



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

TATIANA FERRAZ DE ARAÚJO ALECRIM

**Consultório na Rua e o adoecer por tuberculose na população em  
situação de rua**

São Carlos

2022

TATIANA FERRAZ DE ARAÚJO ALECRIM

**Consultório na Rua e o adoecer por tuberculose na população em  
situação de rua**

Manuscrito de Tese de Doutorado apresentada ao PPGENF, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

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

Orientadora: Simone Teresinha Protti-Zanatta

São Carlos

2022 Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Alecrim, Tatiana Ferraz de Araújo

Consultório na Rua e o adoecer por tuberculose na população em situação de rua

171 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar. Área de Concentração: Cuidado e trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Simone Teresinha Protti-Zanatta

1. Equipes de Consultório na Rua, 2. Tuberculose, 3. População em Situação de Rua, 4. Análise de Discurso, 5. Cuidado à pessoa com tuberculose.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

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

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim, realizada em 24/02/2022.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Simone Teresinha Protti Zanatta (UFSCar)

Profa. Dra. Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterro (USP)

Profa. Dra. Giselle Lima de Freitas (UFMG)

Profa. Dra. Mellina Yamamura Calori (UFSCar)

Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto (USP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a **Deus**, Autor da vida, a fonte do amor, da sabedoria, da força e da inspiração, que tem me presenteado com a oportunidade de sonhar e realizar feitos que, por minhas próprias mãos, eu jamais conquistaria.

À mulher amorosa, carinhosa, dedicada, animada, incentivadora, compreensiva, criativa, alegre, repleta de sabedoria, que desde seu ventre me acolheu, ofertou seu colo, seus ouvidos, seus elogios, a qual me ensina sobre a leveza da vida, sobre a praticidade em tudo, sobre não sofrer antes da hora, no seu modo de viver eu encontro a maior e melhor definição da palavra cuidado, a quem tenho a honra de chamar de mami, minha mãe: **Ana de Fátima Ferraz Araújo**.

Ao homem que me ensinou e me ensina, com sua vida, sobre andar nos caminhos da Fé, a importância do respeito, o amor ao próximo, a simplicidade, a humildade, a honestidade, o gosto pela leitura, a beleza da escrita, a prática do perdão, a identificar os limites, a apreciar uma boa e longa conversa, a alegria do convívio e do vínculo com as pessoas, a quem tenho a bênção de chamar de papi, meu pai: **Jonas de Araújo**.

Ao menino bagunceiro que me fez e me ensinou a ser irmã, que se tornou um homem forte, convicto de seus ideais, que milita contra as injustiças, estudioso, trabalhador, dedicado, companheiro, atencioso, observador, ajudador, amigo, pai presente, amoroso e cuidadoso, aquele que embarca a contar comigo histórias que só nós sabemos, mesmo sem tê-las vivido ou ouvido, a quem tenho orgulho de chamar carinhosamente de Ti, meu irmão: **Tiago Ferraz de Araújo**.

Ao homem que traz no rosto o sorriso de bom menino, que chegou para completar a alegria do lar, tranquilo, sereno, espontâneo, com incrível habilidade em dar um jeito para tudo, carinhoso, responsável, descontraído, investiu em mim e não permitiu que as minhas dificuldades financeiras e de aprendizado com a língua inglesa me impedissem de continuar persistindo na aprovação do doutorado, que se tornou um pai amoroso, cuidadoso e presente, a quem eu tenho a maior alegria de chamar de Duia, me irmão: **Túlio Ferraz de Araújo**.

Ao homem que insistiu em me conquistar, parceiro, amoroso, carinhoso, amigo, ousado, com desprendimento, respeitoso, ágil, que topa todas as aventuras, que dá um jeito para tudo, que não mede esforços para ajudar, que tem bom coração, que me incentiva nos meus sonhos, que sonha para mim e comigo quando minhas esperanças

se acabam, que me ajuda, me apoia, com quem constituí família, pai presente, amoroso e carinhoso, que persistiu a todo tempo em não me deixar desistir de ingressar no doutorado, este que tenho o privilégio de chamar de Gi, meu marido: **Giovanni de Araújo Alecrim de Araújo.**

Ao meu mais lindo sonho, personificado em um pré-adolescente fantástico, doce, amoroso, carinhoso, divertido, tranquilo, calmo, simples, espontâneo, inteligente, amante dos eletrônicos, 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 a graça de chamar de filho: **Antônio de Araújo Alecrim.**

Ao meu mais novo e lindo sonho, que desde os primeiros dias desta aventura acadêmica me acompanha de pertinho, que mostra a riqueza que há na intensidade de saber aproveitar cada segundo dessa vida de modo alegre e dinâmico, que seu sorriso encantador conquista e anima quem estiver por perto, ensinando que o amor vence qualquer cansaço, limitação física ou emocional, sensível, que valoriza a presença e uma conversa, a quem eu tenho a gratidão e privilégio de chamar de filho: **José de Araújo Alecrim.**

## AGRADECIMENTOS

Ao meu bem, meu amor **Giovanni**, fonte de admiração e inspiração, pelo incentivo constante, pela ajuda, pelo apoio, pela parceria, paciência, amizade e paternagem, sem os quais eu não teria conseguido iniciar e concluir o doutorado.

Aos meus **pais e irmãos**, pela presença mesmo que na distância geográfica, pelas orações, pelo incentivo, ouvido, pelos conselhos, pelo pronto apoio no cuidado com o Antônio e José durante essa caminhada.

Aos meus filhos **Antônio** e **José**, pela voz doce que acalma a alma, pelo carinho, pela alegria, motivação, pelo cuidado, pela parceria e compreensão nos momentos de ausência.

À cunhada e amiga **Law**, pelo incentivo de todas as horas, pela sabedoria, pela atenção com que me ouve, pelo incentivo, por valorizar minhas ideias e sonhos.

Aos meus queridos **Tia Lena** e **Tio Tu**, exemplos de cuidado, acolhida, hospitalidade, incentivo, atenção, dedicação, apoio, por me ajudarem, por serem presentes nos momentos mais especiais da minha vida.

Aos queridos **Rose** e **Guto**, pelo carinho, amor, apoio, incentivo, pelas orações, pelas longas conversas e por se alegrarem a cada conquista.

Aos queridos **José** e **Vera**, pela atenção, preocupação, pelo incentivo e dicas acadêmicas, pela ajuda, pelo apoio e pelas orações.

À prima e amiga **Bianca**, pelo incentivo, pelas orientações, carinho, atenção, por me apresentar o início da caminhada acadêmica e por ser inspiração nesta trajetória.

À Profa. Dra. **Simone Teresinha Protti-Zanatta**, a mais doce orientadora, pela honra que sinto em “estrear” a sua orientação de doutorado, por acreditar em mim, pelo incentivo, pelos elogios que sempre encheram meu coração de alegria e motivação para fazer mais e melhor, pelo carinho, pela atenção, pelo amor, cuidado, pela preocupação, por tanto aprendizado, direcionamento pela compreensão e paciência.

À amiga **Andrea**, enfermeira que realiza de modo brilhante a gestão de qualquer serviço de saúde, pela amizade, pelo carinho, pela escuta, pelo amor, pelas orientações, reflexões, pelo apoio, incentivo, aprendizado e alegria.

À amiga **Bob**, por toda ajuda pessoal e profissional, pelo apoio pela amizade, sabedoria, alegria, leveza, pelo carinho, amor, pelos elogios, orientações e incentivo.

À enfermeira **Dalila**, que tive o privilégio de conhecer por meio desta pesquisa, pela sua atenção, ajuda, pelo apoio responsável por viabilizar de modo extraordinário toda a coleta de dados desta pesquisa.

À **Prefeitura Municipal de São Paulo**, à **Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo** e à **Associação Saúde da Família**, por me acolherem e me concederem a oportunidade de desenvolver meu trabalho e pesquisa, por me permitirem fazer parte dos profissionais da saúde que atuaram junto às pessoas em situação de rua e pela autorização para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. **Pedro Palha**, minha admiração por tanto domínio da saúde pública, enfermagem e pesquisa, pelo modo gentil, cordial, tranquilo e sereno em tratar as pessoas, pelos aprendizados, pelas ideias brilhantes, pelas reflexões, pelo apoio, incentivo, pelas correções, sugestões que possibilitaram a melhoria deste trabalho e as sempre tão prontas participações das minhas bancas.

À **Jaqueline Ballestero**, por sua agilidade, desprendimento, atenção, ajuda, orientação, acolhida e, principalmente, por sua incrível contribuição na finalização do artigo.

Ao querida Prof. Dr. **Antonio Ruffino**, meu reconhecimento, respeito, minha profunda admiração por toda contribuição nacional e internacional à Saúde Pública e no combate à Tuberculose, pelo aprendizado, por todo trabalho publicado que contribuiu fortemente com minha aproximação em pesquisar sobre a tuberculose e pelo pronto aceite em compor a banca desta pesquisa.

A Professora Doutora **Mellina**, pelas preciosas contribuições durante o processo de Exame de Qualificação, pelo incentivo, pelas sugestões, correções e apontamentos fundamentais para a melhoria desta pesquisa.

Às **pessoas que vivem em situação de rua** no município de São Paulo, que me concederam a honra de ouvir parte de histórias de suas vidas, histórias tão intensas, profundas, difíceis de ouvir, pela acolhida, atenção, respeito, por me revelarem a alegria de serem vistos e ouvidos, por apresentarem suas necessidades de modo tão claro e singular, por partilharem a urgência de fazer desse país um lugar mais justo e humano para se viver.

A todos os **profissionais do CnaR**, pela disposição em receber esta pesquisadora, por voluntariamente me concederem a honra de ouvir e registrar suas

experiências profissionais, por investirem o escasso e precioso tempo de cada um/a para potencializarem este estudo com suas vivências em forma de discurso.

A **Meire, Marta e ao Bompar**, pelo pronto acolhimento, pela hospitalidade, troca de conhecimento, pelo ensino, pela parceria, pelo incentivo, pela alegria, pelo respeito e extraordinário apoio institucional a esta pesquisa, sem o qual não teria sido possível a realização das entrevistas.

## RESUMO

ALECRIM, T. F. A. Consultório na Rua: um espaço para atenção à pessoa com tuberculose em situação de rua. 2021, 171f. Tese de Doutorado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, SP-UFSCar, São Carlos, 2022.

Em São Paulo cerca de 31.884 pessoas vivem situação de rua e apresentam de 48 a 67 vezes mais chance de adoecer por tuberculose (TB), desses 20,8% reiniciam o tratamento após abandono. Diante deste cenário as equipes de CnaR se apresentam como modelo de cuidado que contribuí significativamente para o acesso da população em situação de rua (PSR) aos serviços de saúde, amplia a detecção precoce, o tratamento, o acompanhamento e a cura da pessoa com tuberculose. Esta investigação teve como objetivo geral analisar os sentidos dos discursos das pessoas em situação de rua e dos profissionais das equipes de CnaR acerca da tuberculose no município de SP. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de fundamentação teórico-metodológica a partir dos postulados da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa. Participaram deste estudo profissionais que compõe as equipes de consultório na rua e pessoas em situação de rua em tratamento para tuberculose no município de São Paulo. Foi utilizado um roteiro semiestruturado e as entrevistas foram áudio-gravadas, transcritas na íntegra e analisadas. Fizeram parte desta investigação 13 sujeitos, sendo 09 profissionais das equipes de consultório na rua e 04 pessoas em situação de rua. Os resultados trazem quatro blocos discursivos, sendo a (sobre)vivência na rua; os sentidos da tuberculose para a população em situação de rua; os sentidos da tuberculose para os profissionais do consultório na rua e; espelhos: um caminho de esperança. As pessoas que vivem em situação de rua estão expostas a miséria, exclusão social e alto risco para o adoecimento, essa condição gera necessidades diárias de adaptações, percepções e estratégias para sua sobrevivência. Os discursos dos profissionais revelaram a necessidade de conhecimento acerca do SUS, dos protocolos e manuais de controle da TB, da compreensão do território, do trabalho em equipe e articulação com os equipamentos de saúde e sociais. Além disso, o estudo mostrou a persistência nas ações de cuidado continuado e a disponibilidade para estabelecer vínculo e entender a pessoa em situação de rua como cidadão de direitos. As pessoas em situação de rua desvelaram as estratégias utilizadas para a

sobrevivência nas ruas, sendo o diagnóstico da tuberculose, uma das ferramentas para saírem da invisibilidade. Os discursos evidenciaram as dificuldades enfrentadas no adoecimento e no tratamento da TB, as possibilidades da cura, o conhecimento que a PSR possui acerca da doença, o quanto o vínculo e a longitudinalidade do cuidado torna-se importantes aliados no cuidado continuado. Conclui-se que o conhecimento sobre a clínica, terapêutica e fluxos contribuem para o diagnóstico e cura da TB, a dor física e emocional bem como o medo da morte são sentimentos generalizados entre os entrevistados, as necessidades básicas de vida têm grau de importância maior que o adoecimento. Os efeitos colaterais da terapia medicamentosa aumentam a possibilidade de abandono e a solidão é uma marca dos que estão na rua. Destacou-se a importância da integralidade do cuidado, para além do âmbito da saúde, que o trabalho em equipe e em rede são primordiais, que o acolhimento, a educação em saúde, a fé e o vínculo são elementos necessários para cuidar das pessoas em situação de rua com tuberculose. Desvelou-se ainda que o CnaR se apresenta como uma estratégia de atenção à saúde e de reinserção social.

