



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TATIANA FERRAZ DE ARAÚJO ALECRIM

**A rua que acolhe, a rua que cura:
equipe de Consultório na Rua como estratégia
para atenção à pessoa com tuberculose**

São Carlos
2015

TATIANA FERRAZ DE ARAÚJO ALECRIM

**A rua que acolhe, a rua que cura:
equipe de Consultório na Rua como estratégia
para atenção à pessoa com tuberculose**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Trabalho e gestão em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Teresinha Protti-Zanatta

São Carlos

2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A366ra Alecrim, Tatiana Ferraz de Araújo
A rua que acolhe, a rua que cura : equipe de
Consultório na Rua como estratégia para atenção à
pessoa com tuberculose / Tatiana Ferraz de Araújo
Alecrim. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
99 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2015.

1. Equipes de consultório na rua. 2. Tuberculose.
3. Morador em situação de rua. 4. Análise de
discurso. 5. Cuidado à pessoa com tuberculose. I.
Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim, realizada em 15/12/2015:

Profa. Dra. Simone Teresinha Protti Zanatta
UFSCar

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
USP

Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto
UFSCar

NÃO SOMOS LIXO

Não somos lixo.

Não somos lixo e nem bicho.

Somos humanos.

Se na rua estamos é porque nos desencontramos.

Não somos bicho e nem lixo.

Nós somos anjos, não somos o mal.

Nós somos arcanjos no juízo final.

Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.

Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.

Não somos lixo.

Será que temos alegria? Às vezes sim...

Temos com certeza o pranto, a embriaguez, A

lucidez dos sonhos da filosofia.

Não somos profanos, somos humanos.

Somos filósofos que escrevem

Suas memórias nos universos diversos urbanos. A

selva capitalista joga seus chacais sobre nós. Não

somos bicho nem lixo, temos voz.

Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasmas.

Existem aqueles que se assustam.

Não somos mortos, estamos vivos.

Andamos em labirintos.

Depende de nossos instintos.

Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

Carlos Eduardo (Cadu),

Morador em situação de rua em Salvador.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a **Deus**, Autor da vida, a fonte do amor, da sabedoria e da inspiração, que tem me concedido o privilégio e a alegria de conquistar oportunidades que de mim mesma e com minhas próprias forças eu jamais alcançaria.

Ao homem que me ensinou com seu modo de ser e de viver os caminhos da Fé, a importância do amor e do respeito ao próximo, a simplicidade, a humildade, a honestidade, a beleza de estudar, a prática do perdão, a importância de ouvir, de saber os limites, a gostar de uma boa e longa conversa, a alegria do convívio e do vínculo com as pessoas, a quem tenho a honra de chamar de pai: **Jonas de Araújo**.

À mulher carinhosa, amorosa, dedicada, animada, incentivadora, compreensiva, criativa, alegre, que desde seu ventre me acolheu ofertando o seu conforto, seu colo, seu ouvido, seus elogios, sempre abrindo mão de seus benefícios em função dos meus, a qual me ensina com seu jeito de ser a leveza da vida, me lembrando que é preciso viver cada dia de uma vez, em quem eu encontro a maior e melhor representação da palavra cuidado, a quem tenho o privilégio de chamar de mãe: **Ana de Fátima Ferraz Araújo**.

Ao menino ágil e arteiro que se tornou um homem decidido, convicto de seus ideais, honesto, trabalhador, dedicado, companheiro, amoroso, atencioso, observador, justo, ajudador, persistente, amigo, que me concedeu a maior alegria em poder dividir minha história não mais como única filha, a quem me orgulho por chamar de irmão: **Tiago Ferraz de Araújo**.

Ao jovem que preserva seu jeito de menino, que veio completar e preencher a alegria do lar, pelo brilho da sua serenidade, tranquilidade, espontaneidade, habilidade em dar um jeito para tudo, dedicado, carinhoso, responsável, descontraído, que com seu modo simpático conquista e mantém muitas amizades, a quem eu tenho a maior alegria de chamar de irmão: **Túlio Ferraz de Araújo**.

Ao homem que me conquistou, e que desde então me acompanha em todas as aventuras e desventuras, com seriedade, ousadia, desprendimento, honestidade, amor, carinho, respeito, persistência, agilidade, paciência, que incentiva meus sonhos e até sonha para mim quando me faltam as esperanças, que me ajuda, me apoia, com quem constituí família e com quem, com a ajuda de Deus, quero continuar caminhando de mãos dadas até o fim, este que tenho a realização de chamar de marido: **Giovanni de Araújo Alecrim de Araújo**.

Ao meu mais belo sonho, personificado em uma criança fantástica, doce, amorosa, carinhosa, colaborativa, divertida, tranquila, calma, obediente, alegre, simples, espontânea, sensível, que valoriza a presença daqueles que ama, que tem a paciência e a sabedoria de me mostrar como ser mãe, que me ensina todos os dias o verdadeiro sentido da vida, a quem eu tenho a emoção e graça de chamar de filho: **Antônio de Araújo Alecrim**.

Ao meu mais novo e pequenino sonho, que desde os primeiros dias me mostra a riqueza que há na intensidade de saber aproveitar cada segundo desta vida, que a dedicação e o compromisso vencem qualquer cansaço, limitação física ou emocional, deste que comigo varou madrugadas na construção desta história de dissertar e gestar, a quem eu tenho a gratidão e expectativa de chamar de filho: **José de Araújo Alecrim.**

AGRADECIMENTOS

Estou certa de que Deus, em suas mais diversas e incríveis formas de amar, coloca em nosso caminho pessoas que nos dão paz, nos ajudam e nos apoiam.

São pessoas que nos motivam e nos mostram como caminhar na boa estrada e que conseguem estimular na gente aquilo que podemos ter de melhor. Pessoas que são sorriso no dia ruim, que dão suporte quando estamos sem chão. Pessoas que criam e recriam maneiras de nos fazer bem e nos agradar, que demonstram, que se preocupam e que cuidam da gente.

Pessoas que mesmo longe nos abraçam apertada e demoradamente, que, quando necessário, largam tudo e vêm correndo para próximo. Há também aquelas pessoas que nos aproximam das outras pessoas, que se fazem próximos no outro e pelo outro. Essas nos aquecem do frio e também nos refrescam nos dias insuportavelmente quentes, são pessoas que sempre acham um jeito de nos mostrar que tudo vai dar certo e que o tempo será suficiente. São pessoas que nos emprestam o coração e a alma, são vida em nossa vida. Pessoas que oram pela gente com a gente, que são instrumentos de Deus para que nossa fé seja fortalecida, servindo de lenços macios e cheirosos para enxugar as nossas lágrimas. Portadoras de palavras que nos consolam e nos exortam. Essas pessoas merecem o que há de mais belo e agradável na vida, para essas pessoas o meu amor, meu carinho, minha oração e minha eterna gratidão.

Aos meus **pais e irmãos**, por todo amor, presença, orações, incentivo, ouvido, conselhos, presença, ajuda no cuidado com o Antônio e apoio durante essa caminhada.

Ao meu querido amor **Giovanni**, por todo incentivo, sustento, ajuda, suporte financeiro, emocional, logístico e técnico, sem os quais eu não teria conseguido chegar até aqui.

Aos meus filhos **Antônio e José**, pelo carinho, alegria, motivação e compreensão pelos momentos de ausência.

À querida cunhada e amiga **Law**, pela atenção em sempre me ouvir, me incentivar, valorizar minhas ideias e apoiar em todas as conquistas.

À minha amorosa **Tia Lena**, meu exemplo de cuidado, dedicação, alegria e acolhida, por toda a sua hospitalidade, incentivo, atenção, apoio e por me ajudar sempre que precisei.

Aos queridos **Rose e Guto**, por se alegrarem e elogiarem a cada conquista, por

incentivarem sempre, pelo, carinho, pelo amor, pelo apoio e pelas orações.

Aos queridos **José e Vera**, que apesar da distância geográfica mantêm vínculos de presença, atenção, incentivo e dicas para a jornada acadêmica.

À prima e amiga Dra. **Bianca Bérghamo de Araújo Paulino (Guga)**, amorosa, carinhosa, excelente pesquisadora, que esclareceu de modo leve e motivador todas as minhas dúvidas de como ingressar no mundo acadêmico, sem seu apoio, incentivo, experiência, alegria, dicas e orientações não teria sido possível o início desta etapa.

À enfermeira **Tayana**, que compartilhou comigo as facilidades e dificuldades da pós-graduação, me ofertando orientações e apoio preciosos para que eu buscasse a realização deste sonho.

À colega de classe que se tornou amiga e parceira de caminhada **Andrea**, pela amizade que se fortaleceu ainda mais na distância e pela maternidade, que comigo compartilha segredos e valores, sempre oferecendo apoio, carinho, incentivo e alegria.

À inesquecível companheira **Bob**, referência de profissional que associa humanização e excelência técnica, por todo apoio e ajuda, pela amizade e prontidão em atender minhas inúmeras solicitações, responsável por viabilizar de modo surpreendente toda a coleta de dados desta pesquisa e por liderar a caravana de São Paulo para estar presente no dia da Defesa.

Aos **colegas de trabalho de São Paulo, principalmente aos da Caravana**, que se tornaram amigos, sempre presentes, mesmo na distância, pela amizade, palavras de carinho e motivação, presença, profissionalismo e amor com que exercem o cuidado junto às pessoas que se encontram na rua, aos quais em cada encontro me ensinam como construir um cuidado de excelência em saúde, e principalmente pelo desprendimento e investimento em participar presencialmente deste momento.

À enfermeira e amiga **Rose**, que além de muito me incentivar a buscar o caminho da pesquisa e da docência, pela sua atenção, preocupação, amor e carinho, por cuidar de mim durante todo o período de gestação de maneira incrível, mesmo estando longe.

À família da **Igreja Presbiteriana Independente de Araraquara**, por compreender as minhas ausências, por me incentivar, pelas muitas orações desde o processo seletivo, pelo

cuidado e amor demonstrado em forma de visitas, mimos, palavras e verdadeiras delícias culinárias.

À **Prefeitura Municipal de São Paulo**, à **Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo** e à **Associação Saúde da Família**, por acreditar no meu trabalho e me permitir fazer parte da família de profissionais da saúde, onde tive a oportunidade e o privilégio de conhecer, estar e (con)viver com as pessoas em situação de rua. Principalmente pela disponibilidade e autorização para o desenvolvimento desta pesquisa.

A querida Dra. **Rosicler** pelo incentivo, compreensão, amor e aconselhamento, principalmente no período de mudança de São Paulo para Araraquara, pois ali, sem mesmo termos consciência disso, foi o marco na busca da pós-graduação.

À **UBS República** e **UBS Sé**, locais que me possibilitaram ocupar o lugar de sujeito gestor, no qual entendi que gerenciar é um eterno e intenso aprendizado de erros e acertos, pela acolhida e respeito que sempre me ofertaram, pela contribuição profissional, pessoal e institucional a esta pesquisa.

À **UBS Santa Cecília**, pelo respeito, acolhimento e apoio institucional a esta pesquisa.

À minha doce orientadora, Profa. Dra. **Simone Teresinha Protti-Zanatta**, pela coragem em correr o risco em me orientar, pela oportunidade que me deu, por acreditar no meu potencial mesmo nos momentos em que eu não acreditava, pelo carinho, atenção, por compartilhar comigo seus conhecimentos e experiências, pelo modo compreensivo e carinhoso com que trata as pessoas, pela facilidade que tem em tecer elogios, pelos ensinamentos e contribuições para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À querida Profa. Dra. **Silvia Helena Zem-Mascarenhas**, minha admiração e respeito, por todo aprendizado, acolhida e parceria na co-orientação durante o primeiro ano do Mestrado.

À querida Profa. Dra. **Sônia Zerbetto**, meu reconhecimento e gratidão, pela atenção, pelo incentivo, pela parceria e disponibilidade em ouvir, pelo ensino e principalmente pela prontidão em compor a comissão julgadora desta pesquisa.

Aos integrantes do **LABTEG**, pelo acolhimento, hospitalidade, troca de conhecimento e ensino durante o período de convivência.

A todos os **entrevistados**, por me acolherem incondicionalmente, por voluntariamente me concederem o privilégio de ouvir e registrar os fatos mais marcantes e significativos de suas experiências profissionais, por dedicarem o seu precioso tempo para enriquecerem e abrilhantarem esta pesquisa com suas histórias, discursos e conhecimentos.

Às **pessoas que vivem em situação de rua** no centro do Município de São Paulo, que me receberam em sua “residência” de modo muito atencioso e acolhedor, proporcionando um tempo de aprendizado maravilhoso, por meio do reconhecimento de campo.

Ao Prof. Dr. **Pedro Palha**, meu reconhecimento, respeito e admiração pelo apoio, incentivo e direcionamentos, pelo modo tranquilo e sereno com que compartilhou comigo seus ensinamentos e experiências, me apresentando de modo desprendido novas ferramentas de trabalho para a organização e análise dos dados coletados nesta pesquisa.

Aos Professores Doutores **Cristine Roos, Karen Souza e Fernando Mitano**, pelas contribuições durante o processo de Exame de Qualificação, pelo incentivo, pelas críticas, sugestões, correções e apontamentos fundamentais para o meu crescimento pessoal, profissional e científico desta pesquisa.

À colega de mestrado que se tornou amiga **Amanda**, pelo ouvido nos momentos que precisei desabafar, pelo sorriso contagiante que distribui alegria mesmo quando a situação está tensa, pelo apoio e grande ajuda nos momentos mais difíceis desta pesquisa.

A **Jaqueline Ballestero**, por seu desprendimento, atenção, ajuda, orientação, acolhida e principalmente por sua incrível contribuição, ensinamento e colaboração na organização dos dados empíricos e uso do *software Atlas Ti*.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão da bolsa que apoiou financeiramente esta pesquisa.

RESUMO

ALECRIM, T. F. A. **Equipe de consultório na rua como estratégia para atenção à pessoa com tuberculose**. 2015, 99 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, UFSCar-SP, São Carlos, 2015.

A tuberculose é caracterizada como doença grave e acomete as regiões mais pobres do mundo. O Brasil ocupa a 16ª posição em números absolutos de casos. O Ministério da Saúde aponta que a população em situação de rua tem 67 vezes mais chance de adoecer por tuberculose quando comparada à população em geral. Essa população é caracterizada pela pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou frágeis e inexistência de residência, utiliza-se dos logradouros públicos e áreas degradadas para espaço de moradia e sustento. Em 2011, o Ministério da Saúde implementou Equipes de Consultório na Rua, como uma modalidade vinculada à Atenção Primária, para abordar as diferentes demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua. As equipes ofertam *in locu* e de forma itinerante a atenção integral à saúde dessas pessoas. O objetivo deste estudo foi analisar os efeitos da produção de sentido das equipes de consultório na rua no cuidado à pessoa com tuberculose. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada na região central do município de São Paulo. Participaram do estudo seis sujeitos, tendo como critério de inclusão: enfermeiros (as) da equipe, enfermeiros (as) responsáveis pela vigilância epidemiológica, gerentes e assessores técnicos que atuam nas equipes de consultório na rua e de acordo em assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada para a coleta de dados e com o recurso de gravador todas as entrevistas foram gravadas. Como resultados emergiram quatro blocos discursivos: caracterização do cuidado; estrutura de serviços para atenção à pessoa com TB; incentivos: cura x manutenção da doença e a organização do trabalho. Concluímos que o modelo de cuidado utilizado pelas equipes investigadas contribui para garantir o acesso ao cuidado, amplia o diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento e cura da tuberculose nessa população.

Palavras-chave: Equipes de Consultório na Rua. Tuberculose. Morador em Situação de Rua. Análise de Discurso. Cuidado à pessoa com tuberculose.

ABSTRACT

ALECRIM, T.F.A. **Street Clinic Team as strategy for care to people with tuberculosis.** 2015, 99 f. Dissertation (Master's) - Program Graduate in Nursing. Federal University of São Carlos, SP-UFSCar, São Carlos, 2015.

The tuberculosis is characterized as a serious disease and affect the poorest regions of the world. Brazil occupies the 16th place in absolute numbers of cases. According to the Ministry of Health people on the streets are 67 times more likely to get sick from tuberculosis compared to the general population. This population is characterized by extreme poverty, interrupted or weak family bond and lack of residence, using the public places and degraded areas as their housing and sustenance. In 2011, the Ministry of Health implemented Street Clinic Teams as a care mode linked to primary health care, to address the different demands and health needs of the population in the streets. The teams offer "on the spot" and itinerantly, comprehensive health care for these people. The objective of this study was the analyses of sense production effect of the street clinic teams regarding to the care of people with tuberculosis. It is a qualitative assessment which took place at São Paulo's central region. Six individuals took part in this study. The inclusion criteria: Team Nurses, Epidemiologic Surveillance Nurses, Technical Assessors who operate within street clinic teams, who agreed on signing the informed consent. A scripted semi-structured interview was applied for data collection, utilizing an audio recorder in all recorded interviews. The results emerged in four discursive blocks: characterization of care; service structure for TB patient's care; incentives: cure x disease maintenance and the organization of work. The conclusion is that the care model in use by the investigate teams contribute to guaranteeing access to care, thus increasing early diagnosis, treatment, monitoring and cure of tuberculosis among that population.

Keywords: Street Clinic Teams. Tuberculosis. Resident in Homeless Condition. Discourse Analysis. Care to the person with tuberculosis.

RESUMEN

ALECRIM, T.F.A. **Equipo de Oficina en la calle como estrategia para atención a lapersona com tuberculosis.** 99 f. Disertación (Master) - Programa de Postgrado en Enfermería. Universidad Federal de São Carlos, SP-UFSCar, São Carlos, 2015.

La tuberculosis es caracterizada como enfermedad grave y acomete las regiones más pobres del mundo, Brasil ocupa el 16ª posición en números absoluto de casos. El Ministerio de la Salud apunta que la población en situación de calle tiene de 48 al 67 veces más chances de enfermarse por TB cuando comparada a la población en general. Esta población es caracterizada por la pobreza extrema, bônus familiares interrumpidos o fragiles e inexistencia de hogares, se utiliza de los parques infantiles públicos y áreas degradadas para espacio de viviendas y sustento. Em 2011, El Ministerio de la Salud fue implementado Equipos de Consultorio en la Calle, como una modalidad vinculada a la Atención Primária, para abordar las diferentes demandas y necesidades de salud de la población de la calle. Los equipos ofertan *en el locus* y de forma itinerante la atención integral a la salud de esas personas. El objetivo de este estudio fue analizar los efectos de producción de los sentidos de los equipos de consultorio no cuidado a la persona en la calle con tuberculosis. Se trata de una investigación cualitativa, llevada a cabo en la región central de São Paulo. Participaron en el estudio seis sujetos. Los criterios de inclusión: enfermeras (la) equipo, enfermeros (as) responsables de la vigilancia epidemiológica, los gerentes y asesores técnicos que trabajan en los equipos de consultorio en la calle y acordaron firmar el término de consentimiento. Se utilizó una entrevista semi-estructurada para la recolección de datos y la función de grabadora se registraron todas las entrevistas. Los resultados discursivos surgieron cuatro bloques: caracterización de la atención; servicios de la estructura para el cuidado de las personas con tuberculosis; incentivos: curación x mantenimiento cura la enfermedad e la organización del trabajo. La conclusión El modelo de atención utilizado por los equipos investigados, ayudar a asegurar el acceso a la atención, se extiende el diagnóstico precoz, el tratamiento, el seguimiento y la cura de la tuberculosis en esta población.

Palabras-llave: Equipos de Consultório en la Calle. Tuberculosis. Morador en Situación de Calle. Análisis de Discurso. Cuidado a la persona con tuberculosis .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
ASF	Associação Saúde da Família
BK	Bacilo de Koch
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CETAD	Centro de Estudos de Terapia do Abuso das Drogas
CI	Coeficiente de Incidência
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DA	Distrito Administrativo
DOTS	Direct Observed Treatment Shortcourse (Tratamento Diretamente Observado)
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECR	Equipe Consultório de Rua
ESFE	Equipe de Saúde da Família Especial
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IML	Instituto Médico Legal
MNPR	Movimento Nacional da População em Situação de Rua
MS	Ministério da Saúde
MSD	Ministério da Assistência e do Desenvolvimento Social
MSP	Município de São Paulo
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Combate à Tuberculose
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Ação ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas

PIEC	Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras Drogas PMSP Prefeitura Municipal de Saúde
PSR	População em Situação de Rua
RD	Redução de Danos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
TBMR	Tuberculose Multirresistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	1
2. INTRODUÇÃO	2
2.1 A TUBERCULOSE E SAÚDE PÚBLICA.....	2
2.2 CIDADANIA.....	4
2.3 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	5
2.4 O CONSULTÓRIO NA RUA.....	7
3. ANÁLISE DE DISCURSO MATRIZ FRANCESA: COMPOSIÇÃO TEÓRICA	10
4. OBJETIVO DO ESTUDO	14
5. PERCURSO METODOLÓGICO	15
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	15
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	15
5.2.1 Atenção à saúde em São Paulo/ SP.....	15
5.2.2 Atenção à tuberculose em São Paulo/ SP.....	17
5.2.3 Atenção à população em situação de rua em São Paulo/ SP.....	20
5.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	20
5.3.1 Critérios de Inclusão.....	21
5.3.2 Critérios de Exclusão.....	21
5.4 PROCEDIMENTO PARA GERAÇÃO DE DADOS.....	21
5.4.1 Definição da Amostra.....	21
5.4.2 Agendamento das entrevistas.....	23
5.4.3 Realização das entrevistas.....	23
5.4.4 Organização do Material Empírico.....	23
5.5 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA GERAÇÃO DOS DADOS.....	25
5.6 DISPOSITIVOS ANALÍTICOS.....	26
5.7 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO.....	27
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6.1 Condições de produção das Equipes de Consultório na Rua.....	28
6.1.1 Equipes de Consultório na Rua.....	31
6.2 Descrição das Unidades Básicas de Saúde (UBS).....	31
6.2.1 UBS SÉ.....	31
6.2.2 UBS República.....	32
6.2.3 UBS Santa Cecília.....	33
6.3 Condição de Produção dos Entrevistados.....	33

6.3.1. Entrevistado 1 (E1).....	33
6.3.2. Entrevistado 2 (E2).....	34
6.3.3 Entrevistado 3 (E3).....	34
6.3.4 Entrevistado 4 (E4).....	34
6.3.5 Entrevistado 5 (E5).....	35
6.3.6 Entrevistado 6 (E6).....	35
6.4 Análise dos fragmentos.....	35
6.4.1 Equipes de Consultório na Rua: caracterização do cuidado.....	35
6.4.2 Estrutura de serviços para atenção à pessoa com tuberculose.....	50
6.4.3 Incentivos: cura x manutenção da doença.....	62
6.4.4 A organização do trabalho.....	70
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
8. REFERÊNCIAS.....	79
 APÊNDICES	
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	89
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
 ANEXOS	
ANEXO A – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar.....	91
ANEXO B – Autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Centro de São Paulo, Brasil.....	93
ANEXO C – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo SMS/ SP.....	94
ANEXO D – Convite de café da manhã em homenagem aos pacientes que concluíram o tratamento de TB, feito pela equipe de consultório da rua da UBS Sé.....	97
ANEXO E – Ficha de cadastro das pessoas em situação de rua (Ficha E).....	98

1. APRESENTAÇÃO

Considerando que na Análise de Discurso de matriz francesa o contexto de produção é um dos alicerces que fundamentam sua observação, bem como a posição de quem discursa, o que diz, como diz e de onde diz está diretamente ligado aos efeitos de sentidos produzidos, iniciarei esta pesquisa com minha breve apresentação, com as motivações que me levaram a desenvolver este estudo.

Sou enfermeira, graduada pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu, em 2001. Em 2003, realizei curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Formada em Terapia Comunitária pela Universidade Federal do Ceará com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 2004. Atualmente mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGENf/ UFSCar).

Dos 10 anos que atuei na Atenção Primária, 6 anos foram como enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF) na periferia de São Paulo, e 4 anos atuei como gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) com a ESF e ESF especial, para população de alta vulnerabilidade social, moradores em situação de rua, usuário de substância psicoativa, profissionais do sexo e imigrantes, da região central da capital paulista incluindo a região conhecida como Cracolândia. Tive a oportunidade de trabalhar na implantação de serviços como UBSs, ESF e o Consultório na Rua.

No período em que trabalhei com pessoas em situação de rua, chamou-me a atenção o fato de que o agravo de saúde que mais acometia essa população era a tuberculose. Somada à recente implantação das equipes de consultório na rua, despertou-me o interesse em estudar de que forma as equipes de consultório na rua estruturam e realizam suas ações para o cuidado às pessoas que estão em situação de rua e se encontram adoecidas por tuberculose.

2. INTRODUÇÃO

2.1. A TUBERCULOSE E A SAÚDE PÚBLICA

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa curável, que acomete prioritariamente os pulmões, no entanto, pode ocorrer em outras partes do corpo, como ossos, rins e meninges. Apresenta como sinais e sintomas predominantes tosse seca contínua, no início da doença, seguida de tosse com presença de secreção por mais de quatro semanas; cansaço excessivo; febre baixa geralmente à tarde; sudorese noturna; falta de apetite; palidez; emagrecimento acentuado; rouquidão; fraqueza e prostração. A transmissão é direta, de pessoa a pessoa, por meio de pequenas gotas de saliva expelidas pela fala, espirro ou tosse do doente bacilífero (indivíduo com baciloscopia de escarro positiva para o *Mycobacterium Tuberculosis* – Bacilo de Koch), sendo prioritário para o seu controle o diagnóstico precoce e tratamento adequado (BRASIL, 2002).

Existente desde os tempos pré-históricos, a doença foi identificada em esqueletos de múmias do antigo Egito (3.000 a. C). De “peste branca” no século XVII, passou a ser considerada “doença romântica”, por ter acometido famosos poetas e intelectuais. Registra-se que no Brasil a doença tenha surgido com a chegada dos portugueses e missionários jesuítas em 1500 (CVE, 2013; RUFINO-NETTO, 1999).

Determinada por sua natureza multifatorial, a tuberculose é um sério problema de Saúde Pública que preocupa as autoridades sanitárias nacionais e internacionais, sendo responsável pelo adoecimento de milhões de pessoas a cada ano, e segunda principal causa de morte por doenças infecciosas no mundo. Marcada por elevada incidência no Brasil, a doença é caracterizada por importante carga social e econômica para a saúde, por causa de danos individuais e coletivos, sendo um agravo marcado por sua relação direta com a desigualdade social, movimentos migratórios, envelhecimento da população e o advento da AIDS. Estima-se que 30% da população mundial esteja infectada pelo Bacilo de Koch, qualificando a doença como perigosa e que assola as regiões mais pobres do mundo (RUFINO-NETTO, 2002; BRASIL, 2005; GILL, 2012; WHO, 2012).

A proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Plano Global para Combate à Tuberculose 2011-2015, tem como alvo livrar o mundo da doença, tendo como objetivo a redução pela metade da incidência e da mortalidade até 2015 em relação aos dados de 1990. O objetivo estabelecido pela OMS para 2015 de alcançar “um mundo livre da tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença (*A world free of tuberculosis – zero deaths, disease and suffering due to tuberculosis*), busca a eliminação da tuberculose como um problema de Saúde Pública. No entanto, essa meta ainda não foi atingida, visto que, em 1990, o número de óbitos ocorridos por TB no mundo foi de 1,3 milhões e, em 2013, de 1 milhão (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

Dentre os 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por concentrar 80% dos casos da doença no mundo, o Brasil ocupa a 16ª posição em números absolutos de casos. No período de 2005 a 2014, o país diagnosticou cerca de 73 mil novos casos de TB ao ano e, em 2013, houve 4.577 óbitos, registrando, em 2014, um Coeficiente de incidência (CI) de 33,5/100.00 habitantes (BRASIL, 2015).

Conforme dados da OMS, nas últimas décadas houve uma redução de casos e de óbitos por TB, contudo, ainda não há perspectiva de que a meta para 2015 seja atingida, pois o aumento da incidência de tuberculose e dos casos de multirresistência tem sido publicado em todo mundo. No Brasil, apesar das reduções nos coeficientes de incidência e de mortalidade, a doença ainda é endêmica, concentrando-se em grandes centros urbanos, em aglomerados populacionais e, sobretudo, em populações mais vulneráveis. Diante dessa realidade, faz-se necessário o desenvolvimento de atividades que visem à redução do estigma que ainda existe em torno da doença e à melhoria das estratégias para adesão ao tratamento, tendo em vista a necessidade de articulação com outras áreas, inclusive fora do setor da saúde (BARROS; RODRIGUES; PINHEIRO; CAMPELLO, 2001; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Para os casos novos de TB pulmonar e extrapulmonar, exceto as meningoencefalites, em pessoas infectadas ou não por HIV, é preconizado o esquema básico utilizando quatro drogas: Rifampicina, Isonizida, Pirazinamida e Etambutol na fase intensiva durante dois meses, e o uso de Rifampicina + Isonizida por mais quatro meses. Desde que sejam seguidos os protocolos e princípios de tratamento, terapia medicamentosa correta no que se refere ao fármaco, dose e tempo adequado, a tuberculose é curável em 100% dos casos novos (BRASIL, 2011).

