



**Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua**

NOTA TÉCNICA CONJUNTA DAPPS/ CEVS/Nº 01/2026

Orientação técnica referente aos procedimentos a serem adotados nas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da Hepatite C voltadas à população em situação de rua.

Porto Alegre, 19 de janeiro de 2026.

1. INTRODUÇÃO

Esta Nota Técnica tem como objetivo recomendar procedimentos a serem adotados pelas Equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) no rastreio, diagnóstico e tratamento dos casos de Hepatite C à População em Situação de Rua (PSR).

2. INFORMAÇÕES RELEVANTES

A atenção integral à saúde da PSR constitui responsabilidade do Sistema Único de Saúde, conforme previsto na Lei nº 8.080/1990, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), (Portaria de Consolidação nº 2/2017) e na Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053/2009. A PSR é reconhecida como população prioritária em razão de suas vulnerabilidades sociais, barreiras de acesso e maior risco para agravos transmissíveis, demandando ações específicas no âmbito da APS e das políticas de vigilância em saúde.

No que se refere às hepatites virais, o Brasil assumiu compromissos internacionais pactuados no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) para eliminar a hepatite C como problema de saúde pública até 2030. Esses compromissos estruturam a estratégia nacional “testar e tratar”, definida pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite C e Coinfecções, publicado pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 43/2022 e atualizações), que estabelece como metas diagnosticar 90% das pessoas infectadas, tratar 80% das pessoas diagnosticadas, reduzir em 90% as novas infecções e diminuir em 65% a mortalidade associada à doença.



**Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua**

O cenário epidemiológico do Rio Grande do Sul reforça a necessidade de intensificar as ações de rastreio e cuidado. Segundo o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais do Ministério da Saúde (2025), o estado apresentou em 2024 a maior taxa de detecção de hepatite C entre todas as Unidades da Federação (17,6/100 mil habitantes), superando amplamente a média nacional (9,1/100 mil habitantes). Na capital Porto Alegre, registrou-se, no mesmo período, a maior taxa de detecção entre as capitais brasileiras (58,2/100 mil habitantes), mantendo-se como território prioritário em 2025. No processo de ampliação do acesso à testagem, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre realizou mais de 500 testes rápidos entre pessoas em situação de rua, identificando prevalência entre 6% e 13%, dependendo do local, números muito superiores à prevalência estimada de 0,7% na população geral.

A execução das ações de rastreamento, aconselhamento, testagem rápida e encaminhamento para tratamento integra as responsabilidades da Atenção Primária à Saúde, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e nas diretrizes da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA/MS), especialmente no Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais (2022), que regula a realização de testes rápidos para hepatite C por profissionais de saúde da APS, incluindo e-SUS/APS, Consultórios na Rua e equipes multiprofissionais. Além disso, a Portaria de Consolidação nº 6/2017, que trata da vigilância em saúde, estabelece a obrigatoriedade de notificação dos casos confirmados de hepatites virais no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Destaca-se, entretanto, que a ficha de notificação das hepatites virais do SINAN não dispõe, até o momento, de campo específico para identificação da situação de rua, o que compromete a visibilidade epidemiológica desse segmento e dificulta o planejamento de ações mais direcionadas. A ausência desse marcador limita a produção de indicadores sensíveis às desigualdades e constitui ponto crítico para o aprimoramento das políticas estaduais e municipais de vigilância, cuidado e prevenção.

Diante desse conjunto de elementos normativos e epidemiológicos, torna-se necessário orientar as equipes da APS quanto aos procedimentos recomendados para o rastreio, diagnóstico, aconselhamento e tratamento da hepatite C na PSR, alinhando-se às



**Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua**

diretrizes nacionais e estaduais e contribuindo para o alcance das metas de eliminação da doença até 2030.

3. RECOMENDAÇÕES

Acesso

O acesso a ações relacionadas às áreas de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das Hepatites Virais, recomendadas pelo MS, é garantido mediante apresentação de documento de identificação com foto. Na ausência deste, o Cartão Nacional de Saúde (CNS) poderá ser considerado como documento de identificação. Em situações nas quais o/a usuário/a identificado/a como PSR não possuir o CNS, a equipe de saúde deverá emití-lo e o atendimento às necessidades de saúde deverá ser realizado simultaneamente à emissão do mesmo.