Palavras-chave: Equipes de Consultório na Rua. Tuberculose. População em Situação de Rua. Análise de Discurso. Cuidado em saúde.

## ABSTRACT

ALECRIM, T. F. A. Consultório na Rua: um espaço para atenção à pessoa com tuberculose em situação de rua. 2021, 170f. Tese de Doutorado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, SP-UFSCar, São Carlos, 2022.

In São Paulo, there are around 31,884 homeless people, who are 48 to 67 times more susceptible to fall sick of tuberculosis (TB); 20.8% of those people restart treatment after having abandoned it. Given this scenario, the CnaR staff is presented as a care model that significantly contributes to the access of homeless population (HP) to healthcare services, widens the possibility of early diagnosis, treatment, monitoring and healing of the person with tuberculosis. This investigation had the general objective to analyze the evolution of the discourse of homeless people and the professionals of CnaR teams regarding tuberculosis in the city of São Paulo. It is a theoretical-methodological qualitative research based on French Discourse Analysis (DA) matrix premise. The participants of this study are professionals that compose the street clinic teams, and homeless people in treatment of tuberculosis in São Paulo city. A semi-structured script was used and the interviews were recorded on audio, fully transcribed and analyzed. This investigation was composed by 13 subjects, of them, 09 street clinic teams professionals and 04 homeless persons. The results come in four discursive blocks, namely, living (survival) on the streets; the meaning of tuberculosis to homeless people, the meaning of tuberculosis to the professionals of street clinics; and mirrors: a path of hope. Homeless people are exposed to poverty, social deprivation, and a high risk of falling sick; these conditions create the daily need of adjustment, perceptions and strategies to their survival. The speeches of the professionals revealed the necessity of knowledge regarding the Brazilian's SUS healthcare system, TB infection control protocols and manuals, understanding of the scenario, of teamwork and conjunction with social and health equipment. Furthermore, the study demonstrated the persistence on actions of continuous care and availability to establish bounds and recognize the homeless person as a citizen with rights. Homeless people revealed their strategies to street survival, the tuberculosis diagnosis being one of the tools to leave invisibility. The speeches revealed the difficulties faced on illness and treatment of TB, healing possibilities, the

knowledge of the HP regarding the disease, the amount of importance of the bond created and the longitudinality of care to become important allies on the continued care. The conclusion is that the knowledge about the clinics, the therapeutics and the fluxes collaborate to the diagnosis and cure of TB; physical and emotional pain, as well as fear of death, are global feelings amongst the interviewed; the basic needs of daily life have a higher level of importance than the illness. The collateral effects of medicinal therapy increase the possibility to quit the treatment and the loneliness is a trace of homeless people. It was highlighted the importance of the completeness of care, beyond health scope, that the teamwork and work in chain are fundamental, that the care, the health awareness and education, the faith, and the bounds are necessary elements to care for homeless people with tuberculosis. It was also revealed that CnaR presents itself as a strategy of healthcare and social reintegration.

**Keywords:** Consultório na Rua Teams; Tuberculosis; Homeless Population; Discourse Analysis; Healthcare

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
ASF	Associação Saúde da Família
ATA	Auxiliar técnico administrativo
BK	Bacilo de Koch
Bompar	Nossa Senhora do Bom Par
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
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
CROSS	Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DA	Distrito Administrativo
DOTS	Direct Observed Treatment Shortcourse (Tratamento Diretamente Observado)
DST	Doença Sexualmente Transmissível

ECR	Equipe Consultório de Rua
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESFE	Equipe de Saúde da Família Especial
FD	Formação Discursiva
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
FSP	Faculdade de Saúde Pública
GEODONE	Grupo de estudos operacionais doenças negligenciadas e emergentes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
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
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PACTu	Pacto de combate e cura da Tuberculose
PCL	Projeto Centro Legal
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 São Paulo
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PPGenf	Programa de Pós-graduação de Enfermagem

PSF	Programa Saúde da Família
PSR	População em Situação de Rua
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de atendimento médico de urgência
SEAS	Serviço Especializado de Assistência Social
SENAD	Secretaria Nacional Sobre Drogas
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema Nacional de Notificação
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
STS	Supervisão Técnica de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose Multirresistente
TBWeb	Sistema de controle dos pacientes com TB
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UFBA	Universidade Federal da Bahia
URSI	Unidade de Referência da Saúde do Idoso
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>20</b>
2.1 A TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO GERAL E NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA .....	20
2.2 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA .....	23
2.3 O CONSULTÓRIO NA RUA .....	27
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>34</b>
<b>4 COMPOSIÇÃO TEÓRICA: ANÁLISE DE DISCURSO     DE MATRIZ FRANCESA</b> .....	<b>35</b>
<b>5 OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....	<b>39</b>
5.1 GERAL .....	39
5.2 ESPECÍFICOS .....	39
<b>6 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>40</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	40
6.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	40
6.2.1 A Rede de Assistência à Saúde em São Paulo/SP .....	40
6.2.2 Atenção à tuberculose em São Paulo/SP .....	42
6.2.3 Atenção à população em situação de rua em São Paulo/SP .....	46
6.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	47
6.3.1 Critérios de Inclusão .....	48
6.3.2 Critérios de Exclusão .....	48
6.4.1 Definição da amostra .....	49
6.4.2 Agendamento das entrevistas .....	50
6.4.3 Realização das entrevistas .....	51
6.4.3 Transcrição das entrevistas .....	52
6.5 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO GERAIS .....	54
6.6 DISPOSITIVOS ANALÍTICOS .....	55

6.7 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO.....	56
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>57</b>
7.1 Condições de produção das Equipes de Consultório da Rua .....	58
7.2 Análise dos Fragmentos .....	61
7.2.1 Bloco Discursivo 1 – A (Sobre)vivência na Rua .....	61
7.2.2 Bloco Discursivo 2 – Sentidos da Tuberculose para a População em situação de Rua.....	73
7.2.3 Bloco Discursivo 3 – O Sentido da Tuberculose para os Profissionais do Consultório na Rua.....	97
7.2.4 Bloco discursivo – 4 Espelhos: um caminho de esperança para o reencontro .....	117
<b>8 LIMITAÇÕES.....</b>	<b>138</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista/questiones disparadoras.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e esclarecido. ....</b>	<b>158</b>
Termo de consentimento livre e esclarecido - Pessoa em situação de rua .....	158
Termo de consentimento livre e esclarecido – Profissionais das equipes de Consultório na Rua.....	160
<b>Anexos.....</b>	<b>163</b>
ANEXO A – Comitê Ética em Pesquisa UFSCar .....	163
ANEXO B– Carta Anuência Atenção Básica.....	167
ANEXO C – Comitê Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de São Paulo.....	168

## 1 APRESENTAÇÃO

Iniciaremos com uma breve apresentação da pesquisadora, bem como as motivações que a levaram a desenvolver este estudo.

Sou sorocabana, filha de Ana de Fátima, costureira, e Jonas, pastor e professor de história, irmã de Tiago, professor de artes, e Túlio, professor de história. Moro em São Paulo (SP) há vinte anos, casada com Giovanni, mãe do Antônio e do José. 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). Formação em Terapia Comunitária pela Universidade Federal do Ceará com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 2004. Mestra em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGENf/ UFSCar). Doutoranda (PPGENF/ UFSCar). Atuo como supervisora de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e integradas na região Leste de São Paulo.

Dos 19 anos de experiência em Atenção Primária à Saúde (APS), tive a oportunidade de atuar como enfermeira de vigilância epidemiológica no interior do Estado de São Paulo, enfermeira da Estratégia Saúde da Família nas periferias de São Paulo, como gerente de Unidade Básica de Saúde com a ESF e ESF especial, também como docente, analista de educação em saúde e atualmente como supervisora de enfermagem. Tive o privilégio de trabalhar na implantação de serviços como UBSs, ESF e o Consultório na Rua (CnaR).

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 os acometia era a tuberculose. Somada à ampliação das equipes de consultório na rua na cidade de São Paulo, foi-me despertado o interesse em analisar os sentidos dos discursos das pessoas em situação de rua e dos profissionais das equipes de CnaR acerca da tuberculose no município de SP.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 A TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO GERAL E NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa de caráter multifatorial considerada sério problema de saúde pública, que preocupa as autoridades sanitárias em todo o mundo. Marcada por elevada incidência no Brasil, a doença é caracterizada por importante carga social e econômica para a saúde, por causar danos individuais e coletivos, apresentar relação direta com desigualdade social, movimentos migratórios, envelhecimento da população e o advento da AIDS (referência/ano). Estima-se que, em 2019, no mundo, cerca de dez milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,2 milhão morreu devido à doença, caracterizando-a como perigosa e que vitimiza as regiões mais pobres do mundo (RUFINO-NETTO, 2002; BRASIL, 2021; GILL, 2012; OMS, 2021).

A meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) é eliminar a TB como problema de saúde pública até o ano de 2050, assim a estratégia *Stop TB* – um mundo livre da tuberculose visa a redução drástica do ônus global da TB a cada ano mediante os seguintes componentes: ampliar e qualificar o tratamento diretamente observado (TDO), controlar a coinfeção por HIV/aids, fortalecer os sistemas de saúde, engajar provedores de assistência global, fomentar a participação comunitária e de pessoas que vivem com TB, permitir e promover pesquisas (WHO, 2022).

O Brasil se mantém entre os 30 países de alta carga viral para a TB e para coinfeção TB-HIV, sendo considerado prioritário para o controle da doença no mundo pela (OMS), assim, conhecer os indicadores epidemiológicos da TB é essencial para o planejamento de ações que visem ao controle da doença nos diversos âmbitos (referência/ANO). Em 2020, o país registrou 66.819 casos novos de TB, com um coeficiente de incidência de 31,6 casos por 100 mil habitantes. Em 2019, foram notificados cerca de 4,5 mil óbitos pela doença, com um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes (OMS, 2021; BRASIL, 2021).

Desde que sejam seguidos os protocolos e as rotinas de tratamento adequados, a TB é um agravo curável. No entanto, os avanços no diagnóstico, no manejo clínico, no tratamento e nas estratégias de acompanhamento, ainda não têm sido suficiente para controlar e erradicar a doença (referência/ANO). No Brasil, a

proporção atual de cura entre os casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial é de 70,1%, enquanto a meta estabelecida pela OMS é de 85% de cura. Esse indicador variou de 46,6% no Distrito Federal a 80,3% em São Paulo (SOUZA; ANTUNES; GARCIA, 2006; BRASIL, 2021).

O estado de São Paulo concentra o maior número de casos do agravo do país. No município de São Paulo, em 2019, foram registrados 6.414 casos novos de TB de todas as formas clínicas, correspondendo a um coeficiente de incidência (CI) de 54,3 casos/100 mil hab (referência/ANO). Quando comparada com o estado de São Paulo, 39,5 casos/100 mil hab., e do Brasil, 35,0 casos/100 mil hab., identifica-se que a tendência à queda do CI mantida até 2016 apresentou aumento significativo entre 2017 e 2019. Considerando a população em situação de rua (PSR), dados de 2018 do município de São Paulo revelam um coeficiente de incidência de 2.850,0 casos/100 mil hab., apresentando cura em 42,8% e abandono em 42,5% (SÃO PAULO, 2020).

Quando comparadas à população geral, as pessoas em situação de rua apresentaram incidência 56 vezes superior para adoecer por TB (referência/ano). No município de São Paulo entre 2015 e 2020, observou-se aumento na ocorrência de TB em populações mais vulneráveis. A variação de casos nesse período na PSR foi de 1689 a 2.071 (fonte/ano?). Desta maneira, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose incluiu a PSR como população prioritária (BRASIL, 2021).

Fatores como pobreza, desconhecimento da doença, multirresistência, longo tempo para a conclusão do tratamento, coinfeção por HIV, ausência de descentralização do tratamento nos serviços de saúde, ausência de residência fixa, imigração e dependência química contribuem significativamente para a não adesão ao tratamento e dificultam o alcance da meta estabelecida (GUIMARÃES *et al.*; 2012; MONTENEGRO *et al.*; 2009).