No entanto, os avanços no diagnóstico, no manejo clínico, no tratamento e nas estratégias de acompanhamento ainda não têm sido suficientes para erradicar a doença. No Brasil, dados da OMS (2012) apontam para 72% de cura dos casos novos e de recidiva, enquanto a meta estabelecida é de 85% no sucesso do tratamento (SOUZA; ANTUNES; GARCIA, 2006; BRASIL, 2013; WHO, 2014).

Em 2014, foi registrado no Brasil o coeficiente de incidência (CI) 33,5/100.00 habitantes. Nesse cenário, São Paulo, o Estado mais populoso da nação, concentra um dos maiores números de casos do país, tendo em 2013, como coeficiente de incidência (CI), 36,9/100.00 habitantes. A capital paulista é uma das cidades prioritárias no Programa Nacional de Controle a Tuberculose (PNCT), e no mesmo ano registrou o coeficiente de incidência de 49,4/100.000 habitantes, superando a média estadual (CVE, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Fatores como pobreza, desconhecimento da doença, multirresistência, longo tempo para a conclusão do tratamento, a coinfeção por HIV, uso de substâncias psicoativas, a

falta de descentralização do tratamento nos serviços de saúde, ausência de residência fixa e imigração contribuem significativamente para a não adesão ao tratamento e dificultam cada dia mais o alcance das metas da OMS. A estratégia *directly observed treatment, short-course* (DOTS – tratamento diretamente observado), a descentralização dos programas, ampliação de acesso e expansão do programa para toda a rede básica, capacitação de profissionais, implantação de equipes de saúde da família, visitas domiciliares, fornecimento de vale-transporte e presença de equipe multidisciplinar são algumas das estratégias descritas na literatura na tentativa de alcançar maior êxito na cura da tuberculose (GUIMARÃES, et al.; 2012; MONTENEGRO, et al.; 2009; IGNOTTI, et al.; 2007; DALCOMO, et al.; 1999).

2.2. CIDADANIA

No período da Revolução Francesa e por consequência dela, torna-se circulante o conceito de cidadão. Esse cidadão passa a não ser mais diferenciado como plebeu ou nobre, escravo ou livre, mas sobretudo como pessoa igual à outra, independente de suas condições sociais, tornando-se dependente do Estado, o qual estabelece regras para que a cidadania possa ser adquirida, bem como seus direitos e condições para usufruí-los (DALLARI apud SCHEREREF, 1987).

A origem da cidadania é atribuída à *polis* grega, que era formada por cidadãos livres, que exerciam continuamente participação política em uma democracia direta, tanto em esfera privada quanto pública. Com a evolução histórica desse tema, o conceito de cidadania passou a estar diretamente ligado aos direitos que cada pessoa possui, independentemente de sua origem étnica, de gênero ou social. Na Inglaterra, esse conceito foi dividido em três aspectos: 1) direitos civis: liberdade individual de escolha de pensamento, religião e o direito de defendê-los; 2) direitos políticos: participação como eleitor ou autoridade política de uma dada organização social; 3) direitos sociais: viver como ser coletivo, de acordo com os padrões prevalentes na sociedade. Embora a cidadania não tenha conseguido diminuir as desigualdades sociais, ela tem forte contribuição para o início da criação de políticas mais igualitárias a partir do século 20 (COVRE, 1991; MARSHALL, 1967).

No Brasil, o debate em torno do tema cidadania aumentou após 1964, ganhando força no final da década de 1970, no entanto, a cidadania brasileira ainda se acomoda predominantemente “como regulada, ou outorgada, ou seja, um ‘acerto de contas’ concedido em detrimento da correspondência real dos direitos dos diversos segmentos da sociedade, especialmente, dos menos favorecidos” (MEDEIROS, GUIMARÃES, 2002).

Diante das situações de desigualdades e injustiças sociais, a população em situação de rua acaba sendo um dos reflexos da negação de direitos de cidadania que vivemos, a

sua exposição à alta vulnerabilidade social, a privação de suprimentos básicos para a sobrevivência humana acaba despertando na sociedade um olhar focado em ações assistencialistas, contudo, é indispensável que essa população seja vista e tratada de modo a não ter seu caráter de cidadão negado, visto que é provido de direitos.

2.3 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

As desigualdades sociais estão descritas na história, do nascimento ao renascimento das cidades, revelando que o viver na rua não é um evento novo. No Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, os ex-escravos libertos e seus descendentes foram os primeiros a vivenciarem a situação de estar na rua. A nova população de rua tem uma característica específica, pois não lhe é permitida a entrada no mundo dos incluídos, podendo tratar-se de uma exclusão permanente. Assim, a população excluída, acaba não tendo outra alternativa senão a de estar no mundo das ruas, utilizando-se dela para moradia e sustento. Essa população acaba por ter uma vida própria, em um espaço próprio, vivendo em um tempo individual/ grupal diferente, pois necessita suprir as suas necessidades de modo imediato (BURSZTYN, 2000; PREUSS, 1997).

O conceito de população em situação de rua (PSR) utilizado pela Organização das Nações Unidas (2012) a caracteriza como: 1. “Desabrigados” ou *shelterless*, pessoas que estão vivendo na rua devido a tragédias naturais, guerras e desemprego em massa e 2. os qualificados *homeless*, indivíduos que não se enquadram no conceito de “desabrigados” (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Quando comparadas a realidades internacionais, pode-se entender o termo “população em situação de rua” como heterogêneo, visto que no Brasil essa condição expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, do que apenas como a “ausência de casa”, como outros países tendem a classificar (ADORNO; VARANDA, 2004).

Nesse sentido, a situação do sujeito em relação à rua é discutida por Escorel (1999) como consequência da exclusão social, na qual o indivíduo fica impossibilitado de exercer plenamente suas potencialidades de condição humana, e encontra na rua um local de sustento ao qual denomina de “preservação biológica”; Castell (1997) utiliza o termo “desfiliação”, para descrever o processo pelo qual a rua é “adotada” pelas pessoas, discorre que a precariedade do trabalho, o desemprego (como fonte de isolamento relacional) e a fragilidade do vínculo familiar geram situações de degradação das “redes de sociabilidade popular”, aumentando a vulnerabilidade de estar na rua.

Em 2008, pesquisa feita pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MSD), apontou algumas características e especificidades da população em situação de rua. Predominantemente masculina, 82%, encontram-se em faixas etárias entre 25 e 44 anos; 39,1% se declararam pardos, brancos 29,5% e pretos 27,9%. Quanto a achados

socioeconômicos, 70,9% exerce algum tipo de atividade remunerada; 51,9% das pessoas têm algum parente na cidade em que se encontram; 19% não conseguem se alimentar pelo menos uma vez ao dia. A pesquisa apresenta os principais motivos para estar em situação de rua: 35,5% devido uso de álcool e outras drogas; 29,8% por desemprego e 29,1% por desavenças familiares. Quando estão doentes 43,8% procuram em primeiro lugar serviços de urgência e emergência, em segundo lugar 27,4% procuram o posto de saúde (BRASIL, 2008).

Na rua, encontram-se distintos grupos de pessoas, a saber: imigrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico, desprovidos de fortes vínculos afetivos, usuários de substâncias psicoativas, entre outros. Destaca-se também a existência dos chamados “trecheiros”, pessoas que transitam de uma cidade a outra, caminhando pelas estradas a pé, de carona ou se valendo de passagens cedidas por entidades assistenciais (BRASIL, 2008).

Diante da diversidade de motivações e situações para a chegada à rua, no Brasil é utilizada como definição de população em situação de rua a descrita no Decreto Nacional nº 7.053, 23 de dezembro de 2009:

“grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as 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”.

Esses conceitos remetem a complexidade e especificidades inerentes a PSR, apontando a necessidade de se estabelecer políticas e ações públicas que atinjam suas necessidades de modo a alcançar a realidade do território em que se encontram (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

A população em situação de rua apresenta maior necessidade de cuidado em saúde, fazendo-se necessário serviços mais articulados em suas práticas para garantir a atenção integral e equânime a esses indivíduos. Assim, trabalhar com pessoas que vivem nessa situação exige o estabelecimento de vínculos, que humanizem o encontro e possibilitem respostas. É necessário compreender sem julgar, respeitar e estabelecer limites. Nem todos os vínculos são positivos com todas as pessoas, sendo fundamental o trabalho em equipes que avaliem permanentemente suas ações, sendo necessário esperar o tempo do outro e perceber os pequenos passos (BRASIL, 2012; CARNEIRO JUNIOR et al., 1998).

Dados do boletim informativo do Ministério da Saúde (MS), apresentam que a população em situação de rua tem 67 vezes mais chances de adoecer por TB quando

comparada à população em geral (BRASIL, 2012).

Dada a relevância de maior vulnerabilidade em adoecer por TB quando em situação de rua, está indicada a necessidade de estudos, intervenções e estratégias diferenciadas que viabilizem o diagnóstico precoce, maior adesão ao tratamento e aumento das taxas de cura, tornando esse grupo alvo de grande atenção. De acordo com dados do município de São Paulo, 7,3% da população geral reiniciou o tratamento após abandono, já na população sem residência fixa, essa porcentagem é de 20,8% (BRASIL, 2013; CVE, 2012; SÃO PAULO, 2011).

De acordo com pesquisa feita pela FIPE (2015) vive no município de São Paulo o maior centro urbano da América Latina, 15.905 pessoas em situação de rua, revelando a necessidade de serviços de saúde que exerçam ações de cuidado com profissionais que tenham perfil adequado para o atendimento de suas necessidades (FIPE, 2015).

2.4 O CONSULTÓRIO NA RUA

Diante das especificidades das pessoas que se encontram em situação de rua e considerando que um dos principais motivos que as deixou nessa condição foi o uso de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde recomenda que seja utilizada a estratégia de redução de danos (RD) de modo transversal em todas as ações de saúde realizadas pelas equipes que atuam com essa população. A RD visa a implementação de ações que ofereçam cuidado integral à saúde do usuário, para reduzir prejuízos associados ao uso de drogas e prevenir possíveis agravos vinculados ao uso, sem necessariamente interferir no uso de drogas, sendo desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem abandonar ou diminuir o uso de drogas (BRASIL, 2012).

Como conceito, “a redução de danos é uma tentativa de minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos” (ACSELRAD, 2000).

Sob essa ótica, em 1991, o professor Antônio Nery Filho, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em avaliação das suas atividades juntamente com os técnicos que ali atuavam, constataram que as crianças e adolescentes que se encontravam nas ruas da cidade de Salvador, e que faziam uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, pouco chegavam ao CETAD para tratamento e, quando assim o faziam, eram raros os retornos para o seguimento aos atendimentos. Atentos a essa realidade, alguns desses técnicos se deslocaram até os lugares de concentração desses jovens para estabelecer com eles contato. Por meio de observação etnográfica, buscou-se conhecer as representações feitas por esses “meninos e meninas de rua” sobre as drogas, seu uso e tratamento (OLIVEIRA, 2009).

Assim, em 1997 nasce o projeto Consultório de Rua, concebido pelo coordenador e fundador do CETAD/UFBA, professor Antônio Nery Filho, na perspectiva de ir ao encontro

desses jovens nos seus locais de permanência para realizar os atendimentos no próprio espaço da rua. A experiência do Consultório de Rua foi desenvolvida em Salvador entre 1999 e 2006, revelando-se como uma estratégia adequada para intervenção junto aos usuários de drogas em situação de rua. A relevância dessa experiência somada à magnitude do consumo prejudicial de drogas, associada ao contexto de exclusão, vulnerabilidade e risco das pessoas em situação de rua, contribuíram para que, em 2009, o Ministério da Saúde propusesse o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) no Sistema Único de Saúde, sendo, em 2010, também incorporado ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) (OLIVEIRA, 2009).

Cabe ressaltar que o Consultório *de* Rua estava vinculado às políticas de saúde mental e atenção integral a usuários de drogas até janeiro de 2011, quando, em atenção à Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, o Ministério da Saúde, por meio das Coordenações Nacionais de Saúde Mental e Atenção Básica, reorganizou o modelo de atenção do Consultório de Rua, vinculando a sua atuação à Coordenação Nacional de Atenção Básica, tendo como propósito abordar as diferentes demandas e necessidades dessa população. Isso posto, as equipes passam a ser denominadas Consultório *na* Rua (CnaR) (BRASIL, 2012).

Com as equipes de Consultório *na* Rua propõe-se a ampliação do acesso à saúde da PSR, por meio da oferta *in locu* da atenção integral de forma itinerante, visando abordar as diferentes demandas e necessidades de saúde decorrentes dessa população, e quando necessário, utilizando as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, está contemplada dentre as atividades das equipes de CnaR o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes portadores de Tuberculose (BRASIL, 2012).

Estão previstas a ocorrência de ações em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana, tendo como parâmetro uma equipe de consultório na rua para cada oitenta a mil pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011; LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

De acordo com a realidade de cada território, poderão compor as equipes: enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; médico; cirurgião dentista; profissional/professor de educação física; profissional com formação em arte e educação; agente social e agentes comunitários de saúde, sendo os dois últimos profissionais de nível médio. Sendo, Modalidade I: equipe formada, minimamente, por dois profissionais de nível superior; e dois profissionais de nível médio, exceto o médico. Modalidade II: equipe formada, minimamente, por três profissionais de nível superior; e três profissionais de nível médio, exceto o médico e Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2014).

Em 2004, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo iniciou a implantação do

Programa de Agentes Comunitários (PACS), com a população sem residência, com a finalidade de promover, prevenir, detectar e tratar os agravos mais frequentes dessa população, por meio de aumento do acesso aos serviços de saúde e inserção social. Em 2008, as equipes PACS foram transformadas em equipes de Saúde da Família e o número dessas equipes foi ampliado. Em seguida, nasceram as Equipes de Saúde da Família Especiais (ESF E), com atuação nas regiões de maior concentração de pessoas em situação de rua do município. Unidades Básicas de Saúde foram especialmente adequadas e projetadas para o atendimento desses usuários, com infraestruturas específicas como local para banho. Em agosto de 2012, as ESF especial, atendendo às novas diretrizes do Ministério da Saúde, foram convertidas para equipes de Consultório na Rua (SÃO PAULO, 2014).

Considerando a alta vulnerabilidade de saúde e social que se apresenta; os dados de maiores taxas de adoecimento e recidiva na população; a necessidade em se aumentar a cura; a importância em se agregar maior produção científica com essa temática, a recente implantação pelo Ministério da Saúde de um novo modelo de olhar e cuidar a população em situação de rua e com a proposta de fundamentação no referencial teórico-metodológico da AD francesa, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: quais os efeitos de sentidos dos profissionais de saúde na atenção à tuberculose com a população em situação de rua?

3. ANÁLISE DE DISCURSO DE MATRIZ FRANCESA: COMPOSIÇÃO TEÓRICA

Como propósito de se aproximar e atender aos objetivos desta pesquisa, utilizaremos como recurso teórico-metodológico a Análise de Discurso de matriz francesa. Esse dispositivo analítico permite a identificação da posição discursiva que o sujeito ocupa e como se fundamenta no encontro com a história, psicologia e ideologia (ORLANDI, 2015).

Historicamente, a AD é um conceito relativamente novo entre as Ciências Sociais e a Linguística, com início nos anos 1960 na França, na mesma época em que as referências históricas e políticas se encontravam em volta do estruturalismo filosófico, questões ideológicas e leituras dos discursos políticos. Foi idealizada pelo filósofo Michel Pêcheaux, que fundou a Escola Francesa de Análise do Discurso, em substituição à tradicional Análise de Conteúdo (ORLANDI, 2015; MINAYO, 2008).

No ano de 1964, momento em que o Brasil estava sob o regime ditatorial, a luta pelo direito da palavra se tornava um marco social. Nesse período, buscava-se intensamente trabalhar no silêncio a significação do que não podia ser dito, evidenciando o início da AD em território nacional, tendo como principal notoriedade Eni P. Orlandi (ORLANDI, 2015).

A AD destina-se a apreender como um objeto simbólico produz sentidos, entendendo que a história se manifesta na língua por meio de palavras que revelam sentidos de discursos já realizados, imaginados ou possíveis. O discurso não é fechado, é um processo em curso, em movimento, acontece não como um aglomerado de textos, mas como uma prática. Assim, não se prioriza a transmissão da informação, mas a relação simultânea entre emissor e receptor, construindo um sistema complexo desses sujeitos e da produção de sentidos (ORLANDI, 2015).

Nesse sentido, a AD francesa ou pêcheauxiana, postulado metodológico no qual esta pesquisa está alicerçada, fundamenta-se em três pilares de conhecimento, a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise (CAREGNATTO; MUTTI, 2006).

Para Orlandi (2015, p.17), a AD herda os seguintes aspectos dessas áreas de conhecimento:

- Linguística: fundamenta-se pela alegação de não transparência da língua, pois tem seu próprio objeto e ordem, procura mostrar que a relação linguagem/pensamento/mundo não é feita de modo direto de um para o outro, visto que cada um tem sua especificidade.
- Marxismo: apoia-se no legado do materialismo histórico no qual o homem é o responsável por fazer história, contudo, há um real da história e que esta também não lhe é transparente, em que o real é afetado pelo simbólico, de tal maneira que os fatos reclamam sentidos.
- Psicanálise: organiza-se na relação do simbólico na história estudando o modo

como o inconsciente e a ideologia afeta o sujeito, o deslocamento da noção do homem para o sujeito.

Originária do latim a palavra *discurso* traz o seguinte significado: “*dis*” indica “de fora” e “*currere*”, “correr”. Surgindo duas possíveis considerações para o termo “discurso”: “correr ao redor” e “curso de vários assuntos, ideias, opiniões” (ASSOLINI, 2011). Verifica-se, que no discurso pode ser observado a relação entre língua, ideologia e sujeito, em que a língua produz de modo dinâmico e em movimento os sentidos por e para os sujeitos, visto que não existe discurso sem sujeito e não existe sujeito sem ideologia (ORLANDI, 2015).

O discurso é um suporte abstrato que sustenta os vários textos concretos circulantes em uma sociedade, sendo responsável pela concretização das estruturas narrativas, por meio de figuras e temas. A Análise de Discurso permite a realização de uma “análise interna (o que esse texto diz? como ele diz?) e uma análise externa (por que esse texto diz o que ele diz?)”. Quando se analisa o discurso, é inevitável se deparar com a questão de como ele se correlaciona com a situação que o criou. A análise buscará se relacionar com o campo da língua, sendo possível o estudo pela Linguística e o campo da sociedade podendo ser compreendida pela história e pela ideologia (GREGOLIN, 1995).

Mesmo que não haja a percepção, ou não se tenha o conhecimento de como os sentidos são produzidos, somos solicitados a interpretar, visto que não se pode evitá-la ou ignorá-la. A interpretação é o modo como os seres humanos se associam com o mundo e, nessa relação, destaca-se a linguagem como prática social e histórica. O gesto de interpretação se faz necessário, pois o espaço simbólico é marcado pelo silêncio, o não dizer também faz parte da linguagem, pois há ditos no não dito. Os deslizos da língua, o equívoco, a incompletude e o silenciamento são constitutivos do dizer (ORLANDI, 2015).

Nesse sentido, destaca-se a importância do conceito interdiscurso, formulado por Pêcheaux, que consiste na multiplicidade de saberes (discursivos) correlacionados a um lugar de sentido onde “algo fala” sempre “antes, em outro lugar e independentemente”. O interdiscurso apresenta dizeres que afetam a maneira como o sujeito significa diante de uma situação discursiva. Todas as palavras já foram ditas por alguém, em algum lugar, em outros momentos, tendo sempre um efeito no que é dito. O interdiscurso pode ser compreendido também como uma forma de memória, não a memória no sentido apresentado pela psicologia, mas memórias sociais e coletivas desenhadas na história. Há que se considerar também que, para que a memória exista, é necessário que o acontecimento registrado rompa a indiferença, deixando de ser insignificante e faça sentido (ACHARD et al., 2010; PÊCHEAUX, 2014; ORLANDI, 2015).

A memória sendo marcada pela ideologia e pelo poder não pede licença, ela é trazida pela história atravessando os sentidos constituídos em outros dizeres, em várias outras vozes

que ecoam, traz em sua materialidade os efeitos que afetam os sujeitos independentemente de suas vontades. O sujeito não tem propriedade no que ele diz, as palavras não são de quem fala, elas são significadas pela história e pela língua. Pensamos que sabemos o que dizemos, contudo não temos acesso ou controle sobre como os sentidos se constituem. Chama-se de interdiscurso o local onde todos os dizeres foram ditos e esquecidos, representando no conjunto de um enunciado o dizível. Já o intradiscurso é o eixo no qual os dizeres são formulados, o que é dito em um dado momento e em dadas condições (ORLANDI, 2015).

Nos valendo do objeto desse estudo, compreender a discursividade do profissional que integra a equipe de consultório na rua, implica entender que alguns dos sentidos produzidos por esse sujeito, a partir das condições de produção, nessa perspectiva é importante depreender o conceito de sujeito. O sujeito se considera como individual e livre, dono de seu próprio dizer, acreditando que está sempre consciente do que fala, contudo a AD considera o sujeito como cindido, clivado, descentrado, assujeitado, dado que é interpelado pela ideologia acaba (re)produzindo o discurso (SURNICHE, 2015).

O sentido é outro conceito importante abordado pela AD, o qual está diretamente relacionado com as formulações que já foram enunciadas, é o esquecimento número um e o esquecimento número dois. O esquecimento número um é o resultado da maneira como a ideologia afeta o sujeito, tem-se a ilusão de que o que elaboramos é de nossa própria autoria, no entanto a elaboração é retomada de algo que já existiu. O esquecimento número dois remete à impressão da realidade do pensamento, pensa-se que só existe um modo de dizer o que se pretende, quando na realidade não o é (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2015).

Esses conceitos servem de embasamento teórico, contudo vale ressaltar a necessidade de se construir a análise a partir das condições de produção, que na AD diz respeito a como é constituído o relacionamento entre o sujeito e o contexto histórico, sua autoimagem e o local de onde fala, as condições de produção devem ser observadas em seus sentidos estrito e amplo. O sentido estrito considera as condições de enunciação, é o contexto imediato em que o discurso está sendo emitido, elaborado. O sentido amplo leva em consideração o contexto histórico-social e ideológico a que o sujeito está arrolado (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2015).

Pensar discursivamente na linguagem é considerar que o seu funcionamento se ajusta na compreensão dos processos parafrásicos e polissêmicos. A paráfrase é o processo em que em tudo o que é dito há algo que se mantém estável, o dizível, a memória, é responsável pela produção de diferentes formulações do mesmo dizer já estabelecido. Já nos processos de polissemia existem os deslocamentos, a ruptura das significações, joga-se com o equívoco. Essas duas forças constroem o dizer, de modo que o discurso se faz na tensão entre o mesmo e o diferente, falamos por meio de palavras produzidas por uma rede de sentidos, contudo, verbalizamos palavras já ditas (ORLANDI, 2015).

Nesse sentido, a incompletude é a condição da linguagem na qual sujeitos, sentidos e discursos não estão finalizados, há um trabalho contínuo, um movimento permanente do simbólico e da história, possibilitando que os dizeres e os sujeitos sempre possam ser outros. A AD salienta a opacidade da linguagem, considerando que todo e qualquer enunciado sempre poderá ser outro, propiciando espaços diversos nas possibilidades de interpretação (PÊCHEAUX, 2008; ORLANDI, 2015).

Faz-se necessário também a apresentação de outros dois conceitos basilares na AD: a formação discursiva e a ideologia. Define-se como formações discursivas aquilo que está estabelecido em uma dada composição ideológica, ou seja, a partir de uma conjuntura sócio-histórica estabelecida, é determinado o que pode e o que deve ser dito. A formação discursiva nos permite compreender o processo em que o discurso foi produzido e sua relação com a ideologia. A ideologia é a condição para que o sujeito e os sentidos sejam constituídos, todo signo é ideológico por natureza, sendo a ideologia a responsável por produzir evidências na relação imaginária do homem com suas condições de existência (BAKHTIN, 2006; BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2015).

As formações discursivas são concebidas pelas contradições, sendo frequentemente configuradas e reconfiguradas nas relações e suas heterogeneidades. Desta maneira, palavras iguais podem ter significados diferentes conforme a formação discursiva na qual se inscrevem. A formação ideológica é a tradução da formação discursiva no discurso, reforçando que os sentidos estão sempre associados e determinados pela ideologia (ASSOLINI, 2003; ORLANDI, 2015).

Com base nos dispositivos e procedimentos de análises da AD, é importante destacar que os conceitos apresentados se interligam, vinculando-se entre si, não havendo como compreendê-los de modo segmentado. A análise se propõe alcançar uma percepção para além dos ditos, na busca de pistas e vestígios que permitam a apreensão da opacidade da língua, a produção de sentidos e a constituição dos discursos por meio de suas posições inconscientes e ideológicas. Analisar discursivamente implica compreender que os gestos interpretativos não são fechados em si, mas podem ter outros sentidos de acordo com a posição que o sujeito ocupa num determinado local e tempo.

4. OBJETIVO DO ESTUDO

- ✓ Analisar os efeitos da produção de sentido das equipes de consultório na rua no cuidado à pessoa com Tuberculose.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando que o referencial teórico-metodológico é o percurso utilizado pelo pesquisador para apreender seu material empírico, por meio de instrumentais próprios de abordagem da realidade, optou-se, neste estudo, por trabalhar com a Análise de Discurso (AD), a qual apresenta referências a partir das Ciências Sociais, e que visa epistemologicamente entender o histórico, a consciência histórica, a identidade entre o sujeito e o objeto a ser investigado e a ideologia fazendo sentido (MINAYO, 2008).

A fala, a enunciação e o discurso estão diretamente ligados ao cotidiano da enfermagem, seja na assistência, ensino ou pesquisa, levando a uma crescente utilização da pesquisa qualitativa a partir da década de 1980. A Análise de Discurso trabalha com o significante, buscando na produção do discurso analisar não somente o *corpus* em si, mas o discurso como um processo de comunicação que não se apresenta de forma mecânica ou seriada, mas sim, um fenômeno construído a partir de agentes que interagem entre si como o diálogo, as experiências de vida, enunciação e classe social (GOMES, 2007).

Isso implica descrever que o sujeito do estudo deve ser qualitativo, considerando suas crenças, valores e condições sociais individuais, pois esse sujeito é complexo, contraditório, inacabado e em constante transformação. Por meio de concepções teóricas de abordagem, da técnica, utilizando-se instrumentos de apreensão da realidade, unidas à capacidade criadora e a experiência do pesquisador (OLIVEIRA, 2013).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

5.2.1 *Atenção à saúde em São Paulo/ SP*

O município de São Paulo (MSP) é capital do estado de São Paulo, cidade que exerce a função de principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul. Dados do IBGE apontam para uma população de 11,32 milhões de habitantes em uma área de 1.523 km² e como a capital dos negócios, da diversidade cultural e gastronômica (IBGE, 2010).

A organização da Saúde na cidade de São Paulo é feita pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS), gestora do Sistema Único de Saúde no Município, sendo responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que promovam, protejam e recuperem a saúde da população. Órgãos da Administração Direta e Indireta, instituições conveniadas e contratadas com o SUS são responsáveis pela implementação das diretrizes elaboradas pela SMS, que também regula o subsistema de saúde suplementar.

A rede municipal de saúde está composta por Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS) com o propósito de oferecer serviços

descentralizados e atender às necessidades de acordo com a realidade de cada região. São cinco as Coordenadorias de Saúde: Norte, Centro, Sudeste, Leste e Sul.



Fonte:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>

As vinte e cinco Supervisões Técnicas de Saúde, são compostas por Distritos Administrativos (DA) que estão subordinadas às Coordenadorias Regionais de Saúde e estas, por sua vez, à SMS.

A Atenção Básica (AB) deve ser a principal porta de Entrada do SUS, oferecendo um conjunto de ações de saúde, tanto individual quanto coletivo que alcance a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, desenvolvendo atenção integral que gere impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde. A AB na capital paulista é composta por 451 Unidades Básicas de Saúde, sendo 446 com atendimento odontológico, mais de 1.300 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 105 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 98 Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA) das quais 12 unidades oferecem funcionamento de 24 horas e 18 Equipes de Consultório na Rua (eCR) (SÃO PAULO, 2015).

Os DAs Santa Cecília, Sé e República vinculados à STS Sé, subordinada à CRS Centro compuseram o campo de coleta de dados deste estudo por abrigarem o maior

número de equipes de consultório na rua, a saber: 11 CnaR dos 18 CnaR do município estão distribuídos da seguinte maneira: 04 equipes na UBS Sé, 04 equipes na UBS República e 03 equipes na UBS Santa Cecília. Pois essas UBSs estão localizadas em territórios de maior concentração de pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo.

Diante disso, entendemos que as equipes de Consultório na Rua das UBSs Sé, Santa Cecília e República construíram o cenário que atendem aos objetivos de nossa investigação.



Fonte:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>

5.2.2 Atenção à tuberculose em São Paulo/SP

A Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) do município de São Paulo, é realizada de modo descentralizado pelas Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS) localizadas nas cinco regiões do município – Norte, Sul, Leste, Centro-Oeste e Sudeste. Ao todo, são 26 SUVIS, que atuam em três áreas: vigilância ambiental: controle da dengue, roedores e animais sinantrópicos e vacinação antirrábica para cães e gatos; vigilância sanitária: fiscalização de comércio varejista de alimentos, medicamentos e serviços de saúde; vigilância epidemiológica: vacinação e controle de doenças epidêmicas. Fica sob responsabilidade da SUVIS a alimentação dos dados de tuberculose no sistema TBWEB.