Ressalta-se que a emissão do CNS é atribuição das Equipes de Atenção Primária à Saúde ou na ausência destas, qualquer outra unidade de atendimento da Rede de Atenção à Saúde a qual o usuário busque atendimento, conforme Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011 que regulamenta o Sistema do Cartão Nacional de Saúde. Ademais, a Lei Federal n. 13.714/2018 proíbe a recusa de atendimento pelo SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, independentemente de estas não apresentarem documentos que comprovem domicílio ou inscrição de cadastro no SUS.

O cuidado em saúde desse público deve ser garantido por todos os serviços e equipes que compreendem os diferentes níveis de complexidade do SUS, não sendo apenas a Equipe de Consultório na Rua (eCR) responsável por esse cuidado. As eCR existem para atender a população que não consegue ou tem dificuldades para acessar os serviços de saúde. Recomenda-se a adoção das diretrizes estabelecidas na Nota Técnica nº 5/2025-CGHV/DATHI/SVSA/MS, documento que atualiza os esquemas terapêuticos disponíveis para o tratamento e retratamento da hepatite C no âmbito do SUS. Essa nota técnica apresenta o fluxograma nacional para prevenção, testagem, confirmação diagnóstica e manejo clínico, constituindo referência central para a organização das ações de cuidado. A



**Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua**

seguir, são apresentados pontos fundamentais a serem considerados no cuidado à PSR.

A) Testagem

O teste rápido para hepatites B e C deve ser realizado **anualmente** em populações como: Pessoas vivendo com HIV (PVHIV); Pessoas com histórico de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); Pessoas com vida sexual ativa, com uso inconsistente de preservativo; **Pessoas em situação de rua**; Pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.

Qualquer profissional de saúde, cuja Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) permita e esteja devidamente treinado, pode realizar o TR, seja mediante capacitação presencial ou na modalidade à distância, em conformidade com os respectivos conselhos de classe profissional.

É necessário reconhecer que a PSR enfrenta barreiras estruturais que impactam diretamente o acesso ao diagnóstico, à devolutiva e ao tratamento. Entre as principais barreiras, destacam-se:

- Alta rotatividade territorial e dificuldade de retorno ao serviço para resultados;
- Ausência de local seguro para armazenamento de medicamentos, documentos e insumos;
- Maior exposição à violência urbana e institucional, incluindo discriminação em serviços de saúde;
 - Dificuldades em cumprir horários rígidos de coleta, preparo para exames ou agendamentos;
 - Restrições de acesso a higiene, alimentação e condições de repouso, essenciais para o cuidado clínico;
 - Interrupções frequentes nos vínculos com serviços devido a despejos, remoções, internações ou mudanças de pontos de permanência.

O reconhecimento dessas barreiras é fundamental para orientar estratégias mais flexíveis, de baixa exigência e intersetoriais, garantindo que a PSR tenha acesso contínuo às ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da hepatite C.

Confirmação diagnóstica:



Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua

Conforme consta no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais do Ministério da Saúde, para as pessoas com teste rápido anti-HCV reagente, a conduta prevê a solicitação do teste molecular para quantificação da carga viral do HCV, a fim de complementar o diagnóstico. É importante que os municípios instituem formas de ampliar o acesso ao exame confirmatório (RT-PCR/biologia molecular) de maneira estratégica para a PSR, por exemplo: horários e locais ampliados para a coleta e coletas extramuros (orientações sobre coleta e transporte das amostras [aqui](#)). A PSR é a população prioritária para o acesso ao exame de RT-PCR dentro da Rede de Carga Viral rápida estadual (CIB 480/23), complementarmente à rede convencional (CIB 772/14).

