes interessadas externas na busca de rigor científico e relevância para o sistema de saúde.

Citação

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 48 p.

MENSAGENS-CHAVE

O problema

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, sua propagação se dá pelo ar e afeta, principalmente, os pulmões (TIBAYRENC, 2007). A proliferação acontece quando um paciente acometido pela doença expõe o bacilo no ar, através de tosses, espirros e, assim, basta os indivíduos próximos inalarem para serem infectados (FARGA; CAMINERO, 2011). Estar infectado não significa, necessariamente, estar com a doença, visto que um terço da população mundial está infectado pelo bacilo, porém não desenvolve a TB e nem pode transmiti-la (infecção latente) (WHO, 2016). Mesmo sendo uma enfermidade antiga, a TB ainda é uma grande preocupação para a saúde pública no Brasil e no mundo (ROSEMBERG, 1999; WHO, 2015a).

No Brasil, as diretrizes de controle da TB são executadas a partir do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). A política de controle da TB é executada por padrões assistenciais e técnicos bem delimitados e em parceria entre a União, estados e municípios, através da rede de serviços de saúde, desenvolvendo ações de controle e prevenção da doença e buscando garantir a toda população o acesso ao diagnóstico, medicamentos e insumos (BRASIL, 2006). Para tanto, o MS define algumas populações como prioritárias, que demandam uma maior cautela no cuidado à saúde, dentre estas se encontra a população em situação de rua (PSR).

A dinâmica da vida nas ruas dificulta a adesão ao tratamento e o seu abandono pode gerar resistência à medicação, além de aumentar o risco de óbito. Cabe reportar que o tratamento da tuberculose é prolongado (tratamento diário por pelo menos seis meses) e complexo (associação de fármacos), o que requer grande cooperação do paciente na tomada dos medicamentos conforme prescrito, incluindo duração, dosagem e frequência (BRASIL, 2012a).

O tratamento de pacientes com tuberculose em situação de rua é mais complexo e caro, pois demanda um maior cuidado e apoio profissional e de instituições de saúde, em comparação à população em geral (WHO, 2016). Os custos são mais elevados devido a diversos fatores, como a dificuldade de adesão ao tratamento, muitas vezes advinda da dinâmica da vida na rua, com dificuldade de alimentação e repouso, abuso de álcool, uso de outras drogas, baixa autoestima e autocuidado (ZENNER et al., 2013).

É natural que a tuberculose (e o seu tratamento) não seja a principal preocupação do paciente de TB em situação de rua, pois questões como segurança, alimentação e descanso competem com o cuidado de saúde. Assim, o suporte ofertado a este indivíduo para auxiliar na solução desses problemas pode ser fundamental para alcançar a adesão e sucesso do tratamento da TB (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1992; GALLO, 2016; PLUMB, 2000).

Opções para enfrentar o problema

Opção 1 – Disponibilizar incentivos materiais à população em situação de rua com TB;

Opção 2 – Possibilitar o acesso à habitação para a PSR;

Opção 3 – Estratégias de cuidados à saúde centradas na PSR;

Opção 4 – Promover práticas socioeducativas para a população em situação de rua envolvendo a própria comunidade.

Considerações gerais acerca das opções propostas

As opções sobre a adesão ao tratamento de TB pela PSR reportadas nesta síntese foram encontradas em revisões sistemáticas de abrangência internacional e, apesar de estarem descritas de modo separado, podem ser complementares entre si e exigem uma ação intersetorial e integrada localmente. A implementação das opções deve considerar a participação de diferentes atores, como tomadores de decisão, comunidade científica, profissionais de saúde, sociedade civil e seus representantes. A obtenção de resultados exige a decisão pela alocação equitativa de recursos – financeiros, tecnológicos e pessoais – para atuar em uma rede assistencial devidamente estruturada e organizada.



CONTEXTO E ANTECEDENTES

A TB é a segunda maior causa de mortalidade no mundo entre as doenças infecciosas, com 1,5 milhão de mortes em 2014, o que representa pouco mais de 15% do total dos que adoeceram. Entre as regiões que mais se destacam em casos de TB, estão a Ásia com um percentual de 58% de todos os casos novos em 2014, e a África que, no mesmo ano, sustentou a maior taxa de incidência mundial, com mais de 281 casos por 100.000 habitantes (WHO, 2016). No Brasil, a TB é considerada uma doença prioritária entre as políticas governamentais de saúde desde 1999 (BRASIL, 2014a), contudo o país ainda está entre os 22 países que juntos somam cerca de 80% da carga mundial (WHO, 2016). Apesar da redução das taxas de incidência e mortalidade, o percentual de cura no país, na população em geral, nos últimos anos não ultrapassou 72,5% e o percentual de abandono se manteve em torno de 9% em 2014 (BRASIL, 2014b).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2015 foram notificados 63.189 casos novos de TB no Brasil, correspondendo a um coeficiente de incidência (CI) de 30,9/100.000 habitantes (BRASIL, 2016). Mais de dois terços dos casos concentram-se em 315 dos 5.565 municípios, principalmente em grandes centros urbanos e nos aglomerados populacionais e, sobretudo, em populações mais vulneráveis, como população privada de liberdade, população indígena e população em situação de rua (BRASIL, 2011). Cerca de 66% dos casos notificados no país são do sexo masculino e a faixa etária mais acometida está entre 25 e 34 anos para ambos os sexos (BRASIL, 2015a).

O conhecimento sobre os casos de tuberculose em PSR no Brasil ainda é impreciso, mas segundo estudos realizados nos municípios de Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo, a prevalência da tuberculose nessa população mostrou-se até 70 vezes superior à da população geral (BRASIL, 2014b). Os desfechos nessa população também são piores. Dados do município de São Paulo reportam uma proporção de abandono ao tratamento, em 2014, de 40,5% na PSR (SÃO PAULO, 2015), enquanto que na população em geral este percentual foi de 14,3% (BOLETIM TB, 2016).

Os sofrimentos físicos e emocionais vivenciados pela PSR aumentam os riscos para a saúde desse grupo. Associado a esta realidade, essa população é bastante diversificada, e dentre eles existem indivíduos que abusam de substâncias psicoativas, possuem envolvimento com a justiça criminal e 20% a 35% dessa população sofre de doença mental grave. Deste modo, este grupo representa um grande desafio para implantação de políticas de saúde (LEHMAN; CORDRAY, 1993).

Diante dos diferentes aspectos da PSR, as opções informadas por evidências científicas para o aumento da adesão ao tratamento de tuberculose podem subsidiar a decisão na política de saúde em nível nacional e local, mostrando-se úteis na implementação de ações direcionadas à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção à população em situação de rua.

Conceitos-chave

Acolhimento: configura-se como acolhimento provisório, realizado por serviço estruturado para acolher com privacidade pessoas do mesmo sexo ou grupo familiar. Os Serviços de Acolhimento Institucional (abrigos institucionais e casas de passagem) e os Serviços de Acolhimento em República são serviços que integram a Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Dada a complexidade da demanda dos serviços de acolhimento, é importante que os profissionais que irão atuar nesses espaços tenham proximidade e habilidades teórico e técnicas para a realização do trabalho com os e as usuárias destes serviços (BRASIL, 2012b).

Adesão ao tratamento: de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), adesão ao tratamento caracteriza-se como cooperação voluntária do paciente na tomada de medicamentos ou remédios, conforme prescrito. Isto inclui a duração, a dosagem e a frequência.

Advocacy (não é utilizada tradução para o português): exercício de influência do processo de tomada de decisão. Envolve realizações de iniciativas que visam à defesa de uma causa ou de uma proposta de interesse. Por meio de diversas ferramentas, que incluem diálogo, reuniões, audiências, passeatas, documentários, abaixo-assinados e mídia de massa, procura-se intervir nas políticas públicas e em suas ações.

Comunidade terapêutica: de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), comunidade terapêutica define-se como uma técnica psicoterápica que enfatiza as influências ambientais e interpessoais na ressocialização e reabilitação, na qual a interação com o paciente é realizada por profissionais de saúde, de assistência social e outras equipes, profissional e não profissional. No Brasil, as comunidades terapêuticas costumam ser voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Algumas destas comunidades não possibilitam a interação com a comunidade, fator gerador de desafios para a ressocialização do indivíduo.

Educação por pares: indivíduos ou grupos-alvo que compartilham as mesmas características demográficas e/ou comportamentos (por exemplo, população em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas), capacitados para aumentar a consciência acerca da situação de saúde e incentivar a mudança de comportamento entre os membros desse mesmo grupo (MEDLEY et al., 2009).

Estratégias de cuidados com a saúde: incentivos diversos para estabelecer vínculos com o paciente ou usuário, com objetivo terapêutico específico como o tratamento diretamente observado, ou mesmo para fins de atenção integral de longo prazo, como o gerenciamento abrangente dos cuidados com a pessoa. Envolve práticas assertivas e planos individualizados em função da condição e característica da pessoa.

Gerenciamento de casos: gerenciamento dos cuidados de determinado paciente por um profissional ou equipe. Os profissionais devem promover o acesso aos serviços (psiquiátricos, clínicos, sociais) por ações de coordenação e integração da rede de saúde (MACHADO et al., 2007; VANDERPLASSCHEN et al., 2007).

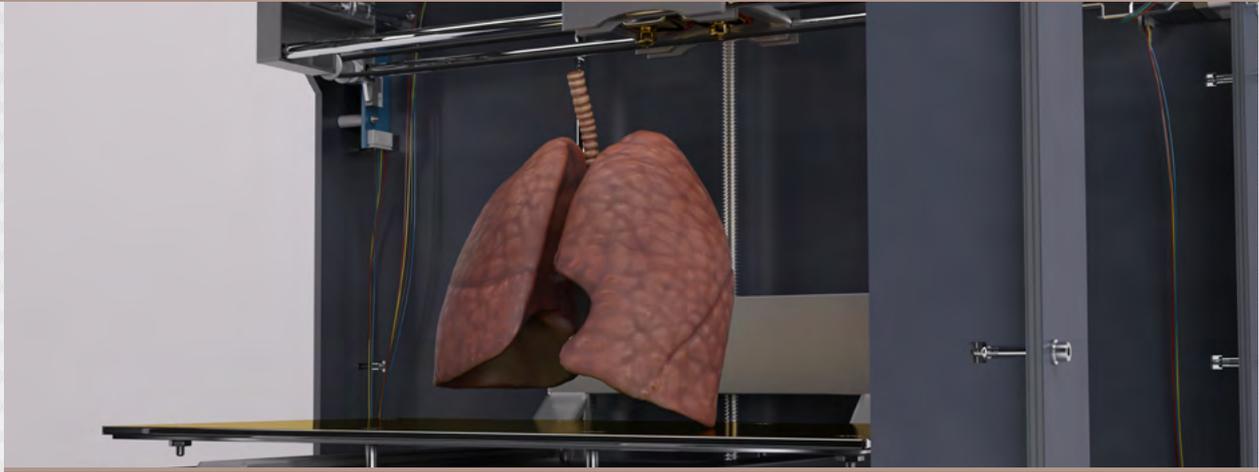
Habitação: no Brasil é entendida como um direito humano social, um lugar onde se mora com garantias de segurança e salubridade, com garantias de posse da terra e com garantias de acesso às infraestruturas e aos serviços urbanos. É uma força estabilizadora na vida cotidiana, que forma a base sobre a qual uma pessoa pode estabelecer uma rotina diária e começar a abordar outras questões da vida (KYLE; DUNN, 2008). No Brasil, programas como o aluguel social e o Programa Minha Casa Minha Vida aproximam-se do conceito de *Housing first*, que é uma alternativa ao sistema tradicional de abrigo de emergência/progressões de habitação temporárias. Em vez de mover as pessoas através de diferentes “níveis” de habitação, dos quais cada nível aproxima-os de uma “habitação independente”, o *housing first* visa promover a saída das ruas ou abrigos para uma moradia estável/permanente, e em seguida fornecer outros serviços de apoio e suporte social, além de vínculo com a sociedade a fim de evitar o retorno à situação de rua (LARIMER et al., 2009). É uma força estabilizadora na vida cotidiana, que forma a base sobre a qual uma pessoa pode estabelecer uma rotina diária e começar a abordar outras questões da vida (KYLE; DUNN, 2008).

Incentivos materiais: prestação de ajuda direta ou de serviços como ajuda financeira, fornecimento de cestas básicas, refeição e vale transporte. Refere-se ao fornecimento de bens e serviços que ajudem a resolver problemas práticos (MAZZEI et al., 2003). No Brasil alguns destes itens são considerados direitos sociais como a garantia de renda mínima para a população em extrema pobreza.

Intervenção motivacional: intervenção voltada ao fortalecimento dos determinantes da intenção, atitude e controle comportamental percebido pelo paciente, por meio de comunicação (MENDEZ, 2012).

População em Situação de Rua (PSR): define o conjunto de indivíduos como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e utilização de logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Terapia comunitária assertiva: envolve o cuidado realizado por equipes interdisciplinares integradas à comunidade. Os profissionais de saúde realizam visitas aos pacientes e ações extramuros, prestando serviços durante o tempo que for necessário, atuando como líderes para ajudar a pessoa a partir de um planejamento conjunto (HWANG et al., 2005). No Brasil, este tipo de estratégia se assemelha ao trabalho realizado pelas equipes de Consultório na Rua.