O sistema TBWEB é um meio de registro via internet, em tempo real, dos casos de tuberculose, podendo ser cadastrados e consultados durante todo o percurso do doente. O sistema tem como objetivo a vigilância e o monitoramento epidemiológico da doença no

estado de São Paulo. O sistema trabalha para manter um registro de acompanhamento único por paciente e todo o histórico de seu tratamento por meio de um banco de dados centralizado dos casos de TB, permitindo o acompanhamento efetivo dos tratamentos, eliminando quase que completamente as duplicidades de cadastro (SÃO PAULO, 2008).

De acordo com o Boletim TB 2011, o Programa de Controle da Tuberculose do Município de São Paulo se baseia em duas premissas: diagnóstico e cura dos casos. Para isso, a detecção de casos é feita por meio de busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) na comunidade, pelos profissionais das ESF em visitas domiciliares; na unidade de saúde e no sistema prisional, no momento da inclusão.

A incidência de tuberculose por todas as formas não é homogênea entre as CRS de residência, sendo maior na CRS Leste 57,4/100 mil hab. e menor na CRS Sul com 44,1/100 mil hab. A CRS Norte tem 52,0, a CRS Sudeste 48,9 e a Centro Oeste 50,2 casos por 100.000 habitantes. Considerando-se o MSP como um todo, a incidência foi de 53,2/100.000 habitantes em 2010 (SÃO PAULO, 2011).

No ano de 1998, apenas 57,5% das UBSs ofertavam o diagnóstico e tratamento, em 2002, tornou-se público que a taxa de cura do Município de São Paulo, era inferior a 50%, ou seja, a menor taxa entre os municípios prioritários do estado de São Paulo. Atendendo às novas diretrizes de cuidado em TB estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o ano de 2004 foi marcado pela descentralização do cuidado integral ao portador de tuberculose em 100% das UBSs. A partir de 2008, a busca ativa na comunidade e na demanda das unidades foi intensificada e ocorre de forma permanente, contribuindo fortemente com a ocorrência do diagnóstico precoce (SÃO PAULO, 2011).

A busca ativa é feita pelos agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos em consultas, visitas domiciliares, grupos na comunidade e sala de espera, mediante pergunta feita ao usuário do serviço de saúde se apresenta tosse há mais de três semanas. Ao se encontrar um sintomático respiratório (SR), imediatamente são fornecidas ao usuário orientações sobre sinais, sintomas e diagnóstico da doença, bem como solicitado exame de escarro – baciloscopia (BK) duas amostras –, sendo fornecido frascos coletores identificados manualmente em etiqueta destinada a essa finalidade com nome da pessoa, data da coleta, tipo de exame e UBS de origem. Em todas as UBSs há espaço para a coleta do escarro e o material pode ser recebido e colhido diariamente, não sendo necessário o agendamento prévio. O material é coletado na UBS, os dados do paciente e do material da coleta são registrados no livro de registros dos sistemáticos respiratórios no serviço de saúde “livro azul”, sendo encaminhado a laboratórios próprios ou conveniados com a SMS. Quando o resultado do exame é positivo, é feita a comunicação imediata do laboratório com a UBS via e-mail, o resultado também chega impresso na UBS em até 20 dias úteis.

Cabe ao profissional da UBS que solicitou o exame e recebeu o resultado positivo notificar o agravo e desencadear toda as ações de cuidado, acompanhamento e tratamento ao doente, como também as ações junto aos comunicantes. O doente é convocado imediatamente para consulta médica, caso não atenda a convocação é realizada visita domiciliar, com relação aos pacientes cadastrados nas equipes de consultório na rua, essa convocação imediata tem sido desafiadora, visto que a população em situação de rua tem um perfil itinerante e muitas vezes não são reencontrados no território.

Na maioria das UBSs, existe uma enfermeira responsável pela vigilância epidemiológica, essa profissional fica com a responsabilidade de registrar as informações em livro de registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose “livro verde”, encaminhar a notificação à SUVIS responsável por alimentar o sistema TBWEB, realizar a supervisão do preenchimento e monitoramento de todas as etapas de registros e do cuidado ao indivíduo feito pelos profissionais de saúde.

Gradativamente os números têm se tornado mais próximos ao alcance das metas, devido à qualidade e à agilidade na atualização dos dados, tal como o acompanhamento dos indicadores pelos gestores municipais; mesmo assim, os resultados de tratamento em 2009 atingiram 74,2% de cura – forma pulmonar e a taxa de abandono em torno de 15% na população em geral (SÃO PAULO, 2011).

A problemática da TB torna-se ainda maior com o surgimento da Tuberculose Multirresistente (TBMR), caracterizada pela resistência conjunta aos dois principais fármacos que compõe o tratamento: Rifampicina e Isonizida, comprovado por cultura de escarro e teste de sensibilidade às drogas (BARROSO et. al.; 2003).

A resistência aos fármacos disponíveis para o tratamento de TB tem sido motivo de grande preocupação mundial. A estratégia utilizada pelo MSP para a vigilância desse evento é o Monitoramento das resistências – os resultados dos testes de sensibilidade com algum tipo de resistência são encaminhados ao Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PCT) pelos Institutos Adolfo Lutz e Clemente Ferreira. Concomitante ao encaminhamento, e-mails são disparados automaticamente quando ocorre a digitação de resistência no banco TBWEB. Com esses resultados o PCT-MSP desencadeia ações, encaminhando as informações para a Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) de referência, que contatará a UBS de atendimento e residência dos pacientes para desencadear a avaliação o mais breve possível, adequação do esquema terapêutico e verificar se os contatos foram investigados (SÃO PAULO, 2011).

Em 23 de julho de 2003, pessoas que se encontravam em situação de rua no MSP e estavam descontentes com o atendimento preconceituoso que recebiam nos serviços de saúde, foram às ruas da capital paulista para reivindicar maior atenção à saúde, essa manifestação foi conhecida como “Grito dos Excluídos”

Atendendo à garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo mais direto às pessoas vivendo em situação de rua no MSP, ele iniciou em dezembro de 2004 a implantação do programa “A Gente na Rua”, por meio da parceria entre SMS e o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, enfermeiros e agentes comunitários de saúde deram início a ações de saúde para as pessoas em situação de rua; dentre as atividades prestadas, estava prioritariamente a busca ativa por sintomáticos respiratórios, encaminhamento para início do tratamento e acompanhamento (HAVANA, et al. 2007, SÃO PAULO, 2011).

Dada as experiências de atuação das equipes de consultório na rua, e a elevada incidência de adoecimento por tuberculose das pessoas em situação de rua, atualmente no que se refere à busca ativa de sintomáticos, as equipes que fizeram parte deste estudo adotaram como prática a solicitação sistemática de baciloscopia e cultura sistematicamente a todos os pacientes cadastrados, independente de quanto tempo estão tossindo, visto que pelas condições de saúde que se encontram na rua, a tosse para essas pessoas tornou-se um sintoma habitual e muitas vezes há a dificuldade na identificação e percepção de há quanto tempo estão tossindo.

5.2.3 Atenção à população em situação de rua em São Paulo/ SP

O município está se consolidando, de acordo com as Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, conforme Portaria nº 648-MS/GM de 28/03/2006 e Portaria nº 2.488-MS/GM de 21/10/2011 tendo como estratégia de reorganização das Unidades Básicas de Saúde, a Estratégia Saúde da Família. A região central da capital possui um contingente significativo de pessoas em situação de rua e de alta vulnerabilidade social. De acordo com dados da FIPE (2015), 3.864 pernoitam nas ruas da região central da cidade de São Paulo. Diante desse cenário, SMS implantou a Estratégia Saúde da Família Especial, como modelo de assistência direcionado à população em situação de rua, com o objetivo de atender às necessidades específicas dessa população. Em 2011, as equipes da ESF Especial que atuavam nas ruas tiveram suas modalidades transformadas para equipes de consultório na rua, buscando atender ao novo modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde e aumentar a formação de vínculos visando prevenir, detectar e tratar os agravos, promover o acesso desses indivíduos ao sistema de saúde, bem como sua reinserção social (BRASIL, 2013).

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Tendo em vista que a região central da cidade de São Paulo, é uma das regiões do município com o maior número de casos de tuberculose em pessoas em situação de rua, e que as Unidades Básicas de Saúde Santa Cecília, Sé e República as primeiras equipes de Consultório na Rua implantadas, foram incluídos neste estudo todos os enfermeiros(as) de

equipe, enfermeiros(as) responsáveis pela vigilância epidemiológica, gerentes e assessores técnicos que atuam nas equipes de CnaR dessas UBSs, totalizando, assim, 25 sujeitos.

5.3.1 Critérios de Inclusão

Considerando as recentes implantações das equipes de CnaR no município de São Paulo, foram inclusos neste estudo os profissionais com pelo menos 6 meses de experiência no cargo. Avaliamos que esse seria o tempo mínimo favorável para a inserção das equipes no território de atuação bem como ambientação com o processo de trabalho.

Ressaltamos que para a participação deste estudo os sujeitos deveriam ter idade igual ou superior a 18 anos e deveriam estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

5.3.2 Critérios de Exclusão

Os sujeitos que, no período da coleta de dados, estavam em licença médica, e/ou licença maternidade, e/ou em afastamento do cargo por qualquer motivo.

5.4 PROCEDIMENTO PARA GERAÇÃO DE DADOS

Os dados foram gerados entre os dias 6 de novembro e 9 de dezembro de 2014, as entrevistas semiestruturadas e áudio gravadas ocorreram em horários e locais de trabalhos previamente agendados. Cada entrevistado respondeu à entrevista no próprio serviço de saúde em que a sua equipe de CnaR está vinculada. A geração de dados passou pelas etapas que serão apresentadas a seguir.

5.4.1 Definição da Amostra

Embora a utilização do termo amostra no que se refere às pesquisas qualitativas possa causar um certo estranhamento, as pesquisas científicas com seres humanos, “amostra” significa a parcela selecionada, de acordo com uma determinada conveniência, e extraída de uma população de sujeitos, dando origem a um subconjunto do universo (OLIVEIRA, 2013; TURATO, 2008).

Tendo em vista a necessidade de selecionar uma parcela dos sujeitos colaboradores, optou-se por escolher os profissionais enfermeiros e gerentes das eCR do centro de São Paulo por entender que são os profissionais que poderiam ser encontrados nas três modalidades de equipes. Previamente foi realizado contato com o Supervisor Técnico de Saúde da Região da Sé vinculado à SMS e Apoiadora das equipes de CnaR vinculada à instituição parceira Associação Saúde da Família (ASF), por meio de contatos telefônicos e

endereço eletrônico, com o propósito de identificar o número de equipes, enfermeiros de vigilância epidemiológica e de gerentes atuando no território.

Visando operacionalizar as entrevistas, optou-se realizá-las no período da tarde, por ser o momento indicado pelos profissionais como o mais adequado, visto que o fluxo de entendimento e busca ativa das pessoas em situação de rua no período da manhã é mais intenso.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão citados, dos 25 sujeitos que compuseram a população deste estudo, 20 foram entrevistados, sendo 5 sujeitos colocados no critério de perda. Dos sujeitos que compuseram as perdas deste estudo, 1 estava de licença maternidade, 2 em período de férias e 2 após 5 tentativas de encontro presenciais não puderam estar presentes no horário agendado alegando necessidade de atividades relacionadas ao trabalho.

No entanto, dos 20 sujeitos entrevistados, 6 fizeram parte desta investigação tendo seus discursos analisados sob os postulados da AD francesa. Durante o exame de qualificação desta pesquisa, após criteriosa análise dos membros julgadores, e sob a ótica do referencial teórico de amostragem por saturação, identificamos que 6 das entrevistas realizadas seriam suficientes para compor um universo significativamente representativo para responder ao objetivo deste estudo.

A amostragem por saturação é uma ferramenta habitualmente utilizada em estudos qualitativos nas áreas da saúde, entre outras, é aplicada para definir o tamanho final de uma determinada amostra em pesquisa, cessando assim a coleta de novos dados. O encerramento amostral por saturação teórica é conceituado pela não inclusão de novos participantes quando os dados levantados apresentem, sob a ótica do pesquisador, uma recorrência e redundância significativa, ao ponto de a continuidade da coleta de dados não mostrar relevante. Visto que nos estudos qualitativos a preocupação e relevância está no estudar o “quem”, a pergunta “quantos selecionar?” não é a prioridade, embora na prática faça parte de um mesmo conjunto de análise (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra se inicia no processo de coleta, considerando a condução da entrevista e questões apresentadas ao entrevistado. Esse conceito encontra fundamentação científica nos pressupostos da constituição social do sujeito que, na Teoria das Representações Sociais, incide no conceito de determinação social das representações individuais e, na Análise do Discurso, no conceito de determinação histórica e social das formações discursivas e da fala como abordado nesta pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Vale ressaltar que durante o período de coleta de dados, a pesquisadora deste trabalho exercia a função de gerente da UBS Sé, em substituição a gerente da Unidade que estava de licença maternidade.

5.4.2 *Agendamento das entrevistas*

Em atenção às obrigações legais para a execução de pesquisas com seres humanos, e em atenção às exigências de seus Comitês de Ética, foram feitas solicitações de autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, à Coordenadoria Regional de Saúde Centro e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Após as aprovações e autorizações (ANEXO A, ANEXO B, ANEXO C) efetuou-se a entrada junto ao site da Plataforma Brasil. Posteriormente, foi feito contato via telefone e e-mail com os gerentes das UBSs, informando sobre a pesquisa, seu objetivo e solicitando autorização para a realização da mesma, em seguida, realizou-se o contato com os enfermeiros visando o agendamento de dia e horário de maior conveniência ao profissional e que não comprometesse o processo de trabalho das equipes.

5.4.3 *Realização das entrevistas*

Para Turato (2011) a direção da entrevista pode ser dada de maneira alternada e fluida, de tal maneira que o entrevistador, de forma flexível, permita que em alguns momentos o entrevistado assuma o comando, respeitando assim uma construção mais adequada das ideias expostas.

Buscando identificar a pertinência do roteiro da entrevista e contemplar o objetivo do estudo, foi realizada uma entrevista-piloto. Após a sua transcrição, observou-se que as questões estavam de acordo com o objeto da pesquisa, diante disso, não foram realizadas alterações no roteiro proposto, desta feita, a entrevista-piloto também foi inserida na amostra do estudo.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas por meio de questões norteadoras e abertas propiciando a construção de informações que atendessem ao objeto do estudo (APÊNDICE A).

No momento das entrevistas, coube ao pesquisador orientar de forma clara e sucinta os objetivos do estudo, a necessidade e autorização de áudio gravação das falas, bem como a garantia por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, o sigilo das informações obtidas a partir das entrevistas.

5.4.4 *Organização do Material Empírico*

As entrevistas áudio gravadas foram transcritas integralmente após sucessivas escutas. Posteriormente, o material coletado resultante de cada entrevista foi organizado utilizando o *software Atlas. Ti versão 7.0*. Esse *software* auxiliou na organização do material empírico dos dados qualitativos, visto que permite facilitar a sistematização das falas para a

análise provenientes de questões abertas semiestruturadas, como é o caso desta pesquisa.

Mediante a criação de uma *Hermeneutic Unit* (Unidade Hermenêutica), foram inseridas 6 entrevistas para o gerenciamento do material de linguagem bruto, que viabilizou o recorte para a seleção dos fragmentos discursivos.

Após a leitura minuciosa das entrevistas e fragmentos discursivos, foi realizada a codificação das mesmas, visando apreender os elementos que integravam os objetivos deste estudo, por meio do qual foram criados 11 *codes* (códigos), termo similar à variável utilizada na análise qualitativa para identificar um agrupamento de citações com elementos comuns e de significado próprio, para alcançar os objetivos de uma determinada pesquisa. Os 11 *codes* gerados foram: Características do cuidado; Percepção da atividade profissional; Estrutura para a Atenção à TB; Percepção da importância da doença; Incentivos; Perfil da população atendida; Burocracia; Suporte institucional para o profissional; Trabalho em equipe; Sobrecarga de trabalho; Operacionalização do trabalho. Esses *codes* foram agrupados em 4 grandes *families* (famílias), que possibilitaram a identificação e a construção os blocos discursivos. Cada *familie* foi formada pela associação de vários códigos cuja a aproximação dos dados favorece o entendimento de elementos relevantes que constituem o contexto do discurso. As *families* criadas foram: (1) Equipe de Consultório na Rua: caracterização do cuidado; (2) Estrutura de serviços para cuidado à pessoa com TB; (3) Incentivos: cura x manutenção da doença; e, (4) A organização do trabalho. Dessa maneira, o *corpus* desta pesquisa se constituiu em um conjunto de discursos dos profissionais das equipes de consultório na rua da região central do município de São Paulo, contribuindo para a identificação de vestígios e indícios para a análise dos efeitos da produção de sentido das equipes de consultório na rua no controle da Tuberculose.

Quadro 1: Organização dos dados por *Codes* e *Familie*, de acordo com a utilização do *software Atlas.ti. 7.0*, 2015.

<i>Familie</i>	<i>Code</i>
Equipe de consultório na rua: caracterização do cuidado	Características do cuidado Percepção da atividade profissional
Estrutura de serviços para atenção à pessoa com TB	Estrutura para a atenção à TB Percepção da importância da doença
Incentivos: cura x manutenção da doença	Incentivos Perfil da população atendida
A organização do trabalho	Burocracia Suporte institucional para o profissional Trabalho em equipe Sobrecarga de trabalho Operacionalização do trabalho.

Após a transcrição das entrevistas e seguimento do percurso descrito acima, foi feita análise integral e em profundidade de cada entrevista. Posteriormente, em cada fragmento do discurso foi destacado por meio de sublinhados, os recortes de maior relevância para responder ao objetivo deste estudo.

Cada fragmento foi identificado por números sequenciais, buscando facilitar a identificação dos recortes analisados.

5.5 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA GERAÇÃO DOS DADOS

Cabe ressaltar, que a pesquisadora deste estudo conhecia previamente as UBSs, o território e os profissionais de saúde que fizeram parte do campo e da amostra desta pesquisa. Atuou como gerente responsável pela implantação da UBS República permanecendo na gestão desta unidade nos seus primeiros cinco anos de existência, participando inclusive do processo de implantação e recrutamento das equipes de

consultório na rua deste serviço. Também ocupou o cargo de gerente na UBS Sé, durante o período de licença maternidade da gerente interina desse local.

Isso posto, houve facilidade no acesso aos serviços bem como receptividade pela maioria dos entrevistados na participação do estudo, favorecendo a construção de um ambiente amistoso entre entrevistador e entrevistado, tendo como resultado longas entrevistas com fornecimento de muitas informações para cada questionamento feito. As entrevistas ocorreram de modo tranquilo e espontâneo, à medida que era apresentada a primeira questão norteadora naturalmente todas as outras apareciam como resposta, não havendo necessidade de seguir uma a uma as questões do roteiro. No entanto, não se pode descartar a possibilidade de constrangimento e o cuidado no dizer e no não dizer, visto a proximidade e vivência da pesquisadora com o serviço e entrevistados.

5.6 DISPOSITIVOS ANALÍTICOS

O processo da AD não procura a verdade, mas o real sentido da materialidade linguística e histórica, a ideologia não é aprendida e o inconsciente não é controlado pelo saber, por isso os dispositivos de análise construídas pelo analista deve ir para além das evidências, acolhendo a opacidade da língua a determinações dos sentidos pela história, a constituição dos sujeitos pela ideologia e pelo inconsciente. A proposta do dispositivo de interpretação é colocar o que foi dito em relação aquilo que não foi dito, na procura de se ouvir o que o sujeito não disse, mas que compõe os sentidos de seus dizeres (ORLANDI, 2015).

Para tanto, é fundamental que a superfície linguística que constitui o material bruto coletado receba um primeiro tratamento de análise superficial denominado *de-superficialização*. A de-superficialização fornece pistas, vestígios para a compreensão do discurso e a transformação da superfície linguística em objeto discursivo visando a compreensão de como o objeto simbólico produz sentido. A análise se inicia pela configuração do *corpus*, que são os recortes feitos ao longo do trabalho, o procedimento da AD demanda um ir e vir constante entre teoria/*corpus*/análise. Partindo do pressuposto que o discurso não se fecha, sendo um processo em constante curso, o analista não deve falar sobre o texto, mas sim, sobre o discurso. Nesse sentido, a análise deve ser realizada por etapas para que se passe do texto ao discurso (ORLANDI, 2015).

1ª Etapa: Passagem da superfície linguística para o objeto discursivo.

Nessa etapa, foram realizadas leituras e escutas exaustivas das entrevistas na íntegra (material coletado), buscando se desfazer da ilusão de que aquilo que foi dito pelo entrevistado somente poderia ser dito daquela maneira, trabalhado com as paráfrases, sinonímia, relação do dito e do não dito. Para isso, foi preciso considerar as indicações apresentadas pelo conceito de esquecimento número 2.

2ª Etapa: Passagem do objeto discursivo para o processo discursivo.

A partir da construção do objeto discursivo, a análise buscou identificar as relações de formações discursivas (FD) diferentes que estavam presentes nos jogos de sentido observados no processo de significação, levando em consideração que os sujeitos discursivos estão inscritos de modo diferente nas FD, por ocupar posições distintas, não havendo linearidade, mas sobretudo contradições.

3ª Etapa: Processo Discursivo para a formação ideológica.

Nesse momento, buscamos no gesto de interpretação o espaço simbólico sendo marcado pela incompletude, quando relacionado ao silêncio, associamos o fato de que a interpretação é o vestígio do possível e o lugar próprio da ideologia materializada pela história. Em suma, é a etapa de identificação do processo de efeito de sentido presente no material simbólico.

Consequentemente, a AD não aspira atingir a exaustão do objeto empírico, nem tão pouco a completude das interpretações, mas busca, nos fatos da linguagem, a sua memória, a espessura semântica, a materialidade linguística-discursiva (ORLANDI, 2015).

5.7 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO

Para o desenvolvimento deste estudo, respeitou-se os princípios Éticos da Pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

O projeto de pesquisa que deu origem a este trabalho foi submetido junto a Plataforma Brasil, sendo aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos em 12/08/2014 sob número de parecer: 797.128 (ANEXO A) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo 02/10/2014 sob número de parecer: 820.011 (ANEXO C).

Os participantes desta pesquisa foram orientados quanto ao propósito do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em que está registrada a solicitação de participação voluntária, esclarecimentos quanto ao objetivo da pesquisa e a garantia de anonimato, sendo facultativo e resguardado o direito em sair da pesquisa em qualquer fase do estudo.

A geração de dados somente foi feita mediante leitura, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Com o recurso de um diário de campo foi possível o registro das impressões da pesquisadora acerca do ambiente e dos sujeitos durante a coleta de dados.

As equipes de consultório na rua no município de São Paulo, tiveram seu início em março de 2012, com 16 equipes modalidade III, a partir da junção das equipes da Estratégia Saúde da Família Especial (ESF E) com as equipes do Projeto Centro Legal (PCL). A ESF E era o modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família direcionada especificamente para as pessoas sem domicílio e expostas à alta vulnerabilidade social. Para aumentar a potencialidade de suas ações, essa equipe era acrescida de um psicólogo e um assistente social que atuavam na UBS como um todo. O PCL foi a estratégia utilizada para atender às pessoas que se encontravam em situação de rua no bairro da Luz, local mais conhecido como “Cracolândia”. O projeto contou com a contratação de 18 enfermeiros e mais de 100 agentes de saúde que realizavam o encaminhamento dessas pessoas. A atuação dos profissionais se dava da seguinte maneira: enfermeiros e agentes de saúde tentavam o contato, isso era chamado de abordagem, não existia cadastro e acompanhamento; a partir das abordagens as pessoas eram encaminhadas de acordo com suas necessidades aos serviços de saúde e de assistência social, essa ação ocorria todos os dias da semana das 10h às 22h.

Se valendo das equipes ESF E e do PCL, a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a instituição parceira Associação Saúde da Família (ASF), aproveitou o número de enfermeiros, agentes comunitários de saúde e agentes de saúde já contratados e atuando no território, para compor as equipes de consultório na rua, com 6 agentes por equipe. Importante colocar que a presença dessa quantidade de agentes é um diferencial nas equipes de São Paulo, bem como a inserção de um auxiliar técnico administrativo (ATA) por equipe, pois é o próprio município que assume o valor integral de pagamento salarial, visto que não há repasse de verba para esse profissional pelo MS. O agentes comunitários de saúde são profissionais de nível médio, exercem ações de promoção e prevenção em saúde, facilitando e garantindo o acesso de seus cadastrados na atenção primária, devendo, obrigatoriamente, residir na área de abrangência do território onde atua, com relação ao agente de saúde não lhe é exigido ser domiciliado e residente do território.

O vínculo empregatício dos profissionais da eCR é feito a partir da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e para integrar a equipe se faz necessária a aprovação em processo público seletivo realizado pela instituição parceira, a SMS. De modo geral, a seleção é composta por análise de currículo, prova escrita, dinâmica de grupo, entrevistas e

visita ao território de atuação. Apenas o profissional médico não passa por prova escrita e dinâmica de grupo, contudo as outras etapas do processo são mantidas. Na maioria das vezes o processo seletivo é específico para a escolha de profissionais que atuarão com as pessoas em situação de rua, no entanto, em situações de emergência, profissionais aprovados em seleção para outros programas podem ser convidados a compor as eCR. O profissional fica em período de experiência por 3 meses e são feitas avaliações anuais pela instituição parceira. Tem sido comum a procura espontânea de profissionais que têm como objetivo o desejo de trabalhar com pessoas em situação de rua. A rotatividade dos profissionais é baixa.

As equipes e apoiadores destacam que a maior dificuldade está na contratação de ACS e agentes de saúde, uma vez que as pessoas que têm se interessado pelo trabalho trazem consigo a vivência com situação de violência familiar em uso de substância psicoativas ou já estiveram em situação de rua. Participam também da seleção pessoas em busca de oportunidade de emprego sem experiência ou formação prévia, além daqueles que têm formação superior, mas que não conseguem emprego na sua área, esses, quando contratados, acabam de alguma forma projetando no desempenho de suas atividades suas aptidões e habilidades profissionais, colocando-se hierarquicamente superiores aos demais agentes da equipe, causando dificuldades no trabalho em equipe. Diante de experiências anteriores, essas situações tem sido evitadas quando possíveis pela equipe de recrutamento e seleção.

Aprovados no processo de seleção, os profissionais iniciam suas atividades recebendo treinamento em serviço junto a equipe, sob supervisão e orientação dos enfermeiros da equipe.

Assim como na ESF, os territórios das eCR passam por processo de cartografia e são previamente delimitados pela Coordenadoria de Saúde, a partir disso, as equipes realizam o cadastro e o acompanhamento das pessoas em situação de rua. O cadastro é realizado na rua pelo agente de saúde, em instrumento específico elaborado pela SMS, a chamada ficha E (ANEXO E), uma adaptação da ficha A com informações que buscam conhecer as peculiaridades das pessoas em situação de rua. Essa ficha foi criada pelos enfermeiros quando atuavam na ESF especial sob coordenação da responsável na STS pela ESF. A ficha E passou por várias versões até chegar na última versão em dezembro de 2013.

Antes da implantação das equipes de CnaR, algumas informações eram digitadas no Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB), *software* cuja função é agregar, armazenar e processar as informações da Atenção Básica (AB) desenvolvidas e produzidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Com a implantação do CnaR, a utilização do SIAB foi encerrada nessas equipes, e, até o momento, não existe um sistema de informação oficial que seja alimentado pelos

dados contidos na ficha E. Para isso, as equipes constroem suas próprias planilhas para facilitar o acesso aos dados coletados.

Utiliza-se como recurso de acompanhamento, as fichas E que ficam sob guarda dos agentes de saúde: cada agente fica com as fichas das pessoas que cadastrou, as demais anotações, evoluções e procedimentos são feitas no prontuário. Cada prontuário recebe a sequência numérica por pessoa, área e micro área, à semelhança da ESF. Existem também os instrumentos de acompanhamento por categoria profissional para o registro de procedimentos, atendimentos, visitas domiciliares, consultas, grupos e reuniões são denominados fichas diárias de produção (Ficha D), as fichas são entregues para a digitação diariamente, exceto a do agente de saúde, que é entregue consolidada no final do mês. Essas informações de produção são digitadas em uma planilha de Excel criada pela SMS conhecida como “delta”, que consolida os dados de produção da equipe. No Sistema de apoio à pesquisa (SIAPES) do MS, são digitadas as informações já consolidadas.

Para o exercício de suas atividades, as equipes de CnaR utilizam consultórios e equipamentos cedidos e compartilhados no espaço da UBS, sendo os gerentes das UBS também responsáveis pelo gerenciamento dessas equipes. Cada equipe possui um veículo (Kombi) que são locados pela SMS para o transporte dos pacientes e das equipes, o transporte tem sido compartilhado entre as equipes, inclusive com outras UBSs para otimizar sua utilização. A contratação do veículo é 12h por 5 dias da semana; para as equipes que trabalham nos finais de semana existe um revezamento dos motoristas e eles folgam durante a semana. Isso posto, o motorista informalmente acaba se tornando mais um membro da equipe.

Para agilizar os encaminhamentos e facilitar o processo de trabalho, aparelhos telefônicos corporativos são disponibilizados para todos os membros da equipe, para a comunicação apenas entre eles, todavia nos aparelhos dos enfermeiros, médicos, gerentes, psicólogos e assistente sociais são incluídos 100 minutos para atender a necessidade de ligações e mensagens externas.