No caso da PSR, cabe ao município onde o atendimento foi realizado assegurar a realização dos exames complementares necessários para avaliação hepática (como Hemograma, TGO, TGP, Plaquetas, entre outros), exames estes que devem ser coletados juntamente com a coleta de Carga Viral para Hepatite C (RT-PCR/biologia molecular) por oportunizar fluxo de diagnóstico para esta população, garantindo atendimento especializado ou não de acordo com o cálculo *de* AST-to-Platelet Ratio Index (APRI) que é o estadiamento atual da Hepatite C, de acordo com o PCDT vigente, garantindo o acesso do usuário a esses procedimentos. Quando a coleta ocorrer em outro município, permanece a responsabilidade do município de origem em garantir que o usuário seja devidamente atendido. Além disso, na realização do HCV-RNA, caso não seja possível localizar o usuário para devolução do diagnóstico, a vigilância epidemiológica do município deve ser informada, de modo a assegurar o acompanhamento adequado.

De acordo com os critérios de notificação, os casos confirmados devem ser reportados ao SINAN, uma vez que as hepatites virais são agravos de notificação compulsória. A notificação compulsória é considerada atividade obrigatória para os profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde. As orientações referentes aos critérios de notificação de caso estão dispostas no Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2019a) e na Nota Informava nº 55/2019-CGAE/DIAHV/SVS/MS (Brasil, 2019b). A Vigilância Epidemiológica municipal deve atuar de maneira articulada com a APS, eCR, CAPS AD e serviços socioassistenciais, especialmente nos casos confirmados.



Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua

Recomenda-se que os municípios estabeleçam fluxo para:

- Apoio na localização de usuários com HCV-RNA detectável para devolutiva diagnóstica;
- Comunicação entre vigilância, eCR e serviços parceiros para acompanhamento de pessoas com dificuldade de retorno;
- Uso de informações territoriais (pontos de permanência, equipamentos de assistência social, cozinhas comunitárias e serviços de redução de danos) para busca ativa;
- Registro sistemático de todos os casos confirmados, garantindo visibilidade epidemiológica da PSR.
- Acesso ao tratamento pangenotípico que refere-se ao uso de antivirais de ação direta (DAAs) que são eficazes contra todos os genótipos do vírus da hepatite C (HCV) dispensado nas UDMs (Unidade Dispensadoras de Medicamentos do estado).
- Acesso ao monitoramento de RVS (Resposta Viroológica Sustentada), sendo o principal marcador de cura.

B) Aconselhamento

Tendo a confirmação do diagnóstico, o próximo passo é o aconselhamento realizado pelos profissionais, que consiste em um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário. Esse processo pressupõe a construção de uma relação de confiança, de modo a favorecer que o paciente se reconheça como sujeito de sua própria saúde e transformação.

No caso da PSR, é importante reconhecer que os recursos externos disponíveis são frequentemente escassos, o que torna o aconselhamento ainda mais desafiador. Nessa perspectiva, o trabalho deve contemplar tanto o fortalecimento dos recursos internos (como a capacidade de decisão e autonomia) quanto a orientação sobre estratégias para lidar com a situação de rua, o que inclui encaminhamentos para serviços de acolhimento, alimentação, higiene e proteção social, de modo que o cuidado em saúde esteja articulado às necessidades básicas de sobrevivência.

O aconselhamento deve ser articulado com estratégias intersetoriais, envolvendo diferentes atores como assistência social, habitação, trabalho, direitos humanos, dentre outras, de forma a ampliar a possibilidade de cuidado e inclusão. Especialmente no âmbito



Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua

das IST/Aids e Hepatites Virais o processo de aconselhamento contém três componentes:

- Apoio Emocional - voltado para acolhimento e escuta ativa, considerando as especificidades da PSR, como discriminação, violência e ausência de vínculos familiares;
- Apoio Educativo - que trata das trocas de informações sobre IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento. Para a PSR, esse componente deve ser adaptado à realidade concreta, com linguagem acessível, materiais simplificados e estratégias de promoção e prevenção à saúde em espaços de convivência e in loco;
- Avaliação de riscos - que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco. No caso da PSR, essa avaliação deve considerar tanto práticas individuais (sexuais e uso de substâncias psicoativas), quanto fatores externos, como dificuldade de acesso a insumos de prevenção e barreiras para adesão ao tratamento. Esses componentes nem sempre são atingidos em um único momento ou encontro e, de certa forma, podem ser trabalhados tanto em grupo como individualmente.