Fonte: <freepik.com/free-photo/printing-human-langs_879924.htm>.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A tuberculose é um importante problema de saúde pública global, tratando-se da segunda causa de mortalidade por doença infecciosa (WHO, 2009). Seus fatores de perpetuação estão associados ao processo de desigualdades sociais, com as precárias condições de vida aumentando o risco de desenvolvimento de TB e a doença agrava a pobreza, criando um círculo vicioso. Portanto, o controle da doença exige o desenvolvimento de estratégias considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública (BRASIL, 2011). Está previsto que a doença requererá entre um e três trilhões de dólares nos próximos dez anos para os países em desenvolvimento (TB ALLIANCE, 2016).

Estar em situação de rua é conhecidamente um risco para a infecção tuberculosa (BRASIL, 2011; CAPEWELL et al., 1986; ASSOCIATION ..., 2000), as más condições de vida as quais estas pessoas podem estar submetidas (desnutrição, dificuldade de acesso aos serviços públicos, abuso de álcool e uso de outras drogas, etc.) e seu comprometimento imunológico (comorbidades e outras situações), facilitam o desenvolvimento da forma latente para a forma ativa da doença e as interrupções do tratamento (BRASIL, 2011; CANONICO et al., 2007; MOSS et al., 2000).

Qual é o problema, como se originou e como chamou a nossa atenção?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose uma emergência mundial em 2004 e, após mais de uma década, a doença continua a requerer atenção especial dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo, por sua alta magnitude e vulnerabilidade (BRASIL, 2011; WHO, 2015b). Apesar das constantes reduções nos coeficientes de incidência e mortalidade, alcançados por diversos esforços, entre eles as metas e incentivos para o controle da tuberculose e os avanços sociais, a doença ainda é endêmica em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2011; GALLO, 2016; RASELLA et al., 2013). Atualmente, no país, concentra-se em grandes centros urbanos e aglomerados populacionais, principalmente em populações mais vulneráveis, como a população privada de liberdade, população indígena e população em situação de rua (BRASIL, 2012a).

Sendo a rua “o lugar de quem não tem lugar”, a população em situação de rua é marginalizada e sofre com a negação de muitos de seus direitos (CRUZ, 2012), dentre eles o cuidado em saúde e o acesso aos SUS (BRASIL, 2008b). Devido à vulnerabilidade da população em situação de rua, há uma maior probabilidade de adoecer e, posteriormente, não aderir ao tratamento, e, por conseguinte abandoná-lo, o que pode levar ao desenvolvimento de formas resistentes (ZUIM, 2011) e ao óbito.

A adesão a um tratamento prolongado e complexo pela população em situação de rua, como o da tuberculose, exige especial organização da pessoa e do serviço. Desta maneira, não são raros os casos de abandono ao tratamento. Estas pessoas vivenciam uma sociedade fragmentada que promove rupturas das perspectivas, em que seis meses aparenta ser um horizonte temporal muito extenso para se planejar. A adesão ao tratamento (e conseqüente cura) costuma estar unida a uma conquista de direitos e de projeto de vida da pessoa.

Como o problema pode ser descrito e quais as conseqüências disso?

A PSR é formada por um grupo heterogêneo de pessoas que possuem em comum não ter referência de moradia regular, muitas delas desenvolvem atividades produtivas nas ruas e possuem vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (FERREIRA, 2005). O processo de ida para as ruas é composto por diferentes determinantes e estar nessa condição é uma situação multifacetada que não pode ser explicada por uma interpretação única ou perspectiva monocausal (GALLO, 2016). No Brasil, estima-se que aproximadamente 50 mil pessoas vivenciam esta situação, sendo a maior parte deste grupo composto por indivíduos do sexo masculino e originários do mesmo local em que se encontram ou locais próximos (BRASIL, 2008b).

A realidade experimentada pela PSR, marcada por privações e sofrimentos físicos e emocionais, aumentam os riscos à saúde desse grupo e, em comparação com a população em geral, o adoecimento costuma ser mais precoce e severo (GEDDES; FAZEL, 2011; HWANG, 2001; VALENCIO et al., 2008). Ainda assim, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde é enfrentada constantemente (BRASIL, 2008b). Ressalta-se que as barreiras enfrentadas por esta população para ter acesso aos cuidados básicos de saúde podem ser internas (relativas ao sujeito) ou externas (serviços de saúde desarticulados e/ou mal preparados) (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012; PLUMB, 2000).

A importância da TB entre a PSR é notada desde o início do século XX (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1992). Estar nesta situação aumenta a probabilidade e risco de adoecimento, quando comparada a outras populações (BRASIL, 2011), além do aumento da probabilidade de incidência de desfechos negativos (abandono ao tratamento, falência do tratamento e óbito) (FIGUEROA-MUNOZ; RAMON-PARDO, 2008), sendo que, no Brasil, a não adesão ao tratamento é cerca de quatro vezes maior na PSR que na população em geral (BRASIL, 2008a).

A não adesão ao tratamento de tuberculose pela PSR possui conseqüências individuais (como piora do estado de saúde e da condição geral do indivíduo e, no pior cenário, óbito pela doença) e conseqüências para a saúde pública, visto que pode criar cepas resistentes ao esquema básico de tratamento, além de manter um foco ativo de infectividade para esse e outros grupos sociais (STORY et al., 2007). As altas taxas de abandono também podem refletir uma fragilidade do vínculo do serviço de saúde com o usuário. Portanto, o tratamento da TB na PSR mostra-se um desafio, visto que a baixa adesão (e suas conseqüências) e a letalidade são agravantes epidemiológicos e sociais (SCHLUGER et al., 1995).

Qual a magnitude do problema?

De acordo com a OMS, 22 países concentram 80% da carga mundial de TB, dentre eles o Brasil como único representante das Américas, sendo, portanto um dos países priorizados para o controle da doença por esta instituição (WHO, 2015a). No país, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos de tuberculose por ano, e em 2013 ocorreram 4.577 óbitos. Em 2014, foram diagnosticados 67.966 casos novos de tuberculose. Observa-se redução do coeficiente de incidência, passando de 41,5/100 mil hab. em 2005 para 33,5/100 mil hab. em 2014, o que corresponde a uma redução média de 2,3% ao ano nesse período (BRASIL, 2015b).

O Brasil atingiu todas as metas estabelecidas nos Objetivos do Milênio e do Stop TB Partnership relacionadas à incidência, prevalência e mortalidade por TB. As metas propostas foram: parar e reverter a tendência do coeficiente de incidência da tuberculose até 2015 e reduzir em 50% a prevalência e a mortalidade por tuberculose em 2015, em comparação a 1990, respectivamente (BRASIL, 2015b). Apesar de ter atingido as metas de redução da taxa de incidência e de mortalidade, o percentual de cura no Brasil na última década não passou de 75% e o percentual de abandono se manteve em torno de 9%, restando ainda desafios para a redução dos casos da doença e ampliação da adesão ao tratamento (BRASIL, 2015a; GALLO, 2016).

São escassos os dados disponíveis sobre a TB na PSR no Brasil, o que não permite traçar com precisão o perfil de adoecimento e/ou de suas representações sobre os processos de saúde e doença (BRASIL, 2012a). Ressalta-se que a informação sobre tratar-se de pessoa em situação de rua foi acrescida à ficha nacional de notificação de tuberculose em 2015, por isso ainda não é possível ser preciso acerca do número de casos de TB que ocorrem nesta população.

Dados do município de São Paulo mostram que, em 2015, o coeficiente de incidência na população em geral foi de 51,1/100.000 habitantes, já na população sem residência fixa foram notificados 698 casos em uma população de cerca de 16.000 pessoas em situação de rua (CI=4.389/100.000 pessoas) (BOLETIM TB, 2016). Também já foi reportado, neste município, que o maior percentual de casos de retratamento pós-abandono ocorre na PSR (BOLETIM TB, 2011) e que aproximadamente 56% dos casos notificados no município, que resultam em desfechos desfavoráveis, estavam em situação de rua (GUARNIER, 2011). Esses indicadores demonstram a importância da TB na PSR como problema de saúde pública, com alta incidência da doença e abandono ao tratamento (BRASIL, 2011).

Quais são as causas do problema?

A falta de adesão ao tratamento da TB pela PSR precisa ser compreendida como um problema multicausal, em que a interrelação de determinantes atuam de maneira sinérgica em um mesmo indivíduo. Essa pode estar associada a fatores pessoais, como baixa autoestima, alimentação inadequada, abuso de substâncias psicoativas; relacionados ao tratamento, como necessidade de tomada diária; à dinâmica da rua, que não contribui para que os remédios sejam tomados com regularidade, parâmetro temporal diferenciado (BRASIL, 2012a); e também com fatores ligados aos serviços de saúde, como baixa abrangência, burocracia excessiva, desarticulação e atitudes inadequadas (DUTRA, 2014).



Fonte: <pexels.com/photo/person-woman-sitting-old-2128>.

Dentre os fatores que contribuem para o abandono do tratamento da TB evidencia-se, dentre os pessoais e relacionados ao tratamento, que sentir-se doente, ou melhor, também faz parte de uma percepção individual e a regressão dos sintomas no início do tratamento pode fazer o paciente pensar que já está curado e pare com a terapêutica, além do fato do usuário apresentar efeitos colaterais do medicamento e parar de tomá-lo para reduzi-los (COUTO, 2014). Quanto à dinâmica das ruas, um fator importante para a interrupção do tratamento foi relacionado ao roubo dos pertences individuais e/ou seu recolhimento pelos órgãos públicos e, entre estes, dos medicamentos sob os cuidados do doente (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004). Já quanto ao serviço, o não estabelecimento de fluxo, a falta de estruturação organizativa, as regras rígidas estabelecidas pelos serviços de saúde (que podem ser enrijecidas ainda mais para esta população) e a predominância da visão do servidor, contraditórias e incompatíveis com a dinâmica e o tipo de vida nas ruas, também dificultam a adesão ao tratamento da TB (GALLO, 2016).

O que está sendo feito para enfrentar o problema?

A Constituição Federal Brasileira dispõe a saúde, a moradia e a assistência aos desamparados como direitos sociais (BRASIL, 1988), desta maneira, muito do que é realizado no país como ferramenta de acesso aos direitos pode ser feito em outros países como forma de incentivo. Compreendendo que a precariedade e insalubridade das ruas culminam em vulnerabilidade cumulativa que requer intervenções orientadas segundo sua especificidade (VARANDA; ADORNO, 2004), o Governo Federal instituiu em 2008 a PNIS (Política Nacional para Inclusão Social da PSR) (BRASIL, 2008c) e, em 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua e do Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento de tal Política (BRASIL, 2009).

Ressalta-se a importância do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) para essas conquistas. Este movimento surgiu em 2000, respondendo a diversos episódios de violência contra a PSR, confirmando a urgência desta população em manter um espaço de organização, visibilidade, recuperação da cidadania e dignidade. O MNPR busca a reinserção social e profissional do indivíduo, a valorização das pessoas por meio do desenvolvimento de potencialidades e do resgate da autoestima e da esperança, e pleiteia por acesso pleno às políticas públicas, serviços e direitos sociais.

O acesso aos programas governamentais é direito da PSR, dentre estes os programas de transferência de renda condicional (Programa Bolsa Família), de acesso à moradia (Programa Minha Casa Minha Vida) e de acolhimento temporário. A oferta

de acolhimento temporário pode ser dividida em duas modalidades principais: i) abrigo institucional/casa de passagem para acolhimento de adultos e famílias e ii) república, destinada a proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas. Estes serviços devem ser desenvolvidos em sistema de autogestão ou cogestão, possibilitando gradual autonomia e independência de seus moradores (BRASIL, 2015b).

Os serviços de proteção e assistência social destinados à população em situação de rua incluem o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e o Serviço Especializado em Abordagem Social, ofertado de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa nos territórios, a fim de promover o acesso à rede de serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas, desencadear o processo de saída das ruas, e o retorno familiar e comunitário. Outros serviços de proteção social também podem ser usados por esta população, tal como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (BRASIL, 2014c).

Quanto à garantia do acesso à saúde, dentre outras medidas, em 2012, o MS, baseado nos princípios da atenção integral e da abordagem psicossocial e de redução de danos, publicou o Manual sobre Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (BRASIL, 2012a), estabelecendo consultórios na rua como estratégia específica para atenção a essa população. Atualmente, a rede de apoio ao atendimento à PSR envolve ações integradas do SUS – por meio das equipes de Consultório na Rua (eCR), Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), hospitais e etc. – instituições governamentais (hospitais/abrigos) e não governamentais (ONG/abrigos) e as ações de proteção social, básica e especial, desenvolvidas pelo Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

Pelo alto risco do desenvolvimento de TB e as altas taxas de abandono ao tratamento, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) considera a PSR como prioritária para o controle da doença, recomendando diretrizes para alcance de população em situação de rua a serem adotadas pelos níveis locais envolvendo tanto a atenção básica, como a rede de proteção governamental – rede de assistência social e não governamental (BRASIL, 2008c; 2011).

De modo geral recomenda-se: i) intersetorialidade, mediante a constituição de uma rede de atendimento que reúna instituições governamentais e não governamentais (abrigos, albergues, centros de convivência, casas de acolhida, etc.) (BRASIL, 2014d); ii) definição das unidades de saúde que serão referência para o atendimento, estabelecendo fluxo claro entre essas e as instituições da rede de proteção social; iii) sensibilização e capacitação dos profissionais para lidar com o contexto específico de exclusão da população em situação de rua; e iv) oferta de leitos para as pessoas que são caracterizadas por necessitar internação em virtude de vulnerabilidade social (BRASIL, 2011; 2014d).