O processo de trabalho das equipes de consultório na rua, está diretamente vinculado com as ações de Atenção Primária à Saúde (APS), à rotina de atividades previstas pela Unidade Básica de Saúde e ESF. As equipes de CnaR são registradas no cadastro nacional de estabelecimento de saúde (CNES) e respondem diretamente ao gerente da UBS. Cada profissional da equipe, exceto duas médicas, desempenha suas funções em jornada de trabalho de 40h semanais, sendo distribuídas de acordo com a necessidade do território, de modo que há equipes em atividade das 7h às 22h. Das 11 equipes presentes na região central do MSP, 10 exercem suas ações de segunda a sexta- feira e uma equipe mínima de 1 enfermeiro e de 3 a 6 agentes, cobrem o território nos finais de semana e feriado, tendo como principal objetivo a continuidade dos tratamentos supervisionados de TB bem como

antibióticos e psicotrópicos.

Para a organização das ações, tal como a discussão de casos para a elaboração de projeto terapêutico singular ao cadastrado, são realizadas diariamente reuniões de equipe com duração de uma hora e uma vez por mês é feita uma reunião estendida, com maior tempo de duração. Frequentemente são feitas articulações com equipes de UBSs vizinhas, reuniões com o núcleo de apoio à saúde da família (NASF), centro de apoio psicossocial adulto (CAPS), centro de apoio psicossocial infantil (CAPS I) e centro de apoio psicossocial álcool e drogas (CAPS AD), intersetoriais e inter-secretariais de acordo com a demanda dos usuários.

Respeitando as diretrizes do Manual sobre o cuidado a saúde junto à população em situação de rua as equipes CnaR do MSP realizam o atendimento por demanda espontânea, encaminhamento e agendamento. As equipes prezam pelo estabelecimento de contatos e vínculos, por meio de visão sistêmica; adequação da linguagem utilizando comunicação apropriada à realidade do usuário, com disponibilidade de escuta, evitando julgamentos, críticas e/ou opiniões sobre a situação de vida do usuário. Os profissionais estimulam o usuário ao autocuidado e atuam com estratégias de redução de danos, desenvolvem ações de busca ativa de agravos de maior prevalência na rua, priorizando a tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis (DST), hepatites virais, dermatoses, uso abusivo de álcool e outras drogas. São feitas consultas individuais, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, atividades em grupo, quando necessário acompanhamento aos usuários a outros serviços. Sendo todo o histórico do usuário registrado nos moldes da ESF (BRASIL, 2012).

6.1.1 Equipes de Consultório na Rua

As equipes de consultório na rua das UBSs estudadas são compostas por 1 médico, 2 enfermeiros, 1 auxiliar de enfermagem, 1 assistente social ou 1 psicólogo, 2 agentes sociais e 6 agentes de saúde. Após aprovação no processo de seleção e seguidos trâmites legais para a contratação, são encaminhados para a UBS de referência de suas equipes, onde receberão nas primeiras semanas capacitação em serviço pelos demais membros da própria equipe; o treinamento é organizado e acompanhado pelas enfermeiras das equipes.

6.2 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

6.2.1 UBS Sé

A unidade foi inaugurada em 29 de agosto de 2008. Ocupa uma área construída de 360 m² e está localizada em prédio próprio. A unidade está localizada em importante área comercial do município de São Paulo (principalmente ruas São Bento e Rua 25 de Março),

com grande circulação de pessoas proveniente de toda parte. A PMSP estima que circulem mais de 1.000.000 pessoas/dia numa área de 2,10 km² quadrados. A rede de transporte público é ampla e na área de cobertura da unidade encontram-se as Estações de Metrô Sé e D. Pedro II, Terminal de ônibus Parque D. Pedro, Expresso Tiradentes, entre outros. Há ainda grande circulação de veículos de passeio, ônibus e caminhões pelo território. A UBS Sé conta com uma equipe de saúde bucal, 6 Equipes de Saúde da Família que acompanham a população residente e 2 Equipes de Consultório na Rua, totalizando 8 equipes. A UBS Sé está localizada no mesmo prédio da Coordenadoria de Saúde Sé, onde também se localizam os seguintes acompanhamentos de saúde: Atendimento Médico Ambulatorial (AMA-Sé) que realiza serviço de pronto atendimento 24h; Unidade de Diagnóstico por Imagem; CAPS AD; CAPS Infanto-juvenil; CAPS Adulto; Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual (APD), alocado no CNES da UBS SÉ; Unidade de Medicinas Tradicionais UMT; Unidade de Atendimento Domiciliar (UAD-Sé). Um dos destaques no perfil da população que utiliza a unidade é a presença de imigrantes de várias localidades do mundo, como chineses, bolivianos, vários países do continente africano, sírios, libaneses, entre outros. Quanto à moradia, destaque para a presença de cortiços e ocupações irregulares em todo o território, além de prédios de apartamentos, com ligações clandestinas de esgoto. O acúmulo de lixo, principalmente na área da Baixada do Glicério provoca, no período das chuvas, inundações e alagamentos. Pelo fato de estar localizada em grande área de comércio, a unidade é frequentada também por trabalhadores residentes em outras regiões da cidade e até de outras cidades, que solicitam acompanhamento de saúde no horário comercial. Cerca de 1.717 pessoas em situação de rua estão cadastradas na UBS.

6.2.2 UBS República

A UBS República foi inaugurada em 25 de janeiro de 2009. Ocupa uma área construída de 660 m². É a única Unidade Básica de Saúde no Distrito Administrativo República. Está localizada no centro da cidade, ao lado de uma das saídas do Metrô Anhangabaú, em frente ao terminal de ônibus Bandeira, numa região de grande circulação de pessoas. Em sua área de abrangência estão localizados os mais importantes centros turísticos do centro antigo do Município de São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Universidade de Direito da Universidade de São Paulo – Universidade São Francisco (USP), a Sede da Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo, a sede da Prefeitura do Município de São Paulo, a Câmara Municipal dos Vereadores, a sede da Secretaria Estadual de Educação, bem como outros importantes espaços e equipamentos públicos.

A UBS República possui 6 Equipes de Saúde da Família que trabalham com população residente e 4 equipes de Consultório na Rua, sendo que 2 dessas equipes estão locadas no território do Serviço Atendimento Especializado (SAE) Campos Elíseos, para facilitar o acesso para a população. Na região existem muitos imigrantes e migrantes, prédios com ocupação irregular, extensa área comercial (formal e informal), área de concentração de cenas de uso de drogas psicoativas ilícitas (conhecida popularmente como “Cracolândia”), profissionais do sexo e baixa escolaridade. Região com intenso tráfego de veículos particulares e públicos. Em períodos chuvosos, as imediações da UBS sofrem com alagamento. Cerca de 1.655 pessoas em situação de rua estão cadastradas na UBS.

6.2.3 UBS Santa Cecília

É a primeira UBS da região central do município, sendo a maior em área de abrangência e atendimento à população idosa, no mesmo prédio funciona o AMA Especialidades, Programa de Atendimento ao idoso (PAI) e serviços de referência em atendimento de fisioterapia e fonoaudiologia. A UBS funciona com o modelo de atenção tradicional e até o momento não há previsão para a implantação de equipes da ESF, três equipes de Consultório na Rua atuavam nesse serviço no período de geração de dados, atualmente duas dessas equipes foram deslocadas para outras regiões da cidade com maior concentração de população em situação de rua. Cerca de 563 pessoas em situação de rua estão cadastradas na UBS.

6.3 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS ENTREVISTADOS

6.3.1 Entrevistado 1 (E1)

Enfermeira, 32 anos, solteira, sem filhos, atuando com população em situação de rua há 5 anos e 5 meses, dos quais 3 anos e 2 meses em Equipe de Saúde da Família Especial e em exercício de suas funções na mesma equipe de Consultório na Rua modalidade III desde sua implantação (2 anos e 3 meses).

A entrevista foi previamente agendada e ocorreu em um dos consultórios da UBS onde trabalha, durante a entrevista a E1 foi contatada diversas vezes pelos agentes comunitários de saúde (ACS) de sua equipe por meio de mensagens e ligações em seu telefone institucional, buscando orientações a respeito de demandas apresentadas por seus cadastrados. Vale citar que um dos telefonemas recebidos noticiava o falecimento de um paciente cadastrado da equipe, portador de TB e que seu corpo estava no Instituto Médico Legal (IML), local para onde se dirigiu o ACS no intuito enveredar todos os esforços para que o mesmo não fosse enterrado como indigente.

Esse fato trouxe grande comoção à entrevista, emoção e choro estiveram presentes

durante alguns minutos, enquanto a enfermeira relatava como foi desafiador o vínculo desse paciente com a equipe, a persistência da ACS na adesão ao tratamento e que há alguns meses vinha mantendo o tratamento diretamente observado regularmente.

6.3.2 Entrevistado 2 (E2)

Enfermeira, 34 anos, solteira, um filho, atua com população em situação de rua há 5 anos, dos quais 2 anos e 6 meses em equipe de PACS pelo Projeto Centro na região do Bairro Luz, centro de São Paulo, popularmente conhecida como “Cracolândia” e em exercício de suas funções na mesma equipe de Consultório na Rua modalidade III há 2 anos e 6 meses.

Foi necessário o reagendamento da entrevista por duas vezes devido à demanda e fluxo intensos na UBS. A entrevista foi feita em uma sala da UBS que passava por adaptações para ser transformada em consultórios. A coleta de dados ocorreu de modo tranquilo, sem interrupções, a entrevistada demonstrava alegria e satisfação durante os relatos que fazia.

6.3.3 Entrevistado 3 (E3)

Enfermeira, 31 anos, casada, dois filhos, atua na equipe de Consultório na Rua modalidade III há 1 ano e 3 meses.

A entrevista foi feita em uma sala da sede da Associação Saúde da Família, antes do início de uma reunião que ocorreria com enfermeiras que trabalham com população de rua. Um dos apoiadores permaneceu na mesma sala trabalhando em seu computador, enquanto ocorria a entrevista, a sugestão do local, data e horário da entrevista foi indicado pela própria entrevistada e pela apoiadora da UBS em que atua. Não houve interferências diretas durante a entrevista, contudo foi possível perceber um certo desconforto nas falas e certa pressa em concluir a entrevista visto que entraria em reunião na sequência.

6.3.4 Entrevistado 4 (E4)

Psicólogo, 46 anos, casado, dois filhos, está no cargo de gerente de UBS com equipes de Consultório na Rua modalidade III há 2 anos.

A entrevista foi previamente agendada e ocorreu em um dos consultórios da UBS onde trabalha. Durante a entrevista, o E4 foi contatado algumas vezes por meio de mensagens e ligações em seu telefone institucional. Houve também interrupções por médicos e enfermeiros que entravam no consultório para pegar seus pertences. Contudo não houve descontinuidade na entrevista e o profissional ficou à vontade para se colocar e discorrer longa e detalhadamente sobre as questões apresentadas.

6.3.5 Entrevistado 5 (E5)

Enfermeira, 30 anos, solteira, sem filhos, atuando na equipe de Consultório na Rua modalidade III há 1 ano e 9 meses.

Foi necessário o reagendamento da entrevista por três vezes devido à demanda, fluxo intensos na UBS e problema de saúde da profissional. A entrevista foi feita em uma sala da UBS que passava por adaptações para ser transformada em consultórios. A coleta de dados ocorreu sem interrupções, porém a entrevistada demonstrava preocupação e certa pressa no relato, visto que a mesma estava escalada na supervisão da UBS naquele período.

6.3.6 Entrevistado 6 (E6)

Enfermeira, 37 anos, casada, um filho, atua com população em situação de rua há 6 anos, como assessora técnica na instituição parceira da Secretaria Municipal de Saúde, dos quais 2 anos e 3 meses atua como apoiadora junto às equipes de consultório na rua modalidades II e III.

A entrevista foi previamente agendada e ocorreu em um dos consultórios de uma UBS que acompanha. A coleta de dados ocorreu de modo tranquilo, sem interrupções, a entrevistada demonstrava muita alegria e satisfação durante os relatos que fazia, ficou à vontade para se colocar e discorrer longa e detalhadamente sobre as questões apresentadas.

Quadro 2: Organização dos dados dos entrevistados

Identificação entrevista	Sexo	Idade	Formação	Função	Tempo de CnaR
E1	Feminino	32	Enfermeira	Enfermeira	2a e 6m
E2	Feminino	34	Enfermeira	Enfermeira	2a e 6m
E3	Feminino	31	Enfermeira	Enfermeira	1a e 3m
E4	Masculino	46	Psicólogo	Gerente	2a
E5	Feminino	30	Enfermeira	Enfermeira	1a e 9m
E6	Feminino	37	Enfermeira	Assessora Técnica	2a e 3m

6.4 ANÁLISE DOS FRAGMENTOS

6.4.1 Equipe de Consultório na Rua: caracterização do cuidado

As equipes de consultório na rua oferecem a seus usuários serviço aberto e de

demanda espontânea, para que sejam acolhidos naquilo que estão necessitando, por meio de ações que atendam às particularidades das pessoas que se encontram nessa situação. Isso implica o desafio de produzir um cuidado que absorva, em suas intervenções, a imprevisibilidade. Embora este seja um desafio posto em qualquer serviço de saúde, as exigências da rua se impõem de forma mais intensa, persistente e inusitada. A ausência de paredes, a inexistência da mesa, o encontro em locais em movimento, o sol, o vento, o frio, o calor, a chuva, não poucas vezes acompanhados da sujeira e o forte odor. O desafio em conversar sobre saúde em meio a cena de drogas, encontrar-se com histórias de vida de/ em contextos angustiantes, são acontecimentos que exigem um exercício singular marcado pela construção e desconstrução de valores (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Embora a rua seja um espaço público, aberto e exposto, não significa que aqueles que estão vivendo nela/dela recebam a atenção e a visibilidade que merecem. A situação da rua explicita a pobreza, a desigualdade, a exclusão social, associar a essa condição o adoecimento por tuberculose, evidencia ainda mais as questões de miséria humana presentes. Por isso, não é incomum que essa situação muitas vezes passe despercebida, atuar nesse cenário pode não ser uma escolha profissional, mas um acontecimento.

A invisibilidade é um dos graves problemas que atinge essa população, impedindo que ela tenha seus direitos reconhecidos, o “não cidadão”. As ações do Estado e da sociedade civil visando essa população foram quase sempre com uma ótica assistencialista ou até com políticas higienistas. Embora atualmente exista o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos, ainda não é assim entendido na sociedade (BRASIL, 2014).

Inicialmente, analisaremos alguns recortes que sustentam o desafio e a dificuldade do profissional para se dispor a trabalhar com essa população.

Recorte nº 1: “Pra mim é uma experiência desafiadora né, não é um trabalho fácil... mas é um trabalho muito recompensador... chegá tão perto das pessoas como a gente chega né, ser suporte, sê referência para alguém, ajudá nas pequenas coisas da vida, né?” (E1).

Recorte nº 02: “...nunca imaginei que pudesse trabalhar com essa população, nem sabia que existia. [...] queria trabalhar com populações vulneráveis mas pensava em outro tipo de população, é o tipo de coisa que você aprende fazendo né, minimamente você tem que ter algumas ferramentas né, que vai muito além do que é aprendido na faculdade, eu acho que é ferramenta de vida, de contexto de vida, de visão de mundo” (E1).

Recorte nº 03: “...eu comecei a trabalhar meio que por acidente, na minha trajetória profissional eu nunca pensei em trabalhar com população em situação de rua, muito menos

com usuários de álcool e outra droga...” (E6).

O recorte nº 1 nos remete à ideia de que ser profissional de equipe de Consultório na Rua é uma tarefa bastante difícil, dados os desafios e a complexidade do cuidado. Visto que é preciso ser suporte de vida do outro, até mesmo nas situações entendidas socialmente como insignificantes, é ser referência pessoal e não necessariamente institucional.

De acordo com Orlandi (2015), a linguagem silenciada é fundamental para que todos os significados contidos no discurso sejam analisados, abrindo um leque infinito de interpretações, no recorte nº 2, para o sujeito E1, a fala “nem sabia que existia” nos remete ao não dito “agora eu sei que existe”. Quando analisamos o recorte nº 3, a expressão “nunca pensei” nos dá o sentido de que os sujeitos estão inscritos em uma mesma formação discursiva (FD), uma vez que os recortes apresentados poderiam até mesmo como sendo a continuidade um do outro.

A não percepção dos que se encontram em situação de rua, a descrição desse sujeito como não visível e desconhecido nos evidencia o preconceito e a exclusão social a que estão expostos. Vale ressaltar que quando sua presença é percebida na sociedade, nem sempre é vista com “bons olhos” e como sendo cidadão de direitos.

A invisibilidade é um dos sérios problemas que acomete essa população e dificulta o reconhecimento de seus direitos. Sendo a condição de estar na rua uma realidade tão antiga, essa invisibilidade é evidenciada quando apenas em 23 de dezembro de 2009 é criado o Decreto nº 7.053, que instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua e que o Movimento Nacional da População em Situação de Rua só surgiu no início do século 21 (BRASIL, 2014).

Além de muitas vezes a população em situação de rua não ser notada, está exposta à violência e ao preconceito. Dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil, no primeiro semestre de 2013, mostram que foram assassinados 195 moradores em situação de rua. O preconceito contra essas pessoas é presente nos atos de violência física e verbal que são frequentes, xingamentos como vagabundo, maloqueiro, preguiçoso e mendigo são algumas das maneiras de denominar esses indivíduos, isso posto, acaba por influenciar a forma deles próprios se perceberem. Além da violência e do preconceito, as violações dos direitos mais básicos, como acesso aos serviços de saúde, também são frequentes (BRASIL, 2014).

Recorte nº 4: “Tem as dificuldades internas também, as dificuldades dos outros colegas em atender né as pessoas né por conta do humor, por conta de trato, por conta de questões pessoais né? Não são as pessoas mais fáceis do mundo para né, é para dialogar, para conversar, para negociar, então tem muita gente que põe de castigo, deixa pra ser o

último né, ou atende mal” (E1).

No discurso acima, a repetição frequente da expressão “né” reflete a necessidade confirmatória esperada pelo depoente, os verbos “dialogar”, “conversar” e “negociar” presentes no recorte nº 4 produzem o efeito de sentido de que a comunicação entre as pessoas em situação de rua com alguns profissionais da saúde que não integram as equipes de CnaR nem sempre ocorre de maneira efetiva e harmoniosa. O próprio serviço de saúde, local onde esse cidadão de direito deveria ser assistido em suas necessidades de modo equânime e integral, acaba lidando com essas pessoas de modo inadequado; “[...] tem muita gente que põe de castigo, deixa para ser o último né, ou atende mal”. Não são apenas visões diferentes de mundo que levam a esse tratamento punitivo, mas acepções de posição social, econômica, cultural, geográfica, de espaço social e de papéis sociais em contextos adversos.

A ausência, insuficiência ou inadequação de políticas públicas em relação ao processo de exclusão não significa apenas uma posição de neutralidade ou incapacidade do estado em lidar com a problemática da população em situação de rua, mas sim, reforça a penalização do indivíduo pela situação em que ele se encontra. A vida na rua abarca uma aproximação com o lixo urbano, o recolhimento do lixo urbano e a “remoção” de pessoas para espaços coletivos de serviços assistências são ações muito próximas que acabam gerando a internalização desse processo, interferindo diretamente na forma de lidar com as questões de saúde, prejudicando a relação com os profissionais dos serviços de saúde (Varanda; Adorno, 2004).

Recorte nº 5: “...a hora que ele morrer, a UBS não foi capaz de resolver o problema do paciente porque a responsabilidade e o compromisso não é compartilhado, não é dividido entre todos os entes da federação, por todos os entes da gestão, a responsabilidade é da equipe e da UBS, que não conseguiu êxito em tratar e curar o paciente” (E4).

O profissional de saúde no recorte nº 5 ocupando a posição de gerente, expressa em sua fala o sentido inscrito em uma formação discursiva que remete ao sentido de imaginário coletivo de que o atendimento em saúde deve ser pautado nas especialidades, em que somente os profissionais que foram preparados para atender determinada condição ou doença podem fazê-los. Esse fragmento também traz o sentido de que a responsabilidade está apenas no outro, nesse caso, as pessoas que se encontram em situação de rua devem ser atendidas exclusivamente pelas equipes de Consultório na Rua, quando na verdade são usuários de um serviço maior, o Sistema Único de Saúde (SUS). Refere que o atendimento não é realizado pelos outros serviços, que os usuários são dos profissionais das equipes de CnaR, e não são acolhidos pelos profissionais dos demais serviços vinculados ao SUS, “a

responsabilidade e o compromisso, não é compartilhado” por políticas públicas de saúde evidencia a ideia de que os sujeitos providos de residência estão inscritos em uma rede cooperativa de atenção, da qual a população em situação de rua não tem pertencimento. Isso posto, recai apenas sobre uma parcela dos profissionais da saúde a responsabilidade do cuidado, “a responsabilidade é da equipe e da UBS”. O recorte nº 6 corrobora com o efeito de sentido de segregação ao utilizar as palavras “nossos” e “deles”.

Recorte nº 6: “[...] os nossos pacientes... não têm residência moram na rua. E os pacientes deles a maioria tem residência, tudo... e tem uma grande demanda também, mas é isso o uso da droga é um dificultador com certeza...” (E2).

Ter na/a rua como espaço de moradia, seja temporária ou permanente, significa desenvolver um processo compensatório em relação às perdas e começar a usar outros recursos para sobreviver; é necessário desenvolver novas formas de organização para que as necessidades sejam supridas e os obstáculos sejam superados (Varanda; Adorno, 2004).

Sendo a rua a “residência” de quem nela está, no recorte nº 6, os significantes “não têm residência moram na rua” e “a maioria tem residência, tudo...” apresentam a distância entre as condições de atendimento dos que têm casa, pois lhes é garantido “tudo”, enquanto os que se encontram em situação de rua são representados pelo não dito de “nada ter”, esse vestígio reforça a posição de vulnerabilidade a que estão expostos.

A TB tem forte relação com a exclusão e o estigma social, podendo causar forte impacto na vida da pessoa que está adoecida por tuberculose. Nesse sentido, pesquisas apontam que, nos países em desenvolvimento, o principal efeito do estigma associado a TB, é o isolamento social do doente na comunidade e na família, no qual o sujeito é forçado a comer e a dormir separadamente dos demais membros (TOUSO; POPOLIM; CRISPIM; et al, 2014).

Recorte nº 7: “tinha uma mulher assim ficou um tempão para essa mulher conseguir vaga, porque aí tinha vaga, mas não tinha vaga pra mulher com tuberculose, sabe? Então, é sempre uma... sempre aquela busca intensa para consegui garanti isso” (E5).

O efeito ideológico, a naturalização de alguns sentidos produz a interpretação que o doente por tuberculose está situado em um local social marginalizado, desprovido de cidadania, onde o Estado de direito não garante o que lhe é devido. Durante o discurso da profissional de saúde (recorte nº 7), ao relatar o fracasso na conquista da vaga de pernoite em um centro de acolhida (albergue) para a mulher em situação de rua adoecida por TB, percebe-se uma aceitação e conformidade, tanto da profissional quanto da mulher, diante da violação do direito de cidadã em não ter a vaga de abrigo garantida “não tinha vaga para a

mulher com tuberculose”.

Nesse recorte, a produção de sentido quanto aos fatos de ser mulher, estar em situação de rua e ser portadora de TB, evidenciam a ideia de que, para os homens, há maior aceitabilidade dessa condição. A complexidade da situação de rua para as mulheres solicita a ampliação do próprio conceito de cuidado, incorporando, em sua essência, a interdisciplinaridade e intersetorialidade. Estudo realizado por Rosa e Bretas (2015) apresenta que, apesar das peculiaridades do universo feminino relacionadas às suas necessidades, desejos e capacidades, ainda não há a consideração dessas diferenças nas políticas e programas de atenção à população em situação de rua. A pesquisa demonstrou também que existem diferenças substanciais no que se refere às causas de estar “situação de rua”, modos de vida, fontes de sofrimento e cuidados ao corpo entre mulheres e homens. Desta forma, tais diferenças devem ser consideradas na criação e/ou adequação dos espaços e ações destinados às mulheres em situação de rua.

Considerando as especificidades em se trabalhar com essa população, os entrevistados apontam a carência de treinamentos e capacitações prévias ao início da atuação. As marcas linguísticas dos recortes a seguir (“não tivemos nenhum treinamento”; “fomos direto já atuar”; “cada profissional vem com uma formação diferente”; “não dá pra entrar um profissional novo na equipe e ele ser colocado no trabalho”) nos remetem à interpretação de sentido de que os sujeitos profissionais de saúde enfermeira e assessora técnica, assim que iniciaram suas atividades nas equipes de Consultório na Rua, não se sentiram preparadas para exercer suas funções, pois entendem que as especificidades dessa população exigem preparo prévio para a execução desse cuidado.

Recorte nº 8: “passei pelo processo seletivo, não tivemos nenhum treinamento de início e fomos direto já atuar na área de abrangência da Cracolândia, foi eu e mais seis agentes comunitários e aí fomos fazer abordagem...” (E2).

Recorte nº 9: “Cada profissional vem com uma formação diferente, e aí existem doenças que são negligenciadas mesmo, no meu ponto de vista tuberculose, hanseníase são doenças negligenciadas, que a universidade dá pouco valor, né?” (E6).

Recorte nº 10: “O entendimento de que educação permanente tem que ser educação permanente, então não dá para entrar um profissional novo na equipe e ele ser colocado no trabalho pra atuar e tal sem que a equipe sente com ele...” (E6).

Percebemos nos discursos acima que mesmo diante da singularidade de um trabalho complexo, existe a naturalização do processo de trabalho, pois o profissional recém-admitido na equipe é colocado imediatamente para exercer suas funções sem que haja um

preparo ou ambientação prévia ao contexto que se apresenta. Isso posto, vemos que a naturalização ocorre a partir da internalização de discursos hegemônicos, os quais operam um apagamento de sentidos no qual a necessidade de educação permanente do profissional não é atendida (RESENDE, 2008).

Dentre as peculiaridades do trabalho proferidas pelos entrevistados, destaca-se a necessidade e a importância de que os profissionais das equipes de CnaR tenham perfil para a formação de vínculos. Estudo feito por Fontanella et al. (2013) fundamenta “vínculo” como saberes baseados sobretudo nas ideias de habilidades afetivas, de proximidade física e de frequência de comparecimento dos pacientes às Unidades de Saúde da Família (USF). Nesse sentido, o vínculo acaba sendo substancial para a oferta e desenvolvimento da atenção à saúde. O vínculo entre a pessoa portadora de TB, os profissionais e serviços de saúde, está diretamente relacionada à continuidade relacional, em que o reconhecimento do contato frequente entre cuidador e cuidado estimula a confiança, facilita a comunicação e a responsabilização mútua (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Recorte nº 11: “É o corpo a corpo mesmo, é o convencimento, é o vínculo, é o processo de transferência e contratransferência, são as relações humanas que se estabelecem, é o processo de confiança básica, né? Entre paciente e trabalhador de saúde, é basicamente é isso, não tem nenhuma fórmula mágica, não tem, absolutamente não tem...” (E4).

Recorte nº 12: “[...] dentro ainda dessas especificidades [...] consegue né ser receptivo, consegue é acolher a equipe, a equipe também poder acolhê-lo e aí você trabalha de uma forma, e aí você pega aquele outro que não absolutamente não que nada, não tem a menor ideia do que é fazer um trabalho em saúde” (E4).

Ao analisarmos o recorte nº 11 podemos identificar nas várias adjetivações presentes a afetividade do cuidado quando o vínculo entre cuidador e pessoa cuidada está estabelecido, o vestígio presente na sequência discursiva “não tem nenhuma fórmula mágica, não tem, absolutamente não tem...” nos remete à produção de sentido do outro enquanto “ser humano”.

O trecho do poema “Não somos lixo” de Carlos Eduardo Ramos (“Morador das Ruas de Salvador” apud BRASIL, 2014) ressalta o caráter de humanidade presente na pessoa que se encontra na rua e que muitas vezes é esquecida pela sociedade.

“Não somos bicho nem lixo, temos voz.
Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasma.
Existem aqueles que se assustam,
Não estamos mortos, estamos vivos.
Andamos em labirintos.

Dependendo de nossos instintos.
Somos humanos nas ruas, não somos lixo. ”

O discurso apresentado no recorte nº 12 busca reivindicar a recuperação do que é um trabalho em equipe, visto que o trabalho com grupos de pessoas que se encontram na rua rompe com paradigmas do trabalho mecanizado e fragmentado da formação tecnicista. Nesse recorte, verificamos também a presença de um discurso polissêmico, no qual os deslocamentos e rupturas das significações jogam com o equívoco, o profissional gestor levanta vários assuntos ao mesmo tempo, sem necessariamente uma sequência lógica, nem por isso menos importante. A sequência discursiva “não tem a menor ideia do que é fazer um trabalho em saúde” traz o interdiscurso social de preconceito, em que a pessoa em situação de rua não é capaz de reconhecer suas necessidades de saúde.

Por outro lado, o discurso da profissional enfermeira abaixo (recorte nº 13) apresenta a importância de se valorizar o conhecimento prévio do indivíduo sobre as questões de saúde. O interdiscurso polissêmico revela as associações discursivas entre ações práticas e as ações humanitárias, sendo, ao mesmo tempo, um discurso técnico e solidário. Nesse fragmento podemos ainda identificar vestígios do princípio argumentativo de convencimento, esse princípio é conceituado por Perelman (1996) como o método para provocar ou aumentar a adesão dos espíritos às teses que lhes são apresentadas, sendo, para isso, necessário o discurso, o auditório e o orador (PERELMAN, 1996).