No contexto das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, o aconselhamento tem por objetivos promover a redução do nível de estresse; práticas mais seguras; adesão ao tratamento; comunicação e o tratamento de parceria(s) sexual(is) e de parceria(s) de uso de substâncias psicoativas injetáveis.

No caso de pessoas em situação de rua, o aconselhamento deve considerar determinantes sociais, trajetórias de violência, ausência de vínculos institucionais e altas cargas de estigma e discriminação que podem impactar diretamente a compreensão do diagnóstico, o acolhimento e a adesão ao cuidado. Alguns aspectos fundamentais incluem:

I) Construção de vínculo e abordagem não julgadora

A criação de confiança tende a demandar mais tempo e permanência das equipes nos territórios, incluindo abordagens sucessivas. A postura não punitiva diante do uso de substâncias, práticas sexuais e estratégias de sobrevivência é essencial para evitar abandono precoce e ampliar a adesão.

II) Comunicação adequada ao contexto

O aconselhamento deve utilizar linguagem simples, objetiva e livre de termos



**Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua**

moralizantes, respeitando níveis variados de escolaridade, letramento em saúde e condições emocionais no momento da abordagem. Informações podem precisar ser reforçadas em diferentes encontros, considerando a instabilidade do cotidiano nas ruas.

III) Consideração das condições de vida e rotinas de sobrevivência

A avaliação de risco deve contemplar fatores como compartilhamento de objetos perfurocortantes, uso de drogas injetáveis, práticas de sexo por sobrevivência, exposição à violência, dificuldade de armazenamento de medicamentos e de manter horários regulares para o tratamento.

IV) Estratégias de redução de danos como eixo central

O aconselhamento deve priorizar orientações práticas e possíveis dentro do contexto da rua, alinhadas a estratégias de baixa exigência, que reconheçam as condições reais de vida da PSR e adaptem o cuidado à sua disponibilidade, sem impor exigências burocráticas, abstinência ou mudanças imediatas de comportamento. Nesse sentido, é fundamental que as equipes ofereçam informações acessíveis e apoio contínuo, acolhendo mesmo quando o vínculo é intermitente. Entre outras práticas como:

- Orientação de troca segura de seringas e utensílios;
- Oferecer técnicas para reduzir danos em contextos de uso compulsivo;
- Orientação sobre cuidados com feridas e higiene possível;
- Indicação de locais de apoio (Unidades de Acolhimento, CAPS AD, serviços de alimentação, banhos, pontos de cuidado).

V) Flexibilização das estratégias de acompanhamento

Como a continuidade do cuidado pode ser desafiadora, o aconselhamento deve incluir a construção conjunta de planos factíveis, com objetivos de curto prazo, pactuação de próximos encontros e uso de estratégias como:

- Busca ativa pela equipe;
- Acompanhamento intersetorial (assistência social, Consultórios na Rua, equipes de redução de danos);
- Garantir entrega de insumos no território;
- Articulação com serviços para facilitar exames, retirada de medicamentos e consultas sem



**Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua**

barreiras e/ou discriminação.

VI) Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Recomenda-se a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) sempre que necessário, considerando a complexidade clínica, psicossocial e territorial. O PTS deve ser elaborado de forma conjunta entre equipe, usuário e, quando pertinente, serviços da rede socioassistencial, CAPS AD, equipes de redução de danos e demais parceiros do território.

VII) Abordagem do estigma e fortalecimento da autonomia

O aconselhamento deve apoiar o usuário a compreender que o diagnóstico não anula sua dignidade e seus direitos, fortalecendo a autonomia na tomada de decisões e reduzindo sentimentos de culpa ou medo que frequentemente emergem após a confirmação da infecção.

VIII) Inclusão de redes de apoio e pares

Quando possível, incluir parceiros afetivos, parceiros de uso de substâncias, amigos e serviços de convivência que possam favorecer a continuidade do cuidado, sempre respeitando sigilo, consentimento e autonomia da pessoa atendida.