Diante das diretrizes da OMS de eliminar a TB como um problema de saúde pública e obter um mundo livre da TB, em 2014, o Ministério da Saúde disponibilizou incentivo financeiro para que os municípios desenvolvessem projetos com ações inovadoras e diferenciadas em saúde para controlar a tuberculose. A secretaria municipal de saúde de São Paulo (SMS/SP) concorreu ao edital com o projeto intitulado “*Juntos, um PACTuberculose pela cura*”, que conquistou o financiamento para ações contingenciais do tratamento da tuberculose entre janeiro de 2015 e abril de 2016. O projeto tinha como principal objetivo aumentar a cura da TB na população

em situação de rua, que na ocasião apresentava taxa de cura inferior a 50% (SÃO PAULO, 2016).

O projeto foi elaborado e desenvolvido por meio das parcerias intersetoriais entre diversas secretarias da prefeitura municipal, do poder público, da sociedade civil e do movimento social, a fim de operacionalizar ações de contingências no enfrentamento da TB na população em situação de rua na cidade de São Paulo. A partir de ações intersetoriais entre saúde, assistência social, direitos humanos, educação, esporte e cultura, realizou-se um compromisso coletivo entre o poder público, o movimento nacional da população em situação de rua e as organizações não governamentais para o alcance da meta da alta por cura dessa população (SÃO PAULO, 2016).

Para tanto, contratou-se um grupo complementar de recursos humanos para atuar junto às equipes de consultório na rua, esses profissionais eram em sua maioria agentes sociais que já haviam vivenciado a condição de estar em situação de rua; esses trabalhadores tinham como principal atribuição acompanhar a PSR em seu tratamento de domingo a domingo, no apoio para o comparecimento diário às Unidades Básicas de Saúde e, quando necessário, levar o medicamento onde eles estivessem, garantindo, assim, o tratamento diretamente observado (TDO) diariamente (SÃO PAULO, 2016).

Para assumir esse projeto, a Coordenação de Vigilância Sanitária do município de São Paulo (COVISA) optou pela parceria público-privada com o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (Bompar), uma entidade católica, sem fins lucrativos, que atua junto à Prefeitura de São Paulo. A proposta de cura estava pautada no cuidado integral das pessoas em situação de rua com tuberculose, mediante o desenvolvimento de atividades que favorecessem o processo de reinserção social. Desta maneira, realizou-se o fornecimento de alimentação saudável três vezes ao dia, garantia de vaga em centro de acolhida, atividades de esporte e lazer, oficinas de artesanato, rodas de conversa e participação da técnica terapêutica nomeada como teatro do oprimido (SÃO PAULO, 2016).

Além da ação interssetorial um dos principais diferenciais deste projeto foi o fornecimento de café da manhã, almoço e jantar em restaurantes conveniados, os participantes recebiam *tickets* alimentação que poderiam ser utilizados conforme sua escolha em qualquer um dos restaurantes parceiros. O projeto que se tornou conhecido como pacto de combate e cura da Tuberculose (PACTu) revelou-se como

estratégia exitosa no enfrentamento à TB, visto que alcançou 86% de cura nas pessoas em situação de rua com tuberculose (SÃO PAULO, 2016).

Desta maneira, foi possível corroborar com a literatura de que promover a cura da tuberculose, sobretudo nas populações mais vulneráveis, o *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 e equipes de consultório na rua, visitas domiciliares, fornecimento de vale-transporte, garantia de acesso a alimentação, disponibilização de vagas em centros de acolhidas, presença de equipe multidisciplinar e ações intersetoriais são estratégias relevantes para o desfecho positivo na alta por cura da tuberculose (IGNOTTI *et al.*; 2007; DALCOMO *et al.*; 1999; ALECRIM, MITANO, REIS *et.al*, 2016).

## 2.2 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 recente. No Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, as pessoas que eram escravizadas e consideradas “libertos” e seus descendentes foram os primeiros a vivenciar a situação de estar na rua, uma vez livre de seu senhores, os ex-escravizados não tinham para onde ir, assim utilizavam as regiões dos portos como local de moradia e sustento (fonte/ano). A PSR apresenta características singulares, um estilo de vida próprio, em um espaço peculiar, buscando sobreviver em um tempo individual e coletivo que se revela divergente do convencional, pois necessita suprir as suas necessidades básicas de vida de modo imediato (BURSZTYN, 2000; PREUSS, 1997; ALECRIM, MITANO, REIS, *et al.*, 2016)

O contexto da pessoa em relação à rua é resultante da exclusão social, na qual as pessoas ficam impedidas de exercerem plenamente a sua condição humana (referência/ano). Desta maneira, é possível considerar que a situação de rua remete à uma crise global de violação de direitos humanos, na qual a moradia é tratada como uma mercadoria e não como direito; revela ainda a incapacidade e/ou falta de interesse dos governos em reagir às crescentes iniquidades sociais, que imprimam respostas socioeconômicas urgentes para uma condição de tamanha gravidade (CASTELL, 1997; ESCOREL, 1999; ONU, 2015).

A situação de rua acaba se tornando uma experiência individual dos membros mais vulneráveis da sociedade, caracterizada pelo abandono, pela ausência de acessos e falta de dignidade; a violação de direitos gera consequências críticas para a saúde e para a vida dessas pessoas. A expressão “situação de rua” não se limita a apresentar a ausência de moradia, todavia identifica um grupo social que sofre estigmatização, exclusão e criminalização. Embora a situação de rua seja uma violação extrema aos direitos, tal questão não tem sido abordada com a urgência e prioridade que deveriam ser tratadas, essa condição não foi mencionada nos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, tampouco nos objetivos de Desenvolvimento Sustentável e raras vezes foi mencionada nos trabalhos preparatórios para a Conferência das Nações Unidas sobre a Habitação e o Desenvolvimento Urbano Sustentável (ONU, 2015).

O significado do termo “situação de rua” (“*homelessness*” em inglês) nem sempre encontra correspondência em outros idiomas. “*Homelessness*” sugere tanto a falta de moradia quanto a perda do sentido de pertencimento no meio social. A expressão mais próxima em outros idiomas seria “sem teto”, falta de abrigo ou transitoriedade (fonte/ano). Em francês, faz-se alusão à situação de rua por meio das expressões “*sans domicile fixe*” ou “*sans-abrisme*”. Em espanhol, utilizam-se referências como “*sin hogar*”, “*sin techo*”, “*en situación de calle*” ou “*poblaciones callejeras*”. Os conceitos de situação de rua adotadas pelas organizações internacionais, governos, pesquisadores ou pela sociedade civil variam, dependendo do idioma, das condições socioeconômicas, das normas culturais, dos grupos afetados e do propósito adotado (ONU, 2015).

A definição da situação de rua geralmente está condicionada ao local em que as pessoas vivem ou dormem, por exemplo, pessoas que dormem nas ruas, em abrigos de emergência ou em instituições. Os conceitos que se referem exclusivamente à falta de residência convencional não levam em conta a perda de conexão social, o sentimento de “não pertencer a um lugar”. Contudo, a inclusão de aspectos qualitativos da exclusão social associada à falta de moradia fixa pode ainda fazer com que as definições sejam muito subjetivas (ONU, 2015).

Conceituar a situação de rua baseada nos direitos humanos contribui para a eliminação das explicações “morais” que atribuem a condição de estar na rua como fracassos pessoais a serem resolvidos com atos de caridade e, em contrapartida,

revela padrões de desigualdade e injustiça que negam às pessoas seus direitos a serem membros da sociedade em posição de igualdade (ONU, 2015)

Em âmbito nacional, no ano de 2002, a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) considerou esse segmento populacional como:

Segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita em logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, mocós, cemitérios e carcaça de veículos. Também são pessoas em situação de rua aqueles que pernoitam em albergues públicos ou de organizações sociais (FIPE, 2002).

E o Decreto Nacional nº 7.053, 23 de dezembro de 2009, define população em situação de rua como:

[...] 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” (BRASIL, 2009).

Considerando a consonância entre as definições brasileiras de 2002 e 2009, este estudo adotou o conceito nacional descrito acima. Os conceitos propostos tanto pela ONU quanto pelo Decreto Nacional se coadunam remetendo a complexidade e especificidades inerentes à pessoa que se encontra em situação de rua, apontando a necessidade de estabelecer políticas e ações públicas a partir do território em que se encontram, considerando as suas singularidades visando ao alcance de suas necessidades de vida (TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. 2015).

Quando comparada à população em geral, a população em situação de rua apresenta maior necessidade de cuidado em saúde, fazendo-se primordiais os serviços que sejam articulados em suas práticas visando garantir a atenção integral e equânime a esses indivíduos (referência/ano). Trabalhar com pessoas que vivem em situação de

rua exige o estabelecimento de vínculos que humanizem o encontro e possibilitem respostas ágeis, sendo fundamental compreender sem julgar, respeitar e estabelecer limites a fim de contribuir com a construção de vínculos. Dados do boletim informativo do Ministério da Saúde (MS) apresentam que a população em situação de rua tem 48 a 67 vezes mais chances de adoecer por TB quando comparada à população em geral. Entre 2015 e 2020, observou-se um aumento na ocorrência de TB em populações mais vulneráveis ao adoecimento, a variação de casos nesse período, na população em situação de rua (PSR) foi de 1689 a 2071. (BRASIL, 2012; CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 1998, BRASIL, 2021).

De acordo com única Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, foram identificados 31.922 adultos em situação de rua. Este censo foi realizado em 71 municípios brasileiros, exceto nas cidades que já realizavam específicos para essa população como São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre (BRASIL, 2008).

Essa pesquisa revelou que 82% das PSR eram do sexo masculino e 18%, feminino. Predominaram pessoas negras (67%), com idade entre 25 e 44 anos e em exercício de algum tipo de atividade laboral remunerada (70,9%), dentre as quais 58,6% relataram apresentar uma profissão. A maioria das pessoas em situação de rua que participaram da pesquisa nacional relatou exercer trabalhos informais, dentre eles coleta de materiais recicláveis (27,5%), “flanelinha” (14,1%), construção civil (6,3%), entre outras, como ajudantes de carregamento. Quanto ao acesso a alimentação, 19% não têm acesso a pelo menos uma refeição diária e metade das PSR tem contato com algum familiar na cidade (BRASIL, 2008)

Censos realizados no município de São Paulo revelam aumento expressivo da PSR ao longo dos anos. Em 2015, cerca 16 mil adultos viviam em situação de rua; em 2019, foram identificados 24.344 adultos vivendo nas ruas. Os dados mais recentes do município de São Paulo correspondem ao Censo realizado em janeiro de 2022, que constatou 31.884 pessoas vivendo em situação de rua, revelando um aumento de 31% dessa população no município comparado com resultado do mesmo Censo realizado em 2019. Os dados atuais da cidade de São Paulo apontam perfil semelhante à pesquisa nacional quanto a identidade de gênero, idade e trabalho, porém mostrou aumento de núcleos familiares e pessoas vivendo em barracas, o estudo revelou ainda que: 92,3% desejam deixar de viver em situação de rua. Os

Censos apontam a necessidade de serviços de saúde que exerçam ações de cuidado específicas com profissionais que tenham conhecimento e perfil adequado para o atendimento das particularidades da PSR (FIPE, 2015; QUALITEST, 2019; SÃO PAULO, 2022).

Considerando o aumento sistemático da PSR no município de São Paulo, bem como o fato desta população ter de 48 a 67 vezes mais risco de adoecer por tuberculose, evidencia-se 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. Embora as metas atingidas pelo país apresentem melhora comprovada, ainda não se conseguiu atingir a meta de 85% de cura (BRASIL, 2013; CVE, 2012; SÃO PAULO, 2011; SÃO PAULO, 2022).

### 2.3 O CONSULTÓRIO NA RUA

A experiência do Consultório de Rua surgiu no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O projeto foi idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho no início dos anos noventa, como estratégia de cuidado às crianças em situação de rua em uso abusivo de substâncias psicoativas (fonte/ANO). O Consultório de Rua, tal como é conhecido, não surgiu pronto, sobretudo é resultado de anos de amadurecimento de uma ideia considerada simples: oferecer atenção à saúde *in loco* àqueles que não chegam aos serviços de atendimento à usuários de substâncias psicoativas (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Concretizado a partir de uma parceria com a Prefeitura Municipal de Salvador, durante os oito anos seguintes a experiência contou com o apoio financeiro de outras instâncias governamentais, como o Ministério da Saúde, a Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), Secretaria de Combate à Pobreza e Secretaria do trabalho e Ação Social do Governo do Estado da Bahia (OLIVEIRA, 2009).