Outras recomendações para a assistência e controle da tuberculose na população em situação de rua incluem: i) busca nas cenas de uso em conjunto com equipes de assistência social; ii) serviços itinerantes com identificação dos casos e encaminhamento; iii) articulação entre unidades de saúde e abrigos para o cuidado compartilhado dos usuários com tuberculose; iv) implantação do Consultório na Rua para atenção integral à população e orientações sobre biossegurança nos abrigos; v) capacitação de multiplicadores; e vi) informações para usuários.

Algumas iniciativas locais que visam à melhoria da adesão ao tratamento na PSR podem ser destacadas como: comunicação instantânea (grupos de WhatsApp) entre os serviços e equipes de saúde para encontrar o usuário no território; reserva de leitos hospitalares; oferta de alimentação; oferta de acolhimento temporário; abordagem direcionada à redução de danos para casos de pessoas dependentes de álcool/drogas; entrega da medicação no local de estada do paciente; ferramentas especiais de educação em saúde, como teatro, filmes e outras atividades culturais e lúdicas; oferta de produtos de higiene e cuidados pessoais (banho, corte de barba e cabelo, etc.); e a realização de plano terapêutico singular, visando compreender as necessidades individuais do paciente e desenvolver conjuntamente uma estratégia de tratamento e, muitas vezes, reintegração de um projeto de vida.

Considerações sobre o problema relacionadas com a equidade

Considerando que a TB possui uma relação estreita com a inequidade, pobreza e má distribuição de renda, impactando principalmente grupos em situação de vulnerabilidade, chegando a ser considerada como uma doença capaz de refletir a insuficiência das políticas de desenvolvimento e bem-estar social (BRUNELLO et al., 2011; RUFFINO-NETTO, 2002); e o fenômeno “situação de rua” é consequência de diversos condicionantes sociais, políticos e econômicos, podendo as pessoas nesta situação serem caracterizadas como vítimas de consecutivos processos excludentes (BRASIL, 2012a), percebe-se que há uma relação próxima entre PSR e TB.

As políticas e serviços para essa população ainda contam com entraves (DUTRA, 2014), apesar dos avanços legais, normativos e sociais como a publicação do Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua. Junto a essa população, o acesso aos serviços de saúde se apresenta, de modo geral, com significativos desafios para sua efetiva garantia, em especial na atenção primária (GALLO, 2016). Como uma ferramenta que possibilite o acesso aos serviços de saúde e a promoção de vínculo, foram criados os Consultórios de Rua, posteriormente remodelados e atualmente conhecidos como Consultório na Rua (DUTRA, 2014). No entanto, muito ainda há de ser feito para o reconhecimento das diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades da PSR, e neste contexto, é importante lembrar que oferecer mais a quem mais precisa é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) (FIOCRUZ, 2015).

Os aspectos relacionados às crenças e cultura pessoal, concepções do adoecimento e do processo do cuidado da PSR com TB contribuem para sua não adesão ao tratamento, todavia, questões referentes à própria organização do serviço exercem papel fundamental no acesso e tratamento (CARNEIRO JUNIOR, 2010).

A insuficiente quantidade de serviços disponíveis, as dificuldades de acesso, as fragilidades de ações do sistema, a criação de vínculos precários, exigência de documentação, a restrição no atendimento da demanda espontânea, os limites na atuação intersetorial, a desorganização técnico-administrativa dos serviços e os preconceitos por parte dos profissionais são alguns dos fatores que precisam ser percebidos e modificados pelos serviços e profissionais de saúde, com a finalidade de reduzir os obstáculos vivenciados por esta população para efetiva a adesão da PSR ao tratamento da TB.



Fonte: <freepik.com/free-photo/doctors-checking-an-x-ray_854939.htm>.

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

Considerando a complexidade em lidar com a saúde da população em situação de rua, uma das dificuldades percebidas é em relação ao volume de informação existente nas bases científicas sobre essa temática. A partir das revisões sistemáticas foram selecionadas opções de alta relevância para as condições de saúde dessa população, embora poucas revisões tenham abordado especificamente o tratamento de TB, dado ao fato dessa população demandar um trabalho complexo, contínuo e intenso no tratamento do indivíduo.

A síntese de evidências identificou quatro opções para aumentar a adesão ao tratamento de tuberculose pela PSR: 1) disponibilizar incentivos materiais para a população em situação de rua com tuberculose; 2) possibilitar o acesso à habitação para a população em situação de rua; 3) estratégias de cuidados à saúde centradas na população em situação de rua; 4) promover práticas socioeducativas para a população em situação de rua envolvendo a própria comunidade.

As opções apontadas nesta síntese refletem ações realizadas em âmbito global. Apesar de terem sido segregadas em quatro opções, a integralidade e intersetorialidade são características fundamentais para a adesão ao tratamento de TB pela PSR. Neste sentido, estas opções não devem ser compreendidas como opções excludentes, mas sim complementares entre si.

Buscando evidências científicas sobre as opções

As buscas de evidências científicas sobre as opções para abordar o problema foi realizada nas seguintes bases de dados: repositórios da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bvsalud.org>), Health Systems Evidence (<http://healthsystemsevidence.org/>), Center for Review Dissemination (<https://www.york.ac.uk/crd/>), PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Web of Science (<https://webofknowledge.com/>) e Cochrane Libery (www.cochranelibrary.com/).

Para a estratégia de busca utilizou-se os seguintes termos: "homeless", "homeless person", "Homelessness", "Street People", "treatment", "medication adherence". Buscou-se auxílio de bibliotecário e optou-se por não utilizar na estratégia de busca o termo "tuberculosis" em virtude de escassez de revisões sistemáticas que associam TB e PSR.

Em todas as bases, os termos foram adaptados e utilizou-se o filtro de revisão sistemática, obtendo-se um total de 323 estudos. Foram retirados 89 estudos duplicados, restando 239 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, 36 foram selecionados para a leitura dos textos completos com base nos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Foram excluídos protocolos, revisões sistemáticas que não avaliavam efeito, e outros tipos de revisão. Foram excluídas também revisões em que havia duplicações dos estudos analisados.

Cada revisão foi avaliada em termos de sua qualidade (qualificação AMSTAR) e não se adotou uma pontuação limite para a exclusão das revisões sistemáticas. Inclui-se consenso de saúde pública baseado em revisão sistemática.

Os resultados-chave dos autores da revisão foram extraídos das revisões selecionadas, assim como aplicabilidade local (proporção de estudos que foram levados a cabo no país), considerações sobre a equidade (proporção de estudos que tratam explicitamente dos grupos priorizados) e o grau de enfoque da revisão sobre o tema. Na evidência geral sobre as opções se resumiu a continuação e introduziram as advertências relevantes sobre os resultados principais dos autores da revisão com base nas avaliações de qualidade, aplicabilidade local, equidade e aplicabilidade do tema. No final, 17 revisões sistemáticas foram utilizadas.

Opção 1 – Disponibilizar incentivos materiais para a população em situação de rua com tuberculose

Incentivos materiais são intervenções econômicas que podem ser dadas aos pacientes com o objetivo de recompensar comportamentos saudáveis ou remover as barreiras econômicas ao acesso aos cuidados de saúde. Estes incentivos podem ser ofertados em forma monetária (em dinheiro), forma de alimentação (cesta básica, lanches) ou de forma indireta, como a prestação de um serviço para o qual o paciente poderia ter de pagar (vale transporte, vale refeição, *vouchers*) (LUTGE et al., 2015). Há evidência disponível sobre estratégias que abordam muitos componentes nessa opção, conforme descrito no Quadro 1. Uma descrição mais completa dos achados das revisões sistemáticas selecionadas está disposta no Apêndice A.

Quadro 1 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>As revisões sistemáticas encontradas são de alta qualidade (HWANG et al., 2005; LUTGE et al., 2015) e indicam que incentivos materiais no tratamento/prevenção da tuberculose – como a oferta de dinheiro, <i>vouchers</i> para lanches, <i>tickets</i> telefônicos ou oferta de alimentação – podem ter efeitos positivos de curto prazo no atendimento clínico, principalmente para populações vulneráveis como a população em situação de rua.</p> <p>Hwang e colaboradores (2005) indicam que a oferta de incentivos monetários comparados com não monetários (como <i>vouchers</i>), não possuem diferenças significativas para a adesão ao tratamento da tuberculose latente, ambos são efetivos quando comparados com a prática usual (nenhuma oferta de incentivos).</p>
Danos potenciais	Nenhuma das revisões sistemáticas analisadas para esta opção reportou riscos ou danos potenciais relacionados às intervenções estudadas.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>A oferta de incentivos materiais, em ambas as revisões sistemáticas (HWANG et al., 2005; LUTGE et al., 2015), mostra-se custo-efetiva a curto prazo, porém não se tem evidências para afirmar sua efetividade a longo prazo com vistas à formulação de políticas para saúde.</p> <p>Apesar de estar presente em nenhuma das revisões sistemáticas incluídas nesta síntese, o estudo de Torrens e colaboradores, que analisou a influência da transferência de renda (Programa Bolsa Família) nos desfechos de tuberculose na população em geral (pessoas cadastradas no CadÚnico), demonstrou uma associação positiva entre o recebimento de renda e a adesão ao tratamento (TORRENS et al., 2016).</p>

Continua

Conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>Nesta opção não foram encontradas revisões que explorassem com profundidade o problema em saúde estudado: TB em população em situação de rua.</p> <p>As revisões incluídas nesta opção (HWANG et al., 2005; LUTGE et al., 2015) não apresentam fortes evidências de relação entre a opção e desfechos em saúde mais positivos a longo prazo.</p> <p>Em um estudo (HWANG et al., 2005) é analisada a oferta de incentivos materiais para a população em situação de rua com tuberculose latente, porém o autor não discute o incentivo.</p> <p>Estudos relacionados a esta opção dentro do problema em saúde são escassos, especialmente em países em desenvolvimento. Não se tem claro o efeito dessas intervenções em longo prazo.</p>
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Os principais elementos desta opção incluem: a) oferta de incentivo material em forma monetária; b) oferta de incentivo material em forma não monetária (<i>vouchers</i> ou abrigos com alimentação); c) oferta de cesta básica; e d) cadastro em programas de transferência de renda.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhuma das revisões sistemáticas analisadas para esta opção reportou a opinião, ou percepção da população em situação de rua, população-alvo para a implementação das intervenções.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 2 – Possibilitar o acesso à habitação para a população em situação de rua

Não ter acesso à moradia afeta negativamente a saúde das população, pois além de viverem em condições precárias, elas têm menos acesso aos cuidados de saúde quando comparadas às pessoas que vivem em habitação estável (FITZPATRICK-LEWIS et al., 2011). O Quadro 2 fornece um resumo dos resultados das evidências científicas encontradas. Mais informações sobre as revisões sistemáticas dessa opção podem ser acessadas no Apêndice B, no qual encontra-se uma descrição mais completa das evidências relatadas.

Quadro 2 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Uma revisão sistemática de alta qualidade, conduzida por Fitzpatrick-Lewis e colaboradores (2011), que incluiu dez estudos de qualidade moderada, evidenciou que a oferta de habitação está associada à redução do uso de drogas e das recaídas após períodos de abstinência, à utilização de serviços de saúde e à melhoria do estado de saúde da população em situação de rua. Os estudos relataram que a provisão de habitação à PSR pode proporcionar maior efetividade dos programas de atenção à saúde de PSR portadores de doenças infecciosas (por exemplo, HIV, TB e hepatite B) com maior adesão ao tratamento. Há evidência de que intervenções relativamente simples, como auxílio no aluguel, aumenta o tempo de adesão ao tratamento.</p> <p>Leaver e colaboradores (2007) realizaram uma revisão sistemática de alta qualidade demonstrando a importância da condição de habitação estável no acesso e utilização dos serviços de saúde e sociais; no acesso e a adesão ao programa de tratamento de HIV. Há evidência substancial de que o <i>status</i> de habitação está relacionado com a adesão ao tratamento para portadores de HIV, e que políticas que integram habitação acessível e estável, como partes integrantes do modelo holístico de cuidados e tratamento, através de sistemas de prestação de serviços federais, estaduais e locais podem melhorar o cuidado integral do indivíduo que vive com o HIV, assim com a saúde da comunidade em geral.</p>