Recorte nº 13: “[...] ver o que a pessoa sabe da doença para construir em cima do que ele já sabe, acrescentar mais informações, falar do perigo, falar das consequências, falar do tratamento, falar das dificuldades do tratamento, é falar que ele não tá sozinho, o que a gente puder fazer para que essa trajetória seja menos penosa” (E1).

A produção de um serviço de saúde que ultrapasse o esperado, o programado, o prescrito, dentro de uma equipe, é um grande desafio, sobretudo porque não há como uma equipe de Consultório na Rua trabalhar isoladamente, é indispensável o agir em rede de saúde de forma inter-setorial na garantia do cuidado integral, universal e igualitário preconizado pelo SUS (LONDERO, CECCIM; BILIBIO, 2014).

Integralidade é um dos princípios do SUS e visa considerar as dimensões biológica, cultural e social do usuário. Por meio dela, são orientadas políticas e ações de saúde que buscam atender às demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Um modelo de atenção integral, portanto, deve se dispor à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção à saúde em grupos populacionais definidos, às ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação

de indivíduos, como ações para a prevenção de riscos e agravos, diagnóstico precoce de doenças, ações de tratamento e reabilitação (SILVA; SENA, 2008).

Nesse sentido, ao analisarmos o discurso abaixo (recorte nº 14), podemos verificar a amplitude e complexidade desse cuidar, visto que esses sujeitos estão privados das condições básicas de vida necessárias para a sua sobrevivência. Este fragmento apresenta vestígios do discurso político, discurso técnico e discurso polissêmico, já que invoca produções de sentido de “mudanças”.

Recorte nº 14: “Acho que o desafio é poder pensar a política de saúde de uma forma ampliada, mas intersetorial que garanta melhores condições de vida, né? De alimentação, de habitação, porque eu acho que enquanto o nosso país ainda tiver essas condições... É claro que a gente vai tentando, a gente vai diminuindo, a quantidade de pessoas bacilíferas pra não transmitir, enfim... mas ainda assim acho que iria ter uma grande mudança se a gente conseguisse ter mais políticas articuladas, mesmo que minimamente de alimentação, de locais pra dormir, moradia, acho que esse é o desafio da tuberculose, é cuidar da tuberculose nesse contexto, sem muda o contexto...” (E5).

A sequência discursiva “é cuidar da tuberculose nesse contexto” nos remete ao efeito de sentido de vencer junto ao outro e não contra ele, mesmo diante da relação de assimetria entre as ações dos profissionais e o contexto vigente, significante metafórico de trabalhar em um contexto adverso que não irá mudar.

Nessa perspectiva, muitas vezes as propostas que focalizam a temática da tuberculose representam tão somente uma soma dos tuberculosos existentes, quando, na realidade, o problema inclui primordialmente a área social. Para o tuberculoso, a cura implica o uso adequado de esquemas terapêuticos eficazes. Contudo, para a tuberculose, a solução exige programas que busquem uma qualidade de vida mais adequada (RUFFINONETTO, 2002).

É prioritária a garantia de que o atendimento a esse público seja ampliado, para isso, é fundamental articulação intersetorial entre os trabalhadores de diferentes áreas que atuam com a população em situação de rua, principalmente entre as equipes de saúde e assistência social.

Recorte nº 15: “[...] é necessário que os profissionais da assistência social comecem a perceber a responsabilidade deles na cura do paciente e também estarem juntos das equipes principalmente com os agentes comunitários nessa batalha aí, do paciente tomar a medicação todo dia e tal” (E6).

No recorte nº 15, a metáfora “batalha” pode ser analisada como a reafirmação da

necessidade de se trabalhar em rede, somando forças assim como os soldados em uma guerra se unem, se preparam e se voltam para um objetivo comum de derrotar o “inimigo”. Pode também estar relacionada com a metáfora do recorte nº 14 de que é uma “luta” não somente contra a doença em si, mas sobretudo com um contexto mais amplo, uma realidade “universal” – do sistema, do contexto, das políticas, das equipes–, mas que também é “particular” – do singular, do sujeito, da doença.

Uma das características identificadas nos profissionais das equipes de CnaR estudadas é a capacidade de motivar para a mudança e respeitar o tempo do outro. Esses sujeitos encontraram na insistência, na persistência, nas orientações em linguagem compreensível, no respeito à liberdade de escolha e na oferta de encaminhamentos que melhoram as condições de vida, maneiras de se construir ferramentas que promovem o cuidado. Vemos que os significantes “perseverar”, “insistência”, “persistência”, “convencê-lo”, “convencer”, “resgatar” utilizados nos discursos abaixo, produzem os sentidos de que os profissionais de saúde realizam a inclusão de forma a personalizar as pessoas que se encontram em situação de rua, qualificando-as e priorizando-as como “pessoa”.

Recorte nº 16: “Olha é um trabalho que você tem que perseverar muito, né, é um trabalho muito gratificante, né, eu adoro o que eu faço” (E2).

Recorte nº 17: “é um trabalho de insistência mesmo, até de insistência com os outros serviços para acolher” (E2).

Recorte nº 18: “[...] acho que a persistência que garante às vezes o final do tratamento porque... é isso, acho que os pacientes às vezes já desistiram de cuidar deles, né? Então a gente não pode desistir. Que se a gente desiste aí não consegue mesmo” (E5).

Recorte nº 19: “[...] quase um ano tentando convencê-lo a fazer o tratamento até que chegou um dia que ele aceitou ir para Campos do Jordão, mas você imagina, quase um ano? Para tentar convencer um paciente a fazer um tratamento de tuberculose? Porque as medicações que tem aqui já não dão conta, porque ele já está multirresistente?” (E4).

A repetição das palavras “quase um ano” intensifica o risco presente no que se refere ao tempo de espera para o tratamento efetivo, visto que a gravidade da TB através da paráfrase “as medicações que tem aqui já não dão conta”, podem remeter ao sentido de morte.

Recorte nº 20: “[...] a gente olha o resultado com começo, meio e fim, a gente vê um paciente a gente consegue resgatar, consegue levar ele de volta para sua terra natal, ou mesmo aquele que vai a óbito e que a equipe consegue enterrá-lo sem ser como indigente, aqui a equipe faz esse trabalho também, embora para muitos isso não se considere uma

ação de saúde, o Consultório na Rua consegue dar, né?” (E4).

As ações de saúde são ampliadas, não estão focadas somente em saúde x doença propriamente dito, mas no resgate da cidadania desses sujeitos em todo o ciclo da vida/ morte “embora para muitos isso não se considere uma ação de saúde”. A persistência e constância apresentadas pelas equipes estão relacionadas ao fato de se fazer presentes diariamente no território, de ser junto e estar junto. Mesmo que o cadastrado não permita ser abordado no momento da visita domiciliar, seja por estar dormindo ou por estar sob efeito de substância química, a equipes estão na rua o observando e fazendo-se observada, desta feita, a população em situação de rua sabe a quem e onde recorrer quando houver necessidade.

Na sequência discursiva presente no recorte nº 20, está exposto o sentido de que o lugar de pessoa está assegurado mesmo quando a vida não está mais presente, sendo garantido ao indivíduo o lugar de cidadão. Importante ressaltar a integralidade da prática de cuidado, “a equipe consegue enterrá-lo sem ser como indigente”, garantindo ao indivíduo acompanhado a visibilidade humana em todas as etapas da vida.

No início do ano de 2000, em virtude da crescente violência e a constante negação de direitos à população em situação de rua, nasceu o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). No ano de 2004, esse movimento ganhou força devido à ocorrência de diversos atos de violência como o “Massacre da Sé”, nos dias 19 a 22 de agosto de 2004, quando 16 pessoas em situação de rua foram agredidas e sete foram assassinadas na cidade de São Paulo. Esse episódio motivou diversas manifestações na busca de cidadania e justiça para essa população. Dentre as manifestações, destacam-se o “1º Ato pela Vida” que ocorreu no centro da cidade de São Paulo em 22 de agosto de 2004, e o “III Festival Lixo e Cidadania” realizado em setembro de 2004 na cidade de Belo Horizonte. Esses acontecimentos fomentaram o fortalecimento do MNPR (BRASIL, 2014).

A primeira Pesquisa Nacional da População de Rua feita em 2008 foi resultado da atuação efetiva desse movimento, além da conquista de um assento no Conselho Nacional de Saúde em 2013 e no Conselho Nacional da Assistência Social em 2014, sendo também criados Comitês Estaduais e Municipais da População em Situação de Rua (BRASIL, 2014).

Recorte nº 21: “Então a gente tenta valorizar quais são os ganhos desse encontro, eles não podem ser tão claros como os indicadores de saúde são, tenho isso, consegui isso, né? Mas que a gente valorize as pequenas mudanças, mudanças que são importantes pro outro, né?” (E1).

Nesse sentido, alguns autores descrevem sobre o “encontro transformador” como sendo a interação entre seres humanos que possibilita a transformação dos envolvidos,

despertando suas potencialidades, resgatando o sentido da vida, proporcionando a resiliência, que é a capacidade humana de enfrentar as adversidades da vida, sendo fortalecidos e, inclusive, transformados (ALVAREZ; ALVARENGA; DELLA RINA, 2009).

Os encontros entre a PSR e os serviços de saúde nem sempre foram garantidos, vale ressaltar, que essa população frequentemente se recusa a ir para os serviços de saúde, por já terem vivenciado situação de mal atendimento em hospitais, negação a atendimento e até mesmo impedimento de entrada em unidades de saúde. Essas alegações são confirmadas pela Pesquisa Nacional, que revela 18,4% das pessoas em situação de rua já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde (BRASIL, 2014).

Visto que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações de controle da tuberculose, que a descentralização do tratamento corresponde a uma das estratégias de ação, e considerando a alta incidência de TB nos usuários cadastrados nas equipes de Consultório na Rua, os profissionais vem introduzindo ações para a promoção de maior resolutividade na busca da cura desses indivíduos.

Recorte nº 22: “[...] é tomado no território, o agente comunitário é a pessoa responsável para todo dia passar na sala de vigilância pegar a medicação, levar, na volta vem e assina a planilha se tomou assina, se não tomou não assina, né?” (E1).

Recorte nº 22: “[...] facilitar a agenda é uma forma de facilitar o acesso, não deixar hora marcada. Se o cara não consegue se organizar para vir, que é muito comum por conta da temporalidade não sabe dia, não controla a hora, aí o agente comunitário vai lá e busca...” (E1).

Recorte nº 23: “a hora que der vem tomar, bêbado, não bêbado. Pela questão do risco/benefício a gente deixa bem claro na consulta que é melhor ele tomar mesmo tendo feito uso de bebida do que ficar sem tomar a medicação” (E1).

Recorte nº 24: “[...] toda semana o agente comunitário responsável pelo paciente dá uma olhada na sala de medicação e pede para as meninas verem se está vindo, se veio, se teve faltas para gente poder fazer a busca ativa dos faltosos” (E5).

Percebe-se que a descentralização do tratamento de TB tem sido uma prática nas equipes de Consultório na Rua, as questões apresentadas de levar a medicação para ser ofertada de modo diretamente observado na rua; a garantia de atendimento independente de agendamento programático; a possibilidade da ingesta medicamentosa apesar do uso do álcool, respeitando os princípios da política de redução de danos; a busca ativa de faltosos mostram a tentativa de se prestar cuidado humanizado, integral, individualizado, reduzindo

danos; facilitando acesso e garantindo o acompanhamento desses sujeitos.

Outras práticas que se apresentam são as realizações de atividades diferenciadas com caráter lúdico e de socialização, como recurso para facilitar o entendimento da importância do tratamento e incentivo à cura.

De modo geral, as estratégias lúdicas e de socialização não ocorrem nas outras equipes de saúde e UBSs, os profissionais e serviços de saúde não vinculados ao CnaR realizam a atenção à pessoa com TB baseados nos protocolos para prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento por meio de interrogatório na comunidade, identificação de sintomáticos respiratórios, coleta de exames, consultas médicas, prescrição de terapia medicamentosa, DOTS e busca de faltosos. Desse modo, o efeito de sentido com relação à organização do cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose presentes nos recortes abaixo, sugerem que os profissionais sejam flexíveis quanto às rotinas e o processo de trabalho, sendo dinâmicos e criativos para a proposição e experimentação de estratégias que aumentem a busca do diagnóstico e a adesão ao tratamento.

Recorte nº 25: “Aí tem a questão de que as equipes, né, se organizam de alguma forma para fazer uma festinha uma vez por mês para premiar as pessoas que concluíram tratamento, mas também não tem verba para isso, então acaba sendo de boa vontade das pessoas das unidades fazerem...” (E6).

O discurso do profissional de saúde enfermeiro (recorte nº 25) apresenta como efeito de sentido o caráter meritocrático e recompensador, em que se prevê o sistema que considera o mérito individual para se atingir posições de destaque.

Recorte nº 26: “[...] dentro do túnel então tem imagens... o que é saúde o que é doença... então quais são os sinais e sintomas de tuberculose, como é feito o tratamento e daí tem as opções que você pode tomar para sua vida. Então você pode fazer a opção por tentar melhorar... ou progredir com essa escolha que você está fazendo de não se cuidar, você pode ter caminhos muito diversos, tem umas coisas meio nebulosas pendurados alguns caixõezinhos (risos), umas cruzes e tal, mas eles acham bastante interessante ... no final tem aquela coisa de a decisão... saiba quem é que pode te ajudar, daí eles abrem tem o espelinho, eles olham lá e sai sensibilizado e vai para coleta de BK” (E6).

A morte acompanha o desenvolvimento humano em todo seu ciclo vital, se fazendo presente no cotidiano de modo invasivo e sem limites, muito embora possa estar tão próxima, real ou simbolicamente, reina uma conspiração do silêncio, um efeito interdito, dado o receio e medo que são causados pelo fim da vida (KOVÁCS, 2005).

No recorte acima nº 26, os risos produzidos durante a sequência discursiva “tem umas coisas meio nebulosas pendurados alguns caixõezinhos, umas cruces [...]” indiciam a busca por minimizar o impacto da produção simbólica da imagem, que busca a sensibilização para o cuidado e a adesão ao tratamento de TB, por meio do medo da morte, mediante um desfecho ruim.

Alguns profissionais, quando percebem que todos os recursos de convencimento foram esgotados e todas as estratégias de cuidado que estavam ao seu alcance cessaram, acabam por utilizar palavras que remetam ao vínculo e ao afeto, na busca de sensibilizar o usuário para a continuidade do cuidado. O recorte abaixo apresenta um discurso de desespero profissional, visto que o próprio indivíduo doente já perdeu o “sentido da vida”.

Recorte nº 27: “As pessoas trabalham praticamente com a palavra, né? Com a motivação, né? Com a sensibilização, com a afetividade, quantas vezes a gente pede pelo amor de Deus, por mim, está acabando, toma por mim então, você não quer tomar por você? Toma por mim então, por mim...” (E1).

A tuberculose é uma doença de tratamento complexo e demorado que implica altas taxas de abandono. O abandono leva à continuidade da transmissão, o aumento da morbimortalidade e da resistência aos fármacos. Uma das questões que aparecem como principais na não conclusão do tratamento é o uso de substâncias psicoativas como álcool, crack e outras drogas. O interdiscurso social atribui o uso de substâncias psicoativas como um problema tão somente de ordem de Saúde Pública. Nesse sentido, outros atores e instituições não vinculadas ao setor saúde, como social, segurança pública, educação, trabalho, moradia, entre outros, acabam sendo isentos da responsabilidade em rede para intervenção de combate às drogas.

Recorte nº 28: “É. O uso da droga é um desafio, porque na rua eles têm acesso livre às drogas né? Seja o álcool ou qualquer tipo de droga, então isso faz com que eles esqueçam, desistam mesmo, alguns não vêm. Então eu acho que esse é um desafio, o uso da droga que é desenfreado é muito fácil deles acharem droga, então é bem complicado. Isso é o que dificulta mais...”(E2).

Os dizeres “têm acesso livre” e “qualquer tipo de droga” revelam o não dizer de que a segurança pública não tem atuado com a rigorosidade necessária para intervir no processo de distribuição de drogas ilícitas pelo território e que o contexto histórico e social que contribui para que o indivíduo faça uso dessas substâncias não foi considerado, tornando visível o fato de que ao longo do dizer são formadas as famílias parafrásicas, relacionando o que foi dito, com o não dito e o que poderia ser dito (ORLANDI, 2015). Traz também a

ausência do Estado Protetor e a neutralização de sentidos que atribui toda a responsabilidade desse tema somente para o setor da saúde “é um desafio, o uso da droga que é desenfreado” e “é muito fácil deles acharem droga”.

Em um estudo qualitativo de observação participante feito por Silva, Frazão e Linhares (2014) apontam que, apesar dos obstáculos enfrentados pelos profissionais que atuam na rua, o sentimento de gratificação pessoal da equipe foi recorrente tanto nos discursos, quanto na observação de campo. As equipes referem ter consciência de estarem contribuindo para “salvar vidas”, fazendo que as pessoas possam viver mais e melhor, dentro de suas possibilidades.

Nos recortes dos discursos apresentados a seguir, estão evidenciadas a produção de sentidos do “cuidar” pelas adjetivações que remetem à necessidade de estar juntos, já que o Estado se apresenta como não protetor, bem como a satisfação dos entrevistados quanto à realização do trabalho no CnaR do município de São Paulo.

Recorte nº 29: “Ah, eu adoro... eu comecei a trabalhar meio que por acidente” (E6).

Recorte nº 30: “Para mim é uma experiência desafiadora, não é um trabalho fácil... mas é um trabalho muito recompensador ” (E1).

Recorte nº 31: “[...] mas é a missão dos meninos, é de ganhar, de seduzir, de se apaixonar, de se aproximar, ganha a pessoa, o tratamento a gente vai tentando coloca aí no meio dessas relações que a gente consegue fazer...” (E1).

Recorte nº 32: “Primeiramente vínculo, tem paciente nosso que começou conosco e já foi para casa dele (alegria) está lá...” (E3).

Recorte nº 33: “É fazer uma maternagem tardia com eles...” (E1).

Recorte nº 34: “Olha é conscientizar que ele tem direito de utilizar o SUS porque tem uns que por mais que nós insistamos para estarem vindo, não querem vir...” (E2).

A despeito de todos os desafios intrínsecos à realização do trabalho direcionado às pessoas que vivem em situação de rua, são evidentes a realização e a satisfação pessoal dos profissionais que atuam no CnaR, esse contentamento não está vinculado a um caráter assistencialista, mas sobretudo por considerar o seu semelhante como seres humanos dotados de desejos e direitos, que quando acolhidos e vistos como tais, reencontram a motivação e autonomia necessárias para o cuidado.

Diante do exposto, ainda que haja a validação de alguns modelos explicativos a respeito da abordagem da caracterização do cuidado das equipes de consultório na rua, sempre existirão outras possibilidades de análises e gestos interpretativos.

6.4.2 *Estrutura de serviços para atenção à pessoa com tuberculose*

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose está integrado à rede de serviços de saúde e é desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação de ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garante a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários, realiza ações preventivas de controle do agravo e permite o acesso universal da população às suas ações. Em 1996, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, que recomendou a implantação do tratamento supervisionado, sendo essa prática oficializada pelo PNCT em 1999 (BRASIL, 2006).

A transferência da execução das ações de controle da Tuberculose para as entidades regionais e locais tornou o gerenciamento descentralizado um fator primordial para as ações de combate a TB. Cabe aos municípios o desenvolvimento de programas de controle da doença, baseados nas normas e orientações do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que enfatiza a necessidade das adequações frente às diversidades locais existentes, principalmente em relação ao Tratamento Supervisionado (PROTTI et al., 2010).

Na saúde, entende-se por descentralização a intrínseca relação entre a gestão do sistema público de saúde e as práticas sanitárias apropriadas às características sanitárias e epidemiológicas que impulsionam à construção de alternativas de organização de práticas de saúde que envolvam a melhoria do perfil dos diferentes grupos populacionais brasileiros, principalmente no que tange ao aperfeiçoamento, planejamento, programação e organização das ações de saúde. A descentralização das ações de controle da tuberculose para o âmbito da atenção básica coloca em pauta a discussão sobre em que medida as práticas refletem as necessidades dos usuários, levando em conta as particularidades do território e o acesso aos serviços de saúde (TRIGUEIRO et al., 2011; TEIREIXA, 2001).

Nas Unidades Básicas de Saúde que fizeram parte da geração de dados desta pesquisa, as equipes de consultório na rua realizam suas ações de modo descentralizado, por meio de planejamento, busca ativa sistemática de sintomáticos respiratórios e faltoso no território, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas por TB.

Contam como referência ambulatorial para os casos de multirresistência o Instituto Clemente Ferreira e o Hospital de Campos de Jordão. Há uma parceria estabelecida entre Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria da Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) de que toda a PSR com diagnóstico de tuberculose tenha acesso de vaga fixa imediata garantida em Centro de Acolhida (albergue), durante todo o período de tratamento. Contudo, vale destacar que, durante a entrevista, ao serem abordadas questões como redes de apoio e trabalho em rede, essa parceria de vagas para abrigo não foi citada, o que nos

leva a considerar as dificuldades presentes nessa parceria, por outro lado, instituições religiosas que não compõem a rede formal foram mencionadas como apoiadoras que contribuem no processo de cuidado.

Recorte nº 35: “... se a gente fosse fazer um estudo de todos os casos de abandono a gente vai ver que tem uma responsabilidade do paciente sim, mas a rede tanto da saúde quanto da assistência é bem abastecida de profissionais que poderiam ajudar mais nesse processo...se brigassem menos” (E6).

Recorte nº 36: “[...] tem alguns equipamentos religiosos, igreja evangélica, igreja presbiteriana, alguns casos de igreja católica, alguns missionários e tal que ficam mais sensibilizados e ajudam a convencer o paciente de que ele precisa realmente aceitar o tratamento e permanecer no tratamento [...] então todas essas ajudas são muito bem-vindas...” (E6).

O discurso apresentado no recorte nº 35 aponta como efeito de sentido a importância da responsabilização compartilhada no processo de cuidado, visto que o compromisso com a saúde deve ser compartilhado tanto pelo paciente quanto com os profissionais e serviços que prestam o atendimento, no entanto, paciente, profissionais e serviços se mostram fragilizados para essa prática. A sequência discursiva “bem abastecida de profissionais que poderiam ajudar mais nesse processo...se brigassem menos” traz como vestígio a necessidade de que a oferta de cuidado deve ser feita de modo coletivo, em equipe e intersetorialmente. O significante “brigassem” traz o interdiscurso silenciado da necessidade de se trabalhar mais em prol da pessoa, ao invés de desperdiçar o tempo com aquilo que não é necessário, brigar. Podemos ainda inferir que a briga está diretamente ligada à falta de parceria nas relações intersetoriais e pessoais, resultando na dificuldade em trabalhar junto e na necessidade de se “fazer as pazes”.

Nesse contexto, em que as redes de cuidado formais instituídas apresentam entraves no processo de trabalho, instituições religiosas são apresentadas como recurso importante de apoio na atenção ao indivíduo com tuberculose em situação de rua. O interdiscurso religioso presente no recorte nº 36 evidencia o vínculo direto entre a assistência e a caridade, “ficam mais sensibilizados e ajudam” sugere que os equipamentos religiosos acabam sendo mais disponíveis do que outros para contribuir no desafio do convencimento da importância do tratamento da TB. Ao analisarmos “aceitar o tratamento e permanecer no tratamento” percebemos o não dizível de impotência sentida pelo profissional diante da desafiadora responsabilidade de cura da doença, o discurso do profissional enfermeiro é concluído com a expressão “muito bem-vindas...”, metáfora para um pedido de “socorro” que solicita a todos que se disponibilizem, sintam-se convidados a contribuir neste processo de

cuidado.

A rede de cuidados é um aspecto fortalecido com a Política Nacional de Humanização do SUS de 2006, que busca a construção de redes solidárias que envolvam a produção de saúde por meio de um espaço transversal que possibilite aos profissionais a fomentação de saberes e sustentação das práticas cotidianas nos serviços de saúde. O fortalecimento do espaço da rede tem como objetivo atender às necessidades de um território que apresenta grande contingente em situação de vulnerabilidade social. Para que haja a intersetorialidade, a tessitura da rede deve ser feita de modo coletivo, para que os trabalhadores discutam e assumam as responsabilidades no cuidado de maneira pactuada (BRASIL, 2006; DORIGAN, L' ABBATE, 2014).

A existência efetiva de políticas sociais intersetoriais de compromisso com a vida e a dignidade humana podem ser consideradas como medidas capazes de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida da população (WESTPHAL, 2000).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), tem como propósito transcender todas as instâncias do Sistema Único de Saúde, atuando de forma descentralizada, para fortalecer a autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, a fim de que os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida sejam articulados de forma eficiente e eficaz (BRASIL, 2009). Contudo, o recorte abaixo revela que, na prática, as relações entre profissionais e serviços precisam ser construídas.

Recorte nº 37: “[...] se eu ficar falando: a SUVIS não faz, a COVISA não faz, o CVE não faz, a Secretaria não faz o Clemente não faz. Ninguém faz! O serviço social não arruma casa, não arruma um abrigo né, a gente também não vai fazer. A gente tem que sim criticar, tem que mostrar e sinalizar, não funciona, não existe rede, nós fazemos sozinhos...” (E4)

As sucessivas repetições e ênfase dos significantes “não faz”, “Ninguém faz”, “não vai fazer”, “não funciona” e “não existe” intensificam o efeito de sentido de que o trabalho em redes ainda não acontece. As palavras que finalizam esse recorte – “nós fazemos sozinhos...” – apontam como característica do trabalho a solidão, a qual serve inclusive de “recurso” para as respostas concretas às demandas de saúde que se apresentam. A solidão é um dos sintomas culturais contemporâneos, que reflete um cenário de fragmentação e desvalorização do espaço público, as vivências atuais da solidão possuem uma carga negativa de sofrimento (LIMA, 2001)

Recorte nº 38: “[...] é um grande desafio tentar fazer e cuidar das necessidades de saúde dessa população, tentando articular os recursos disponíveis, os que têm e os que não

têm, criar” (E5).

De acordo com o discurso do profissional enfermeiro do CnaR acima, a estrutura de serviços para a atenção à saúde das pessoas em situação de rua mostra-se insuficiente para atender às singularidades dessa população, pois as equipes necessitam lançar mão de um trabalho pessoal e direto, no qual pouco se utiliza as redes e sistemas formais das instituições públicas. O verbo “tentar” infere que a estrutura não está posta, não está dada, sendo necessário “articular os recursos disponíveis”, trabalhar com o que tem, com o possível, devido à escassez dos recursos. A sequência discursiva finalizada com o verbo “criar” – “os que tem e os que não tem, criar” – apresenta a polissemia de lidar com a falta, a ausência e não necessariamente de ser criativo no sentido do ineditismo, de ser original na invenção de algo novo. Embora a criatividade seja um elemento universal e distintivo do ser humano, é preciso circunstâncias ideais para seu estímulo e desenvolvimento (SILVA, 2014).

De acordo com as diretrizes da Humaniza SUS, cabe às equipes o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional. Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde deve oferecer espaços de produção de bens e serviços para os usuários, bem como a valorização do potencial de criação de diversos atores: gestores, trabalhadores e usuários. Entende-se como trabalho não apenas o que está programado para ser executado, mas também o que de fato é realizado, incluindo o esforço dispendido no cotidiano profissional, os acordos, pactos e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível (BRASIL, 2009).

Apesar de todas as possibilidades e esforços das equipes em realizar o trabalho e da capacidade criativa de (re)inventar estratégias de ação para o êxito do tratamento, surgem situações em que se esgotam as possibilidades de cuidado, nesse momento aparece a referência da espiritualidade.

Recorte nº 39: “Campos do Jordão é oferecido para todos, porque com o passar do tempo a gente percebe que as pessoas que vão para Campos de Jordão voltam com alta cura, então esse paciente que vai, é um paciente que eu dou Graças a Deus! Porque a chance dele fugir é muito pequena, lá ele tem tudo o que ele precisa, ele tem um lugar, ele tem comida, ele tem medicação, ele tem liberdade. Eles não ficam presos, eles podem sair Graças a Deus. ” (E1)

No fragmento acima as repetições das palavras “Graças a Deus” reforçam o sentido da necessidade do sobrenatural para a garantia de cura, o sentido do interdiscurso religioso convocado pela formulação “Graças a Deus” pressupõe que a experiência religiosa da profissional enfermeira promova o reconhecimento do auxílio divino para lidar com a

situação difícil. O interdiscurso apresenta dizeres que influenciam a maneira de como o sujeito significa uma condição discursiva dada, os sentidos já ditos por alguém, em algum momento, em algum lugar, mesmo que muito longínquo, tem efeito sobre o que está sendo falado (ORLANDI, 2015).

A instituição hospitalar foi criada para segregar o pobre e o que estava próximo da morte, porém, no século XVIII, o hospital aparece como um instrumento terapêutico de intervenção para a produção de cura (FOUCAULT, 2015). Ao analisar discursivamente as palavras “vão”, “volta” e “vai” percebemos a integração entre o trabalho da Atenção Primária (CnaR) e o Serviço Terciário (hospital), nos remetendo a ideia de movimento e fluidez na atenção às necessidades de “lugar”, “comida”, “medicação” e “liberdade” do paciente, sendo recursos fundamentais no tratamento efetivo que promove cura “vão para Campos de Jordão voltam com alta cura”.