Em maio de 2004, o Consultório de Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool de Drogas (CAPS AD) de Salvador, seguindo até dezembro de 2006. Tanto o CETAD, de natureza ambulatorial, quanto o CAPS AD, caracterizado como um espaço de permanência diária, permitem uma avaliação do

funcionamento do Consultório de Rua na arquitetura da rede institucional de serviços para usuários de álcool e outras drogas. O trabalho articulado com o CAPS AD demonstrou que a retaguarda do Consultório de Rua favorece o fluxo de encaminhamento e a inserção na rede de cuidados dos usuários mais comprometidos com o uso e em situação de maior vulnerabilidade social (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Em 2009, o MS propôs que o Consultório de Rua fosse uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde mental na rua (fonte/ano). Para o MS, a retaguarda do consultório de rua garantia o fluxo de encaminhamentos e a inserção da pessoa na rede de assistência à saúde (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; ALECRIM, MITANO, REI, *et al.*, 2016).

Em paralelo, outra experiência brasileira baseada nos consultórios de rua acontecia com os chamados Programas Saúde da Família sem Domicílio (PSF Sem Domicílio), mais tarde Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF Pop Rua). Em 2004, o PSF sem Domicílio, de Porto Alegre, seguido das ESF sem Domicílio de Belo Horizonte, São Paulo e a ESF Pop Rua do Rio de Janeiro desenvolviam suas ações exclusivamente para a população em situação de rua, realizando atendimento de forma itinerante, como parte da rede de Atenção Básica à Saúde e do Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua, da área de assistência social, desta maneira, realizava-se a abordagem das pessoas em situação de rua, identificando suas necessidades, acionando os diversos setores que pudessem auxiliar na busca por um vínculo familiar e ocupação, além de alguns atendimento visando à promoção da saúde, como tratamento e exames clínicos (BRASIL, 2012).

A atenção à população em situação de rua não é apenas voltada ao consumo e dependência de crack, álcool e outras drogas, e nesse sentido, a partir do Decreto Presidencial nº 7.053 no ano de 2009, instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. A partir disso, o MS adotou o Consultório de Rua como um serviço estratégico da Atenção Básica, fazendo composição entre os dispositivos da Saúde Mental e o da

Saúde da Família. Por meio das Coordenações Nacionais de Saúde Mental e Atenção Básica, o Ministério da Saúde reorganizou o modelo de atenção do Consultório de Rua, vinculando sua atuação à Coordenação Nacional de Atenção Básica para abordar as singularidades da PSR de modo integral e longitudinal.

Assim, em 2011, houve a interposição do conceito de Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, somada às necessidades de cuidado integral vinculados à Atenção Básica (fonte/ano). A passagem do Consultório de Rua, que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012 para a Política Nacional de Atenção Básica, para Consultório *na* Rua não representa apenas uma mudança de nomenclatura (Consultório “*de*” para Consultório “*na*” Rua), mas sobretudo uma mudança nas diretrizes estratégicas desse dispositivo (BRASIL, 2011).

As equipes de Consultório na Rua ampliam o acesso dessa população, ofertando *in loco* a atenção integral de forma itinerante e, quando necessário, utilizando as instalações das Unidades Básicas de Saúde, suas ações podem ocorrer 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 (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; ALECRIM, MITANO, REIS *et al.*, 2016).

Chamamos de Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território, mediante uma prática clínica de cuidado que percorre a rede ao promover a atenção e a inclusão da população em situação de rua. Os Consultórios na Rua são um serviço transversal, produzindo tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental, como a disposição de práticas da Atenção Básica (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; ALECRIM, MITANO, REIS *et al.*, 2016; SÃO PAULO, 2021).

De acordo com as portarias nº 122, de 25 de janeiro de 2011 e nº 1.029, de 20 de maio de 2014 do Ministério da Saúde, as equipes dos Consultórios na Rua podem ser organizadas em três modalidades e a sua composição deverá considerar as características 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. As equipes poderão ser implantadas nas seguintes modalidades:

- Modalidade I: equipe formada, minimamente, por dois profissionais de nível superior; e dois profissionais de nível médio, exceto o médico. Para essa modalidade o MS repassa o valor de R\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) mensais.
- Modalidade II: equipe formada, minimamente, por três profissionais de nível superior; e três profissionais de nível médio, exceto o médico. Para essa modalidade o MS repassa o valor de R\$ 13.000,00 (treze mil reais) mensais.
- Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. Para essa modalidade o MS repassa o valor de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) mensais.

Considerando a emergência nacional frente à pandemia da covid-19, a portaria ministerial nº 1.253, de 18 de junho de 2021 instituiu, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com equipes de Consultório na Rua, para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da covid-19. Atualmente, são 158 equipes financiadas pelo ministério em todo o país (BRASIL, 2021).

Essa portaria também estipulou o número máximo de financiamento de equipes por município, esse cálculo é baseado no resultado da divisão do número de pessoas em situação de rua do ente federativo pelo número quinhentos (população de rua/500), considera-se, ainda, as seguintes regras:

- I - caso o resultado da divisão prevista no caput resulte em número fracionado, este deverá ser elevado ao primeiro número inteiro;
- II - o limite mínimo de população em situação de rua para que a equipe de consultório na rua seja financiada pelo Ministério da Saúde é de 80 pessoas em situação de rua no município ou Distrito Federal; e
- III - os municípios ou Distrito Federal com população total estimada de mais de 100.000 (cem mil) habitantes terão, no mínimo, 1 equipe de consultório na rua financiada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O município ou Distrito Federal poderá solicitar ao Ministério da Saúde o aumento do número máximo de equipe de

consultório na rua nos termos deste artigo, desde que comprove o aumento da população em situação de rua, por meio de dados oficiais.

Para estabelecimento de número máximo de equipes de Consultório na Rua, apenas foram considerados municípios com população acima de 100.000 (cem mil) habitantes, conforme estimativa da população da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBEGE) referente ao ano de 2019, posteriormente poderão ser incluídos municípios com população menor por portaria específica. O município de São Paulo tem como teto de financiamento pelo Ministério da Saúde para equipes de Consultório na Rua o total de 65 sessenta e cinco equipes (BRASIL, 2021).

Em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo implantou o Programa de Agentes Comunitários (PACS), junto à população sem residência, com a finalidade de promover, prevenir, detectar e tratar os agravos mais frequentes dessa população, principalmente a tuberculose, por meio de aumento do acesso aos serviços de saúde e inserção social. Dada a adesão e promoção de acesso conquistadas por essas equipes, somadas à necessidade de ampliar o cuidado de saúde dessas pessoas para além das atenção à tuberculose, em 2008 a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) completou e ampliou o número das equipes PACS as transformando em Equipes de Saúde da Família sem Domicílio (ESF sem Domicílio), também conhecida como ESF Especial. Essas equipes atuavam nas regiões de maior concentração de pessoas em situação de rua do município, geralmente na região central, centro histórico e região da Luz, mais conhecida como “cracolândia”(SÃO PAULO, 2021).

Nesse período, três Unidades Básicas de Saúde foram especialmente construídas, adequadas e projetadas para o atendimento da PSR. Um diferencial na infraestrutura dessas unidades foi a instalação de duchas higiênicas e chuveiros elétricos nos banheiros, que possibilitavam aos usuários tomar banho e realizar sua higiene pessoal na própria UBS. Os insumos para o banho, como itens de higiene pessoal e toalhas de banho eram adquiridos por doações.

Nesse sentido, cabe ressaltar que as unidades mencionadas garantiram o atendimento de toda a população adscrita em sua área de abrangência, ou seja, tanto dos usuários que possuíam residência fixa, nos domicílios convencionais (ESF para população residente em casas – “pop. residente”), quanto das pessoas em situação de rua (ESF para as pessoas em situação de rua – “pop. rua”), assim, essas equipes eram chamadas de equipes: “pop. residente” e “pop. rua”.

Diante disso, e em consonância com a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo credenciou 18 equipes ESF Especiais em equipes de Consultório na Rua. O município optou por implantar equipes de modalidade III e incorporar 06 Agentes de Saúde por equipe; cada equipe de Consultório na Rua pode cadastrar entre 80 a 1.000 pessoas em situação de rua. Ao longo dos anos após a implantação dessas equipes de Consultório na Rua no Município, tornou-se evidente o aumento do número dos cadastrados a cada ano, esse aumento numérico de cadastrados é percebido não somente na região central, mas em todas as regiões e bairros de São Paulo. Tal crescimento impulsionou a realização do novo CENSO/2019, bem como antecipação do CENSO/2023 para o ano de 2022.

Em 2019, o Censo específico para população em situação de rua revelou que, na cidade de São Paulo, maior centro urbano da América Latina, viviam 24.344 adultos em situação de rua. A publicação do censo, em 2020, evidenciou a necessidade de ampliação das equipes de Consultório na Rua, para fazer frente à necessidade de cuidado em saúde para cerca de 25 mil pessoas em situação de rua. A publicação do Censo, somada ao advento da pandemia da covid-19, impulsionou a Secretaria Municipal de Saúde a ampliar de 19 para 26 equipes de Consultório na Rua, adequando, assim, o número de equipes de CnaR preconizado pelo MS de ter uma equipe para até mil pessoas em situação de rua. Dessa forma, atualmente, a Prefeitura de São Paulo possui 26 equipes de Consultórios na Rua e 8 equipes Redenção na Rua (QUALITEST, 2019).

A ampliação das equipes se deu por meio da manutenção da parceria público privada entre SMS e Bompar, após aprovação em processo de seleção pública, os profissionais que compuseram as 07 equipes de ampliação do CnaR foram contratados por vínculo da consolidação das leis trabalhistas (CLT), após integração e capacitação deram início em suas atividades, o trabalho foi iniciado com reconhecimento do território e cadastro da PSR.

O Programa Redenção na Rua está inserido na Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, busca promover a atenção à saúde, tais como: internação em leitos hospitalares para desintoxicação, reinserção social e capacitação profissional de pessoas em situação de rua, que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. As equipes realizam abordagem e busca ativa das pessoas que estejam nas cenas de uso aberta e, quando necessário, atuam em parceria com as equipes de Consultório

na Rua e do Serviço Especializado de Assistência Social (SEAS) (SÃO PAULO, 2021).

As 26 equipes Consultórios na Rua e 8 equipes Redenção na Rua empenham suas ações para ampliar o acesso dessa população na Rede de Atenção à Saúde (RAS), dessa maneira, as equipes atuam de modo descentralizado, distribuídas nas 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), conforme segue:

### **Consultório na Rua**

#### *CRS Centro*

UBS Armando Darienzo Nossa Senhora do Brasil – 1 equipe

UBS Boracea I e II – 2 equipes

UBS República I – 1 equipe

UBS Octavio Augusto Rodovalho (Bom Retiro) – 1 equipe

UBS Sé I, II e III – 3 equipes

UBS Santa Cecília I e II – 2 equipes

#### *CRS Sudeste*

AMA/ UBS Integrada Pari – 1 equipe

UBS Brás Manoel Saldiva Neto – 1 equipe

UBS Belenzinho – Marcus Wolosker – 1 equipe

UBS Mooca I – 2 equipes

UBS VI. Nova York – 1 equipe

UBS Pq. Imperial – 1 equipe

#### *CRS Leste*

UBS São Rafael – 1 equipe

UBS Guaianases II – 1 equipe

#### *CRS Sul*

UBS Dr. Massaki Ujihara (Jardim Aeroporto) – 1 equipe

UBS Jardim Cliper – 1 equipe

#### *CRS Oeste*

UBS Dr. José Barros Magaldi – 1 equipe

UBS Parque da Lapa – 1 equipe

### **Redenção na Rua**

*CRS Centro*

UBS Humaitá – 8 equipes

A política pública que instituiu o Consultório na Rua determina que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua é a mesma da população em geral. Mesmo em cidades onde não há CnaR o atendimento deve ser prestado pelas equipes de saúde da Atenção Primária. É importante destacar que o cuidado em saúde da população em situação de rua deverá incluir profissionais de Saúde Bucal e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do território onde essas pessoas se concentram (BRASIL, 2021; SÃO PAULO, 2021).

Diante disso, considerando a alta vulnerabilidade de saúde e social que acomete a PSR; os altos índices de adoecimento e recidiva por TB nessa população; a necessidade de aumentar as taxas de cura da doença; a importância de agregar maior produção científica acerca dessa temática e a recente ampliação das equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo, veio a inquietação por conhecer os sentidos sobre o adoecimento por tuberculose produzidos nos discursos das pessoas em situação de rua em tratamento de TB, bem como dos profissionais de saúde que integram as equipes de Consultório na Rua e atuam diretamente na atenção à tuberculose das pessoas em situação de rua no município de São Paulo.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Em São Paulo cerca de 31.884 pessoas vivem situação de rua e, como exposto, essa população tem de 48 a 67 vezes mais chance de adoecer por TB, 20,8% desses reiniciam o tratamento após abandono. Pesquisa realizada com profissionais das equipes de CnaR no município de São Paulo revelou que o modelo de cuidado oferecido contribui significativamente para o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ampliando a detecção precoce, o tratamento, o acompanhamento e a cura da pessoa com tuberculose (FIPE, 2015; ALECRIM; MITANO; REIS; ROOS; PALHA; PROTTI-ZANATTA; 2016).