Continua

Continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Em revisão sistemática de alta qualidade que incluiu 152 estudos, Aidala e colaboradores (2016) encontraram fortes evidências de que a falta de habitação estável, segura e adequada é uma barreira aos portadores de HIV para o acesso aos serviços de saúde, os cuidados médicos, a adesão ao tratamento antirretroviral, a manutenção de supressão da carga viral e para a redução de comportamentos de risco de transmissão do HIV. Alguns estudos de coorte observacionais incluídos nesta revisão evidenciaram que receber assistência de habitação ou outros serviços que melhoram o <i>status</i> de habitação têm um impacto independente direto na melhora do atendimento médico e nos resultados de saúde da população em situação de rua com HIV.</p> <p>Em revisão sistemática de média qualidade, Kyle e Dunn (2008) avaliaram a contribuição da intervenção habitacional na redução de sintomas psiquiátricos em pessoas com doenças mentais severas e persistentes (SPMI). Embora a evidência para estes efeitos seja fraca devido à baixa qualidade, o estudo aponta que as circunstâncias de habitação estáveis podem ser fundamentais para o sucesso do tratamento, permitindo que população em situação de rua com SPMI possam transferir seu foco de mera sobrevivência até procurarem oportunidades de crescimento, tais como programas de capacitação ou tratamento de vícios. Proporcionar habitação minimiza danos e pode estimular as pessoas a procurarem voluntariamente o tratamento, quando as políticas relativas à elegibilidade de habitação para indivíduos com SPMI não requerem a adesão ao tratamento psiquiátrico e sobriedade. Há também evidências de que a duração da permanência na habitação está associada à redução da utilização hospitalar entre as PSR com SPMI. Programas de apoio social que ofertem suportes de vida na comunidade, programas de formação profissional e aquisição de habitação própria permanente de maneira acessível, trazem benefícios potenciais para a saúde mental e qualidade de vida das pessoas com SPMI.</p> <p>Em revisão sistemática de baixa qualidade, Nelson, Aubry e Lafrance (2007) demonstraram que a oferta de habitação permanente para população em situação de rua com doenças mentais produz efeitos sobre o seu estado de saúde. Três estudos apontam que a combinação de habitação e de apoio social é superior ao gerenciamento de casos em monoterapia na redução dos danos em PSR. Em termos de abordagem, verificou-se que o fornecimento de habitação permanente e de apoio é a abordagem mais bem sucedida. As evidências encontradas mostraram que os programas habitacionais facilitaram o acesso aos serviços de apoio.</p>
Danos potenciais	Apesar dos estudos incluídos nesta síntese não reportarem danos potenciais para esta opção, compreende-se que a habitação inadequada pode causar danos à saúde dos indivíduos. A oferta de serviços de acolhimento precisa ser feita de maneira salubre, em quantidade suficiente e sob uma perspectiva social que seja compreendida e aceitável para as PSR, pois estes lugares podem se transformar em ambientes inseguros ou desagradáveis, reduzindo a efetividade da estratégia.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Estudos relataram que intervenções associadas com fornecimento de habitação permanente e temporária resultam na redução da utilização de hospitais, entretanto há um aumento dos custos, pelo menos em curto prazo, cerca de \$2.000 por pessoa, por ano. Porém este montante pode ser um investimento pequeno para reduzir a barreira financeira enfrentada por um número crescente de indivíduos e famílias que vivem em situação de rua para ter acesso a uma habitação com preço acessível e de qualidade (NELSON; AUBRY; LAFRANCE, 2007).
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	O desafio enfrentado pelos formuladores de políticas, desenvolvedores de programas e organizações relaciona-se com as maneiras pelas quais a população em situação de rua (PSR), uma vez acolhidos, podem ser assistidas para construir para si uma vida plena e significativa na comunidade. É necessária abordagem específica para responder a este desafio. As pesquisas deverão se concentrar no desenvolvimento dessas intervenções e identificar os ingredientes críticos que contribuam para a sua eficácia. É importante reconhecer que satisfazer essas necessidades básicas de moradia da população em situação de rua é o ponto de partida, em vez de ser o ponto final do processo de recuperação (NELSON; AUBRY; LAFRANCE, 2007).

Continua

Conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
<p>Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada</p>	<p>Na maioria dos estudos incluídos nessa síntese, as pesquisas foram realizadas em populações americanas urbanas marginalizadas, ou seja, os afro-americanos. No entanto, nenhum estudo incidiu especificamente sobre habitação e povos indígenas na América do Norte, Austrália, Nova Zelândia, América Latina ou em outros contextos globais.</p> <p>Fitzpatrick-Lewis e colaboradores (2011) relataram a escassez na literatura científica de estudos que avaliam intervenções sobre população em situação de rua com HIV ou outras doenças infecciosas (tuberculose e hepatite B). Há uma lacuna de conhecimento, pois dos poucos estudos encontrados, os publicados apresentaram qualidade metodológica moderada, limitando muito o conhecimento sobre como aumentar o acesso à saúde, cuidados de saúde e habitação para a PSR.</p> <p>Leaver e colaboradores (2007) também mencionaram uma preocupação com pequeno número de estudos que avaliaram a condição de moradia e o estado de saúde de pessoas portadoras do vírus HIV. Suspeitaram que este problema é devido ao alto custo associado à realização de estudos de utilização e de adesão, especialmente usando desenhos de pesquisa que incluem indicadores clínicos longitudinais e medidas de qualidade de vida como resultados do estado de saúde.</p> <p>Aidala e colaboradores (2016) mantiveram relatos sobre os desafios metodológicos dos estudos, citaram algumas limitações quanto à falta de consistência em relação aos indicadores específicos da situação habitacional e eventuais diferenças nos resultados associados às dimensões: material, social, emocional, moral e <i>status</i> de habitação, limitando as comparações entre os estudos.</p> <p>A revisão de Kyle e Dunn (2008) mencionou a preocupação sobre as inconsistências dos estudos publicados sobre este assunto, sugerindo que pesquisas futuras adotem desenhos longitudinais que incidem sobre a retenção de participante e implementação de grupos de controle combinados, reforçando a validade interna do estudo, resultando em análises estatísticas que se ajustam as variáveis, obtendo evidências mais fortes.</p>
<p>Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)</p>	<p>Políticas de saúde e políticas sociais que incluem o fornecimento de habitação como uma intervenção dentro de um modelo integrado em que outros serviços de apoio sejam oferecidos no local podem ser eficazes para melhorar a saúde, assim como o estado de moradia da população em situação de rua com doenças crônicas (FITZPATRICK-LEWIS et al., 2011).</p> <p>Tanto nos EUA, como no Canadá, a política de habitação apoia a filosofia <i>Housing first</i> como melhor estratégia prática para ajudar a população em situação de rua com necessidades múltiplas e complexas, incluindo as pessoas portadoras de doenças infecciosas. Nos Estados Unidos, as agências que administram financiamento público de seguro de saúde estão investindo em habitação como cuidados de saúde, como parte de um processo de redesenho do <i>Medicaid</i>, que visa melhorar a prestação de cuidados e redução dos custos através de inovação possibilitada pela <i>Affordable Care Act</i>. (AIDALA et al., 2016).</p>
<p>Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)</p>	<p>Nenhum dos estudos reportou a percepção dos sujeitos afetados pelos elementos da opção, tais como satisfação ou percepção de aumento e melhoria do acesso, mas supõe-se que possibilitar o acesso à habitação estável e adequada não produzam nenhum nível de insatisfação em comparação a inexistência de cuidados oferecidos atualmente.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Opção 3 – Estratégias de cuidados à saúde centradas na população em situação de rua

Estratégias de cuidados à saúde centradas na população em situação de rua envolvem práticas assertivas e planos individualizados em função da condição e característica da pessoa. Inclui cuidados com equipe interdisciplinar realizados em ambiente externo ao das unidades de saúde, ou dentro dos serviços, mas guiados por pares ou por profissionais especializados no acolhimento de populações excluídas socialmente como a população em situação de rua. Envolve incentivos diversos para estabelecer vínculos com o paciente ou usuário, com objetivo terapêutico específico como o tratamento diretamente observado, ou mesmo para fins de atenção integral de longo prazo, como o gerenciamento abrangente dos cuidados com a pessoa. Há evidência disponível sobre um número de estratégias que abordam muitos dos componentes desta opção, conforme descrito no Quadro 3. Uma descrição mais completa dos achados das revisões sistemáticas selecionadas encontra-se no Apêndice C.

Quadro 3 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Hwang e colaboradores (2005), em revisão de alta qualidade, encontraram três Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) comparando programas de tratamento assertivo comunitário (<i>Assertive community treatment – ACT</i>) com os cuidados habituais, mostrando melhorias em termos de resultados psiquiátricos e de hospitalização em população em situação de rua que apresentam doenças mentais. Os autores encontraram dois estudos de boa qualidade focados no tratamento de tuberculose latente por seis meses. Um associando o tratamento preventivo diretamente observado com incentivos monetários e não monetários. Outro comparando conselheiros de saúde (<i>peer advisors</i>) para buscar e acompanhar a população em situação de rua nas consultas clínicas com o uso de incentivo monetário na primeira consulta. Os dois grupos recebiam vale transporte. Os achados apontam para uma melhor adesão ao tratamento relacionada ao incentivo monetário.</p> <p>Chaulk e Kazandjian (1998), em consenso de saúde pública de alta qualidade, avaliaram evidências de efetividade de tratamento diretamente observado cujo desfecho foi a completude de tratamento para tuberculose pulmonar. A revisão incluiu 27 estudos de diversos delineamentos elegíveis. Doze estudos relataram taxas de completude de 86% a 96,5% para populações variadas como população em situação de rua, dependentes de álcool, encarcerados e pessoas com coinfeção de tuberculose e HIV. As estratégias de tratamento diretamente observado (TDO) foram abrangentes e centradas no paciente, envolvendo algum tipo de incentivo e facilitadores.</p> <p>Drake e colaboradores (2004), em revisão de média qualidade, reportaram um estudo quasi-experimental de 18 meses de seguimento envolvendo população em situação de rua com distúrbios mentais e coocorrência de abuso de drogas e álcool. A intervenção multifacetada incluiu o gerenciamento intensivo de caso com aconselhamento sobre abuso de substâncias e apoio residencial e foi comparada a serviços não integrais. Verificou-se melhoras no tratamento das distúrbios mentais com a redução de episódios de hospitalização e redução do uso abusivo de álcool. No grupo da intervenção, o engajamento dos usuários foi de 91% comparado com 58% da prática habitual (somente aconselhamento terapêutico).</p> <p>Vanderplasschen e colaboradores (2007), em revisão de baixa qualidade que incluiu 48 estudos primários para avaliar eficácia de diferentes modelos de gestão de casos em pessoas que usam abusivamente drogas e álcool. Aqueles com histórias de uso de substâncias mais graves geralmente mostraram resultados significativamente piores. Entre grupos, os efeitos foram especialmente pequenos em ensaios clínicos randomizados que compararam a gestão de casos intensivos com o tratamento padrão abrangente.</p>

Continua

Conclusão

Categories dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Coldwell e Bender (2007), em revisão de alta qualidade, avaliaram a eficácia do tratamento comunitário assertivo na reabilitação de PSR com doença mental grave. Oito dos dez estudos incluídos mostraram que o tratamento assertivo comunitário teve resultados na redução da falta de moradia. Na redução de hospitalização, o tratamento assertivo comunitário foi equivalente ao padrão de gerenciamento de caso. No entanto, como a população em situação de rua com doença mental é de difícil engajamento, há autores que consideram que a alta taxa de hospitalização pode ter efeito positivo do tratamento assertivo comunitário.
Danos potenciais	Profissionais não preparados e risco de dependência e não autonomia das pessoas assistidas.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Elias e colaboradores (2016) mostraram que os custos globais de um pacote de ações de detecção, diagnóstico, tratamento e suporte social envolvendo o sistema de saúde e de assistência social para um adulto em situação de rua com tuberculose pulmonar é de R\$3.558,74, quando não há a necessidade de internação e de R\$6.499,65 quando há internação.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>O modelo de práticas assertivas e de gestão tem limitação por não fortalecer socialmente os usuários, pois são abordagens intensivas baseadas em ações programáticas controladas que nem sempre produzem capacidade de emancipação para os desfavorecidos e para pessoas estigmatizadas. Drake e colaboradores (2004) avaliaram o tratamento diretamente observado (TDO) para antirretrovirais e reportaram um ensaio clínico com 82 pessoas em situação de rua, com três meses de intervenção e 12 meses de seguimento. Os autores não encontraram diferença significativa de redução de carga viral entre o TDO e autoadministrado.</p> <p>A natureza dos problemas nos quais a população em situação de rua está envolvida a torna altamente vulnerável. Esses problemas influenciam nas incertezas de qualquer intervenção restrita a cuidados em saúde intramuros ou apenas clínicos. Mesmo nas intervenções multifacetadas foi restrito o efeito na redução do uso de drogas e de melhora na qualidade de vida para as PSR e possuem concomitantemente desordens mentais e abuso de drogas. Os resultados longitudinais são ainda pouco claros, há alguns estudos que demonstraram efeitos em longo prazo se a intervenção foi sustentada.</p> <p>Bryant e colaboradores (2011) realizaram uma revisão sistemática sobre intervenções comportamentais para cessação de tabagismo em grupos desfavorecidos. Um ECR foi incluído direcionado à população em situação de rua fumante. Não houve diferença significativa entre entrevistas individuais baseadas em motivação comportamental associadas a sessões educacionais em grupo comparadas a apenas entrevistas individuais. Há incertezas quanto à avaliação das intervenções encontradas, pois na maioria são revisões sistemáticas de estudos não controlados, com baixo tempo de seguimento e pequenas amostras, e não abordam tuberculose associada à situação de rua. Há importantes lacunas quando se direciona intervenções para jovens e famílias sem teto.</p>
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>O modelo de prática assertiva exige equipe interdisciplinar e integrada, com médico, enfermeiro e assistente social/psicólogos e outros, dirigida a realizar o cuidado com as pessoas baseado em tratamento medicamentoso ou não, executado extramuros dos serviços de saúde, por 24 horas e sete dias por semana.</p> <p>O uso do TDO incluiu regimes de menos de cinco vezes por semana administrados em escolas, ruas, domicílios, baseados no estilo de vida dos pacientes. Os incentivos foram diversos (roupas, comida, transporte, pagamento monetário, contratos de tratamento, mensagens encorajadoras e culturalmente apropriadas). A administração da medicação e orientações foi realizada por trabalhadores da comunidade ou profissionais de saúde. Para população em situação de rua foi ofertada habitação temporária para o tratamento ou hospitalização seguido de gerenciamento abrangente caso.</p> <p>Intervenção multifacetada com tratamento ativo de longo prazo (cuidado integral) envolvendo uma equipe interdisciplinar para o gerenciamento intensivo de caso com um número vasto de opções de tratamento associado ao aconselhamento sobre abuso de substâncias e apoio residencial opcional.</p>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhum estudo reportou opiniões e experiências das partes interessadas. Percebe-se nas políticas brasileiras, que gestores de saúde estabeleceram equipes específicas de consultórios na rua para os cuidados de população em situação de rua na atenção básica, o que poderia ser considerado como modelo de prática assertiva.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 4 – Promover práticas socioeducativas para a população em situação de rua envolvendo a própria comunidade

Há evidência de investigação sintetizada disponível sobre um número de estratégias que abordam possíveis efeitos físicos e psicossociais para a pessoa em situação de rua, a partir de intervenções realizadas com ela, em sua comunidade. No Quadro 4 é fornecido um resumo dos resultado-chave desta evidência de investigação sintetizada. Encontra-se no Apêndice D uma descrição mais completa das revisões sistemáticas incluídas nesta opção.