No século XIX, as diretrizes de controle para a redução da disseminação da TB estavam centradas no isolamento social mediante o encaminhamento das pessoas doentes para os sanatórios, com isso o indivíduo acometido por esse agravo estava destinado à segregação, isolamento, privação e sofrimento diante do estigma social que lhe estava imposto. O estigma representa uma condição social de desgraça, marcada pela inferioridade e uma identidade social deteriorada, no qual o indivíduo é considerado inabilitado para a plena aceitação social (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000; OMOTE, 2004; GOFFMAN, 1988; SURNICHE, 2015).

Recorte nº 40: “...no albergue tem umas exigências e às vezes o cara chega alcoolizado chega fora do horário e daí eles cortam, aí a gente liga novamente. Olha, ele é alcoolista, ele teve uma recaída né, faz parte até do tratamento dele ter essa recaída, mas hoje ele precisa de vaga. Tem alguns que eles cortam mesmo, não tem jeito, aí vai ficar na rua... Alguns albergues eles já tem é restrições e aí não entra mesmo” (E2).

No recorte acima, o significante “exigências” e “restrições” indicia os sentidos de regras e disciplinas que devem ser rigorosamente seguidas independentemente da condição do sujeito. Os sentidos dos discursos sobre regulamentos, são elementos constituintes das prisões para a garantia de seu funcionamento e manutenção. Segundo Foucault, “As disciplinas são portadoras de um discurso que não pode ser o do direito, o discurso da disciplina é alheio ao da lei e da regra enquanto efeito da vontade soberana” (FOUCAULT, 2015, p. 293).

Podemos identificar no discurso polissêmico do profissional enfermeiro (recorte nº 40) que o centro de acolhida não acolhe os “indisciplinados”, como salientado nas palavras “eles cortam”, “eles cortam mesmo”, “não tem jeito”, “não entra mesmo”; o significante “mesmo”

intensifica a rigurosidade da disciplina dessas instituições, que estabelece uma relação autoritária na qual o sujeito perde sua autonomia e não tem participação no processo decisório, sendo apenas um espectador que aguarda o desfecho da situação. Essa memória discursiva dos profissionais responsáveis pela regulação de vagas nos centros de acolhida (albergues), presente nas atitudes de excluir o indivíduo que já está excluído, traz à tona os sentidos de evitar a proximidade e o contato com o sujeito estigmatizado, considerando a pessoa como um desviante e por isso um indesejável (SOUZA, 2012; SURNICHE, 2015).

Nesse contexto, a rua aparece como um lugar de acolhimento, onde não há exigências prévias e oficiais para estar nela, a rua não restringe o acesso, ela está disponível a quem dela desejar fazer uso: “aí vai ficar na rua”.

A disciplina é capaz de produzir corpos dóceis, não simplesmente para que façam o que se quer, mas fundamentalmente para que operem como se quer, atuando de forma a dissociar o poder do corpo (FOUCAULT, 1987).

Podemos com isso verificar que, embora essa disciplina seja frequentemente exigida, alcançá-la é um desafio, visto que nem as pessoas que estão em situação de rua, nem tão pouco os serviços de saúde e demais instituições responsáveis em assegurar o atendimento de suas demandas têm sido capazes de garantir seus direitos. Isso posto, acabam deixando a população em situação de rua ainda mais expostas à exclusão e os trabalhadores limitados em suas capacidades de atuação.

Recorte nº 41: “[...] o sistema também trava muito a gente em poder fazer muitas outras coisas. A gente vivencia umas realidades onde alguns profissionais queriam fazer um cuidado mais ampliado é que o sistema, o protocolo, a rigidez muitas vezes do modelo de cuidado em saúde impede que você faça isso” (E4).

Ao analisarmos a sequência discursiva do profissional gestor no recorte acima “o sistema também trava muito” identificamos na metáfora “trava”, que nos remete ao efeito de sentido de ausência de autonomia e liberdade de ação do profissional do CnaR. Esses profissionais estão impossibilitados de exercer suas funções de modo mais condizente com as especificidades da população atendida, “alguns profissionais queriam fazer um cuidado mais ampliado, é que o sistema, o protocolo, a rigidez muitas vezes do modelo de cuidado em saúde impede que você faça isso”. O fato de estarem “travados” para realizar uma prática profissional diferenciada, revela o não dito da falta de governabilidade para a construção de novas formas de atenção.

As impossibilidades do exercício de suas funções, por meio de ações mais adequadas às demandas presentes, podem causar no profissional de saúde desmotivação e sentimentos destrutivos.

Recorte nº 42: “...uma outra angústia é isso, a gente começar a levantar fazer um monte de diagnóstico, para trabalhar com a palavra [...]. Puxa vida, queria mais recurso concreto, né? Mais recurso concreto para poder trabalhar, mais supervisão institucional, sabe” (E1).

O dito “uma outra angústia é isso” emerge o não dizer de que muitas outras angústias estão presentes no seu cotidiano, e que faltam suportes institucionais disponíveis para o seu próprio cuidado. O discurso polissêmico: “começar a levantar fazer um monte de diagnóstico, para trabalhar com a palavra” traz vestígios de indignação e reivindicação presentes na metáfora do significante “palavra”, já que revela a falta de recursos efetivos para o trabalho e sugere o não dito “desse jeito não é possível trabalhar”. A expressão “Puxa vida”, ecoa como um discurso de lamento, um grito de socorro frente à necessidade de ajuda, de apoio e de suporte solicitada.

Recorte nº 43: “Teria que ter mais suporte de toda a rede porque tem casos que são muito complexos, é caso a caso, não dá para a gente fazer tudo igualzinho, não é receita de bolo, cada pessoa é um caso, então é muito específico e às vezes a rede não dá esse suporte eu acho que essa rede está em construção mesmo” (E2).

O início do discurso da profissional enfermeira pela sequência discursiva: “ter mais suporte de toda a rede” evidencia o não dito de que todos os serviços, sejam eles de saúde ou não (“toda rede”), necessitam estar envolvidos no cuidado da população em situação de rua e não apenas o CnaR. A repetição das palavras caso: “casos”, “caso a caso”, “cada pessoa é um caso” transparece a importância do olhar individualizado, pois “não dá para a gente fazer tudo igualzinho”. A expressão metafórica “não é receita de bolo” reflete o dinamismo do trabalho, dando o efeito de sentido de que não é possível repetir as mesmas ações e condutas sempre do mesmo modo, nas mesmas situações e para as mesmas pessoas, há que se articular práticas e saberes que contribuam para um agir diferenciado, para um cuidado centrado na pessoa e não na rigidez dos protocolos.

Recorte nº 44: “às vezes a gente se sente os instrumentos que a gente tem para trabalhar até onde o nosso braço alcança sabe, (riso) ... às vezes parece que não tem políticas concretas que ajudem a gente a transformar a realidade, né?” (E5).

A polissemia presente no fragmento discursivo acima, apresenta a (des)estrutura do serviço de saúde para atender às especificidades da população que se encontra em situação de rua, a ausência de elementos estruturais para a realização da atenção à pessoa

portadora de TB causa, além da ineficiência do tratamento, a predisposição para o esgotamento do profissional. A metáfora presente na sequência discursiva “até onde o nosso braço alcança” evidencia o efeito de sentido de que os recursos para a cura da TB se esgotam no próprio profissional, o objetivo de conclusão do tratamento nem sempre é atingido devido à fragilidade da continuidade da assistência em outras instâncias e serviços. A sequência parafrásica “não tem políticas concretas” traz o intradiscorso de desinteresse político de resolução dos problemas sociais e de saúde e reforça a concepção de que há a expectativa de que o cuidado seja feito de modo exclusivo do CnaR.

Diante disso, não é incomum para o profissional que atua junto ao Consultório na Rua a identificação de sentimento de ineficácia, tendo como consequência uma tendência de desistir de atuar no serviço de saúde, por isso, é imprescindível o estabelecimento de estratégias que produzam cuidado junto a esses profissionais, para a superação de sentimento de impotência diante da realidade que vivenciam, da limitação em efetivamente poder modificar o que observam e do incômodo de conviver com realidades tão desumanas (BRASIL, 2012).

Em vista disso, há a necessidade de estratégias de cuidado com o cuidador, propiciando suporte emocional e construção de resiliência junto à equipe. A utilização do termo resiliência na área da saúde é indicada para se compreender um fenômeno interativo, a partir de achados relacionados ao desfecho favorável frente à situações críticas e adversas (RUTTER, 2013).

Diante desse contexto, é fundamental a garantia de dispositivos como as reuniões de equipe, para discussão e problematização não somente de questões vinculadas aos processos de trabalho, mas também aquelas que contemplem o compartilhamento de impressões e vivências. Faz-se necessário também a formação de grupos de apoio, terapia comunitária, práticas integrativas e complementares, arte terapia e quando necessário, apoio psicológico, em grupo ou individual aos profissionais (BRASIL, 2012). Por isso, é primordial que na estrutura de serviço de atenção a TB contemple-se também o espaço de suporte institucional para o cuidado desses trabalhadores.

A iniciativa *Stop TB* estabelecida para 2015 de redução pela metade da prevalência e da mortalidade da doença, exigem das autoridades sanitárias engajamento e responsabilização, principalmente dos profissionais da atenção primária para o alcance desta meta. A reflexão sobre meta no remete para Foucault (2015) para o qual os poderes não se exercem de forma unitária e homogênea, portanto não há uma natureza ou uma essência, o que existe são poderes sendo exercidos em níveis variados e em locais distintos de uma rede social, intervindo diretamente nos corpos dos indivíduos (OLIVEIRA, 2013; FOUCAULT, 2015).

Nos fragmentos discursivos relacionados abaixo observamos que enquanto

assujeitados ideologicamente, os profissionais do CnaR entrevistados apresentam conflito discursivo em relação às posições discursivas assumidas em exercer o poder dominador em detrimento do respeito à autonomia e desejo do ser cuidado.

Recorte nº 45: “[...] doença na vida dele é uma dimensão que pode ser muito pequena, que pode ser irrisória, porque as prioridades da vida dele são muitas outras [...] Ele vai ter que dar conta disso já que a gente não consegue, o Estado não consegue suprir isso para que ele possa se dedicar a esse tratamento, é de entender que ele precisa fazer isso, se não enfiar o tratamento a goela abaixo” (E1).

Seguramente o significado e sentido da dimensão da doença, são diferentes para o doente e para o profissional de saúde, sendo assim, o modo de se compreender o adoecimento está diretamente ligado ao modo de como esses indivíduos irão agir diante do diagnóstico de TB, a habilidade em considerar as subjetividades do adoecer pode dificultar ou facilitar a adesão ao tratamento (SURNICHE, 2015).

Ao analisarmos o recorte nº 45, podemos depreender com os significantes “doença na vida dele” que o lugar ocupado por esse diagnóstico vai além do órgão afetado, pois alcança toda a sua existência tanto de maneira concreta como subjetiva “na vida”, no entanto há uma contradição discursiva, pois ao mesmo tempo que a doença está posta em um lugar de magnitude, ela também é colocada como pequena e insignificante diante do universo de necessidades básicas e elementares de sobrevivência “é uma dimensão que pode ser muito pequena, que pode ser irrisória, porque as prioridades da vida dele são muitas outras”, essa sequência discursiva polissêmica nos remete ao que foi silenciado, de que no caso desta população a doença é o “de menos”. A metáfora que finaliza esse recorte: “enfiar o tratamento a goela abaixo” retrata a ausência de autonomia como um ato de violência traduzida pelo verbo “enfiar”.

Nessa perspectiva discursiva, a modalidade de supervisão diária do tratamento pode se apresentar como desconstrução da autonomia e infantilização do sujeito. A fiscalização ao indivíduo com tuberculose parece mais uma maneira de reforçar o estigma da TB do que necessariamente a fundamentação prática baseada em indicações clínico-terapêuticas, visto que, comparativamente, terapias com polifármacos utilizadas por pessoas portadoras de outros agravos tão graves quanto a TB não estão sujeitas às mesmas normas de controle no tratamento (SOUZA, 2012).

Diante da ausência do Estado e do sentido silenciado de que “ninguém consegue resolver essa problemática” presente no discurso polissêmico “a gente não consegue, o Estado não consegue”, podemos perceber a vulnerabilidade à qual os trabalhadores do CnaR estão expostos no que diz respeito ao esgotamento profissional, já que o fato de “não

conseguir” pode ter ligação direta com o sentimento de frustração.

Recorte nº 46: “É a gente tem um limite, né? A gente está com uma pessoa na frente né? Que é dona da sua vida, que toma suas escolhas, por mais prejudicada que possa estar neste momento a gente não pode deixar de respeitar o poder que ele tem sobre a vida dele [...]. De que forma a gente faz isso sem ser policial? Sem ficar numa posição muita de cobrança, de punição, de juízo...né?” (E1).

O esgotamento profissional é caracterizado pela exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, podendo ocorrer entre profissionais da saúde. No modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) brasileiro, os profissionais de saúde possuem um papel central, visto que utilizam tecnologias leves para resolver problemas complexos, necessitando estar diretamente em contato com pacientes e inseridos no contexto em que vivem. Nesse sentido, os serviços de saúde na APS abarcam a categoria de profissões que, por visarem um cuidado integral, estão mais expostas a importantes estressores psicossociais. Os profissionais de saúde ficam mais suscetíveis a agentes estressores, principalmente por terem que lidar diretamente com demandas complexas dos pacientes que atendem (MARTINS et al., 2014).

O início do discurso da enfermeira registrado no recorte nº 46 “É a gente tem um limite, né?” expressa que ela atingiu o ponto máximo e extremo, por meio de esforços pessoais para atender às necessidades da pessoa assistida pelo CnaR, contudo, mesmo empenhando tudo o que estava em seu alcance profissional e pessoal, nem sempre é possível concluir o tratamento, visto que também é necessário considerar nesse processo o desejo da pessoa cuidada.

As sequências discursivas “uma pessoa na frente né?”, “o poder que ele tem sobre a vida dele” e “as pessoas tratam se elas querem” é marcada por um discurso conflituoso, em relação às posições discursivas assumidas, em que é esperado do profissional o exercício de relação de poder que obrigue a ingestão medicamentosa pelo sujeito doente, enquanto ideologicamente ela está afetada por uma posição de valorização do ser humano, incentivo à autonomia e respeito do outro. As ciências política, social, humana e da saúde são exemplos de mecanismos do poder que tentam dominar os homens (FOUCAULT, 1999). Esse conflito discursivo de não se sentir à vontade no exercício do poder e dominação é ressaltado nos fragmentos “sem ser policial”, “posição de muita cobrança, de punição, de juízo...né?” que indiciam a metáfora de coerção e repressão, o pronome “muita” antecedendo os verbos cobrar, punir e julgar infere o não dito de que, se o trocarmos pelo advérbio “pouca” será uma postura aceita e necessária, amenizando, assim, o conflito ideológico da enfermeira.

Recorte nº 47: “Porque a gente vive ainda no país livre, a gente vive num lugar democrático, nós vivemos numa democracia aonde as pessoas tratam se elas querem. Então exigir 100% de cura em tuberculose é ir na contramão de um modelo, público de cidadania, [...] isso não existe em nenhum lugar salvo em países onde você tenha ditadura, os regimes militares, aonde as coisas são obrigatórias, aqui não! Você não pode obrigar uma pessoa que não quer se tratar e quer morrer de TB...não pode! Né?” (E4).

A formação discursiva do profissional gestor acima revela discurso o político presente nos genéricos discursivos “vive num lugar democrático”, “vivemos numa democracia”; associado ao discurso profissional. Os significantes: “100% de cura” e “isso não existe” trazem vestígios polissêmicos de que a manutenção da doença está pautada na culpabilização da pessoa doente, visto que ela tem o livre-arbítrio em optar pela sua cura. O deslizamento de sentido presente no fragmento “pessoa que não quer se tratar e quer morrer de TB” sugere o imaginário ideológico da meritocracia e que a pessoa em situação de rua tem total responsabilidade por sua condição de manter-se viva ou morrer, que a morte é uma responsabilidade única e exclusiva das escolhas feitas pelo indivíduo.

A tuberculose além de causar horror e temor coletivo devido ao contágio pelo contato com a pessoa doente, também possui o valor moral atribuído à associação da doença com o estilo de vida relacionado aos excessos, ou seja, indivíduos que vivem em desacordo com os padrões sociais estabelecidos (PORTO, 2007).

Controlar a cadeia de transmissão e alcançar a cura da tuberculose para a população em situação de rua está além das ações que as equipes de Consultório na Rua e as unidades básicas de saúde possam realizar, há que se investir em políticas públicas que assegurem e de fato garantam a cidadania e os direitos humanos.

No século XIX, nos países da Europa, a TB estava associada à sensibilidade, às artes e aos sentimentos refinados de uma elite formada por artistas e poetas, exercendo influência direta nos padrões sociais de vestuário, alimentação e modo de viver. Todavia, no final do mesmo século com o declínio da concepção romântica da TB, a doença se tornou um problema social relacionado às condições de miséria. A elite médica, preocupada com esse contexto, começou a mobilizar-se para encontrar a cura, recomendando a destruição de cortiços e a revitalização da zona urbana das cidades, visto que os espaços de moradias majoritariamente utilizados, os cortiços, eram considerados propagadores e mantenedores da TB, por serem qualificados como locais sujos, moradia de pessoas perigosas e espaço de conspiração contra o governo (GONÇALVES, 2000).

Recorte nº 48: “Acho que a gente só vai acabar com a tuberculose quando a gente conseguir ter melhor condição de vida dessas pessoas né? Enquanto elas continuarem ai

na rua, nos aglomerados, tendo poucas refeições por dia...” (E5).

Considerando a direta relação simbólica da TB com a pobreza, as significações que acompanham a “melhor condição de vida dessas pessoas” é de que enquanto não houver políticas públicas sérias e efetivas que assegurem ao ser humano seus direitos de moradia, alimentação, saúde, emprego, educação e lazer, não haverá esperanças e perspectivas de que a tuberculose seja erradicada.

Recorte nº 49: “A essa falta de suporte total, um o cara não tem um lugar, o lugar, ter um lugar para ficar ajuda a fixar a pessoa num determinado território, alimentação né, além do efeito (risos) né físico né no tratamento também é uma forma de vincular, né?” (E1).

No recorte acima, a repetição do significante “lugar”, enfatiza o sentido amplo que considera o contexto histórico-social e ideológico do sujeito que “não tem um lugar”, demonstrando a importância da estabilidade geográfica que lhe confira a condição de pertencimento a um espaço físico. O riso expresso durante o discurso no momento em que estava sendo abordado o tema da fome faz alusão à necessidade fundamental da oferta de alimento para o êxito do tratamento, bem como busca amenizar o efeito da tristeza da profissional perante à realidade da miséria.

Tradicionalmente conhecida como doença de pobres, a tuberculose revela precárias condições sociais e econômicas, resultando em uma degradação significativa das condições de vida, aumentando a vulnerabilidade e, conseqüentemente, o risco de adoecer. A pobreza resulta em nutrição aquém das necessidades humanas básicas, tornando o sistema imunológico mais vulnerável. Dessa forma, esforços para prevenir e controlar a TB só alcançarão sucesso diante de uma abordagem integrada que busque reduzir as desigualdades sociais (GUIMRÃES et. al., 2012).

Recorte nº 50: “Ah... não sei se é um desafio ou é mais uma tristeza que fica... a tuberculose é muito relacionada às condições de vida das pessoas, né? Acho que uma das questões é essa, cuidar da tuberculose, sem mudar a realidade da pessoa, são pessoas muito vulneráveis que a chance de ter outra tuberculose é muito grande, então acho que o grande desafio é político que consigam interferir para além da tuberculose, que possam interferir na tuberculose... Só vai acabar com a tuberculose quando a gente conseguir ter melhor condição de vida dessas pessoas, né? Enquanto elas continuarem aí na rua, nos aglomerados, tendo poucas refeições por dia né, acho que a chance dela se reinfectar, de terem novas tuberculosas... tem paciente que a gente está tratando a terceira vez de tuberculose, então assim, você trata, você vai, vai faz 6 meses aí depois pega tuberculose de novo (riso), então é isso...” (E5).

O discurso parafrásico em que o processo do dizer se mantém estável, sendo produzidas diferentes formulações de dizer o que já foi estabelecido, é retratado no recorte acima pelo efeito de sentido do desafio em exercer um trabalho não resolutivo. As equipes de CnaR experimentam o alcance do êxito na cura do indivíduo, porém ele continua em condição de vulnerabilidade e suscetível a adoecer novamente, como afirmado nas sequências discursivas “outra tuberculose”, “novas tuberculoses”, “reinfetar”, “tratando a terceira vez”, “você trata, você vai, vai”, “depois pega tuberculose de novo”. Isso posto, a naturalização de sentidos é expressa no modo que o discurso é finalizado “então é isso”, fragmento que remete à normalidade da situação, não como aceitação da mesma, mas como autoproteção de esgotamento profissional.

Diante do exposto, vimos que a estrutura de atenção à pessoa portadora de tuberculose está além do uso poliquimioterápicos que eliminem o bacilo e promovam cura, é primordial o investimento em políticas públicas que proporcionem justiça social.

Dentre os efeitos de sentidos abordados neste bloco discursivo, destacam-se a importância do trabalho em rede; a compreensão da dimensão da doença para cada sujeito; a contradição entre estimular a autonomia da pessoa e a rigidez da supervisão no modelo de tratamento, assim como a necessidade de suporte institucional tanto de/para os serviços, quanto aos profissionais de saúde vinculados ao cuidado da pessoa com TB, devido ao sentimento de impotência por eles discursados frente à situação de impossibilidade de mudar o contexto de miséria e pobreza. Diante das complexidades da (des)estrutura de cuidado às pessoas infectadas por TB, o suporte ao profissional de saúde é essencial para que ele possa continuar sendo promotor de cuidado.

6.4.3 *Incentivos: cura x manutenção da doença*

A partir do questionamento de como ocorre a distribuição dos incentivos previstos no controle da tuberculose, os entrevistados trouxeram o discurso de que existe os que são padronizados pela Secretaria Municipal de saúde, com cesta básica e vale-transporte; e o oferecido por algumas UBSs específicas, o banho. Os “incentivos” aqui mencionados são utilizados com o intuito de promover encorajamento, despertar e estimular o interesse para a adesão ao tratamento, bem como a tentativa de ofertar um cuidado mais integral.

Recorte nº 51: “[...] é o vínculo, através do vínculo você fala pro paciente olha você precisa estar aqui, e sabe de uma coisa que ajuda bastante aqui? É o banho, porque o banho não são todas as UBSs que têm, mas o banho ajuda bastante, essa questão do banho” (E3).

Verifica-se que o “banho” é utilizado como recompensa pela continuidade do

tratamento, é oferecido aos indivíduos que estão em tratamento e contribui positivamente na vinculação com o profissional e serviço de saúde. É um cuidado que atende a uma das necessidades básicas do sujeito, valorizando-o como ser humano. Para que essa prática ocorra, o serviço conta com doações voluntárias de produtos de higiene e tolhas de alguns profissionais e de pessoas da comunidade. A formação de vínculo está relacionada à proximidade entre profissional e indivíduo que se constrói pelo atendimento cujo enfoque não está associado apenas aos aspectos biológicos, mas também aos aspectos efetivos e de foro íntimo (BRUNELLO et al., 2009).

Recorte nº 52: “[...] lidar com morador em situação de rua, cuidar de um morador em situação de rua transcende as questões de saúde, vai muito além das necessidades puras e simples de saúde. Tem que pensar em coisas básicas como banheiro, como lugar para tomar um banho, como um lugar para pegar água potável, como alimentação” (E4).

O equívoco presente no intradiscursos do recorte nº 52, indica a memória ideológica de um modelo sanitarista higienista, visto que o profissional de saúde gestor ao elencar as necessidades básicas da pessoa em situação de rua prioriza a limpeza do corpo e a enfatiza pela repetição de sentidos nas sequências “coisas básicas como banheiro”, “como lugar para tomar um banho”.

Em meados do século XIX, os dirigentes republicanos estavam preocupados com o desenvolvimento de um projeto de controle higiênico dos portos, com a proteção sanitária da força de trabalho e com o encaminhamento da política demográfico-sanitária que considerasse a questão racial. De modo geral, entendia-se que a higiene inadequada era a causa da desorganização social, do mal funcionamento da sociedade e das doenças, cabendo à elite médica refletir e atuar sobre seus fatores naturais, urbanísticos e institucionais, para neutralizar todo perigo (MANSANERA; SILVA, 2000).

Nas estruturas convencionais da atual sociedade brasileira, é crescente a quantidade “pobres”, essas pessoas são excluídas do acesso aos direitos de moradia, emprego, saúde, educação, lazer e alimentação, são fruto social de um sistema de governo injusto de distribuição de renda. A pobreza está diretamente ligada à ausência de recursos básicos para a vida, no qual os indivíduos inseridos possuem menos do que o necessário para sobreviver, estão na margem da indigência ou miséria absoluta, sendo inclusive expostos à falta de suprimento nutricional. É nesse cenário que se encontram as pessoas em situação de rua (ROSA et.al, 2006).

Recorte nº 53: “Lidar com a miséria humana não é um negócio fácil para ninguém (risos), ver isso de perto é... desestruturante né, desestruturante...” (E1).

Recorte nº 54: “[...] no começo foi bem difícil né, bem chocante a situação, ver as pessoas naquela situação bem complicado mesmo” (E2).

Nos fragmentos discursivos relacionados acima, observamos que os enfermeiros enquanto assujeitados ideologicamente pela comoção e indignação trazidos pela condição da miséria, incorporam discursos simultâneos que se assemelham como continuidade em outro discurso hegemônico.

O efeito de sentido presente no “lidar com a miséria humana não é um negócio fácil”, sugere a dor emocional da profissional em estar tão próxima dessa realidade “ver isso de perto” a expõe a uma situação de fragilidade e impotência que são evidenciadas na reverberação “desestruturante né, desestruturante”, repetições discursivas em que os sentidos não fluem naturalmente, visto que os sujeitos são tomados pelos já ditos em um imaginário e sua memória estaciona, só repete (ORLANDI, 2015).

No recorte nº 54 podemos observar a opacidade da língua em que a expressão “no começo foi bem difícil”, traz o efeito de sentido de que “agora não é mais”, essa naturalização polissêmica sugere um mecanismo de defesa para a saúde mental do trabalhador, que lida diariamente com o cenário de pobreza, sem poder mudar essa realidade.

Dada a vinculação direta da doença à pobreza, alguns municípios adotaram o fornecimento de insumos como cesta básica, vale-transporte e lanches para incentivar a adesão ao tratamento, bem como garantir o suporte nutricional e deslocamento do indivíduo durante o tratamento.

Recorte nº 55: “Os insumos, bom basicamente é a medicação. É o vale-transporte que nós temos em cartão ele é recarregável, temos a cesta básica, o lanche não temos mais, foi retirado, basicamente é isso. A cesta básica mesmo e o transporte que nós temos hoje basicamente mais nada só isso, que eu conheço só isso por enquanto...” (E2).

O discurso polissêmico da profissional enfermeira acima apresenta os insumos disponíveis para o incentivo ao tratamento, ao dizer sobre o que é ofertado indicia que os mesmos não fazem frente à real necessidade da população atendida, visto que a pessoa que se encontra em situação de rua não tem onde cozinhar o alimento proveniente da “cesta básica”, nem tão pouco “vale-transporte” dado o seu perfil de percorrer grandes distâncias a pé diariamente. O insumo, que de certa maneira mais atendia à necessidade do sujeito desprovido de recursos alimentares, não é mais concedido: “o lanche não temos mais, foi retirado”, o lanche era um *kit* composto por uma bebida láctea, uma barra de cereal e um pequeno bolo em embalagem individual, era servido pela manhã logo após a ingestão supervisionada da medicação. Percebemos nos significantes, “foi retirado” a memória discursiva de ideologia autoritária de quem o fez, visto que não foi considerada a avaliação e

pedido da equipe do CnaR ou a especificidade dessa população. O discurso autoritário procura conter a polissemia, apagando a relação de linguagem que estabelece, o locutor se coloca como agente exclusivo, silenciando também a sua relação com o interlocutor (ORLANDI, 2015). Nesse sentido, a gestão municipal (responsável pela retirada do lanche) funciona como “locutor”, impondo suas regras, e as equipes de CnaR, como “interlocutor”.

O discurso é finalizado com as sequências “mais nada” “só isso” “só isso”, as repetições dos significantes reforçam o sentido de que os insumos ofertados atualmente não fazem frente às necessidades e aqueles que de certa maneira garantiriam minimamente o desjejum dessas pessoas “não temos, mais”.

Recorte nº 56: “[...] não costumo falar dos benefícios, o negócio depois vira moeda de troca. Tem vez que a SUVIS não manda porque houve a falta, então eu prefiro nem falar nisso, então quando ele recebe, ele fala ah eu nem sabia [...]” (E1).

Recorte nº 57: “[...] ter a garantia do lanchinho era ter a correria da manhã garantida, vou tomar o meu remédio e venho, a gente não fazia tanta entrega na rua como a gente faz hoje, era um ou outro que o agente comunitário tinha que ir todo dia levar o remédio” (E1).