Considerando a recente ampliação das equipes de CnaR no município de São Paulo, a alta vulnerabilidade de saúde e social, as maiores taxas de adoecimento e recidiva por tuberculose que acomete as pessoas que se encontram em situação de rua, a necessidade, a importância de estudos que envolvam as pessoas em situação de rua com tuberculose e os profissionais que compõe as equipes de CnaR, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: quais os sentidos discursivos das pessoas em situação de rua com TB, bem como dos profissional das equipes de CnaR acerca da TB?

#### **4 COMPOSIÇÃO TEÓRICA: ANÁLISE DE DISCURSO DE MATRIZ FRANCESA**

Como propósito de se aproximar e atender os objetivos desta pesquisa, foi utilizado como recurso teórico metodológico a análise de discurso (AD) de matriz francesa. Esse dispositivo analítico permite a identificação da posição discursiva que o sujeito ocupa e como se fundamenta no encontro com história, psicologia e ideologia (ORLANDI, 2015).

A AD é um conceito relativamente jovem 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 Pêcheux, 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 político da ditadura militar, 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 pêcheuxtiana, 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 a história nem sempre é transparente, onde 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 afetam o sujeito, o deslocamento da noção do homem para o sujeito.

Originária do latim, a palavra *discursos* 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 observada 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 este texto diz? Como ele diz?) e uma análise externa (Por que este 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 deslizes 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 Pêcheux, ele consiste na multiplicidade de saberes (discursivos) correlacionados a um lugar de sentido em que “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. Todos os sentidos já foram ditos 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 as memórias social e coletiva 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; PÊCHEUX, 2015; ORLANDI, 2015).

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

O sentido é outro conceito importante abordado pela AD, o qual está diretamente relacionado com a formulação que já foram enunciadas, são o *esquecimento número um* e o *esquecimento número dois*. O esquecimento número um é o resultado da maneira como a ideologia influencia 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 em que 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 (PÊCHEUX, 2008; ORLANDI, 2015).

Faz-se necessária 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 a 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 em que o sujeito ocupa num determinado local e tempo.

## **5 OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **5.1 GERAL**

Analisar os sentidos dos discursos das pessoas em situação de rua e dos profissionais das equipes de CnaR acerca da tuberculose no município de SP

### **5.2 ESPECÍFICOS**

- a) Caracterizar o perfil sociodemográficos dos profissionais de saúde das equipes de Consultório na Rua que atuam no controle da tuberculose;
- d) Caracterizar o perfil sociodemográficos das pessoas em situação de rua que estejam em tratamento, abandono ou cura por tuberculose;

## 6 PERCURSO METODOLÓGICO

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa pautado no referencial teórico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa, 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.

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, ou seja, considerar suas crenças, seus valores e suas condições sociais individuais, pois esse sujeito é complexo, contraditório, inacabado e em constante transformação. Por meio de concepções teóricas de abordagem, da técnica, utilizou-se instrumentos de apreensão da realidade, unidos à capacidade criadora e à experiência do pesquisador (OLIVEIRA, 2013).

### 6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

#### 6.2.1 A Rede de Assistência à Saúde em São Paulo/SP

A pesquisa foi desenvolvida no município de São Paulo (MSP), capital do estado de São Paulo, cidade que exerce a função de principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul. Dados estimados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2021 apontam para uma população de 12.396.372 milhões de habitantes em uma área de 1.523 km<sup>2</sup> e como a capital dos negócios, da diversidade cultural e gastronômica.

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 é 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 seis as Coordenadorias de Saúde: Norte, Centro, Oeste, Sudeste, Leste e Sul, nessas regiões estão distribuídos os estabelecimentos/serviços de saúde. As vinte e sete Supervisões Técnicas de Saúde são compostas por Distritos Administrativos (DA) que estão subordinados às Coordenadorias Regionais de Saúde e estas por sua vez à SMS.

Figura 1: Mapa Coordenadorias Regionais de Saúde Município São Paulo



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/372813675387979077/>

A Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada do sistema público local, oferecendo um conjunto de ações de saúde, tanto individual quanto coletivo para o alcance à promoção e à 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 468 Unidades Básicas de Saúde, sendo 446 com atendimento odontológico, mais de 1.574 equipes de Estratégia de Saúde da Família, 151 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, 26 Equipes de Consultório na Rua, 8 equipes Redenção na Rua, 50 Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial, 9 Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), 42 Unidades de urgência e Emergência, 24 Hospitais Municipais, 35 Hospitais Dia da Rede Hora Certa, 95 Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas (CAPS), 35 Unidades de atendimento em Saúde Bucal, 33 Unidades de reabilitação, 44 Unidades de serviços e atenção domiciliar, 12 Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), 6 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), 7 Unidades de apoio, diagnóstico e terapia e 27 Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) (SÃO PAULO, 2021).

#### 6.2.2 Atenção à tuberculose em São Paulo/SP

O Município de São Paulo por meio do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), em consonância com as diretrizes definidas pelos Programas Nacional (PNCT) e Estadual de Controle da Tuberculose (PECT), elaborou o Plano Municipal pela Eliminação da tuberculose para o período 2018 – 2022, com essa iniciativa o município tem estabelecido estratégias para avançar no combate à doença (SÃO PAULO, 2021).

Em 2017, foram registrados 403 óbitos devido à TB na cidade de São Paulo. O coeficiente de mortalidade (CM) foi de 3,4 óbitos/100 mil hab. No período de 2007 a 2017, a variação do CM foi de 2,7 a 3,5 óbitos/100 mil hab., apresentando um aumento nos anos de 2016 e 2017 (SÃO PAULO, 2021).

Entre 2015 e 2019 observou-se um aumento no número de casos novos de TB na população em situação de rua, as 26 equipes de Consultório na Rua que auxiliam no atendimento e acolhimento dessa população, realizam busca ativa de TB, diagnóstico, acompanhamento e tratamento com TDO. Na cidade de São Paulo, o coeficiente de incidência da TB, na população em situação de rua, em 2018 foi de 2850,0 casos/100 mil hab., com alta cura em 42,8% e abandono em 42,5% (SÃO PAULO, 2021)

Nesta população, o tratamento é muito desafiador e complexo, dentre alguns fatores destacam-se o perfil itinerante e a dificuldade para criação de vínculos com a unidade de saúde. Vale ressaltar que, no ano de 1998, apenas 57,5% das UBSs ofertavam o diagnóstico e tratamento e, 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 as novas diretrizes de cuidado em TB estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o ano de 2004 foi marcado pela descentralização do cuidado integral a pessoa vivendo com tuberculose em 100% das UBSs. A partir de 2008, a busca ativa na comunidade e na demanda das unidades foi intensificada e continua ocorrendo de forma permanente, contribuindo com o diagnóstico precoce e adesão ao tratamento (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 interrogatório quando há presença de tosse há mais de três semanas, ao se identificar um sintomático respiratório (SR), imediatamente lhe são fornecidas orientações sobre sinais e sintomas da doença, bem como solicitado exame de escarro-baciloscopia (BK) 2 amostras, sendo fornecido o frasco coletor já identificado e pedidos para duas amostras. 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 do sintomático respiratório 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 que originou o exame por e-mail, o resultado impresso chega na UBS em até 15 dias úteis.

Os exames de baciloscopia e cultura são solicitados pelo médico ou pelo enfermeiro, o resultado pode ser consultado em plataforma específica do laboratório responsável após três dias do envio da amostra, ou ser recebido por e-mail ou ainda envio da via impressa para a UBS, o profissional médico e/ou enfermeiro/a que solicitou o exame e recebeu o resultado positivo fica responsável por notificar o agravo e desencadear toda as ações de cuidado juntamente com a CnaR, acompanhamento e tratamento, bem como as ações junto aos comunicantes. O munícipe que teve seu resultado de BK positivo é convocado imediatamente para consulta médica, caso não atenda à convocação é realizada visita domiciliária. Na maioria das UBSs, existe

um(a) enfermeiro(a) responsável pela vigilância epidemiológica, esse 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 UVIS, realizar a supervisão do preenchimento e monitoramento de todas as etapas de registros e do cuidado.

Mesmo com investimentos no acompanhamento, qualidade e agilidade na atualização dos dados, no município de São Paulo o alcance das metas tem sido desafiador, dados do boletim epidemiológico municipal de 2020 revelam que, de 2008 a 2018, os índices de cura para a população em geral se mantiveram estáveis em 75% para forma pulmonar. A população em situação de rua apresenta cura em 42,8% e abandono em 42,5% (SÃO PAULO, 2020).

O tratamento diretamente observado (TDO) é uma ferramenta assistencial de grande importância para garantir o desfecho favorável do tratamento e evitar abandono. Em 2018, observou-se o impacto do TDO no encerramento dos casos com 83,9% de cura entre os que realizaram o TDO, contra 70,1% naqueles em autoadministrado (AA), confirmando a importância dessa ferramenta para um melhor resultado no tratamento (SÃO PAULO, 2020).

De acordo com a literatura, o abandono do tratamento fortalece a problemática da TB por contribuir significativamente com o surgimento da Tuberculose Multirresistente (TBMR); dados de 2019 da cidade de São Paulo apontam para 22,5% de resistência conjunta aos dois principais fármacos que compõem o tratamento: rifampicina e isoniazida, comprovados por cultura de escarro e teste de sensibilidade às drogas. 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 pelos Institutos Adolfo Lutz e Clemente Ferreira. Concomitantemente ao encaminhamento, e-mails são disparados automaticamente quando ocorre a digitação de resistência no banco do sistema de controle dos pacientes com TB (TBWEB). Com esses resultados o PCT-MSP desencadeia ações, encaminhando as informações para as Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) de referência, que contatarão com UBS de atendimento e residência dos pacientes para desencadear, o mais breve possível, avaliação, adequação do esquema terapêutico

e verificar se os contatos foram investigados (BARROSO *et al.*; 2003; São Paulo, 2011; SÃO PAULO, 2020).

Para os casos que necessitam de internação, seja pela condição de alta vulnerabilidade social, seja por TBMR, o município de São Paulo conta com a referência estadual do Hospital Leonor Mendes de Barros em Campos do Jordão; anteriormente, após a solicitação e liberação de vaga via sistema Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), era necessária uma solicitação de uma ambulância junto ao serviço médico de urgência (SAMU) para a efetivação do transporte do paciente de São Paulo para Campos do Jordão.

A liberação dessa ambulância levava cerca de quinze dias, inviabilizando a transferência da pessoa em situação de rua em tratamento de TB para o serviço hospitalar. Atualmente, as equipes de Consultório na Rua contam com carro exclusivo para essa finalidade, não dependendo mais da ambulância do SAMU. Assim que liberada a vaga para internação, é feita a solicitação do carro para transporte com agendamento em até três dias, o paciente é levado por um auxiliar de enfermagem que fará sua internação em Campos do Jordão. Os profissionais das equipes relatam que essa nova estratégia de traslado favorece significativamente a adesão e otimiza o início oportuno do tratamento adequado.

Em 2003, movimentos sociais vinculados às pessoas que se encontravam em situação de rua na cidade de São Paulo, descontentes com o atendimento preconceituoso que recebiam nos serviços de saúde, juntaram-se ao Grito dos Excluídos e foram às ruas da capital paulista para reivindicar maior atenção à saúde.

O Grito do Excluídos teve origem entre 1993 e 1994, promovido pela Pastoral Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), quando estava à frente da Pastoral Social o bispo Dom Luiz Demétrio Valentini. Embora a iniciativa esteja diretamente ligada à CNBB, desde o início diversos organismos participam do movimento: as igrejas do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs, movimentos sociais, organizações e entidades envolvidas com a justiça social. Ao longo da Semana da Pátria, que culmina com o Dia da Independência do Brasil, em 7 de setembro, essas manifestações têm como objetivo dar voz e visibilidade aos excluídos da sociedade, por meio de denúncias dos mecanismos sociais de exclusão e propor caminhos alternativos para uma sociedade mais inclusiva.

Atendendo a essa reivindicação, a garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) junto às pessoas vivendo em situação de rua no município de São Paulo, em dezembro de 2004, houve a implantação do programa A Gente na Rua.

O projeto A Gente na Rua teve início com a premissa de contratar pessoas em situação de rua para serem agentes de saúde, visando à promoção da reinserção social dessas pessoas. O projeto, que inicialmente teria a duração de um ano, foi tão exitoso que em 2005 passou a ser parte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com financiamento do governo federal.

Em 2008 foi ampliado para a Estratégia Saúde da Família Específica para Pessoas em Situação de Rua, na qual o profissional médico passou a compor a equipe.