Quadro 4 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Altena, Brilleslijper-Kater e Wolf (2010), em revisão de média qualidade, avaliaram intervenções motivacionais, cognitivo-comportamentais, vocacionais e baseadas em pares para jovens em situação de rua. Os estudos com intervenções cognitivo-comportamentais incluídos na revisão mostraram melhoras entre os grupos expostos com redução do abuso de substâncias, da depressão e do sofrimento psicológico. As intervenções vocacionais foram testadas em um estudo incluído na revisão e indicou resultados positivos no grupo que recebeu a intervenção. Intervenções realizadas por pares mostraram que os jovens apresentaram maior corresponsabilidade e conhecimento do assunto, foram mais honestos e mais dispostos a auxiliar outros amigos após receberem a intervenção.</p> <p>Hwang e colaboradores (2005), em revisão de alta qualidade, avaliaram a efetividade de diferentes intervenções com população em situação de rua. Foram incluídos na análise 73 estudos, mas apenas 28 deles acerca desta opção. Os resultados apontam que a terapia comunitária assertiva pode ter resultados melhores do que o gerenciamento de caso para a melhora de sintomas psiquiátricos. Estudos realizados com pessoas com transtornos mentais apontam que o gerenciamento de caso pode estar relacionado com melhora do sofrimento psíquico e redução do vício em álcool e outras drogas; e a terapia comunitária assertiva mostrou-se efetiva na redução de hospitalizações e redução dos sintomas. Estudos acerca de intervenções para PSR que abusem de drogas obtiveram diferentes resultados quanto à redução do uso abusivo de álcool e outras drogas quando a intervenção estudada foi o gerenciamento de caso, com estudos apontando uma relação positiva entre a intervenção e melhores desfechos, mas também resultados incapazes de demonstrar diferença estatística dos grupos expostos ou não à intervenção. Estudos realizados com pessoas com transtornos mentais e que fazem uso abusivo de álcool ou outras drogas, focados em comunidades terapêuticas, demonstraram efeitos positivos para depressão, mas nenhuma diferença em outros sintomas psiquiátricos; uso de substâncias ou comportamentos de risco para HIV; e, em uma comparação de uma comunidade terapêutica e um programa de reabilitação psicossocial, a abstinência do uso de substâncias foi maior entre os participantes do programa de reabilitação psicossocial. Estudos com crianças e adolescentes em situação de rua demonstraram que em um programa educacional destinado a reduzir comportamentos sexuais de risco para a infecção por HIV, o número de sessões educacionais foi significativamente associado com redução dos comportamentos de risco; e que intensivo gerenciamento de casos tem resultados semelhantes ao tratamento padrão. Os autores consideram que existem evidências que corroboram que o tratamento coordenado com um apoio para população em situação de rua com doença mental, associada ou não com abuso de substâncias geralmente resulta em melhores desfechos em saúde; e sugerem que sejam garantidos os cuidados de saúde e apoios específicos e adaptados às necessidades dessa população.</p> <p>Priebe e colaboradores (2011), em revisão de média qualidade, avaliaram se a qualidade do vínculo entre o profissional médico e o paciente com psicose está relacionada com os desfechos de pacientes em programas de tratamento psiquiátricos. Foram incluídos na análise nove estudos, mas apenas dois direcionados à população em situação de rua. Nestes, dentre os desfechos avaliados pelos autores, foram reportados redução dos níveis de sintomas e melhora das funções ocupacionais e cognitivas. Os autores concluem que, para pacientes com psicose em geral, e não apenas na população em situação de rua, há evidências que suportem a hipótese de que um melhor vínculo gera melhores desfechos.</p>

Conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Speirs, Johnson e Jirojwang (2013), em revisão de média qualidade, avaliaram a efetividade das intervenções aplicáveis por enfermeiros comunitários para apoiar mulheres em situação de rua em suas comunidades. As intervenções incluíam grupos de educação em saúde para HIV, terapia cognitiva-comportamental, intervenção motivacional, comunidades terapêuticas e <i>advocacy</i> . De acordo com os autores, todos os resultados encontrados nos estudos incluídos foram estatisticamente significantes e a maior parte deles conseguiu demonstrar melhora nos desfechos em saúde nos grupos com intervenção, especialmente com terapia em grupo de maneira estruturada, comunidades terapêuticas e <i>advocacy</i> . Os autores consideram que esta revisão proveu direção para os tipos de intervenções que podem ser implementadas por enfermeiros.
Danos potenciais	Nenhuma das revisões sistemáticas analisadas para esta opção reportou riscos ou danos potenciais relacionados às intervenções estudadas.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Nenhuma das revisões sistemáticas analisadas para esta opção reportou custos financeiros, tampouco avaliaram o custo ou custo-efetividade desta opção, mas investimentos na estruturação e organização da implementação das intervenções são necessários.</p> <p>O estudo de Altena, Brilleslijper-Kater e Wolf (2010) aponta para a necessidade de capacitação profissional para intervenções focadas nesta população.</p> <p>O estudo de Hwang e colaboradores (2005) cita diferentes intervenções, mas dentre os recursos utilizados, aponta para a necessidade de psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais para terapia comunitária assertiva, além de medicação específica para transtornos mentais.</p> <p>O estudo de Priebe e colaboradores (2011) aponta para a necessidade de profissional médico.</p> <p>O estudo de Speirs, Johnson e Jirojwang (2013) reporta a necessidade de comunidades terapêuticas, tal como de profissionais de enfermagem.</p>
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Foram encontradas revisões, no entanto nenhuma que avaliasse a opção (intervenções com pares/comunitárias) como única possibilidade. Nesta opção, não foram encontradas revisões que explorassem com profundidade o problema em saúde estudado: tuberculose em população em situação de rua. Metade (n=2) das revisões incluídas nesta opção não apresentam fortes evidências de relação entre a opção e desfechos em saúde mais positivos. Altena, Brilleslijper-Kater e Wolf (2010) consideram fracas as evidências relacionadas às intervenções estudadas, especialmente de intervenções motivacionais.
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>Os principais elementos desta opção incluem: i) aconselhamento; ii) intervenções motivacionais; e iii) criação de vínculo. A maior parte dos estudos relacionados a essa opção na população-alvo foi realizada em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Canadá. Estudos relacionados a essa opção dentro do problema em saúde (população em situação de rua com tuberculose) são escassos, especialmente em países em desenvolvimento.</p> <p>Práticas envolvendo a comunidade tendem a apontar relações positivas com desfechos em saúde de PSR nas localidades, mas a evidência ainda é pequena para afirmar que estas estratégias são eficientes com vistas à formulação de políticas para saúde em países em desenvolvimento.</p>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhuma das revisões sistemáticas analisadas para esta opção reportou a opinião, ou percepção da população em situação de rua, sujeitos afetados pela implementação das intervenções.

Fonte: Elaboração própria.

Considerações sobre as opções relacionadas com a equidade

A equidade é considerada um dos princípios básicos e norteadores do SUS (BRASIL, 1990). Compreende-se como equidade a distribuição de serviços e intervenções de maneira diferenciada para aqueles que têm maior dificuldade de acesso ao SUS, possibilitando igualdade de direito à saúde, ao investir mais para aqueles que mais precisam (FIOCRUZ, 2015). As desigualdades sociais são reflexos do baixo desenvolvimento social e tendem a ser amplificadas para as populações mais vulneráveis. As condições de vida da população em situação de rua são desumanas, o que os impossibilita de desenvolver suas potencialidades intrínsecas à condição humana. Devido a essas limitações, na PSR existe uma maior possibilidade de adoecer, abandonar o tratamento e de desenvolver formas resistentes de doenças infecciosas, sendo necessária a utilização de estratégias diferenciadas voltadas para as reais necessidades de saúde, a fim de garantir a adesão ao tratamento. Sob esta perspectiva, a oferta de estratégias de cuidado diferenciada para a população em situação de rua são, acima de tudo, uma tentativa de reduzir as inequidades em saúde.

Opção 1 – Disponibilizar incentivos materiais para a população em situação de rua com tuberculose

Pela tuberculose ser uma doença costumeiramente relacionada à condição socioeconômica, o uso de incentivos materiais e monetários para apoiar a adesão ao tratamento pode ser efetivo, mas para isso requer abordagem de criação de vínculos (O'NEILL et al., 2014). Ressalta-se que a população em situação de rua é caracterizada pela extrema pobreza e o Brasil possui programas de transferência de renda visando erradicar a pobreza (como o Programa Bolsa Família), por isso, é recomendado que os profissionais de saúde que lidam com esta população auxiliem o usuário a acessar este direito por meio de ações intersetoriais.

Opção 2 – Possibilitar o acesso à habitação para a população em situação de rua

A desigualdade e a exclusão social são determinantes sobre a condição de saúde de pessoas que não tem acesso à habitação estável. Oferta de serviço de acolhimento e acesso aos programas habitacionais podem ser intervenções promissoras para melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Contudo, essas mudanças são o resultado de interações complexas entre as vulnerabilidades de cada indivíduo e uma ampla estrutura econômica, legal e política (AIDALA et al., 2016).

No Brasil, o acesso à moradia digna é considerado um direito social fundamental (BRASIL, 1988). Por isso, existem iniciativas governamentais que visam o acolhimento das pessoas que vivenciam a situação de rua (abrigo, repúblicas, casas de passagem, etc.) e que facilitam o acesso à habitação permanente (Programa Minha Casa Minha Vida, por exemplo). Existem também algumas iniciativas locais que garantem o acesso à habitação temporária para população em situação de rua em tratamento para tuberculose. A fim de possibilitar o acesso a esses programas, é necessário que haja articulação entre os serviços de saúde e serviços de proteção social.

Opção 3 – Estratégias de cuidados à saúde centradas na população em situação de rua

A constante ruptura de vínculos e redução de perspectivas da população em situação de rua são sentidas e vivenciadas por cada indivíduo à sua maneira. Deste modo, apesar de algumas intervenções serem geralmente mais efetivas que outras, é importante adequar as estratégias de maneira a respeitar e acolher as necessidades daquela pessoa/comunidade. Uma ferramenta utilizada no Brasil para apoiar a adesão ao tratamento é o estabelecimento de um plano terapêutico singular com o paciente, que considere e contemple suas diferenças de vulnerabilidade e necessidades individuais.

Opção 4 – Promover práticas socioeducativas para a população em situação de rua envolvendo a própria comunidade

O preconceito e violências sofridos pela população em situação de rua justificam sua dificuldade em criar vínculos com pessoas que não vivenciam a mesma situação. Com a finalidade de fortalecer o vínculo, promover educação em saúde e auxiliar a adesão ao tratamento, utilizar de práticas socioeducativas envolvendo seus pares e/ou a comunidade podem ser efetivas. No Brasil, alguns serviços de saúde (especialmente de equipes de Consultório na Rua) selecionam pessoas que vivenciem ou tenham vivenciado a situação de rua para os serviços de atendimento e acolhimento dessa população. Abordagens dessa natureza exigirão nível de educação das pessoas para compreensão e atuação em práticas que favoreçam a saúde das PSR.



CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

Embora as opções apresentadas não tenham que ser necessariamente implementadas de forma conjunta e completa, a aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde. O Quadro 5 explicita algumas barreiras possíveis e aponta estratégias para superação das mesmas.