Recorte nº 58: “O lanchinho não tem mais, quando tinha ajudava bastante porque quando a gente tinha o lanche era algo bem legal a adesão era maior” (E2).

Recorte nº 59: “[...] a Prefeitura a época que fornecia lanchinho, era uma parceria da Saúde com a Educação, então os lanchinhos eram provenientes de compra de merenda escolar que daí tinha um repasse de verba da saúde para educação” (E6).

Os recortes acima revelam que o principal insumo já fornecido foi retirado, os profissionais enfermeiros reiteram a sua importância e necessidade, pois além dos benefícios nutricionais ele é apontado como elemento contribuinte no acesso da população e situação de rua à UBS, favorecendo inclusive a adesão ao tratamento. Devido à irregularidade no fornecimento dos benefícios previstos, as equipes sentem insegurança em divulgar essa informação, visto que isso fragiliza a relação e fragiliza o vínculo, pois coloca à prova a palavra do profissional, por isso é comum a dispensa direta do benefício somente quando o mesmo chega “prefiro nem falar nisso, então quando ele recebe, ele fala ah eu nem sabia” (recorte nº 56), “era uma parceria” (recorte nº 59).

É conhecido que as irregularidades na distribuição da cesta básica dificultam o tratamento supervisionado na medida em que enfraquecem a relação de confiança entre o indivíduo e o profissional. A falta de apoio na forma de cestas básicas, vale-transporte, café da manhã concorre para o abandono do tratamento, ressalta que tão somente a

disponibilidade de incentivos não é suficiente para atender às necessidades dos usuários, porém é considerada um importante recurso para a efetivação da estratégia DOTS (QUEIROZ E BERTOLOZZI, 2010; SÁ et al., 2012).

Em continuidade à análise da utilização dos insumos na atenção à TB, retomamos o efeito de sentido produzido na metáfora discursiva do recorte nº 56: “moeda de troca”, evidenciamos a relação de barganha, a premiação do indivíduo que corresponde ao que lhe é solicitado.

Recorte nº 60: “[...] para os pacientes que completam 30 dias de tratamento supervisionado recebem a cesta, a gente tem pacientes que estão próximos de concluir o tratamento faltam, porque sabem que a partir do momento que tiver alta, cura, não receberão mais cesta, então é um facilitador que às vezes tem essas dificuldades, outra coisa, o paciente que não faz o tratamento os 30 dias supervisionado não tem direito de receber a cesta, aí tem várias discussões, ameaça, agressão de funcionário, então assim a cesta para a população em situação de rua é uma grande furada, porque a maioria deles vende e usa o dinheiro para outras coisas, ou até trocamos o alimento por drogas, então é isso...” (E6).

Como vemos, essa troca ou premiação ao sujeito que consegue cumprir regularmente o DOTS, nem sempre é positiva. Indiciamos que nos recortes discursivos (nº 56 e nº 60) está presente o esquecimento número um, pois a ideologia influencia os sujeitos que elaboraram as suas próprias impressões da realidade, no entanto essa concepção retorna a algo que já existiu. A barganha é conceito descrito por Kübler-Ross sobre o processo de morte e morrer, o doente faz promessas de mudança de comportamento para Deus em troca de um prolongamento da vida (SUSAKI; SILVA e POSSARI, 2006). Nesse sentido, o profissional da saúde oferece recursos alimentícios em troca à adesão ao tratamento, a “mudança de comportamento” funciona como a vinda do sujeito assistido pela equipe à UBS e o “prolongamento da vida” como a entrega do alimento.

A metáfora “é uma grande furada”, no recorte nº 60, remete ao efeito de que a prática da entrega dos benefícios disponíveis não é efetiva, não produz os resultados esperados. A finalização do discurso os significantes “então é isso” indicia a naturalização de sentidos de que não há o que ser feito, quanto ao fornecimento da cesta básica. Já que as equipes relataram aos setores e pessoas responsáveis que a entrega deste benefício a esta população pode trazer mais prejuízos do que contribuição, no entanto seus argumentos não são considerados.

Um estudo feito com sem-teto portadores de TB na Rússia avaliou como positivo e de impacto relevante o fornecimento de produtos alimentícios como fator que contribui para a

adesão à terapia medicamentosa. Para Gazetta et al. (2007), o estabelecimento de vínculo entre o doente e os profissionais da equipe, amparado pelo fornecimento regular de incentivos e benefícios como alimentos, vale-transporte e outros, alicerçam o tratamento supervisionado. O fornecimento de insumos de forma positiva é primordial para coadjuvar a adesão no tratamento supervisionado da TB. Como apontado, a entrega permanente desses insumos é apontada como essencial, visto que a interrupção do fornecimento gera “discussões, ameaça, agressão” comprometendo o vínculo entre os profissionais e os sujeitos acompanhados pelo CnaR (GÄRDEN et al., 2012; GAZETTA et al., 2007; QUEIROZ E BERTOLOZZI, 2010).

Contudo, na contramão desses estudos, os discursos dos profissionais que trabalham nas eCR na região central do município de São Paulo identificaram que esses incentivos podem funcionar em duplo sentido na vida do doente. Pelo fato da cura implicar diretamente a extinção dos benefícios, não são raras as vezes em que o doente abandona o tratamento já às vésperas da sua conclusão, para manter assegurado o recebimento dos insumos “próximos de concluir o tratamento faltam, porque sabem que a partir do momento que tiver alta, cura, não receberão mais cesta”. Após alguns meses do abandono, retomam o tratamento, garantindo assim, a continuidade do recebimento da cesta básica e vale-transporte. Ocorre também a utilização da cesta e vale-transporte, como moeda de troca na rua para a obtenção de drogas “maioria deles vende e usa o dinheiro para outras coisas, ou até trocam o alimento por drogas”.

A ingesta irregular das medicações e o abandono do tratamento têm sido preocupações dos profissionais que atuam no CnaR, visto que a reinfecção tem intrínseca relação com a multirresistência. Pela Organização Mundial da Saúde, tuberculose multirresistente (TBMR) por definição é resistência aos fármacos isoniazida + rifampicina, confirmada por cultura de escarro com teste de sensibilidade a drogas e tem ligação direta com os abandonos de tratamento. (BRASIL, 2013; CVE, 2012; BARROSO et. al., 2003).

Recorte nº 61: “O que a gente está criando? Será que a gente está fazendo um desserviço? Será que a gente está talvez estimulando para que essa bactéria se fortaleça? E crie uma resistência?” (E1).

O discurso reflexivo acima aponta para a preocupação quanto à culpabilidade dos próprios serviços de saúde na manutenção da doença e, ao usar repetidamente a expressão “a gente”, a profissional assume para si a responsabilidade da multirresistência bacilar.

Recorte nº 62: “[...] a chance de se reinfecar, de terem novas tuberculosas é isso, tem paciente que a gente está tratando a terceira vez de tuberculose...” (E5).

O discurso enfático do recorte nº 62 tem como objetivo destacar o sentido produzido pelo profissional quanto à gravidade da incidência da multirresistência. Enquanto 7,3% da população geral reinicia o tratamento após abandono, na população em situação de rua essa porcentagem está em 20,8% (SÃO PAULO, 2011).

Recorte nº 63: “[...]o paciente fica de saco cheio também, às vezes tem dia que também é grosso por conta disso e ir administrando esses conflitos... (risos) para superar, para dar conta. Mas é um tratamento difícil de concluir” (E1).

Recorte nº 64: “[...] dar conta de tudo, de todas as demandas e mais essa que não é simples tomar remédio todo dia... 6 meses... Não é simples nem para gente né? Que está organizado né, para quem não está então é mais difícil ainda...” (E5).

Esses discursos apresentam a dificuldade imposta pelo longo tempo de tratamento. A metáfora “saco cheio” (recorte nº 63) produz o efeito de sentido de cansaço e impaciência atribuída ao duradouro período e as etapas seguidas até a conquista da cura, o uso do advérbio “também” em continuidade à sequência metafórica indica inclusão, ou seja, a profissional enfermeira, por meio do deslizamento de sentido, se inclui na mesma condição de estar “de saco cheio”. As palavras “dar conta” presente nos dois discursos remetem ao intradiscurso do que é dito em um dado momento em dadas condições, como sendo continuidade um do outro, já que as pistas de sentidos são semelhantes à de “superar” todas as demandas.

As sequências discursivas “é um tratamento difícil de concluir”, “não é simples tomar remédio todo dia”, “6 meses”, “Não é simples nem para gente”, “é mais difícil ainda” reforçam a necessidade de ingestão diária da medicação por no mínimo seis meses, além de demonstrar a dificuldade para o seguimento do tratamento e a facilidade para o desenvolvimento da multirresistência. O tempo necessário para a conclusão do tratamento, o uso de drogas lícitas e ilícitas, a infecção por HIV e o fato do paciente não residir com familiares foram os fatores preditores apontados como os mais importantes para o abandono do primeiro tratamento da tuberculose pulmonar (SILVEIRA et al., 2012; CAMPANI, MOREIRA e TIETBOHEL, 2011).

Recorte nº 65: “...tinha um território de muitos alcoolistas, e agora ele está misto, eu tenho pacientes que a droga preferencial o crack, os alcoolistas se fixam num lugar, eles ficam ali 10, 20, 30 anos no mesmo lugar, o usuário de crack não, ele é bem andarilho e é uma dificuldade muito grande de tratar, essas pessoas porque elas andam muito, e fora do território...” (E1).

Recorte nº 66: “O uso da droga é um desafio, porque na rua eles têm acesso livre às drogas, seja o álcool ou qualquer tipo de droga. Isso faz com que eles esqueçam, desistam mesmo, alguns não venham, é um desafio o uso da droga que é desenfreado, é muito fácil eles acharem droga, então é bem complicado isso é o que dificulta mais” (E2).

Verificamos nos recortes acima que o uso de substâncias psicoativas tem sido um forte elemento de entrave para o tratamento, a mudança de perfil quanto à substância química utilizada, a troca e/ou a soma do álcool pelo crack, “alcoolidas se fixam”, “o usuário de crack não”, refletem-se como maiores desafios e dificuldades de acompanhamento desse sujeito pela equipe, “é uma dificuldade muito grande de tratar”, “O uso da droga é um desafio”, “é bem complicado”. A paráfrase discursiva dos recortes acima revela que enquanto o acesso à cura da tuberculose é um demorado e difícil caminho a ser percorrido devido ao tempo mínimo de seis meses de tratamento, realização de exames, ingestão medicamentosa supervisionada diária, possíveis efeitos colaterais, comparecimento em consultas, o acesso às substâncias psicoativas lícitas e ilícitas é prático, rápido e facilitado: “é muito fácil eles acharem droga”.

De acordo com a percepção dos sujeitos portadores de TB estão entre os principais motivos de abandono de tratamento: o uso de drogas ilícitas e lícitas (30%) e a falta de alimentos (15%). A vulnerabilidade das pessoas que fazem uso de droga salienta a necessidade de intervenções prioritárias, urgentes e específicas. Desconsiderar as diferenças de perfil dos indivíduos expressa o distanciamento de resultados satisfatórios no tratamento e de uma efetiva interrupção da cadeia de transmissão da tuberculose (PAIXÃO; GONTIJO, 2007).

A dinâmica conferida pelas ruas oferece muitas possibilidades e perigos, exigindo de quem nela está amadurecimento, já que expõe a pessoa a situações de vulnerabilidade. Embora a rua seja um local de estímulo, também restringe. Oferta liberdade e renúncias, amplia as relações de amizade, contudo mostra a perversidade de seus pares. A rua acolhe a qualquer um, mas o deixa vulnerável. “A rua é assim, tal como ‘sereia’, seduz e atraiçoa” (BRASIL, 2014; RIBEIRO, 2003 p.623).

Recorte nº 67: “[...] o morador em situação de rua porque eu acho que de alguma forma ele se habituou com esse espaço, esse espaço já faz parte da sua rotina, do seu cotidiano, e não estar na rua para ele é um lugar estranho” (E5).

Mesmo diante do cenário que se apresenta, no qual o estar na rua simboliza um dos maiores graus da miséria humana e social, marcada pela ausência de recursos mínimos de sobrevivência, como alimentação e higiene, exposição direta a situações de violência, alta

vulnerabilidade em adoecer física e mentalmente, as pessoas que estão na rua encontram nela um espaço de pertencimento e “acolhedor”. O estranhamento discursado pelo profissional gestor no final do recorte nº 67 “não estar na rua para ele é um lugar estranho” evidencia o efeito de sentido de que a rua aceita a todos, independentemente das condições econômicas, raciais, sociais e de saúde.

Em contextos sociais marcados pela desumanização e caracterizados por estigmas, violência e segregação, o indivíduo em situação de rua, no seu processo de exclusão, sofre rupturas familiares, sociais e afetivas, por isso necessita vivenciar novas formas de se relacionar e resignificar sua inserção na vida. Diante dessa realidade, o indivíduo necessita buscar mecanismos psíquicos de adaptação que possibilitem o conviver com a nova realidade que a ele se impõe (BRASIL, 2012).

A perda de todo o referencial de vínculos sociais, familiares e humanos faz que a pessoa que se encontra em situação de rua busque encontrar nas mais diversas formas de (sobre) viver uma nova possibilidade, sendo a rua o próprio “incentivo” de (re)vinculação com o mundo.

Este bloco discursivo nos aponta que os incentivos utilizados como recursos para maior adesão ao tratamento de TB não devem ser padronizados, mas sobretudo que sejam considerados por meio de avaliação do território e escuta das equipes do CnaR, as especificidades e reais necessidades da população atendida. Fica ainda a reflexão de quais seriam as estratégias de fornecimento mais adequadas para estimular a adesão, o tratamento e a cura, sem que esses insumos sejam utilizados como “estratégias” na manutenção da doença ou de meio financeiro para a aquisição de substâncias psicoativas.

6.4.4 A organização do trabalho

Embora existam questões técnicas e sistematizadas que balizam a operacionalização do trabalho de atenção primária na rua, o acolhimento e o vínculo oferecido aos que estão vivendo nela e dela são considerados fundamentais para a construção do processo de trabalho. Quando a pessoa em situação de rua percebe o cuidado que recebe e que é não somente a sua ferida é vista, mas também a sua vida, ela se torna mais abordável. Dada a importância de considerar o outro em suas singularidades, a capacidade técnica do profissional que atua no CnaR deve estar associada à capacidade de não excluir, mas sim acolher. Os vínculos são inclusivos e fazem a diferença na vida outro, principalmente para a população em situação de rua que comumente é tratada de modo frio e tecnicista. A convivência com a população em situação de rua ensina que o caminhar deve ser constante, sem desanimar, e que a construção dos caminhos se dá na partilha. Mesmo quando se tem pressa, como em situações de saúde e aderência ao tratamento, o que poderá oferecer as melhores conquistas, é a resposta que humaniza e vincula (Brasil, 2012)

Recorte nº 68: “[...] é bem diferente da estratégia convencional, eu acho que o contato, a forma de lidar acaba sendo algo mais integralizado eu acho que a gente consegue olhar de uma outra forma” (E3).

Recorte nº 69: “[...] o consultório na rua é a grande mudança do modelo da Atenção Primária neste país... não só pela forma na qual o cuidado ele é realizado, mas principalmente de como a concepção deste cuidado, a equipe que é ampliada, o número reduzido de pacientes, a possibilidade de você ter uma clínica um pouco mais diferenciada” (E4).

As posições ocupadas pelos sujeitos evidenciam a forma como a ideologia os afeta, há a ilusão de que o que foi dito, foi elaborado por ele próprio. No início do recorte nº 68, a enfermeira apresenta o CnaR como sendo “bem diferente da estratégia convencional”, enquanto o sujeito gestor (recorte nº 69) o apresenta como “um pouco mais diferenciada”, embora ambos usem o significante que indica “diferente” e “diferenciada”, a intensidade muda para cada um dos sujeitos, para um é “bem” e para o outro é “um pouco”. No entanto, a contradição presente no fragmento discursivo do recorte nº 69 evidencia o apagamento de sentidos ao qual o sujeito está exposto, inicia o discurso dizendo “que o consultório na rua é a grande mudança do modelo da Atenção Primária neste país” e o finaliza com a redução desse sentido para “clínica um pouco mais diferenciada”.

Os efeitos de sentidos não ditos em “mais integralizado”, “olhar de uma outra forma”, “concepção deste cuidado”, “equipe que é ampliada” e “número reduzido de pacientes” depõem contra o interdiscurso coletivo que foca apenas na doença e supervaloriza as especialidades, nesse sentido os entrevistados do CnaR fazem questão de demonstrar o modo que exercem suas atividades, realizando o trabalho de forma integral e garantindo à pessoa cuidada não apenas práticas assistencialistas, mas sobretudo compreendendo o outro como cidadão de direitos.

Para prestar assistência com maior integralidade e equidade, os entrevistados do CnaR apontam o trabalho em equipe como fundamental. O trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde requer compreensão das várias disciplinas, visto que lida com a complexidade que sua inserção apresenta no contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção, prevenção e reabilitação, na busca da parceira intersetorial e na resolutividade dos problemas de saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Cabe às equipes do CnaR atuar em parceria com as equipes das UBSs responsáveis pelo território, bem como com outros equipamentos de atenção da rede de saúde (BRASIL, 2012).

A discussão de casos está diretamente ligada ao trabalho em equipe e à continuidade

do cuidado, bem como à ampliação de possibilidades de intervenção, pois valoriza o saber do outro diante da situação discutida. A discussão dos casos faz parte da rotina dos CnaR, ocorrendo de modo regular e sistemático.

Recorte nº 70: “mensalmente a gente se reúne, meio que discute casos, faz discussão de casos de abandono, casos que a pessoa foi presa, ou foi transferida... outra coisa é a integração entre as equipes que trabalham com a saúde e com a assistência social [...] agente troca informações por e-mail para a gente tentar se articular, buscar ativamente esse paciente em outros territórios além da região” (E6).

Analisando o recorte nº 70, podemos notar que a assessora técnica apresenta o modo como é feito o contato entre as equipes de outras regiões quando o indivíduo não é localizado em seu local de origem, “a gente troca informações por e-mail”, “buscar ativamente”, “discussão de casos”, “integração entre as equipes”. Importante destacar que os verbos “tentar” “articular” e a sequência discursiva “meio que discute casos”, evidenciam o não dizível da dificuldade que pode estar presente nessa relação de comunicação e articulação entre as diferentes equipes e territórios, bem como a importância de que os casos sejam discutidos de modo mais “inteiros”, mais profundos.

Recorte nº 71: “conversar, discutir o caso, ajuda muito as reuniões que nós temos com os CAPS, a assistência social também é o que nos ajuda bastante, mas está caminhando, está caminhando” (E2).

Recorte nº 72: “É a rede, mas rede não é isso você encaminhar para um outro serviço, rede é sentar e discutir os problemas” (E4).

Ainda que a posição dos sujeitos nos recortes nº 71 e nº 72 sejam distintas, o intradiscorso no qual os dizeres são formulados se completam, indiciando um como continuação do outro, em ambos está marcada a importância do trabalho em rede, das discussões de caso e das reuniões entre os serviços. Contudo, tanto no discurso do E2 quanto do E4 a conjunção “mas” aponta para a mudança de produção de sentido de que essa ação não ocorre de modo efetivo. A contradição das sequências discursivas reforçada pela repetição dos significantes “mas está caminhando, está caminhando” e “rede não é isso você encaminhar para um outro”, sugere a necessidade de amadurecimento dessa prática que está em construção.

O espaço das reuniões de discussão no processo de trabalho das equipes representa potencialidade para criação de ações coletivas de atenção à saúde, de fortalecimento e constituição do grupo enquanto equipe (MATUMOTO et al., 2011).

Além das reuniões, discussões de casos e construção do trabalho em rede, utiliza-se

também como estratégia para a atenção ao sujeito com tuberculose as constantes buscas ativas no território para o diagnóstico precoce; exames de baciloscopia e cultura são solicitados a todos os pacientes cadastrados indiscriminadamente, visto que a tosse é um sintoma “comum” e frequente na PSR; o DOTS é feito na UBS ou no território; os indivíduos em tratamento são monitorados periodicamente, por meio de visitas diárias; são realizados os exames previstos no protocolo de tratamento de TB; o teste rápido de HIV é realizado pelos profissionais do CnaR, sendo oferecido a todos os pacientes e os encaminhamentos a outros serviços são feitos de acordo com a necessidade.

Como discursado nos recortes abaixo:

Recorte nº 73: “[...] a gente pede BK para todo mundo, quem está tossindo e quem não está tossindo, porque sempre que tosse acham que é por causa do cigarro, então a gente meio que aboliu mesmo um pouco esse critério de tossindo há mais de 15 dias, até por conta da incidência na rua que é muito alta então assim” (E5).

Recorte nº 74: “[...] todos os dias da semana naquele território tem gente para medicar, porque trabalha todos os dias das sete às vinte e duas horas, então mesmo nos finais de semana e tudo o tratamento supervisionado está mantido supervisionado por um profissional da saúde mesmo. Enfim as UBSs que fecham nos finais de semana, daí as equipes de deixam a medicação para o final de semana e tudo mais...” (E6).

O acompanhamento sistemático do tratamento diretamente observado e a capacitação dos agentes comunitários de saúde são ações essenciais para a redução das taxas de abandono (SILVEIRA et al., 2012).

Recorte nº 75: “[...] não oferecemos o TDO, nós já colocamos que tem que ser o TDO entendeu, tipo a gente não dá opção dele tomar o TDO na rua a gente fala que tem que ir na UBS... se ele não vir você vai lá e dá a medicação, faz o supervisionado domiciliar, que é a estratégia que a gente está fazendo e está tendo um resultado bom” (E3).

As paráfrases presentes no discurso da profissional enfermeira no recorte nº 75, apresenta relações autoritárias, tendo como resultado a perda da autonomia do indivíduo, em que o mesmo passa a não fazer parte do processo de decisão, sendo tão somente um espectador (SURNICHE, 2015).

Outro mecanismo utilizado para reduzir a taxa de abandono é a supervisão do trabalho dos profissionais e das equipes.

Recorte nº 76: “a visita [...] acaba sendo muito mais para ver se os instrumentos tão sendo bem preenchidos, mas ela não acontece constantemente” (E6).

Recorte nº 77: “[...] cobra números, quantos foram curados, quantos pacientes estão com tratamentos, quantos pacientes estão com DOTS, quantos pacientes tiveram alta cura, são números!” (E4).

De acordo com o discurso polissêmico do recorte nº 76, os efeitos de sentidos produzidos pela supervisão de instância superior feita na UBS têm como principal objetivo ver os instrumentos, ver os papéis; os profissionais que realizam o cuidado, tão pouco os sujeitos em acompanhamento de TB são vistos. A visita “não acontece constantemente” traz vestígio parafrásico de distância, falta de proximidade e falta de vivência com relação às ações que são supervisionadas.

Nesse sentido, o discurso do sujeito gestor no recorte nº 77 corrobora com os indícios de que as questões burocráticas são mais importantes que as pessoas, sendo reforçada pelas repetições dos significantes “números” e “quantos”.

A palavra burocracia origina-se do francês *bureau* (escritório) e do grego *kratia* (poder). Para Max Weber, a burocracia é um sistema que busca organizar, de modo estável e durável, a cooperação de várias pessoas, por meio de uma função especializada. Utilizada na tentativa de coordenar o comportamento humano através da autoridade visando atingir os objetivos organizacionais gerais (LEAL, et.al, 2011).

Recorte nº 78: “*A gente preenche um tratado de medicina interna (risos) [...] Vários formulários e encaminha [...]*” (E1).

A metáfora “tratado de medicina interna” remete à burocracia exigida para o encaminhamento do indivíduo ao serviço terciário. Coloca que para poder realizar o encaminhamento para internação hospitalar da pessoa com TB resistente é preciso engendrar um grande esforço e investir muito tempo para o preenchimento de todos os formulários exigidos, sendo, aqui, comparando a uma coleção de livros de conteúdo extenso. O riso durante o discurso busca suavizar a dificuldade desse processo.

Recorte nº 79: “[...] tenho um papel de ficar no pé para não deixar cair a peteca porque acho que também eles ficam desmotivados acho que a desmotivação a insatisfação do não êxito é um fator desmotivador, então acho que a todo momento a gente tem que ficar estimulando, a gente não pode desistir[...]” (E4).

O interdiscurso acima representa um conjunto de enunciado dizível, o sujeito gestor coloca-se no papel de supervisão fiscalizatória ao utilizar a metáfora “ficar no pé”, evidenciado o estar junto, estar perto, estar observando as ações das equipes, mas sobre tudo coloca-se também por meio da metáfora “não deixar cair a peteca” como o responsável

pela motivação e incentivo da equipe que gerencia. Aponta a preocupação com os sentimentos negativos de “desmotivação” e “insatisfação”, e se esforça para se manter nesse papel de motivador.

É importante ressaltar que a supervisão esperada pelos profissionais revelada por meio dos discursos não deve estar centrada apenas em questões administrativas, burocráticas, fiscalizatórias e punitivas, mas que também sirvam de apoio e suporte aos profissionais. Importante ressaltar que os pontos críticos e possíveis irregularidades encontradas durante as supervisões sejam utilizados como perspectivas educativas para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Este bloco discursivo, teve como propósito a apresentação das práticas que organizam o trabalho das equipes, como vemos nos discursos dos entrevistados o CnaR tem como objetivo atuar de modo distinto, olhando o indivíduo que se encontra em situação de rua de uma “outra forma”, por meio de formação de vínculos e acolhimento diferenciado. O trabalho em equipe é apontado como fundamental, tendo nas discussões de caso e no trabalho em rede a base do planejamento e da continuidade das ações. O monitoramento diário constante é destacado como uma possibilidade do alcance da cura; a realização indiscriminada de exames de baciloscopia e cultura a todos os cadastrados tem sido uma prática de diagnóstico e tratamento precoce; o tratamento diretamente observado na UBS é feito com todas as pessoas com TB e quando isso não é possível, a oferta medicamentosa é realizada no território; busca ativa de faltosos e supervisão do trabalho. Embora seja um fator apresentado como dificultador do processo de trabalho, as questões e as exigências burocráticas são cumpridas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os postulados do referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de matriz francesa que nortearam este estudo, partimos do pressuposto de que a partir do contexto de produção é possível perceber os efeitos de sentido produzidos pelos dizeres e não dizeres dos sujeitos entrevistados. Essa investigação teve como intuito analisar os efeitos da produção de sentido das Equipes de Consultório na Rua no cuidado à pessoa com Tuberculose. Destacamos que a compreensão de discurso na perspectiva da AD é feita mediante o entendimento de que o mesmo é produzido por meio de um encontro entre interlocutores em um determinado contexto e momento, desta feita, não pode ser entendido como único e acabado.

Entendendo que na AD trabalhamos com os efeitos de sentido de um discurso em movimento, podendo significar diferentemente a partir de distintas condições de produção, ressaltamos que fragmentos aqui apresentados, embora validem alguns modelos explicativos a respeito dos sentidos do cuidado junto à pessoa com tuberculose pelas equipes de consultório na rua, sempre terão outras possibilidades de análises e gestos interpretativos.

O estar na rua simboliza um dos maiores graus da miséria humana e social, marcada pela ausência de recursos mínimos de sobrevivência como alimentação e higiene, ruptura ou fragilidade na relação familiar, exposição direta às situações de violência, sendo também caracterizada por estigmas e segregação, além de ter aumentada a vulnerabilidade em adoecer física e mentalmente. Quando comparadas à população em geral, as pessoas desprovidas de residência fixa apresentam 67 vezes mais chance em adoecer por TB, visto que a doença está diretamente relacionada à pobreza. Diante desse cenário, os profissionais muitas vezes sentem-se impotentes frente à situação social e à doença que vivenciam, por isso é elementar o suporte ao profissional de saúde para que ele possa continuar sendo promotor de cuidado.

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais que realizam *in loco* o cuidado integral à saúde a uma população em situação de rua geograficamente estabelecida. Oferecem atenção integral por meio de atividades itinerantes, realizam atividades compartilhadas e integradas com a UBS e, quando necessárias, ações com outros serviços.

Entre os sentidos do cuidado para o controle da tuberculose presentes nos discursos passíveis de destaque estão as habilidades dos profissionais em conhecer o território que atuam, realização da clínica de modo acolhedor, disposição em estabelecer vínculo, atenção às necessidades individuais do sujeito como cidadão de direitos e a capacidade de persistir investindo no cuidado mesmo diante das adversidades.

Ao organizarmos o corpus para análise, quatro blocos discursivos foram construídos, a saber: Equipe de Consultório na Rua: caracterização do cuidado; Estrutura de serviços para atenção à pessoa com tuberculose; Incentivos: cura x manutenção da doença; A organização do trabalho.

O interdiscurso, as polissemias, paráfrases e metáforas foram de grande importância para a identificação dos sentidos circulantes. Relacionados aos cuidados prestados pelas equipes do CnaR estão a dificuldade de atuar no contexto de miséria, a disposição de agir diante do não programado; o preconceito tanto ao sujeito quanto aos profissionais de saúde; a estigmatização da população atendida e sua invisibilidade enquanto cidadão de direitos; a necessidade de facilitar o acesso aos serviços de saúde e assistência social, garantindo atenção integrada e personalizada. Apesar do desafio para se efetivar a assistência à saúde em cenário demasiadamente complexo e singular, são evidentes a realização e a satisfação pessoal dos profissionais que atuam no CnaR, os discursos apontaram que esse contentamento não está vinculado ao caráter assistencialista da prestação desse cuidado, mas sobretudo por considerar o seu semelhante como ser humano dotado de desejos e direitos.