Em toda essa trajetória, dentre as atividades de saúde com maior destaque encontrava-se a priorização de ações para o combate à tuberculose, desde a busca ativa por sintomáticos respiratórios, encaminhamento para o início do tratamento e o TDO. Essas ações fortaleceram e fomentaram ainda mais descentralização do programa municipal de combate à tuberculose no município de São Paulo.

Para o desenvolvimento dessas ações o município adotou a estratégia de parceria público-privada, por meio do convênio entre SMS e uma Organização Social (OS), o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (Bompar).

O (Bompar) é uma Entidade Católica, sem fins lucrativos, que atua majoritariamente na Zona Leste da cidade de São Paulo. Fundada em 1946, tem como objetivo desenvolver ações e capacitações para pessoas e famílias em situação de risco. O Bompar, em parceria com a Prefeitura de São Paulo – por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) realizava a gestão desse projeto. Assim, profissionais de saúde foram selecionados, capacitados, acompanhados e supervisionados por essa OS, a fim de realizar as ações de saúde voltadas à população em situação de rua (HAVANA *et al* 2007, SÃO PAULO, 2021).

### 6.2.3 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 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 (São Paulo, 2021).

Em 2021 o número de equipes de CnaR foi ampliado visando fazer frente ao aumento expressivo de PSR apontada pelo inquérito censitário das pessoas que vivem em situação de rua, com o objetivo de aumentar a formação de vínculos com vistas a prevenir, detectar e tratar os agravos, promover o acesso desses indivíduos ao sistema de saúde, bem como, sua reinserção social (BRASIL, 2013).

A oferta *in loco* dos cuidados em saúde, de forma itinerante ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrando outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência, entre outros, passaram a ser a nova forma de atuar com as PSR.

Considerando a região de atuação, no município de São Paulo, as equipes de CnaR são compostas pelos seguintes profissionais: enfermeira(o), auxiliar de enfermagem, agente de proteção social, agente comunitário de saúde, assistente social, psicóloga(o), médica(o), auxiliar administrativo, motorista e equipe de saúde bucal de referência. Atualmente, o município de São Paulo possui 26 equipes de CnaR, todas de modalidade III.

Essa configuração multiprofissional do cuidado à saúde das PSR exige uma atuação ampla, que contemple a complexidade e a heterogeneidade inerentes à situação de estar nas ruas, além de uma compreensão em profundidade sobre essas pessoas, suas histórias, realidades e necessidades em saúde.

### 6.3 SUJEITOS DO ESTUDO

- ✓ Profissionais que compõem as equipes de Consultório na Rua do Município de São Paulo, envolvidos na atenção à TB.
- ✓ Pessoas que vivem em situação de rua cadastradas pelas equipes de consultório na rua com diagnóstico de TB, em tratamento ou que tenham sido curadas.

### 6.3.1 Critérios de Inclusão

- Pessoas em situação de rua com idade igual ou superior a 18 anos que se encontravam em tratamento de TB há pelo menos trinta dias ou tenham recebido alta por cura ou abandono do tratamento;
- Profissionais com idade igual ou superior a 18 anos, com pelo menos 6 meses de experiência no cargo, com conhecimento e experiência na atenção à tuberculose. O tempo e a experiência no cargo foram considerados por se entender que o profissional possui maior conhecimento do território de atuação, ambientação com o processo de trabalho e vínculo com a população assistida;
- Profissionais de nível médio e superior que atuam no CnaR do município, sendo interlocutoras técnicas, enfermeiros(as), auxiliares de enfermagem, agentes sociais e motorista.

Vale destacar que todas as categorias profissionais que compõem a equipe de CnaR foram convidadas para participar desta pesquisa, porém nem todos aceitaram. A maioria da justificativa para a não participação das entrevistas estavam relacionadas à falta de tempo e à grande demanda de atendimentos.

### 6.3.2 Critérios de Exclusão

- Profissionais que se encontravam em licença médica, e/ou licença maternidade e/ou em afastamento do cargo por qualquer motivo;
- Profissionais que não realizaram o agendamento da entrevista após quatro tentativas;
- Pessoa em situação de rua que, no momento da entrevista, tenham feito uso abusivo de álcool ou substâncias psicoativas;

## 6.4 PROCEDIMENTO PARA GERAÇÃO DE DADOS

Os dados foram gerados entre os dias 16 de dezembro de 2020 a 13 de fevereiro de 2021, as entrevistas semiestruturadas e áudio gravadas ocorreram em

horários e locais de atuação das equipes de CnaR. A geração de dados passou pelas etapas que serão apresentadas a seguir.

#### 6.4.1 Definição da amostra

Embora a utilização do termo amostra no que se refere às pesquisas qualitativas possa causar certo estranhamento, nas 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).

Após aprovação do Comitê de Ética, foi realizado contato prévio com a interlocutora das equipes de CnaR vinculada à instituição parceira Bompar, por meio de contatos telefônicos, endereço eletrônico e WhatsApp, com o propósito de identificar o melhor dia e horário para a realização das entrevistas. Buscando garantir representatividade, a proposta inicial deste estudo foi de entrevistar ao menos um sujeito de cada categoria profissional que compõe a eCnaR, no entanto, as dificuldades impostas pela pandemia de covid-19 inviabilizaram os agendamentos das entrevistas.

Para atender às novas demandas de saúde e sociais dos cadastrados, as equipes precisaram reorganizar seus fluxos e processos de trabalho, nesse contexto o agendamento e a realização das entrevistas tornou-se um grande desafio. Vale destacar que em atenção aos protocolos sanitários estabelecidos pela pandemia, durante o período de coleta de dados, a pesquisadora não possuía autorização para realizar as entrevistas presenciais, as entrevistas online não foram bem aceitas pelos sujeitos, visto que necessitariam ser realizadas fora do horário de trabalho, concorrendo com seus escassos intervalos de repouso.

Desta maneira, foi possível entrevistar, neste estudo, tão somente a interlocutora técnica, agente social, agente de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeira/o, motorista e pessoas em situação de rua, não foi possível entrevistar todas as categorias profissionais que fazem parte do CnaR como previsto no início da coleta de dados. De acordo com os critérios citados, 13 sujeitos compuseram a amostra final desta investigação, sendo 09 pessoas em situação de rua e 04 pessoas em situação de rua.

#### 6.4.2 Agendamento das entrevistas

Em atenção às obrigatoriedades legais para a execução de pesquisas com seres humanos e as 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 de Atenção Básica 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 feita entrevista por telefone e via e-mail com a interlocutora da Organização Social (OS) responsável pelas equipes de CnaR, que informou em reuniões e por mensagens todos os membros das equipes sobre a pesquisa; aos que manifestaram interesse em participar, a interlocutora compartilhou com a pesquisadora o contato telefônico do profissional. Foi realizado contato telefônico e por WhatsApp com os profissionais para agendamento de dia e horário de maior conveniência considerando os dias de trabalho dos profissionais e a rotina da assistência das pessoas em situação de rua com TB.

Aos que se interessaram em participar foi enviada a seguinte mensagem por WhatsApp:

\_\_\_\_\_, bom dia. Tudo bem?  
Sou Tatiana, e quem me passou seu contato foi a 'M'.  
Como informado estou realizando uma pesquisa sobre pessoas em situação de rua com tuberculose e o cuidado oferecido pelas equipes de Consultório na Rua.  
Dada a grande relevância e destaque do trabalho que você realiza com essas pessoas, você está sendo convidada para contribuir com o projeto.  
A sua participação consiste em me conceder uma entrevista que será áudio gravada, discursando sobre seu dia a dia no cuidado das pessoas em situação de rua com TB.  
Por gentileza, gostaria de verificar contigo qual o melhor dia e horário para eu te entrevistar, caso prefira podemos fazer online.  
Para quando podemos agendar?  
Muito obrigada.  
AbraSUS e excelente semana”.

As entrevistas foram realizadas durante a pandemia de covid-19, embora a Secretaria Municipal de Saúde tivesse aprovado a realização da coleta dos dados, em

um primeiro momento não havia autorização para que pesquisadores estivessem nos espaços das Unidades de Saúde ou participassem de ações nos territórios, diante disso, foi sugerido aos profissionais que a entrevista fosse realizada via plataforma online, embora tenha tido aceite de participação remota, como os potenciais entrevistados chegavam muito tarde em suas residências as entrevistas acabavam sendo desmarcadas, assim, foram realizadas apenas duas entrevistas online.

Imediatamente após a liberação para realização presencial das entrevistas, foram realizados os agendamentos, os profissionais de pronto marcavam data, local e hora para serem entrevistados, em algumas situações ao chegar para realizar as entrevistas, profissionais das equipes de CnaR que ainda não tinham sido contactados para participar da pesquisa, ao saberem do estudo, voluntariavam-se prontamente à participação, nesse contexto, aconteceram três entrevistas sem necessidade de agendamento prévio.

O agendamento junto as pessoas em situação de rua se deu mediante o contato prévio com a enfermeira do CnaR, durante suas visitas no território a enfermeira divulgou a pesquisa e convidou as pessoas que haviam abandonado, concluído ou estavam em tratamento de TB para participarem voluntariamente da investigação. Uma vez feito o contato e agendamento pela enfermeira, as entrevistas ocorreram em nos centros de acolhidas em que os entrevistados costumavam frequentar.

#### 6.4.3 Realização das entrevistas

Coube ao sujeito entrevistado a escolha do espaço físico onde as entrevistas seriam realizadas, todas foram realizadas em espaços coletivos e/ou públicos como em sala de grupo, porta de lanchonete, praça, centro de acolhida conhecido também como “albergue” e no veículo de transporte da equipe “kombi”.

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.

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).

Nesse sentido, construímos um roteiro de entrevista, o qual foi apresentado e discutido em conjunto com a orientadora e membros do grupo de pesquisa do Grupo de estudos operacionais em doenças negligenciadas e emergentes (GEODONE). Após os ajustes necessários, realizamos uma entrevista-piloto, e após sua transcrição observamos que as questões atendiam ao objetivo da investigação. Diante disso, como não houve necessidade de alterações no roteiro proposto, a entrevista-piloto foi inserida na amostra do estudo.

No momento das entrevistas, a pesquisadora relatou acerca da investigação e salientou os seus objetivos. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas. Ainda, com o recurso de um diário de campo foi possível o registro das impressões do pesquisador acerca do ambiente e dos sujeitos, durante a coleta de dados. As entrevistas tiveram duração média de quarenta e cinco minutos, variando em sete minutos o menor tempo de gravação e uma hora e trinta e dois minutos o maior tempo de gravação.

#### 6.4.3 Transcrição das entrevistas

As entrevistas áudio gravadas foram transcritas integralmente após sucessivas escutas. Posteriormente, o material coletado resultante de cada entrevista foi organizado utilizando a segregação por “famílias” e “códigos”. Essa segregação auxiliou na organização do material empírico dos dados qualitativos, visto que permitiu facilitar a sistematização das falas para a análise provenientes de questões abertas semiestruturadas, como é o caso desta pesquisa.

Mediante as consecutivas leituras do material bruto transcrito bem como da escuta dos registros áudio gravados, foram utilizadas as 13 entrevistas realizadas, destas, realizou-se a identificação dos discursos que atendiam aos objetivos do estudo. A partir do gerenciamento do material de linguagem bruto, viabilizou-se 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 14 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 14 códigos gerados foram: a individualidade do estar na rua, uso de substâncias psicoativas, estigmas e preconceito, ausência de políticas públicas e violação de direitos, humanização e integralidade do cuidado, o direito de ser visto e ouvido, o tempo do/no território, adoecer na rua, os desafios para o tratamento de TB na rua, estratégias para a atenção à TB, direitos e autonomia, divergências entre as necessidades e o que é ofertado, vínculos institucionais x vínculos pessoais, a tuberculose na rua como caminho para a reinserção social.

Esses códigos foram agrupados em 4 grandes famílias, que possibilitaram a identificação e a construção dos blocos discursivos. Cada família foi formada pela associação de vários códigos cuja aproximação dos dados favorece o entendimento de elementos relevantes que constituem o contexto do discurso. As famílias criadas foram: (1) A (Sobre)vivência na Rua; (2) Sentidos da tuberculose para a PSR; (3) Sentido da tuberculose para os profissionais do CnaR; e, (4) Espelhos: um caminho de esperança para o reencontro.

Dessa maneira, esta pesquisa se constituiu em um conjunto de discursos dos profissionais do CnaR e das pessoas em situação de rua com tuberculose do município de São Paulo, contribuindo para a identificação de vestígios e indícios para analisar discursivamente a produção de sentidos acerca da tuberculose em pessoas em situação de rua no município de São Paulo.