Quadro 5 – Considerações sobre a implementação da opção 1

Níveis	Opção 1 – Disponibilizar incentivos materiais para a população em situação de rua com tuberculose
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	Criação de um ciclo vicioso onde o paciente só adere ao tratamento mediante ao recebimento do incentivo material: a estratégia seria estabelecer vínculos permanentes para resgate de outras condições da pessoa que vive nas ruas.
Trabalhadores de saúde	Estigmas por parte dos prestadores de serviços que podem contribuir para a não criação de vínculo e resistência ao tratamento por parte da PSR: utilizar de ferramentas de cuidado com o cuidador e de desenvolvimento de competências emocionais para lidar com a população pode ser estratégias para melhoria desta problemática.
Organização de serviços de saúde	A inclusão de benefícios materiais onera a organização e necessitará de maiores mecanismos de controle: o monitoramento da oferta dos incentivos pode ser usado para avaliação da efetividade.
Sistemas de saúde	Aumento de gastos em saúde pode desestimular a criação de incentivos materiais: analisar e mostrar custo-efetividade dos incentivos, considerando o aumento da completude de tratamento e redução de transmissão.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 6 – Considerações sobre a implementação da opção 2

Níveis	Opção 2 – Possibilitar o acesso à habitação para a população em situação de rua
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	Falta de comprometimento com o tratamento e dificuldade de aceitação das condições de habitação subsidiada por governos ou organizações, que costuma praticar regras de abstinência: criação de vínculos afetivos e regras de redução de danos na implementação das unidades de acolhimento.
Trabalhadores de saúde	O não reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, do impacto da estabilidade habitacional apoiada pelo governo sobre o acesso à saúde e aos serviços sociais, a adesão a programas de tratamento de doenças infecciosas e outros comportamentos de promoção da saúde (LEAVER, et al., 2007): envolvimento intersetorial com a assistência social e outras áreas (o que possibilita desonerar o sistema de saúde) e sensibilização dos profissionais de saúde.
Organização de serviços de saúde	Insuficiência de programas de monitoramento de intervenções para avaliar e acompanhar a efetividade das ações: formação de equipe intersetorial para monitorar as ações.
Sistemas de saúde	Insuficiência de políticas de saúde e políticas sociais que abordem um modelo integrado, oferecendo habitação como uma intervenção associada a outros serviços de apoio: a articulação de forças intersetoriais pode apoiar o acesso às políticas existentes, ou implantação de novas políticas habitacionais para a população em situação de rua.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 – Considerações sobre a implementação da opção 3

Níveis	Opção 3 – Estratégias de cuidados à saúde centradas na população em situação de rua
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	É possível que a fragilidade das pessoas em termos de quebra de vínculos sociais dificulte as abordagens apresentadas: a realização de plano terapêutico singular pode auxiliar a adesão ao tratamento ao ofertar o apoio que o indivíduo compreende como necessário.
Trabalhadores de saúde	Trabalhadores e prestadores de serviços podem apresentar alto grau de preconceitos em relação à população em situação de rua, sendo esta uma possível barreira para acolhimento e criação de vínculos: o desenvolvimento de competências afetivas para a equipe de saúde lidar com problemas complexos de pobreza extrema e exclusão, e a estruturação dos serviços voltados à especificidade das pessoas são estratégias para a melhoria das experiências.
Organização de serviços de saúde	Padrões assistenciais intramuros são barreiras para acolhimento e criação de vínculo, ao mesmo tempo, restringir os cuidados a equipes especializadas pode provocar não integralidade do cuidado e não vinculação com serviços: mudanças na relação entre a rede de atenção básica e as práticas centradas nas pessoas, privilegiando ações extramuros; formação de equipes sensíveis ao problema para atuação extramuros; e manter incentivos e infraestrutura adequada para as equipes.
Sistemas de saúde	Recursos adicionais podem ser necessários para formação e qualificação de equipes: atuação intersetorial para adensar recursos pode ser uma estratégia.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Considerações sobre a implementação da opção 4

Níveis	Opção 4 – Promover práticas socioeducativas para a população em situação de rua envolvendo a própria comunidade
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	Não aceitação de pessoas estranhas, mesmo que sejam da mesma vulnerabilidade social: é possível que abordagens comunitárias e diferentes estratégias de acolhimento envolvendo pares facilitem a implementação das práticas e propiciem vínculos permanentes.
Trabalhadores de saúde	Preconceito por parte dos profissionais. O envolvimento de pares poderia auxiliar na minimização de preconceitos em relação à população.
Organização de serviços de saúde	Limitada abertura para inclusão de pessoas da comunidade. Reorganização de estrutura e funcionamento das equipes podem gerar resistências na rede de serviços de atenção básica.
Sistemas de saúde	Ações para buscar e manter intervenções por pares podem ser onerosas em termos de custos e relações institucionais. O adensamento de recursos de várias fontes pode ser uma alternativa.

Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

AIDALA, A. A. et al. Housing Status, Medical Care, and Health Outcomes Among People Living With HIV/AIDS: A systematic review. **American Journal of Public Health**, New York, v. 106, n. 1, p. 1-23, 2016.

ALTENA, A. M.; BRILLESLIJPER-KATER, S. N.; WOLF, J. R. L. M. Effective interventions for homeless youth: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, Amsterdam, v. 38, n. 6, p. 637-645, 2010.

ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DISEASES OF THE CHEST BRITISH MEDICAL ASSOCIATION THORACIC SOCIETY. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: code of practice 2000. **Thorax**, London, v. 55, n. 11, p. 887-901, 2000.

BOLETIM TB. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_tuberculose_2011_1335464303.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_tuberculose_2011_1335464303.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 29 dez. 2015.

_____. Decreto nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Seção 1, p. 16. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-7053-23-dezembro-2009-599156-publicacaooriginal-121538-pe.html>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

_____. Lei nº 8080, 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde da população em situação de rua, um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras microbactérias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 45, n. 2, p. 13, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 46, n. 9, p. 1-19, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 47, n. 13, p. 1-15, 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Sumário Executivo: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, 2008b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. 2014c. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/livro%20Tipificaca%20Nacional%20-%2020.05.14%20%28ultimas%20atualizacoes%29.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2016.

_____. Ministério do Planejamento. **Planejamento Governamental**. 2015b. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/planejamento-governamental>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

_____. **Panorama da tuberculose no Brasil Indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. 2008c. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2015.

_____. **Texto de orientação para o reordenamento dos serviços de acolhimento para população adulta e famílias em situação de rua**. 2012b. Disponível em: <<http://cimos.blog.br/wp-content/uploads/2014/03/texto-de-orientacao-reordenamento-pop-rua-08-05-2012.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

- BRAUCHT, G. N. et al. Effective services for homeless substance abusers. **Journal of Addictive Diseases**, London, v. 14, n. 4, p. 87-109, 1995.
- BRUNELLO, M. E. F. et al. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 556-563, 2011.
- BRYANT, J. et al. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. **Addiction**, Oxford, v. 106, n. 9, p. 1568-1585, 2011.
- CANONICO, R. P. et al. Health assistance to homeless people in a health unit in São Paulo city. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 799-803, 2007.
- CAPEWELL, S. et al. The diagnosis and management of tuberculosis in common hostel dwellers. **Tubercle**, Waltham, v. 67, n. 2, p. 125-131, 6 June 1986.
- CARNEIRO JUNIOR, N. et al. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Prevention and Control of Tuberculosis Among Homeless Persons Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis**. 1992. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00019922.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2014.
- CHAULK, C. P.; KAZANDJIAN, V. A. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: Consensus Statement of the Public Health Tuberculosis Guidelines Panel. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 279, n. 12, p. 943-948, 1998.
- COLDWELL, C. M.; BENDER, W. S. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 164, n. 3, p. 393-399, 2007.
- COUTO, D. S. et al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, 2014.
- COX, G. B. et al. Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. **Journal of Studies on Alcohol**, New Brunswick, v. 59, n. 5, p. 523-532, 1998.
- CRUZ, M. M. et al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose: o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 217-224, 2012.
- DRAKE, R. E. et al. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Boston, v. 27, n. 4, p. 360, 2004.

DUTRA, A. L. P. **Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF?**. 2014. 75 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8821/1/2014_Ana Luisa Pires Dutra.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8821/1/2014_Ana%20Luisa%20Pires%20Dutra.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015

ELIAS, F. T. S. et al. **Custos e impactos de estratégias de controle de tuberculose em populações em situação de rua, no âmbito do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT)**. 2016. No prelo.

FARGA, V.; CAMINERO, J. A. **Tuberculosis**. 3. ed. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2011.

FERREIRA, F. P. M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998-2005**. 2005. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A096.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

FIGUEROA-MUNOZ, J.; RAMON-PARDO, P. Tuberculosis control in vulnerable groups. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 86, n. 9, p. 657-736, 2008.

FITZPATRICK-LEWIS, D. et al. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. **BMC Public Health**, New York, v. 11, n. 1, p. 1, 2011.

FORD, N. et al. Directly observed antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. **The Lancet**, London, v. 374, n. 9707, p. 2064-2071, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Equidade**. 2015. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/equidade>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

GALLO, L. G. **Modelo de atenção à saúde de adultos em situação de rua com tuberculose pulmonar no Distrito Federal**. 2016. 274 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Núcleo de Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, 2016.

GEDDES, J. R.; FAZEL, S. Extreme health inequalities: mortality in homeless people. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9784, p. 2156–2157, 25 June 2011.

GUARNIER, A. R. **Fatores associados ao desfecho dos casos novos de tuberculose no Estado de São Paulo, 2008**. 2011. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2011.

HWANG, S. W. Homelessness and health. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 164, n. 2, p. 229-233, 2001.

HWANG, S. W. et al. Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, Amsterdam, v. 29, n. 4, p. 311.e1-311.e9, 2005.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.

KYLE, T.; DUNN, J. R. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 16, n. 1, p. 1-15, 2008.

LARIMER, M. E. et al. Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing for Chronically Homeless Persons With Severe Alcohol Problems. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 301, n. 13, p. 1349, 2009.

LEAVER, C. A. et al. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. **AIDS and Behavior**, New York, v. 11, n. 2, p. 85-100, 2007.

LEHMAN, A. F.; CORDRAY, D. S. Prevalence of alcohol, drug and mental disorders among the homeless: one more time. **Contemporary Drug Problems**, New York, v. 20, p. 355, 1993.

LUTGE, E. E. et al. Incentives and enablers to improve adherence in tuberculosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 9, p. 1-51, 2015.

MACHADO, L. F. et al. Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (case management): revisão de 20 anos da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 208-218, 2007.

MAZZEI, A. M. A. et al. Suporte Social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 41-46, 2003.

MEDLEY, A. et al. Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **AIDS Education and Prevention**, New York, v. 21, n. 3, p. 181-206, 2009.

MENDES, A. M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 1, p. 27-38, 2004.

MENDEZ, R. D. R. **Efeito de intervenção motivacional no comportamento de caminhada em coronariopatas**. Campinas: Unicamp, 2012.

MOSS, A. R. et al. Tuberculosis in the homeless. A prospective study. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 162, n. 2, p. 460-464, 2000.

NELSON, G.; AUBRY, T.; LAFRANCE, A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. **The American Journal of Orthopsychiatry**, Menasha, v. 77, n. 3, p. 350-361, 2007.

O'NEILL, J. et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. **Journal of Clinical Epidemiology**, Waltham, v. 67, n. 1, p. 56-64, 2014.

ORWIN, R. G. et al. Pitfalls in Evaluating the Effectiveness of Case Management Programs for Homeless Persons Lessons From the NIAAA Community Demonstration Program. **Evaluation Review**, Berkeley, v. 18, n. 2, p. 153-207, 1994.

PLUMB, J. D. Homelessness: reducing health disparities. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 163, n. 2, p. 172-173, 2000.

PRIEBE, S. et al. Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 80, n. 2, p. 70-77, 2011.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, London, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

ROSEMBERG, J. Tuberculose: aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 5-29, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

SÃO PAULO (Cidade). Estratégias no enfrentamento da tuberculose na população em situação de rua na cidade de São Paulo. In: ASSEMBLEIA DA REDE DE COMITÊS TB, 7., 2015, Brasília. **Anais...Brasília**, 2015. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaR-Wm1TLTVhQ29FWWc/view>>. Acesso em: 26 set. 2015.

SCHLUGER, N. et al. Comprehensive tuberculosis control for patients at high risk for noncompliance. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 151, n. 5, p. 1486-1490, 1995.

SPEIRS, V.; JOHNSON, M.; JIROJWONG, S. A systematic review of interventions for homeless women. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 22, n. 7-8, p. 1080-1093, 2013.

STAHLER, G. et al. Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success. **Journal of Addictive Diseases**, London, v. 14, n. 4, p. 151-167, 1995.

STORY, A. et al. Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. **Thorax**, London, v. 62, n. 8, p. 667-671, 2007.

TB ALLIANCE. **Economic impact of TB**. 2016. Disponível em: <<http://w.pdpaccess.org/why/economic-impact.php>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

TIBAYRENC, M. **Pulmonary tuberculosis and Mycobacterium tuberculosis**. Hoboken: Wiley-Liss, 2007. Nota técnica.

TORRENS, A. W. et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, Oxford, v. 110, n. 3, p. 199-206, 2016.

VALENCIO, N. F. L. da S. et al. Pessoas em situação de rua no Brasil: estigmatização, desfiliação e desterritorialização. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, João Pessoa, v. 7, n. 21, p. 556-605, 2008.

VANDERPLASSCHEN, W. et al. Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. **Journal of Psychoactive Drugs**, London, v. 39, n. 1, p. 81-95, 2007.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015**. 2015a. Disponível em: <http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. **Global tuberculosis control 2009: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: WHO, 2009.

_____. **Global tuberculosis report 2013**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2016.

_____. **Global tuberculosis report 2015**. Geneva: WHO, 2015b. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acesso em: 1 dez. 2015.

_____. Tuberculosis. **Fact Sheet**, Genebra, n. 104, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

ZENNER, D. et al. Active case finding for tuberculosis among high-risk groups in low-incidence countries. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, Paris, v. 17 n. 5 p. 573-582, 2013.

ZUIM, R. **Tuberculose e população vivendo em situação de rua no município do Rio de Janeiro: estudo de prevalência e proposta de adesão ao diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro, 2011. Projeto Fundo Global Tuberculose no Brasil.