IX) Parcerias locais e ações intersetoriais para ampliação do acesso à testagem e ao cuidado

A eliminação da hepatite C enquanto problema de saúde pública requer ações integradas no território e articulação entre serviços, instituições de ensino e organizações da sociedade civil (OSCs). Para a PSR, cuja circulação cotidiana ocorre majoritariamente em espaços públicos e redes informais, parcerias locais ampliam a capilaridade da testagem e fortalecem o cuidado na perspectiva da baixa exigência.

X) Parcerias com universidades e OSCs

As universidades podem apoiar as equipes da APS por meio de projetos de extensão, educação permanente, produção de materiais educativos e pesquisas aplicadas às vulnerabilidades da PSR. As OSCs que atuam com direitos humanos, redução de danos,



**Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua**

população de rua e usuários de drogas são essenciais para qualificar o vínculo e ampliar a mediação comunitária, favorecendo abordagens culturalmente sensíveis e acessíveis. Essas articulações contribuem diretamente para o aumento dos pontos de oferta de aconselhamento, testagem e prevenção, facilitando o acesso das pessoas que historicamente encontram barreiras para a entrada nos serviços de saúde.

XI) Mutirões intersetoriais com testagem

Os mutirões intersetoriais devem ser realizados em territórios com concentração de PSR como praças, abrigos, ocupações urbanas, cozinhas comunitárias, unidades de acolhimento e locais de uso de substâncias, e envolver APS, Consultórios na Rua, CAPS AD, vigilância em saúde, universidades, OSCs e serviços socioassistenciais. Essas ações devem oferecer testagem rápida para hepatite C, vacinação, aconselhamento, distribuição de insumos de redução de danos e orientações sobre cuidados com feridas e higiene possível. A realização de mutirões fortalece a abordagem de baixa exigência, ao garantir acolhimento sem burocracias, testagem imediata e encaminhamento direto para exames e tratamento, ampliando significativamente a detecção precoce e a adesão ao cuidado.

XII) Conhecimento da Rede de Atenção em Saúde do município

Para o encaminhamento adequado do usuário em situação de rua, se faz necessário que o profissional que realizar o acolhimento e esclarecimentos sobre fluxos de testagem, diagnóstico e tratamento saiba para onde o paciente será encaminhado, garantir que este receba atendimento adequado, que tenha em mãos todos os encaminhamentos após teste de triagem ou exame de confirmação de diagnóstico; Deve-se avaliar lacunas e barreiras de acesso deste usuário às consultas e tratamento, a partir de cada realidade distinta construir um PTS (Plano Terapêutico Singular), tais como locomoção, alimentação, local dormitório, para que este tenha condições adequadas para realização do tratamento e acompanhamento em saúde.

C) Tratamento

Para hepatite C, atualmente, todos os pacientes adultos com carga viral detectável têm indicação de tratamento com antivirais de ação direta, pangotípicos que apresentam



Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua

taxas de cura de mais 95% e são realizados, geralmente, por 8 ou 12 semanas. O PCDT para Hepatite C no SUS, traz as diretrizes para o manejo destes pacientes, porém, os esquemas terapêuticos são atualizados com frequência pelo Ministério da Saúde considerando critérios de custo-minimização. Os esquemas atualmente disponíveis estão descritos nas Notas Técnicas vigentes, disponíveis no sistema SICLOM HV, na aba documentos (sem necessidade de login e senha, link [aqui](#)).

Dispensação facilitada

Considerando as particularidades da PSR, recomenda-se que os municípios adotem estratégias de dispensação facilitada para garantir a continuidade do tratamento, tais como:

- Retirada dos medicamentos por profissionais da APS, eCR ou serviços parceiros, conforme pactuação local;
- Horários estendidos ou diferenciados para dispensação;
- Entrega de medicamentos diretamente no território para usuários com barreiras de acesso;
- Pactuação com CAPS AD, Unidades de Acolhimento (UAs), abrigos e serviços socioassistenciais para armazenamento seguro dos medicamentos quando necessário.