### Quadro 1: Organização dos dados por Códigos e Famílias

Família	Códigos
A (Sobre)vivência na Rua	A individualidade do estar na rua Uso de substâncias psicoativas Estigmas e preconceito Ausência de políticas públicas e violação de direitos
Sentidos da tuberculose para a PSR	Humanização e integralidade do cuidado O direito de ser visto e ouvido O tempo do/no território Adoecer na rua
Sentido da tuberculose para os profissionais do CnaR	Os desafios para o tratamento de TB na rua Estratégias para a atenção à TB Direitos e autonomia
Espelhos: um caminho de esperança para o reencontro	Divergências entre as necessidades e o que é ofertado Vínculos institucionais x vínculos pessoais A tuberculose na rua como caminho para a reinserção social

Assim, emergiram 4 blocos discursivos:

- A (Sobre)vivência na rua;
- Sentidos da Tuberculose para a população em situação de rua;
- Sentidos da Tuberculose para os profissionais do consultório na rua;
- Espelhos: um caminho de esperança para o reencontro.

Após a transcrição das entrevistas e seguimento do percurso descrito acima, foi realizada análise integral e em profundidade de cada entrevista. Posteriormente, cada fragmento do discurso foi destacado por meio de sublinhados e recortes de maior relevância para responder ao objetivo deste estudo. Cada fragmento foi identificado por números sequenciais, buscando facilitar a identificação dos recortes analisados.

## 6.5 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO GERAIS

Durante a coleta de dados houve dificuldades na efetivação das entrevistas, não foi possível entrevistar todas as categorias profissionais atuantes nas equipes de Consultório na Rua, apesar de obter a concordância para agendamento das entrevistas das diferentes categorias profissionais, não obtivemos sucesso na realização de algumas entrevistas. Vale destacar que, dos agendamentos realizados, houve a pronta disponibilidade dos profissionais e bem como da PSR para serem entrevistados, bem como manifestação de alegria e motivação por participarem da entrevista, a felicidade apresentada pelos sujeitos em narrar detalhadamente as suas vivências, apresenta vestígios sobre a importância do espaço de fala e de valorização de suas experiências.

Isto posto, uma vez liberada a realização da entrevista presencial, houve facilidade no acesso aos serviços bem como receptividade pelos(as) entrevistados(as) na participação do estudo, favorecendo a construção de um ambiente amistoso entre entrevistadora e entrevistados(as), como resultado, houve longas entrevistas com apresentação de muitas informações para cada pergunta colocada. 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 das questões do roteiro. No entanto, vale destacar momentos de dificuldade na comunicação pelo uso de máscara devido à

pandemia de covid-19, bem como intensos ruídos e barulho das ruas e locais onde alguns dos participantes estavam acolhidos.

A coleta de dados junto às pessoas em situação de rua se deu a partir do contato prévio da enfermeira; no dia da entrevista, a pesquisadora foi acompanhada até o local onde ocorreria entrevista pela enfermeira ou pelo agente social. Os entrevistados sabiam ler e escrever, porém todos preferiram que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fosse lido pela pesquisadora, um deles justificou não enxergar as letras e que no momento estava sem óculos. Ao término da leitura foram orientados sobre assinatura, a qual foi feita de pronto, as pessoas em situação de rua entrevistadas verbalizaram alegria em poder contar suas histórias e em descrever sobre seu processo de melhora do adoecimento por TB.

## 6.6 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 devem 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 àquilo 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 desuperficialização. A desuperficialização fornece pistas, vestígios para a compreensão do discurso e a transformação da superfície linguística em objeto discursivo visando à 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 presentes no jogo de sentidos 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 sentidos presente no material simbólico.

Consequentemente, a AD não aspira atingir à 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-discursada (ORLANDI, 2015).

TRAZER O PERCURSO DE ANÁLISE DOS DADOS PRA CÁ

## 6.7 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.

O projeto de pesquisa que deu origem a este trabalho foi submetido junto à Plataforma Brasil, sendo aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos em 06/04/2021 sob número de parecer: 3.955.575 (ANEXO A), carta de anuência da Atenção Básica (ANEXO B) e da

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo 11/06/2020 sob número de parecer: 4.083.254 (ANEXO C).

Os participantes desta investigação foram orientados quanto aos objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual está registrada a solicitação de participação voluntária, esclarecimentos quanto ao objetivo da pesquisa, garantia de anonimato, sendo facultativo e resguardado o direito de 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.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Tabela 1:** Entrevistados – Profissionais CnaR

Identificação	Sexo	Idade	Função	Tempo CnaR	Tempo Atuação TB
E1	Feminino	42	Interlocutora	9 anos	9 anos
E2	Feminino	39	Interlocutora	9 anos	9 anos
E3	Feminino	28	Enfermeiro	7 meses	7 meses
E4	Masculino	27	Enfermeiro	2 anos	2 anos
E5	Masculino	40	Auxiliar de Enfermagem	4 anos	4 anos
E6	Feminino	32	Auxiliar de Enfermagem	6 anos	6 anos
E7	Feminino	35	Agente Social	2 anos	2 anos
E8	Feminino	37	Agente Social	7 meses	7 meses
E9	Masculino	32	Motorista	1 ano	1 ano

Os profissionais das equipes de Consultório na Rua participantes deste estudo foram 6 mulheres e 3 homens. A média de idade variou entre 27 e 42 anos. O tempo

médio no CnaR variou entre 7 meses a 9 anos. Em relação ao período de atuação no programa de tuberculose foi exatamente o mesmo período referente ao início de suas atividades no CnaR.

**Tabela 2:** Entrevistados – PSR

Identificação	Sexo	Idade	Raça/Cor	Tempo na Rua	Tratamento
E10	Masculino	40	Parda	12 anos	Concluído cura
E11	Masculino	41	Parda	8 anos	Concluído cura
E12	Masculino	33	Branca	7 anos	3 meses
E13	Feminino	32	Parda	1 anos	2 meses

As pessoas em situação de rua participantes deste estudo foram 3 homens e 1 mulher. A média de idade variou entre 32 e 41 anos. O tempo médio de vivência na rua variou entre 1 e 12 anos. Em relação à raça/cor, predominou a parda. Quanto ao tratamento da tuberculose, 2 haviam concluído por cura e 2 estavam em tratamento regular.

### 7.1 Condições de produção das Equipes de Consultório da Rua

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 a 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 (referência/ANO).

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.

Em 2012, se valendo das equipes ESF E e do Projeto Centro Legal, a Secretaria Municipal de Saúde com a instituição parceira Associação Saúde da Família (ASF) aproveitou 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. Os 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 (referência/ano).

O vínculo empregatício dos profissionais da CnaR é feito a partir da Consolidação das Leis Trabalhistas, e para integrar a equipe se faz necessária a aprovação em processo público seletivo realizado pela instituição parceira da SMS. De modo geral, a seleção é composta por análise de currículo, prova escrita, dinâmica de grupo, entrevistas e eventualmente visita ao território de atuação. Dada a dificuldade na captação de médico para atuar nas equipes do Consultório na Rua, uma vez demonstrado o interesse pela vaga e comprovada a conclusão da graduação, o médico é direcionado diretamente para a entrevista, não sendo necessária realização da prova escrita e dinâmica de grupo. O profissional é contratado por regime CLT, fica em período de experiência por três meses e são feitas avaliações anuais pela OS em que está vinculado. 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.

Destaca-se dificuldade na permanência do agente de saúde, uma vez que são pessoas que se encontravam em situação de rua e trazem consigo a vivência com questões de dependência de substâncias psicoativas e situação de violência. Aprovados no processo de seleção, os profissionais iniciam suas atividades recebendo treinamento em serviço diretamente com a equipe, sob supervisão e orientação dos enfermeiros da equipe. Em 2016, as equipes de CnaR foram transferidas para a Organização Social Bompar.

Assim como na ESF, os territórios das CnaR 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.

Os cadastros ficam no prontuário, servindo como ficha de rosto seguida de folhas devolução para anotações, evoluções e procedimentos feitos no prontuário em ordem cronológica. Cada prontuário recebe a sequência numérica por pessoa, área e microárea, e ficam armazenados na UBS de referência de cada cadastrado. Existem também os instrumentos de acompanhamento das linhas de cuidado e por categoria profissional para o registro de procedimentos, atendimentos, visitas domiciliares, consultas, grupos e reuniões são denominadas fichas diárias de produção (Ficha D), as fichas são entregues para a digitação diariamente, exceto a do agente de saúde, que é entregue o consolidado no final do mês.

Para o exercício de suas atividades, as equipes do CnaR utilizam consultórios e equipamentos cedidos e compartilhados no espaço da UBS. Cada equipe possui um veículo Kombi que são locadas pela SMS para o transporte dos pacientes para os serviços de saúde quando necessário e das equipes para realizar visitas nos territórios em que atuam. Isto posto, o motorista informalmente acaba se tornando mais um membro da equipe.

As equipes atuam nos sete dias da semana, das 7h às 22h de forma escalonada para a cobertura do território em todos os dias durante 15h, cada profissional exerce uma jornada de trabalho de 40h semanais. Um dos principais intuitos dessa cobertura no território é garantir a continuidade dos tratamentos supervisionados de TB bem como antibióticos e psicotrópicos. As equipes são compostas por 2 enfermeiros(as), 2 auxiliares de enfermagem, 6 agentes de saúde, 2 agentes sociais, 1 médico(a), 1 assistente social e 1 psicólogo(a).

O processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua está diretamente vinculado às ações de atenção primária à saúde, à rotina de atividades previstas pela Unidade Básica de Saúde e ESF. Os CnaR são registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e respondem diretamente aos seus coordenadores, sendo indispensável uma atuação em parceria com o gerente e as equipes das UBS cobrem o território nos finais de semana.

Para a organização das ações, tal como a discussão de casos para a elaboração de projeto terapêutico singular (PTS) do cadastrado, são realizadas diariamente reuniões de equipe, frequentemente são feitas articulações com equipes de UBSs vizinhas, equipe multidisciplinar, centro de apoio psicossocial adulto, infantil e álcool de drogas (CAPS I, CAPS e CAPS AD), interssetoriais e interssecretariais de acordo com a demanda dos usuários.

Respeitando as diretrizes do Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua, os CnaR do MSP realizam o atendimento por demanda espontânea, encaminhamentos 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 à autonomia, atuam com estratégias de redução de danos, desenvolvem ações de busca ativa de agravos de maior prevalência na rua, priorizando a tuberculose, gestantes, infecções sexualmente transmissíveis, 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.

## 7.2 Análise dos Fragmentos

### 7.2.1 Bloco Discursivo 1 – A (Sobre)vivência na Rua

*“Muito obrigada pelo seu tempo, por compartilhar a sua experiência.  
Experiência? Experiência não, sobrevivência...”*

Viver nas ruas seguramente não é uma condição desejável. O risco à violência e a dificuldade em obter recursos básicos da vida como alimentação, higiene, roupas, calçados, moradia, saúde, trabalho, estudo, lazer, sono e repouso refletem as privações das pessoas que vivem em situação de rua. Porém, há uma construção social que insiste em proclamar que estar na rua é uma “escolha”, uma “preferência” e um “gostar” de estar ali.

Dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil, no primeiro semestre de 2013, revelaram que 195 pessoas em situação de rua foram assassinadas. O preconceito contra essas pessoas é uma cruel realidade que se materializa em atos de violência física e verbal. Xingamentos como vagabundo, maloqueiro, preguiçoso e mendigos são algumas das maneiras de denominar essas pessoas, isto posto, acaba por influenciar a forma deles próprios se perceberem. Além da violência e do preconceito, a violação dos direitos humanos mais básicos, como acesso aos serviços de saúde, também é frequente (BRASIL, 2014).

A conveniência cultural em apresentar a condição de estar na rua como sendo livre opção dos que nela vivem é utilizada como meio de isentar o poder público e a sociedade da corresponsabilidade por essa trágica realidade. Compreendemos que estar em situação de rua não é unicamente uma escolha, mas sobretudo a ausência dela, é não poder escolher, é não ter escolha. Assim, convidamos aos que se dispuseram a se aventurar por essas linhas, o desafio de olhar o espaço da rua como um local estigmatizante, local dos que não têm escolha, para nós a rua é a falta de escolha.

Para Bauman (2012), a cidade socialdemocrata que se firmou no segundo pós-guerra torna-se ameaçada em suas fundações, devido a intensas pressões que produzem uma verticalização crescente: os ricos tendem a se tornar ainda mais ricos, por meio das oportunidades criadas pela ampliação dos mercados, enquanto os mais pobres submergem na miséria, desprovidos de seguranças por meio de políticas públicas que garantam proteção social. Assim, quem possui recursos econômicos se protege por meio de empresas privadas de segurança, ou residem em regiões mais nobres. Os mais pobres, ou seja, aqueles que são obrigados a permanecer onde estão são forçados, ao contrário, a suportar as consequências mais negativas das mudanças, gerando um crescente e difuso sentimento de medo (BAUMAN, 2012).