■ APÊNDICES

Os quadros a seguir fornecem informações detalhadas sobre as revisões sistemáticas identificadas para cada opção. Cada linha do quadro corresponde a uma revisão sistemática ou estudo em particular. A revisão sistemática é identificada na primeira coluna; a segunda coluna descreve a intervenção analisada; os objetivos da revisão sistemática estão descritos na terceira coluna e as principais conclusões do estudo que se relacionam com a opção estão listadas na quarta coluna. As colunas restantes referem-se à avaliação da qualidade global metodológica da revisão sistemática utilizando o instrumento AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess the methodological quality of systematic Reviews), que avalia a qualidade global usando uma escala de 0 a 11, onde 11 representa uma revisão da mais alta qualidade. No entanto, sempre que algum aspecto do instrumento não se aplicou ou não pode ser avaliado e a revisão sistemática foi considerada relevante, o denominador do escore AMSTAR será diferente de 11. É importante notar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções clínicas e não os aspectos de políticas analisados nessa síntese de evidências, como arranjos de governança, financiamento, provisão de serviços e implementação de estratégias no âmbito dos sistemas de saúde. Portanto, notas baixas não refletem, necessariamente, que uma revisão sistemática tenha má qualidade. Ademais, uma revisão sistemática com alto escore AMSTAR pode conter evidência de baixa qualidade, dependendo do desenho metodológico e da qualidade geral dos estudos primários incluídos nesta revisão, e vice-versa. As demais colunas trazem a proporção dos estudos utilizados na revisão que incluíram a população-alvo (pessoas em situação de rua com tuberculose), a proporção de estudos realizados em cenários/países de baixa ou média renda (LMIC – Low and Middle Income Countries), a proporção de estudos com foco no problema (PSR com TB) e o último ano de busca para inclusão de estudos na revisão sistemática respectiva.

Apêndice A – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – Disponibilizar incentivos materiais para a população em situação de rua com tuberculose

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais Achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluem a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano de busca
Lutge et al., 2015	Oferta de incentivos financeiros (dinheiro em espécie ou vouchers no mesmo valor) para o aumento da adesão ao tratamento da tuberculose latente (n=1). Oferta de incentivo monetário para cada visita a tratamento preventivo diretamente observado e acompanhamento por pares para o encorajamento da adesão ao tratamento (n=1). Oferta de incentivo monetário no primeiro atendimento clínico e oferta de acompanhamento por pares para acompanhar os usuários a consulta clínica (n=1).	<p>Avaliar os efeitos de incentivos materiais em pacientes submetidos a testes de diagnóstico, ou receber terapia profilática para TB.</p>	<p>Dos 12 estudos incluídos na revisão sistemática, três tinham como população-alvo a população em situação de rua com tuberculose. Um estudo entre os adultos em situação de rua com infecção latente de TB comparou incentivo em dinheiro (US\$5), com incentivos não monetários (pacientes poderiam escolher entre alimentos, cupons, cartões de telefone ou tickets de transportes público, equivalentes a US\$5). O incentivo monetário foi mais efetivo do que os incentivos não-monetários (ensaio com 141 participantes gerando um Risco Relativo (RR) de 1,26, com intervalo de Confiança (C) de 95% de 1,02 a 1,56. Outro estudo usou a oferta de incentivo monetário (US\$5) para cada visita a terapia preventiva comparado com sessões de educação ou aconselhamento entre pares para promover a realização da profilaxia de TB entre adultos em situação de rua. Não houve diferença significativa entre incentivos monetários e de educação ou aconselhamento (RR 1,04, IC 95% 0,59-1,83; três ensaios e um total de 837 participantes). O terceiro estudo ofereceu US\$5 para a PSR que retornasse para receber o primeiro atendimento após positividade em um teste tuberculínico. Um estudo focado em melhorar a participação do usuário no início do tratamento e dois na adesão do paciente no tratamento preventivo da tuberculose.</p>	10/11	3/12	0/2	3/3	2015
Hwang et al., 2005	Oferta de incentivos financeiros (dinheiro em espécie ou vouchers no mesmo valor) para o aumento da adesão ao tratamento da tuberculose latente (n=1). Oferta de incentivo monetário no primeiro atendimento clínico e oferta de acompanhamento por pares para acompanhar os usuários a consulta clínica (n=1). Oferta de incentivo monetário para cada visita de tratamento preventivo diretamente observado e acompanhamento por pares para o encorajamento da adesão ao tratamento (n=1). Oferta de programa social de cuidados com a saúde com acompanhamento clínico, tratamento diretamente observado (TDO), assistentes sociais em tempo integral, e facilidade de acesso a alojamentos com oferta de alimentação (n=1).	<p>Identificar intervenções para melhorar os resultados relacionados à saúde em moradores de rua.</p>	<p>Dos seis estudos que tratavam sobre TB em população em situação de rua, quatro reportam incentivos materiais e apenas dois eram de boa qualidade. Dos estudos que obtiveram boa qualidade, ambos se utilizaram de incentivos monetários como forma de adesão ao tratamento da tuberculose latente. Um comparou a prática usual do tratamento da tuberculose latente com dois tipos de incentivos: i) oferta de US\$5 por visita de tratamento preventivo diretamente observado; ii) oferta de um voucher no valor de US\$5 por visita de tratamento preventivo diretamente observado. Ambas as intervenções se mostraram efetivas quando comparadas com a prática usual (não oferta de incentivos financeiros). O segundo estudo avaliou a oferta de um valor de US\$5 na primeira visita de tratamento preventivo diretamente observado e o acompanhamento por pares para a consulta clínica. Dos outros dois estudos que eram de baixa qualidade, um oferecia um valor de US\$5 e o apoio de pares para o encorajamento da adesão ao tratamento; e outro estudo oferecia, por meio de programa social, o acompanhamento clínico, o tratamento diretamente observado, o acompanhamento por profissionais da assistência social em tempo integral e a oferta de abrigo com alimentação, porém não explícita o tipo de apoio.</p>	9/11	73/73	Não disponível	6/73	2004

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice B – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – Possibilitar o acesso à habitação para a população em situação de rua

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais Achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluem a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano de busca
Aidala, et al., 2016	Acesso a uma habitação estável, como opção para acesso e adesão aos tratamentos médicos.	Avaliar os efeitos do estado de habitação sobre os cuidados médicos e desfechos de saúde entre as pessoas com infecção pelo HIV.	Foram identificados 152 estudos: dois ensaios clínicos randomizados com intervenção de habitação, 64 estudos de coorte ou caso-controle e 86 estudos transversais. Os resultados demonstram que intervenções que abordam as necessidades habitacionais melhoram potencialmente os desfechos de saúde para as pessoas com HIV, reduzindo as desigualdades de saúde e a transmissão do HIV.	6/10	142/152	6/142	2/142	2014
Fitzpatrick-Lewis et al., 2011	Provisão de habitação, como opção de melhoria dos resultados de saúde entre as populações em situação de rua.	Identificar evidências científicas sobre intervenções eficazes que podem melhorar a saúde da população em situação de rua.	10 estudos foram selecionados. Os dados mostraram que os programas de tratamento simultâneos para doenças mentais e uso de substâncias psicoativas direcionadas para população em situação de rua geralmente resultam em melhores condições de saúde e acesso aos cuidados de saúde, assim como provisão de habitação também melhoraram os resultados de saúde entre as PSR com HIV, quando comparados oferta usual de cuidados.	9/10	10/10	Não disponível	0/10	2004
Kyle; Dunn, 2008	Efeitos das condições de habitação sobre a saúde, qualidade de vida e uso de serviços de saúde para pessoas em situação vulnerável.	Avaliar a relação entre variáveis independentes relacionadas com a habitação e variáveis dependentes relacionadas com a saúde.	Os 29 estudos sugerem que há boas evidências de que intervenções habitacionais beneficiam a população em situação de rua. Proporcionar habitação permanente minimiza os danos e pode incentivar as pessoas a procurar voluntariamente tratamento.	5/11	7/29	0/29	0/7	Não disponível
Leaver et al., 2007	Reconhecimento da importância do impacto de habitação acessível e sustentável sobre a saúde das pessoas, por parte das políticas públicas em saúde e profissionais da saúde.	Examinar os efeitos da condição de habitação sobre desfechos relacionados à saúde em pessoas que vivem com HIV/AIDS.	29 estudos foram incluídos nesta revisão, cinco deles examinaram o impacto da habitação sobre os desfechos do estado de saúde entre as pessoas que vivem com HIV/AIDS, três destes estudos examinaram o status de habitação e coinfeção com a hepatite C ou tuberculose (TB).	8/11	10/29	0/10	1/10	2005
Nelson; Aubry; Lafrance, 2007	Eficácia da habitação e intervenções de apoio à população em situação de rua com doenças mentais.	Avaliar programas que fornecem habitação permanente e apoio tratamento comunitário assertivo (ACT) e gestão de casos intensiva (ICM).	Os principais resultados apontam que programas combinados com a estabilidade habitacional são efetivos para adesão ao tratamento (tamanho do efeito=0,67), seguido por tratamento comunitário assertivo (ACT) (tamanho do efeito=47), enquanto os resultados mais fracos foram encontrados para programas do gerenciamento intensivo de caso (ICM) (tamanho do efeito=28).	1/11	12/19	0/19	0/12	2004

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice C – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – Estratégias de cuidados à saúde centradas na população em situação de rua

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais Achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluem a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano de busca
Bryant et al., 2011	Intervenções comportamentais de cessação do tabagismo.	Objetivo do estudo Avaliar eficácia das intervenções comportamentais de cessação do tabagismo dirigidas a grupos desfavorecidos: prisioneiros, populações indígenas, sem-abrigo, jovens em risco, indivíduos com baixo estado socioeconômico e pessoas com doença mental.	Principais Achados A revisão incluiu 32 estudos primários, sendo um ensaio clínico randomizado (ECR) (n=46) direcionado a população em situação de rua e fumantes. O grupo intervenção foi constituído de cinco entrevistados motivacionais e individuais, focado no conhecimento e comportamento de fumar combinado com sessões de grupo por oito semanas versus somente as sessões individuais. Não houve diferença significativa entre as duas intervenções no seguimento de oito semanas (17,4% versus 13%) ou mesmo em 26 semanas de seguimento (17,4% versus 8,7%).	7/11	1/32	0/32	0/32	2010
Coldwell; Bender, 2007	Tratamento assertivo comunitário.	Objetivo do estudo Avaliar eficácia do tratamento comunitário assertivo na reabilitação de população em situação de rua e tem doença mental grave.	Principais Achados Em oito dos dez estudos, o tratamento assertivo comunitário mostrou maior sucesso na PSR. Nos ECR, a intervenção em média resultou em efeito 37% maior (IC 95%=18% – 55%, p=0.0001) que o gerenciamento de caso. Nos estudos observacionais, a média foi de 104% (IC 95%=67%–141%, p<0.0001) quando comparado aos níveis basais de episódios de vivência em ruas. Na redução de hospitalização, o tratamento assertivo comunitário foi equivalente ao padrão de gerenciamento de caso.	8/11	10/10	Não disponível	0/10	2003
Vanderplasschen et al., 2007	Modelos de gestão de casos: i) tratamento assertivo comunitário e gerenciamento intensivo de caso (abordagem abrangente, centrada no paciente, com planeamento de equipe e provisão de serviços); ii) gerenciamento de caso clínico (modelo clínico de responsabilidade de um profissional para prover serviços); iii) gerenciamento generalista de caso (responsabilidade de um profissional, centrado no serviço); iv) gestão de processos baseada em pontos fortes (responsabilidade de um profissional, abordagem de fortalecimento do usuário).	Objetivo do estudo Avaliar eficácia de diferentes modelos de gestão de casos para várias populações que abusam de substâncias, tais como alcoólicos crônicos, pessoas sem abrigo, criminosos, entre outros.	Principais Achados A revisão sistemática incluiu 48 estudos primários. Quatro estudos de diferentes delineamentos abordavam PSR. Aqueles com histórico de uso de substância mais graves mostraram resultados significativamente piores (Cox e colaboradores (1998); Stahler e colaboradores (1995), n=193 e n=722, respectivamente). Entre os grupos, os efeitos foram especialmente pequenos em ensaios clínicos randomizados (ECR) que compararam a gestão de casos intensivos com o tratamento padrão abrangente (Brauch e colaboradores (1995) n=323; Stahler e colaboradores (1995)). Ensaio clínico parcialmente randomizado (Orwin e colaboradores (1994), n=930) mostrou que o gerenciamento intensivo de caso foi mais eficaz para melhorar a habitação e a redução de abuso de substâncias em um dos três locais após nove meses de seguimento.	2/10	4/48	Não disponível	0/48	2003
Ford et al., 2009	Tratamento diretamente observado.	Objetivo do estudo Avaliar tratamento diretamente observado comparado ao autoadministrado em terapia antirretroviral.	Principais Achados A revisão incluiu 12 estudos, sendo um ensaio clínico com PSR (n=82) comparando o tratamento antirretroviral diretamente observado por cinco dias da semana realizado na comunidade versus autoadministrado. O risco relativo para redução da carga viral foi de RR=1,44 (IC 95% 0,72–2,89), não houve diferença significativa entre os grupos. A perda de seguimento e a mortalidade foram de 0,30(0,02-4,02); a redução de CD4 foi de -9 (-96 a 76).	11/11	1/12	6/12	0/12	2009