O bloco discursivo que considerou a estrutura de atenção à pessoa com TB evidenciou que a dimensão da doença é diferente para cada sujeito, por isso, tem influência direta na adesão ou não ao tratamento, entender esse processo é fundamental para um cuidado que aumente as possibilidades de cura; o trabalho em rede de suma importância, no entanto é um processo em construção, visto que muitas vezes a população em situação de rua é vista como responsabilidade exclusiva do CnaR; a rigidez do modelo TOD pode enfraquecer o estímulo da autonomia. A impossibilidade de mudar o contexto de pobreza e a deficiência e/ou ausência do suporte institucional para pacientes e profissionais com relação ao controle da TB gera sentimento de impotência, desmotivação e frustração nos membros do CnaR.

No que diz respeito aos incentivos fornecidos como “benefício” (vale-transporte e cesta básica) para estimular a cura, é importante ressaltar que estes não fazem frente às necessidades do sujeito, pois ele não tem hábito de utilizar transporte público e não tem onde fazer seus alimentos; o lanche que era disponibilizado para o desjejum desses indivíduos, atendendo minimamente uma de suas carências, foi suspenso sem ser considerado o contexto e o pedido dos profissionais. É frequente a adoção dos incentivos como moeda de troca na rua para a obtenção de substâncias psicoativas, bem como a interrupção do tratamento para não ter a concessão do incentivo suspenso, isso posto, percebemos que a estratégia para motivar a cura pode servir de manutenção da própria doença e meio para obtenção de drogas. Diante disso, é inadiável considerar as peculiaridades de cada território e população, bem como a escuta dos profissionais que atuam nos CnaR para a construção de estratégias que de fato atendam às demandas levantadas.

Com intento de apresentar a organização do trabalho do CnaR, evidenciamos nos discursos que olhar o indivíduo que se encontra em situação de rua com afeto e disposição para cuidar, respeitando as suas singularidades, é essencial para aumentar a viabilidade de adesão ao tratamento. É primordial um trabalho de equipe que repercuta em discussões de casos e no trabalho em rede para fundamentar o planejamento e a continuidade das ações. São destacados a realização indiscriminada de exames de baciloscopia e cultura a todos os cadastrados, busca ativa de faltosos e supervisão do trabalho. As questões administrativas burocráticas de preenchimento de impressos, requisições e formulários são discursadas como obstáculos na assistência, visto que consomem considerável tempo do profissional, sem necessariamente reverter em melhoria para os pacientes; igualmente, o não cumprimento dos acordos estabelecidos intersetorialmente indicam entraves na continuidade do atendimento; o longo tempo de tratamento e as multirresistências aos fármacos foram apontadas como prejudiciais no processo de cura.

Dessa forma, destacamos que o modelo de cuidado utilizado pelas equipes de consultório na rua da região central do município de São Paulo contribui significativamente para a garantia do direito de acesso dessa população aos serviços de saúde, amplia a detecção precoce, o tratamento, o acompanhamento e a cura da pessoa com TB, conciliando o trabalho técnico-científico a uma prática de atenção integral e humanizada, mesmo em condições de saúde e sociais complexas, dinâmicas e intensamente vulneráveis.

Por fim, com esta pesquisa salientamos a relevância da utilização da AD francesa nas ciências da saúde, dada a riqueza de possibilidades quanto aos efeitos de sentidos dos processos discursivos; dada a recente implantação do modelo de atenção das equipes de consultório na rua, destacamos a importância da realização de mais estudos que abordem essa temática.

8 REFERÊNCIAS

- ACHARD, P.; DAVALLON, J.; DURAND, J. L.; PÊCHEAUX, M.; ORLANDI, E.P. **Papel da Memória**. 3ª ed. Campinas: Pontes Editores, 2010.
- ACSELRAD G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: ACSELRAD G. (Org.) **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 161-188.
- ADORNO, R. C. F.; VARANDA, W. 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. 23-45, 2004.
- ALMEIDA, M. C. P; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 9, p. 150-153, 2001.
- ALVAREZ, A. M. S.; ALVARENGA, A. T.; DELLA RINA, S. C. S. A. Histórias de Vida de Moradores de Rua, Situações de Exclusão Social e Encontros Transformadores. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 259-272. 2009.
- ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A.; MORAES, M. A. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate a enfermidade. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 367-79. 2000.
- ASSOLINI, F. E. P. **Interpretação e letramento: os pilares de sustentação e autoria**. 2003. 269p. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- _____. Leitura e formação inicial: repercursões para os fazeres pedagógicos de professoras alfabetizadoras. In.: XVI CONGRESSO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE LINGUISTICA Y FILOLOGIA DE LA AMERICA LATINA, 2011. Espanha.
- Atenção Básica. **Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=21/05/2014. Acesso em 29 maio 2014.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12ª ed.. São Paulo-SP: Hucitec, 2006.
- BARROSO, E. C.; RODRIGUES, J. L. N.; PINHEIRO, V. G. F.; CAMPELO, C. L. Prevalência da Tuberculose multirresistente no Estado do Ceará, 1990-1999. **J Pneumol**, v. 27, n. 6, nov-dez 2001.
- _____. et al. Fatores de risco para a tuberculose adquirida. **J. Bras. Pneumol**. São Paulo, v. 29, n. 2, abr. 2003.
- BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à Análise do Discurso**. 3ªed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012. 117p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose**. Cadernos de Atenção Básica n. 06 Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 148. 1º Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. GONÇALVES M. J. F.; PENNA M. L. F. **Morbidade por tuberculose e desempenho do programa de controle em municípios brasileiros, 2001 – 2003**. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=423. Acesso em 06 nov. 2015.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS Trabalho e Redes de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. **Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm. Acesso em 15 out. 2013.
- _____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de ações programáticas estratégicas de área técnica de saúde mental. **Nota técnica conjunta/2012. Coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e atenção básica**. Brasília: 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf>. Acesso em 08 dez. 2015.
- _____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico volume 43 Edição Especial – 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico volume 44 nº 2 – 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Brasília: 2013. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html

- . Acesso em 12 nov. 2015.
- _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da Pessoa em Situação de Rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico volume 44 nº 2 – 2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico volume 46 nº 9 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=423. Acesso em 06 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa Nacional Censitária e Por Amostragem da População em Situação de Rua, 2007. **Política nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília: 2008.
- BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 7.053, 23 de Dezembro de 2009**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em 07 maio 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**. Protocolo de enfermagem. Brasília: 2011.
- BRUNELLO, M. E. F. et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção básica a pacientes com tuberculose. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 176-82. 2009.
- BURSZTYN, Marcel (org). **No meio da Rua**. Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda., 2000.
- CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. A.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J Bras Pneumol**, v. 37, n. 6, p. 776-782. 2011.
- CAREGNATO, R. C.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso *versus* Análise de Conteúdo. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.679-84. 2006.
- CARNEIRO JÚNIOR, N. E. A.; LONFERINI, G. M.; ALI, D. A.; MARTINELLI, M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, v. 7, n. 2, p. 47 -62. 1998.

- CARVALHO, I. **Estudo mostra que maioria da população de rua não bebe nem usa drogas.** **Brasil de Fato**, Rio de Janeiro, 2015 Disponível em: [.http://www.brasildefato.com.br/node/12950](http://www.brasildefato.com.br/node/12950). Acesso em 06 nov. 15
- CASTEL, R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Cadernos CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 19-40. 1997.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE). Secretaria do Estado de São Paulo. Alguns aspectos epidemiológicos do controle da tuberculose no estado de São Paulo. **Boletim epidemiológico do Centro de Vigilância Epidemiológica**, São Paulo, v. 2, n.11, 22 de junho de 2012.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Secretaria do Estado de São Paulo. **Sistema de Informação da Tuberculose** de 2013. Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br/tuberculose>. Acesso em 24 out. 2013.
- COVRE, M. L. M. **O que é cidadania**. Brasiliense: São Paulo, 1991.
- DALLARI, D.A. apud Scherer, E.F. **Classes populares e ampliação da cidadania**. Serviço Social e Sociedade. n. 23. São Paulo: Cortez, 1987.
- DALCOMO, M. P.; FORTES, A.; MELO, F. F.; MOTTA, R.; NETTO, J. I.; CARDOSO, N.; ANDRADE, M.; BARRETO A. W.; GERHARDT G. Estudo da Efetividade de esquemas alternativos para o tratamento da tuberculose multirresistente no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 25, n. 2, p. 70- 77, março/ abril, 1999.
- DORIGAN, J. H., L' ABBATE, S. Rede mista: espaço transversal à construção do conhecimento e produção de práticas de saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 69-79, jan-mar 2014.
- ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FONSECA, Z.; TEIXEIRA, M. (org). **Saberes e Práticas na atenção à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. 1ª Ed. Hucitec: São Paulo, 2015.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27. 2008.
- _____; SETOUE, C. S., MELO D. G. Afeto, proximidade, frequência e uma clínica hesitante: bases do “vínculo” entre pacientes com síndrome de Down e a Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1881-1892. 2013.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- _____. **Vigiar e Punir Nascimento da Prisão**. 20ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- _____. **Microfísica do poder**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. Centros de estudos rurais

- e urbanos FIPE/ CERU. **Censo da População de Rua da Cidade de São Paulo 2009/2010. Indicadores para diagnósticos sintéticos da Saúde Cidade de São Paulo 2004-2011**. Ano 8, n. 5,3 abril de 2013. Dez. Disponível em sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4304. Acesso em 08 dez. 2015.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Assistência Social (SAS)/ FIPE, 2000.
- _____. **Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Assistência Social (SAS)/ FIPE. São Paulo, 2015.
- GÄRDEN, B.; SAMARINA, A.; STAVCHANSKAYA I.; ALSTERLUND, R.; VREGAARD, A.O.; TAGANOVA, O.; SHPAKOVSKAYA L.; ZJEMKOV, V.; RIDELL, M.; LARS-OLOF, L. Food incentives improve adherence to tuberculosis drug treatment among homeless patients in Russia. **Scandinavian Journal of Caring Sciences, Scand J Caring Sci**; v. 27, p. 117-122, 2012.
- GAZETTA, E. C.; VENDRAMINI, S. H. F.; RUFFINO-NETTO, A.; OLIVEIRA, M. R. C., VILLA, T. C. S. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 2, p.192-198. 2007.
- GILL, L. A. Uma doença que não perdoa: a tuberculose e sua terapêutica no sul do Brasil e na Itália, em fins do século XIX e início do XX. **História (São Paulo)** v. 31, n.1, p. 266-287, jan/jun 2012.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheaux e Orlandi. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, out/dez, v.15, n.4, p.555-62. 2007
- GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. VII, n. 2, p. 303-25. 2000.
- GREGOLIN, M. R. V. A análise do discurso: conceitos e aplicações. **Alfa**, São Paulo, 39, p. 13- 21,1995.
- GUIMARÃES R. M.; LOBO A. P.; SIQUEIRA E. A.; BORGES T. F. F., MELO S. C. C. Tuberculose, HIV e Pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e Mundo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n.4, p. 511-517. 2012.
- HAVANA P.; CANÔNICO, H. P.; TANAKA, A. N. D. A; MAZZA, M. M. P. R.; SOUZA, M.F.; BERNAT, M. C.; JUNQUEIRA, L. X. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, 41 (Esp), p. 799-803, 2007.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas das populações**

- residentes segundo municípios.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>. Acesso em 16 nov. 2015.
- IGNOTTI, E.; OLIVEIRA, B. F. A.; HARTWING, S.; OLIVEIRA, H. C.; SCATENA, J. H. G. Análise do Programa de controle de Tuberculose em Cárceres, Mato Grosso, antes e depois da Implantação do Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 3, p. 287- 294. 2007.
- KOVÁCS, M. J. Educação para a Morte. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 484-497. 2005.
- LEAL, A.; PINNO, C.; SARTURI, F.; MARON, L.; GARCIA, S. S. Teoria da burocracia: uma reflexão Para a enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20. 2011.
- LIMA, J. C. C. Solidão e contemporaneidade no contexto das classes trabalhadoras. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 21, n. 4. 2001.
- LONDERO M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface, Botucatu**, v.18, n. 49, p. 251-260. 2014.
- MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicol. estud. [online]**, v. 5, n. 1, p. 115-137. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v5n1/v5n1a08.pdf> Acesso em 08 nov. 2015.
- MARTINS, L. F.; LAPORT, T. J.; MENEZES, V. P.; MEDEIROS, P. P. B; ROZANI, T. M. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4939-4750. 2014.
- MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Zahar: São Paulo, 1967.
- MATUMOTO, S.; MISHIMA, M. S.; FORTUNA, C. M; PEREIRA, M. J. B.; ALMEIDA M. C. P. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 603-10. 2011.
- MEDEIROS S. M, GUIMARÃES J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 571-579. 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- MONTENEGRO H. R. A.; FILHO A. J. A.; SANTOS T. C. F.; CORREA L. H. S. A enfermeira diplomada e a luta contra a tuberculose no Brasil: 1961–1966. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 945-52. 2009.
- OLIVEIRA, C. B. B. **Análise Discursiva de Gerentes da Atenção Primária à Saúde**: busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- OLIVEIRA, M. G. P. N. **Consultório de rua**: relato de uma experiência. 2009. Tese

- (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.
- OMOTE, S. Estigma no tempo da inclusão. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 10, n. 3, p. 287-308. 2004.
- Organización de las Naciones Unidas – ONU. **Declaración conjunta: centros de I detención e rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas**. ONU, 2012.
- ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: principio & procedimentos**. 12ª ed. Campinas: Pontes Editores, 2015. 98p.
- PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, **Rev Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 41, n. 2, p. 205-13. 2007.
- PÊCHEAUX, M. Ler, escrever e interpretar. In: _____. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. 5ª ed. Campinas: Pontes, 2008.
- _____. **Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução: Eni Puccinelli Orlandi et al. 5ª ed. Campinas: Editora Unicamp, 2014.
- PERELMAN, C.; OLBRECHTS-TYTECA, L. **Tratado da Argumentação – A Nova Retórica**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996.
- PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceitos. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, p. 43-9. 2007.
- PREUSS, M. R. G. **A Abordagem Biográfica – História de Vida**. Rio de Janeiro: Série Documenta-nº 8. Instituto de Psicologia-Eicos, UFRJ, 1997.
- PROTTI, S. T.; SILVA, L. M. C.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETO, A.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 665-70. 2010.
- QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 453-61, 2010.
- REID, R.; HAGGERTY, J. MCKENDRY, R. **Defusing the Confusion: Concepts and Measure of Continuity of Healthcare. Final Report**. Canadian Health Services Research Foundation. Canadian Institute for Health Information. Advisory Committee on Health Services of Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health. 2002.
- RESENDE, V. M. A naturalização da miséria contemporânea: análise discursiva crítica de uma circular de condomínio. **Rev. Brasileira de Lingüística Aplicada**, v. 8, n. 1, p.71-91. 2008.
- RIBEIRO, M. O. A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 622-9. 2003.
- ROSA, A. S; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na

- cidade de São Paulo, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275-85. 2015.
- ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRÊTAS A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 331–336. 2006.
- RUFINO-NETTO, A. A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, p. 7-18.1999.
- _____. Tuberculose: a Calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1, p. 51-58. 2002.
- RUTTER, M. Annual Research Review: Resilience – clinical implications. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 54, n. 4, p. 474-87. 2013.
- SÁ, L. D.; OLIVEIRA, A. A. V. O.; GOMES, A. L. C.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; COLLET,
- N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 356-63. 2012.
- SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. **TBWEB versão 1.6** [Internet]. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/DvTBC_TBWEB_2008.pdf. Acesso em: 22 out. 2015.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Boletim TB 2011**. São Paulo, 2011. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_tuberculose_2011_1335464303.pdf. Acesso em: 28 ago.2015.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Coordenação da Atenção Básica**. São Paulo, 2015. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/suvis/index.php?p=7345. Acesso em 27 ago. 2015.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Estratégia Saúde da Família - ESF**. São Paulo, 2014. Disponível em www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf. Acesso em 26 jun. 2014.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Vigilância em Saúde**. São Paulo, 2015. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936. Acesso em 22 out. 2015.
- SCHERER, E. F. Classes populares e ampliação da cidadania. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 23. 1987.
- SILVA, K. L, SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56. 2008.
- SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814. 2014.

- SILVA, O. Ôxente, que pesquisa diferente! Histórias de enfermagem revitalizadas pela literatura de cordel. **J. res.: fundam. care**, v. 6, n. 2, p. 830-840. abr./ jun.,2014. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2625/pdf_1295. Acesso em 06 nov. 2015.
- SILVEIRA, C. S; PASSOS, P. T; SODER, T. C. H.; MACHADO C. P. H.; FANFA, L. S.; CARNEIRO M.; VALIM, A. R. M.; POSSUELO, L. G. Perfil epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento para Tuberculose em um município prioritário do Rio Grande do Sul. **Rev Epidemiol Control Infect**, v. 2, n. 2, p. 46-50. 2012.
- SOUZA, K. M. J. **Discursos sobre a tuberculose: significância por e para os sujeitos**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- SOUZA, M. B.; ANTUNES, C. M. F.; GARCIA, G. F. Perfil de sensibilidade e fatores de risco associados à resistência do *Mycobacterium tuberculosis*, em um centro de referência de doenças infectocontagiosas de Minas Gerais. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, n. 5, p. 430-7. 2006.
- SUL21. **Ministério da Saúde lança campanha sobre direito da população de rua ao SUS**. 20/08/2015. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/ministerio-da-saude-lanca-campanha-sobre-direito-da-populacao-de-rua-ao-sus/> Acesso em 29 ago. 2015.
- SURNICHE, C. A. **Continuidade da assistência na visão do doente de tuberculose: uma análise discursiva**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J. P. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p.144-9. 2006.
- TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- TOUSO, M. M.; POPOLIM, M. P.; CRISPIM, J. A.; et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11. p. 4577-4585. 2014.
- TRIGUEIRO J. V. S.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D.; PALHA P. F.; VILLA T. C. S.; TRIGUEIRO D. R. S. G. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 6. nov./dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600003&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 06 nov. 2015.
- TURATO, E. R. **Tratado da Pesquisa Clínico – Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humanas**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da

população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, abr. 2004.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Rev. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 5, n.1, p. 39-51. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Tuberculosis Report**. Genève, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Tuberculosis Report**. Genève, 2014.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Iniciais: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Tempo de trabalho nesta função: _____

Data: _____ / ____ / _____

Modalidade da eCR: _____

1. Como a equipe de Consultório na Rua atua na atenção à tuberculose? Quais as estratégias utilizadas?

2. Quais os serviços de saúde disponíveis para diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa em situação de rua com tuberculose?

3. Quais outros serviços utilizados que contribuem para o tratamento da pessoa com tuberculose?

4. Como ocorre a distribuição dos benefícios previstos no programa de tuberculose como: cesta básica, lanche e vale-transporte?

5. Como foi o processo de captação, diagnóstico, adesão e tratamento junto aos pacientes que concluíram o tratamento de tuberculose por cura?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. O(a) senhor(a) está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “A rua que acolhe, a rua que cura: equipe de Consultório na Rua como estratégia para atenção à tuberculose”, desenvolvida por Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim sob orientação da Profa. Dra. Simone Terezinha Protti do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSCar.
2. As informações fornecidas ajudarão a equipe do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e também a rede de Atenção Básica na busca pela melhoria da prática assistencial da enfermagem, pois tornará possível identificar pontos que necessitam ser alterados e/ou mantidos com o intuito de melhorar o tratamento de Tuberculose promovido pelas equipes de Consultório na Rua (eCR) aos pacientes em situação de rua do município de São Paulo.
 - a. Você foi selecionado por fazer parte da equipe ou da gestão da eCR; ser adulto (maior de 18 anos); estar em atuação regular no trabalho durante o período de coleta de dados; e estar integrado ao processo de trabalho desenvolvido pela eCR.
 - b. Esta pesquisa tem como objetivo identificar os recursos utilizados pelas equipes de consultório na rua para o desenvolvimento de suas ações em relação à tuberculose.
 - c. Sua participação consistirá em responder às questões de uma entrevista que será áudio gravada (com média de duração de 40 minutos a ser realizada no serviço de saúde).
3. Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Pelos objetivos do presente estudo, os riscos que você estará sujeito são de constrangimento, sofrimento psicológico, emocional e também no momento da entrevista. No entanto, você está livre para tomar a decisão de interromper a atividade a qualquer momento ou desistir da participação em qualquer etapa do estudo sem ter qualquer prejuízo em relação ao seu tratamento.
4. Os contatos com os participantes e as entrevistas serão realizados pela pesquisadora que é aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. A mesma estará presente e disponível para informações durante todas as fases da pesquisa.
5. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais, garantindo o anonimato, sigilo e privacidade. A utilização dos resultados será exclusivamente para fins científicos. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.
6. Não haverá nenhum custo financeiro ao participante durante o desenvolvimento da pesquisa, como também o participante não receberá nenhum benefício em troca de sua participação.
7. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Tel.: (16) 3351- 8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Profa. Dra. Simone Terezinha Protti. Universidade Federal de São Carlos Rodovia Washington Luís, km 235 - SP-310. Departamento de Enfermagem. Telefone: (16) 33518334. E-mail: simoneprotti@yahoo.com.br

Mestranda de Enfermagem Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim Universidade Federal de São Carlos Rodovia Washington Luís, km 235 – SP-310. Departamento de Enfermagem. Telefone: (16) 33518334 E-mail: tatienf@gmail.com

Assinatura e Telefone do entrevistado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A rua que acolhe a rua que cura: equipe de Consultório na Rua como estratégia para atenção à tuberculose.

Pesquisador: Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33530014.6.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 797.128

Data da Relatoria: 12/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado a ser desenvolvido junto ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSCar.

Objetivo da Pesquisa:

Do projeto:

"Identificar as estratégias e os recursos profissionais, materiais e de serviços utilizados pelas equipes de consultório na rua para o desenvolvimento de suas ações em relação à tuberculose"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto descreve de forma adequada os riscos e benefícios envolvidos em seu desenvolvimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados satisfazem as exigências requeridas.

Recomendações:

-

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 797.128

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 19 de Setembro de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENARIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO
Rua Frederico Alvarenga, 259 – 4º andar, Parque Dom Pedro II. Fones: (011) 3241 2454/ 3241 3615

São Paulo, 01 de Outubro de 2014.

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/ SMS

Manifestamos parecer favorável à realização do Projeto de Pesquisa:

Título: “A RUA QUE ACOLHE A RUA QUE CURA: EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA COMO ESTRATÉGIA PARA ATENÇÃO À TUBERCULOSE”

Pesquisadora: TATIANA FERRAZ DE ARAÚJO ALECRIM, sob orientação da Profa. Dra. Simone Terezinha Protti, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos.

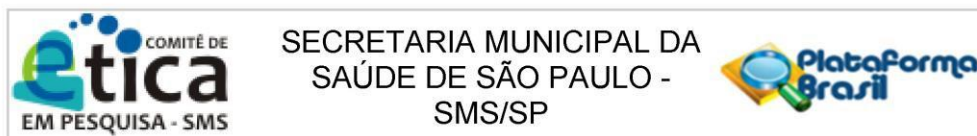
Campo de Pesquisa: UBS SÉ, UBS REPÚBLICA, UBS HUMBERTO PASCALLE E SUPERVISÃO DE VIGILÂNCIA A SAÚDE SÉ/ COORDENADORIA DE SAÚDE SÉ.

Informamos que esta Autorização está condicionada ao parecer APROVADO do CEP/SMS.

Recomendamos que a referida pesquisa, bem como resultados obtidos sejam inseridos na Biblioteca Virtual em Saúde -BVS/ SMS.

Atenciosamente,

SONIA MARIA TRASSI
COORDENADORA REGIONAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A rua que acolhe a rua que cura: equipe de Consultório na Rua como estratégia para atenção à tuberculose.

Pesquisador: Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33530014.6.3001.0086

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 820.011

Data da Relatoria: 02/10/2014

Apresentação do Projeto:

A tuberculose é uma endemia que persiste no nosso meio, com grande concentração em determinadas populações; um grupo particularmente vulnerável é a população em situação de rua. Diante deste fenômeno, a pós-graduanda se propõe a realizar uma pesquisa descritiva que tem como objeto o cuidado de pessoas em situação de rua pacientes de tuberculose, atendidas pelo Programa Consultório na Rua no Município de São Paulo. Serão entrevistados 20 gerentes de UBS e enfermeiros dos Consultórios na Rua atuantes na região central do Município.

Objetivo da Pesquisa:

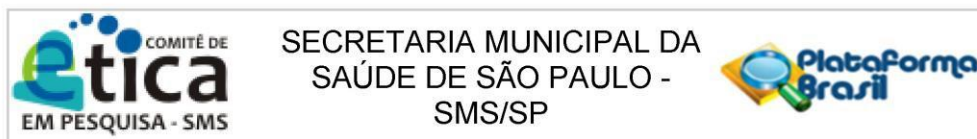
Objetivo primário:

- identificar as estratégias e os recursos profissionais, materiais e de serviços utilizados pelas equipes de consultório na rua para o desenvolvimento de suas ações em relação à tuberculose.

Objetivos secundários:

- identificar quais as modalidades de equipe de Consultório na Rua atuam no centro de Município de São Paulo;
- identificar quais os serviços de saúde primária, secundária e terciária disponíveis para diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas em situação de rua com tuberculose;
- identificar de que forma ocorre a distribuição dos benefícios previstos no programa de

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 820.011

Tuberculose como: cesta básica, lanche e vale-transporte;

- Identificar quais as estratégias para a captação, diagnóstico, adesão, tratamento e cura utilizadas junto aos pacientes que concluíram o tratamento de tuberculose;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As condições de risco estão plenamente justificadas e foram identificados no projeto e no TCLE.

Não há grupos mais vulneráveis envolvidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem valor científico e está imbuída de sua função social de contribuir para o desenvolvimento do SUS.

A metodologia é adequada aos objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, foi apresentada autorização da CRS Centro para realização da pesquisa. Cronograma e TCLE estão adequados. O currículo da pesquisadora é compatível com o projeto apresentado.

Orçamento e fonte financiadora foram informados.

Recomendações:

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

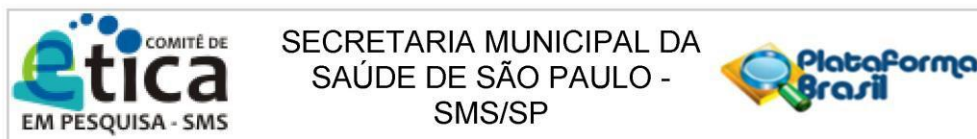
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 820.011

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 06 de Outubro de 2014

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: CENTRO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com

Café da Manhã
Nada **10!** 

Traga um amigo!
CAFE SEM TR

local: Ubs Sé - 1º andar
dia: 30 de Outubro de 2014
9:00 da manhã

Não perca! 



INDICADORES DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE					
Doenças/ Condições	Referidas		Observadas	Diagnosticadas	OBSERVAÇÕES:
	Preenchida por ACSR		Preenchida por ACSR	Preenchida por médico/enf	
Ferimento(s)/ Curativo(s)	() sim () não	()	()	()	
Usa bebida alcoólica?	() sim () não	()	()	()	
Tabagismo	() sim () não	()	()	()	
Usa drogas? Quais?	() sim () não	()	()	()	
Deficiência física	() sim () não	()	()	()	
Deficiência mental	() sim () não	()	()	()	
Doença(s) Psiquiátrica(s)	() sim () não	()	()	()	
Doença(s) Ortopédica(s)	() sim () não	()	()	()	
Doença(s) Pele	() sim () não	()	()	()	
Epilepsia	() sim () não	()	()	()	
DST/ Hepatites	() sim () não	()	()	()	
HIV/ AIDS	() sim () não	()	()	()	
Hipertensão Arterial	() sim () não	()	()	()	
Diabetes	() sim () não	()	()	()	
Tuberculose	() sim () não	()	()	()	
Hanseníase	() sim () não	()	()	()	
Doença de Chagas	() sim () não	()	()	()	
Malária	() sim () não	()	()	()	
Dor de dente	() sim () não	()	()	()	
Sofreu agressão física?	() sim () não	()	()	()	
Menstruou no último mês?	() sim () não	()	()	()	
Gestante	() sim () não	()	()	()	
Outros:	() sim () não	()	()	()	

INTERROGATÓRIO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS					
Mês	É sintomático respiratório?		BK 1ª amostra	Cultura	BK 2ª amostra
janeiro	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
fevereiro	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
março	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
abril	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
maio	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
junho	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
julho	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
agosto	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
setembro	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
outubro	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
novembro	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /
dezembro	() sim () não	()	/ / /	/ / /	/ / /

AÇÕES E ENCAMINHAMENTOS						
P.S./AMA/ hospital: consulta	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
P.S./ hospital: internação	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
P.S./AMA/ hospital: exames	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
UBS: consulta médica	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
UBS: consulta enfermagem	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
UBS: consulta outros profiss.	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
UBS: curativo/procedimentos	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
CAPS/ SAE/ CRT	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Casa restauração/recuperaç.	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Serviço Social	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Alimentação	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Albergue pernoite	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Albergue fixo	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Centro de convivência	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Banho	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Documentos	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Família	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Trabalho	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Outros:	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /

OBSERVAÇÕES: _____

ACSR responsável pelo preenchimento: _____