I) Tratamento Diretamente Observado (TDO)

Para usuários com risco elevado de abandono terapêutico como aqueles com transtorno por uso de substâncias em padrão grave, pessoas com dificuldade acentuada de organização cotidiana ou ausência total de local para armazenamento, recomenda-se a oferta de Tratamento Diretamente Observado (TDO). O TDO pode ser realizado pela equipe da APS, eCR, CAPS AD ou serviço parceiro, mediante pactuação prévia e respeitando a autonomia da pessoa. Essa estratégia deve ser utilizada de forma individualizada, sempre com foco no fortalecimento da autonomia e na redução de danos.

II) Monitoramento do tratamento

É essencial que independente do método de dispensação, seja tratamento completo (12 semanas), tratamento parcial (4 semanas) ou TDO, que seja monitorada o forma de administração e posologia, se estão sendo realizadas de forma adequada, pois a realização



**Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua**

não adequada do tratamento pode gerar resistência ao esquema de 1ª linha e redução do percentual de resposta virológica sustentada.

4. CONTATOS

Considerando o disposto acima, reiteramos que as instituições e departamentos citados nesta Nota Técnica estão à disposição para demais orientações por meio dos endereços a seguir:

Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS)

**Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
(POPES)**

E-mail: equidades@saude.rs.gov.br

Telefone: 51 3288.5947

**Área Técnica de Saúde da População em Situação
de Rua (ATSPSR)**

E-mail: saude-poprua@saude.rs.gov.br

Telefone: 51 3288.5947

Coordenação da Política de Hepatites Virais

E-mail: hepatites@saude.rs.gov.br

Telefone: 51 3288.4023

5. REFERÊNCIAS E NORMATIVAS:

[NOTA INFORMATIVA CONJUNTA CEVS/DAPPS Nº 01/2022 ORIENTAÇÕES PARA AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS HEPATITES VIRAIS E INVESTIGAÇÃO DE CASOS PROVÁVEIS DE HEPATITES DE ORIGEM DESCONHECIDA](#)

[MINISTÉRIO DA SAÚDE \(BRASIL\), SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE, DEPARTAMENTO DE HIV/AIDS, TUBERCULOSE, HEPATITES VIRAIS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. OFÍCIO CIRCULAR NO 5/2023/CGAHV/.DVIAHV/SVSA/MS.](#)

[NOTA TÉCNICA Nº 369/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS ORIENTAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO DA\(O\) ENFERMEIRA\(O\) PARA A AMPLIAÇÃO ESTRATÉGICA DO ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA AO DIAGNÓSCO DAS HEPATITES B E C E ENCAMINHAMENTO DE CASOS DETECTADOS PARA TRATAMENTO.](#)

[BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DAS HEPATITES VIRAIS](#)



**Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua**

– BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016.

NOTA TÉCNICA Nº 5 2025 CGHV DATHI SVSA MS - REVOGA E SUBSTITUI AS ORIENTAÇÕES DA NOTA TÉCNICA Nº 280/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS, E ATUALIZA OS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS DISPONÍVEIS PARA TRATAMENTO E RETRATAMENTO DA HEPATITE C NO ÂMBITO DO SUS.

GUIA PARA A ELIMINAÇÃO DAS HEPATITES VIRAIS NO BRASIL,

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE HEPATITES VIRAIS 2025. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE. DIVISÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. MANUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA NOVAS GESTÕES MUNICIPAIS / ORGANIZADO PELA EQUIPE TÉCNICA DA DAPS. - PORTO ALEGRE: ESP/SES, 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. População em situação de rua recebe novo tratamento para hepatite C. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 07 jun. 2023.

6. SUGESTÕES DE MATERIAIS:

CAPACITAÇÃO SOBRE ESTRATÉGIAS DE USO E DISTRIBUIÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C NO BRASIL, AVASUS, 2025.

MANUAL DE CUIDADO À SAÚDE JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COM ÊNFASE NAS EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA: CADERNO DE ATIVIDADES / ORGANIZADO POR LUCÍLIA ELIAS LOPES. – 2ª ED, FIOCRUZ, 2018.

Publicações sobre Redução de Danos do Centro de Convivência É de Lei