Continua

Continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais Achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluem a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano de busca
Drake et al., 2004	Intervenção multifacetada com tratamento ativo de longo prazo (cuidado integral) envolvendo uma equipe interdisciplinar para o gerenciamento intensivo de caso com um número vasto de opções de tratamento associado ao aconselhamento sobre abuso de substâncias e apoio residencial opcional.	Analisar tratamentos psicossociais em pessoas com distúrbios mentais e ocorrência de uso de drogas e álcool.	Um estudo quase-experimental com 217 PSR com diagnóstico de distúrbios mentais e abuso de substâncias psicoativas foi incluído na revisão sistemática. A intervenção multifacetada incluiu o gerenciamento intensivo de caso com aconselhamento sobre abuso de substâncias e apoio residencial, comparado a serviços não integrados. Os usuários foram acompanhados por 18 meses após o diagnóstico. A intervenção multifacetada produziu melhorias no tratamento das distúrbios mentais com a redução de episódios de hospitalização e redução do uso abusivo de álcool. No grupo da intervenção, o engajamento dos usuários foi de 91% comparado com 58% da prática habitual (somente aconselhamento terapêutico).	6/11	1/26	Não disponível	0/26	2003
Chaulk; Kazandjian, 1998	Estratégia centrada no paciente baseada no tratamento diretamente observado. A estratégia centrada na pessoa requer atender suas necessidades incluindo múltiplos incentivos e facilitadores para a completude do tratamento. Os incentivos são transporte, incentivos sociais, monetários, sistemas de mensagens, busca de falhosos. Tratamento diretamente observado consiste em tomada de medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado. Pode ser administrado na unidade de saúde, no domicílio, nos locais de trabalho, nas ruas.	Avaliar evidências de efetividade de tratamento diretamente observado, cujo desfecho foi a completude de tratamento para tuberculose pulmonar.	A revisão incluiu 27 estudos de diversos delineamentos elegíveis que tratavam de estratégias cujo desfecho foi a completude de tratamento para tuberculose pulmonar. Doze estudos relataram taxas de completude de 86% a 96,5% para populações variadas como pessoas em situação de rua, dependentes de álcool, encarcerados e pessoas com coinfeção tuberculose e HIV. As estratégias de tratamento diretamente observado (TDO) foram abrangentes e centradas no paciente, envolvendo algum tipo de incentivo e facilitadores. O uso do TDO incluiu regimes de menos de cinco vezes por semana administrados em escolas, ruas, domicílios, baseados no estilo de vida dos pacientes. Os incentivos foram diversos (roupas, comida, transporte, pagamento monetário, contratos de tratamento, mensagens encorajadoras e culturalmente apropriadas). A administração da medicação e orientações foram realizadas por trabalhadores da comunidade ou profissionais de saúde. Para população em situação de rua foi adicionada habitação temporária em o tratamento ou hospitalização seguido de gerenciamento abrangente do caso.	Não foi utilizado instrumento AMSTAR, em função desta revisão da literatura ser preparada para painel de consenso para guia de tuberculose para saúde pública.	2/27	10/27	2/27	1996
Hwang et al., 2005	Tratamento assertivo comunitário (n=3) é destinado a pacientes com problemas mentais aptos a cuidados ambulatoriais. Envolve cuidado intensivo, integrado à comunidade, centrado na necessidade das pessoas que necessitam de prestação de serviços de saúde. São equipes interdisciplinares com médico, enfermeiro e outros profissionais que fazem visitas domiciliares e ações extramuros dos serviços de saúde. Os serviços são prestados 24 horas por dia, sete dias por semana, durante o tempo que eles são necessários. Os profissionais atuam com um líder e com planejamento conjunto. Os profissionais atuantes são conscientes em ajudar as pessoas a evitar situações de crise. Foi categorizado na classificação de intervenções em saúde mental como serviço não-residencial de monitoramento de medicação.	Avaliar intervenções de atenção primária ou programas de apoio específicos para melhorar os resultados de saúde de pessoas em situação de rua. Os resultados de saúde física, mental, cognitiva, redução de risco para HIV e abuso de álcool e drogas, adesão ao tratamento e tuberculose.	73 estudos foram incluídos na revisão: 37 ensaios clínicos randomizados (n=16.235), 19 prospectivos longitudinais (n=10.983), 10 retrospectivos (n=2.938) e sete análises secundárias de dados de ECR (n=9.758). 13 de boa qualidade, 32 adequados e 28 de baixa qualidade, devido à amostra pequena e baixo tempo de seguimento. Destaca-se a seguir os estudos de qualidade alta e adequada e apenas as intervenções que mostraram efetividade. Intervenções para população em situação de rua com doença mental (15 estudos). Um ECR mostrou melhorias nos sintomas psiquiátricos e qualidade de vida quando um programa multifatorial (gestão de casos, serviços de habitação e reabilitação) foi comparado com o cuidado usual. Três ECR avaliando o programa de Terapia Comunitária Assertiva, comparado com os cuidados habituais, produziram resultados em termos de redução dos sintomas psiquiátricos e hospitalização.	8/10	73/73	Não disponível	2/72	2004

Continua

Conclusão

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais Achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluem a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC em LMC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano de busca
Hwang et al., 2005 (continuação)	<p>Tratamento diretamente observado. (n=1) foi administrado em locais comunitários na rua, duas vezes na semana, por seis meses, associado a incentivo financeiro e outro grupo a incentivo não financeiro (<i>voucher</i> de alimentação).</p> <p>Pares de conselheiros de saúde (n=1) são pessoas que não mais estão em situação de rua ou que já fizeram o tratamento e são acionadas para ajudar seus pares nas consultas clínicas. Esse elemento foi comparado a outro grupo, cuja intervenção era fornecer incentivo financeiro a cada consulta.</p>	<p>Avaliar intervenções de atenção primária ou programas de apoio específicos para melhorar os resultados de saúde de população em situação de rua. Os resultados de saúde física, mental, cognitiva, redução de comportamento de risco para HIV e abuso de álcool e drogas, adesão ao tratamento e tuberculose.</p>	<p>Intervenções para população em situação de rua com tuberculose. Dois estudos de boa qualidade focaram no tratamento de tuberculose latente. Um associando tratamento preventivo diretamente observado com incentivos financeiros e não financeiros. Outro comparando conselheiros de saúde (<i>peer advisors</i>) para contatar e acompanhar os clientes para a consulta clínica, com incentivo monetário na primeira consulta no serviço de saúde. Os dois grupos recebiam vale transporte.</p>	8/10	73/73	Não disponível	2/72	2004
Hwang et al., 2005	<p>Tratamento assertivo comunitário (n=3) é destinado a pacientes com problemas mentais aptos a cuidados ambulatoriais. Envolve cuidado intensivo, integrado à comunidade, centrado na necessidade das pessoas que necessitam de prestação de serviços de saúde. São equipes interdisciplinares com médico, enfermeiro e outros profissionais que fazem visitas domiciliares e ações extramuros dos serviços de saúde. Os serviços são prestados 24 horas por dia, sete dias por semana, durante o tempo que eles são necessários. Os profissionais atuam com um líder e com planejamento conjunto. Os profissionais atuantes são conscientes em ajudar as pessoas a evitar situações de crise. Foi categorizado na classificação de intervenção em saúde mental como serviço não-residencial de monitoramento de medicação.</p>	<p>Avaliar intervenções de atenção primária ou programas de apoio específicos para melhorar os resultados de saúde de população em situação de rua. Os resultados de saúde física, mental, cognitiva, redução de comportamento de risco para HIV e abuso de álcool e drogas, adesão ao tratamento e tuberculose.</p>	<p>73 estudos foram incluídos na revisão: 37 ensaios clínicos randomizados (n=16.235), 19 prospectivos longitudinais (n=10.983), 10 retrospectivos (n=2.938) e sete análises secundárias de dados de ECR (n=9.758). 13 de boa qualidade, 32 adequados e 28 de baixa qualidade, devido à amostra pequena e baixo tempo de seguimento. Destaca-se a seguir os estudos de qualidade alta e adequada e apenas as intervenções que mostraram efetividade. Intervenções para população em situação de rua com doença mental (15 estudos). Um ECR mostrou melhorias nos sintomas psiquiátricos e qualidade de vida quando um programa multifatorial (gestão de casos, serviços de habitação e reabilitação) foi comparado com o cuidado usual. Três ECR avaliando o programa de Terapia Comunitária Assertiva, comparado com os cuidados habituais, produziu resultados em termos de redução dos sintomas psiquiátricos e hospitalização.</p>	8/10	73/73	Não disponível	2/72	2004

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – Promover práticas socioeducativas para a população em situação de rua envolvendo a própria comunidade

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais Achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluem a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano de busca
Altena; Brillies; Kater; Wolf; 2010	Gerenciamento de caso de maneira intensiva (n=1); programas de abrigo independentes (n=2); intervenções motivacionais rápidas (n=2); aconselhamento (intervenções cognitivas-comportamentais, n=3); intervenções voltadas a habilidades/vocações (n=1); suporte de abrigo (n=1); intervenções baseadas por pares (n=1).	Prover informação acurada e completa de intervenções efetivas para jovens em situação de rua, a partir de estudos quantitativos.	A revisão sistemática incluiu 11 artigos originais, sendo quatro deles considerados como de qualidade moderada e nenhum como bom. Tratam-se de estudos de intervenções voltadas para jovens em situação de rua, especialmente adolescentes. Os autores não apresentam evidência de que intervenções específicas são efetivas para a população-alvo, pelo baixo número de estudos e baixa qualidade dos estudos incluídos. A maioria das intervenções (n=8) foi medida em nível individual e três em grupo. Conclusões são limitadas também pela heterogeneidade das intervenções, métodos, participantes e medição de resultados. Os achados mais convincentes foram aos relacionados as intervenções baseadas em aproximação cognitiva-comportamentais.	5/10	11/11	11/11 (Coreia do Sul)	0/11	2008
Hwang et al., 2005	Gerenciamento de caso (n=12); Terapia comunitária assertiva (n=6); Comunidades terapêuticas (n=4); Tratamento integrado (n=2); Educação em saúde (n=3); Advocacy (n=1).	Resumir a evidência existente sobre intervenções para melhorar os resultados relacionados à saúde em população em situação de rua; e identificar lacunas na base de conhecimento existente de intervenções.	A revisão sistemática incluiu 73 estudos (relatados em 84 artigos publicados entre 1988 e 2004), nove destes incluíram sujeitos que não estavam em situação de rua. Foram incluídos artigos com jovens e crianças, mulheres, pessoas com transtornos mentais, admitidos em serviços de emergência, com tuberculose latente entre outros. Dos 73 estudos, 13 foram classificados como de boa qualidade, 32 como de qualidade moderada e 28 de baixa qualidade. Cinco estudos foram realizados em população em situação de rua com tuberculose (dois deles com boa qualidade e três de baixa qualidade), no entanto nenhum deles inclui essa opção. Outros 28 estudos dizem a respeito dessa opção. Os autores apontam que quando dois tipos de intervenções são comparados podem não encontrar diferença significativa, e isto pode se dar porque as medidas de resultado podem não ser sensíveis o suficiente para captar as diferenças, uma vez que os programas ultrapassam certo limiar do serviço. No geral, os resultados sugerem que os cuidados em saúde e o apoio devem ser garantidos para população em situação de rua, com uma atenção adaptada a essa população e suas necessidades.	9/11	73/73	Não disponível	5/73	2004
Priebe et al., 2011	Construção da relação terapêutica (vínculo entre profissional e paciente).	Associação entre melhores desfechos e a relação terapêutica entre paciente com psicose e o clínico, por meio de estudos empíricos.	A revisão sistemática incluiu nove estudos, mas apenas dois que incluem a população-alvo (PSR). Limitações do estudo incluem o baixo número de artigos incluídos e a heterogeneidade de métodos. A relação terapêutica positiva foi associada à redução do número de hospitalizações e a mudanças favoráveis de sintomas e de funções ocupacionais, cognitivas e psíquicas. Um estudo com a população em situação de rua mostrou a associação entre qualidade do vínculo e melhora dos níveis de sintomas, mas não de maneira estatisticamente significativa. O outro estudo incluído com população em situação de rua mediu também a satisfação com a vida, severidade do vício, suporte social, depressão, dias de trabalho e dias em situação de rua, mas não encontrou associação estatística.	5/11	2/9	0/2	0/2	2009
Speirs; Johnson; Jirojwong, 2013	Aconselhamento, terapia motivacional, empoderamento, prevenção de doenças, gerenciamento de problemas de saúde e construção de relação terapêutica. Sessões de grupo estruturadas, comunidade terapêutica (com ou sem advocacy) e advocacy sem outras intervenções.	Relatar a efetividade das intervenções (adequadas aos profissionais de enfermagem comunitários) para a melhoria da saúde física e mental de mulheres em situação de rua.	A revisão sistemática não incluiu estudos anteriores a 2000 e incluiu estudos com diferentes metodologias: ensaios randomizados controlados, estudos quasi-experimentais e estudo comparativo. Houve uma diversidade de metodologias, intervenções, desfechos e ferramentas de medição dentre os estudos incluídos. De 30 pontos possíveis na avaliação de qualidade conduzida pelos autores, metade (n=3) pontuou entre 24 e 28; dois entre 20 e 22 e um pontuou em 17. Os autores apontam que educação estruturada, sessões de apoio e terapia comunitária são capazes de aumentar a autoestima e reduzir o sofrimento psicológico, o uso de serviços de saúde e o uso de álcool e outras drogas. Os autores concluem que os profissionais de enfermagem podem realizar advocacy para as mulheres em situação de rua por meio de monitoramento das necessidades de saúde, contato com os serviços sociais e de prestação de cuidados de saúde, assumindo um papel preponderante no cuidado destas mulheres.	7/10	5/6	0/5	0/5	Não disponível

Esta obra foi impressa em papel *duo design* 250 g/m² (capa) e papel *couchê* fosco 115 g/m² (miolo) pela NOME DA Gráfica, em dezembro de 2016. A Editora do Ministério da Saúde foi responsável pela normalização (OS 2016/0547).

ISBN 978-85-334-2457-9



9 788533 424579

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