O interdiscurso disponibiliza dizeres determinados pelo que já foi dito, constituindo formações discursivas que se relacionam com outros dizeres presentes

na memória, assim os recortes abaixo remetem os efeitos de sentido de que a rua não é o lugar escolhido para viver, tanto por não ser lugar digno para moradia quanto pelos estigmas que estar nessa condição carrega:

**Recorte nº 1:** *“Eu por mim eu não estaria na rua, mas infelizmente eu... eu por mim não estaria, eu estaria dentro da minha casa, fazendo o tratamento bonitinho, direitinho”.*

**Recorte nº 2:** *“Eu não vivo no meio de maloqueiros, no meio de mendigos.”*

**Recorte nº 3:** *“Eu não me considero em moração de rua”.*

O primeiro recorte desvela que estar na rua não foi uma escolha, o anseio de estar no interior da casa é acentuado pelo advérbio “dentro”, isto posto, o fragmento discursivo revela muito mais do que vontade de estar na casa, ele transparece a pretensão de estar em seu espaço interno, em local protegido, privativo, fechado e seguro. As diversas repetições dos pronomes na primeira pessoa do singular “eu”, “mim” e “minha” fortalecem os vestígios de que a entrevistada não está na rua por vontade própria, mas sim por ações e/ou desejos de outra pessoa que não ela.

A personalização para si, por meio do “eu” também produz o sentido da individualidade do viver na rua, não existe o sentimento de pertencimento como da família, amigos, grupos sociais, evidencia-se uma ruptura com o outro. Desta maneira, torna-se evidente o efeito de sentido que é produzido pela ordem do discurso de Orlandi (2015), em que a interpretação perpassa por dois níveis: o de quem fala e o de quem analisa, assim nesses três fragmentos é possível interpretar que na rua não existe coletivo, é um espaço solitário.

Os discursos apresentados nos recortes nº 2 e 3 buscam reivindicar que a rua não seja associada a local de pessoas com reputações questionáveis, o fato de não aceitar os estigmas atribuídos à população em situação de rua, faz com que a pessoa mesmo morando na rua não se sinta pertencente a ela: “não me considero em moração”. O recorte abaixo corrobora com esse contexto.

**Recorte nº 4:** *“...às vezes até tinham o vínculo é eles estavam vinculados com a família, mas estavam em situação de rua por se sentirem que já não cabiam mais*

*naquele ambiente, tem muitos casos assim”.*

**Recorte nº 5:** *“...eu lembro bem de um que estava há mais de 10 anos em situação de rua, um rapaz super jovem tinham 32 anos, eu lembro até o nome dele até, é ele veio do Paraná tinha ensino médio completo, era um rapaz que falava super bem, super diferenciado, mas estava em situação de rua há mais de 10 anos”.*

Estigma social tem por definição marca ou sinal que designa o seu portador como desqualificado ou menos valor, ou segundo a definição de Erving Goffman: “a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena” (GOFFMAN, 1988). Na sociologia o estigma está relacionado com a identidade social dos sujeitos e dos grupos sociais. De acordo com a etimologia da palavra percebe-se que, com o passar dos anos, ela foi adquirindo significados diferentes.

Na Grécia Antiga, era utilizada para sinalizar as marcas nos corpos de escravos e criminosos. Na Idade Média, a palavra passou a atribuir as marcas da graça divina ou sinais físicos causados por doenças. No presente, a palavra carrega diferentes significados, mas principalmente, no que se refere às suas dimensões sociais. Para a sociologia o conceito de estigma social está diretamente ligado à categorização de um grupo por outro, atribuindo-lhe um grau inferior de status social. A atribuição de um estigma está fortemente implicada com os preconceitos, os estereótipos e o medo do desconhecido. Esse processo é iníquo e perverso, visto que a identidade atribuída por um grupo a uma pessoa ou a grupo social pode ser incorporado à identidade que esse próprio grupo se autoqualifica. Assim, corre-se o risco do grupo estigmatizado aceitar posições inferiores de status social dada a internalização da categoria que lhe é imposta (GOFFMAN, 1988; ELIAS; SCOTSON, 2000).

Desta maneira, o estigma se encarrega de denominar os que pertencem e os que não pertencem a um determinado grupo, atribuindo a si e aos seus membros características humanas superiores, autorizando-os a excluir e diminuir o outro. Esse tipo de relação traz como consequências a negação de direitos e oportunidades ao grupo estigmatizado. Aos serem definidos como tal passam institivamente a serem percebidos como indesejáveis, criminosos, preguiçosos, como uma ameaça. O recorte nº 5 evidencia o efeito de sentido de que a rua não é lugar para pessoas “diferenciadas”, mas sim local os desqualificados, para quem tem “falhas”, estigma social se torna a identificação que desmerece o indivíduo.

Desse modo, o estigma pode também se apresentar como formas de exclusão e adjetivação como “mendigos”, “maloqueiros”, “vagabundos”, “drogados”, “pinguços”, “fedidos”, “desarrumados”, “bandidos” são designações comumente utilizadas para desqualificar as pessoas que estão em situação de rua,. São diversos os fatores que podem compor o movimento de levar a pessoa para a situação de rua.

**Recorte nº 6:** *“Uns adolescentes entre 11 e 14 anos, dos que eu conversei ninguém morava na rua, na rua direto, né? Então eles eram das periferias de São Paulo e vinham ficar ali, né? Daí começou passando o final de semana e depois venho de quinta a sexta... muitas vezes que tem a questão muitas vezes de violência familiar né tem a questão de abuso de questão financeira né, então são muitos na minha casa, tem oito se eu sair serão sete, então isso acaba culminando nas pessoas irem pra situação de rua, né?”*

Como apresentado no recorte acima, a ida para a rua geralmente ocorre de forma gradativa, as idas começam ser pontuais posteriormente vão se ampliando o tempo de permanência, a violência familiar e as dificuldades financeiras são apontadas nesse fragmento discursivo como principais fatores. As palavras “muitas vezes” que se repetem reforçam a frequência de ocorrência das situações de violência sofridas, evidenciando que a estar nas ruas não é uma fatalidade, mas sim um processo. A enunciação de um sujeito do discurso se dá no encontro entre estrutura e o acontecimento, entre interdiscurso e intradiscurso. É o local onde a memória, história e a atualidade se encontram, portanto, é o lugar do acontecimento, a repetição do enunciado permite que ele seja atualizado, rememorado ou ressignificado.

O fenômeno de ida às ruas é chamado por alguns autores de rualização, configurado como processo social gerado a partir de múltiplos condicionantes em um intervalo de tempo. Para que possa ser interrompido, esse processo carece de ações preventivas ou interferência quando o tempo de rua dos sujeitos ainda é curto, quanto mais precoce forem as intervenções a possibilidade de reversão será maior, quanto mais tempo de/na rua maiores também serão as dificuldades para sair dela (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011).

Isto posto, é importante destacar que tanto a chegada quanto a saída da rua fazem parte de um processo complexo, dinâmico e considerando a singularidades de cada sujeito.

**Recorte nº 7:** *“... com o tratamento a gente conseguiu sensibilizar que ele saísse da rua, né? A gente conseguiu que ele fosse para o centro de acolhida, que ele fosse para o CAPS, aí ele terminou o tratamento, ele conseguiu o emprego, parou com o uso e estava outra pessoa, eu tenho até as fotos, mas são casos bem assim bem exitosos que a gente tem.”*

A sequência dos acontecimentos, bem como a cadência narrativa de conseguir ir para centro de acolhida, cuidado integral e cura da tuberculose, conquista do emprego e abandono do uso de substâncias psicoativas revelam que o processo de “saída”, assim como o de “entrada” é complexo e gradual. A sentença “estava outra pessoa” evidencia que para sair da rua é necessário metamorfosear-se, ter uma nova forma e ser diferente, podemos entender com isso que a rua não permite que as pessoas sejam mais as mesmas.

A lógica do pensamento de Bauman convida à compreensão de que não existem determinismos na vida social. Contudo, os atores sociais necessitam enfrentar a realidade e exercitar até o fim sua capacidade de ação de modificar o curso dos acontecimentos a partir de diferentes investimentos nas relações e nos vínculos. Mas, para isso, faz-se necessária reflexão contínua e séria sobre as possibilidades das próprias ações (BAUMAN, 1988).

Na análise de discurso a ordem da enunciação que é o esquecimento número dois aponta para os significados desse dizer, assim, vale destacar que o recorte nº 7 se inicia com o fato de que o tratamento da tuberculose despertou o processo de reinserção social, as palavras “a gente” aponta para um esforço único e pessoal da equipe para cada conquista alcançada e, não por coincidência, a dependência química verbalizada em “parou com o uso” é a última a ser mencionada.

O “não dito” de que existe incompatibilidade entre a dependência de substâncias psicoativas e o viver dentro de uma casa convencional é apontado como uma “falha”, falha que nos sentidos trazidos pela entrevistada a coloca como merecedora de “castigo”, o distanciamento e a exclusão, nesse recorte foi silenciada a palavra “drogas”.

**Recorte nº 8:** “Ó... eu estou na rua devido a uma falha minha que eu tenho, entendeu? Eu infelizmente eu tenho uma falha então é... devido a essa falha que eu tenho, essa é a razão de eu estar na rua há 2 anos e 8 meses”.

**Recorte nº 9:** “Ah, eu vou falar pra você na situação que eu me encontro, não, não foi por opção mesmo, foi pra não dar trabalho pra minha família porque eu usava droga, entendeu? É aquilo o pessoal te olha com outros olhos tipo não dá atenção necessária que você necessita, de um carinho de pai, de um carinho de mãe.”

**Recorte nº 10:** “Eu acho que as vezes é a dinâmica de território, território deles, porque as vezes eles entram em conflito, tem um conflito no território, por conta de droga de uso de álcool, de droga, e aí por conta dessas dificuldades de relacionamento de território eles acabam migrando para outros lugares”.

Os fragmentos discursivos acima apontam que a droga é capaz de causar intensos danos e conflitos individuais, familiares e de território tanto dentro de casa quanto na rua, reforçando a necessidade de políticas públicas que fortaleçam ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação que pautem essa temática. O estigma segregador, construído em torno de pessoas que vivem nas ruas e que fazem uso de substâncias psicoativas, implica o julgamento moral da conduta desses sujeitos.

Desta maneira, a Política de Redução de Danos (PRD), na perspectiva do modelo psicossocial, caracteriza-se pelas ações de saúde pública voltadas a diminuir as consequências causadas pelo uso abusivo dos psicoativos, visando à melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, fortalecendo sua autonomia, princípios de cuidado e de autocuidado (SOUZA, MESQUITA, SOUSA, 2017).

O uso abusivo de substâncias psicoativas e todos os determinantes envolvidos tornam a saída das ruas ainda mais desafiadora e complexa, conforme os anos de sobrevivência na rua vão se passando, a população em situação de rua acaba não tendo outra alternativa senão adaptar-se, acostumar-se a ela/nela e a volta para casa se torna cada vez mais difícil.

**Recorte nº 11:** “Muitos deles falam que vão voltar com a minha família, mas a gente sabe que não vai voltar né, é muito difícil assim, né?”

**Recorte nº 12:** “mas eu não tenho dificuldade nenhuma em tá na rua, por mais que aqui os outro fala que aqui é local pra pessoas de rua, eu num to encontrando dificuldade nenhuma em ficar aqui. Agora se eu saí, eu tenho mais dificuldade em voltar pra casa do que ficar aqui, você acredita?”

**Recorte nº 13:** “são as pessoas de lá de dentro eu já acostumei com eles ali dentro o acolhimento deles que num é igual, eles tem mais atenção carinho e mais carinho por mim que o meu pai, de sangue, então eu me sinto mais a vontade com eles, eu num tenho medo deles mas eu tenho medo do meu pai”.

A rua passa a ser o estar dentro e a casa o estar fora, os vínculos, as referências positivas de acolhimento, as amizades afetuosas acabam por tornar a rua um espaço com momentos acolhedores. Nesse contexto, a rua se apresenta como um lugar de acolhimento, onde não há exigências prévias e formais para estar nela, a rua não restringe o acesso, ela está disponível a quem dela desejar fazer uso: ela acolhe a quem chegar (ALECRIM, 2016).

Estar na rua representa um dos mais profundos estágios de miséria humana e social, manifestada pela inexistência de recursos básicos de sobrevivência como alimentação e higiene, fragilidades e rupturas dos vínculos familiares, exposição a violências, estigmas e preconceitos, além do risco aumentado para adoecimentos físicos e mentais (ALECRIM, 2016). Nas ruas, as debilidades das políticas públicas manifestadas nas ausências de direito equânimes a todos os cidadãos e cidadãs, estão escancaradas nas privações de acesso ao que é essencial a vida humana, as iniquidades sociais ficam disponíveis em uma vitrine a céu aberto.

**Recorte nº 14:** “A própria falta de moradia já é um fator preponderante pra pessoa ter um adoecimento mental, o próprio fato de você não poder escolher a hora que você vai dormir, o que você quer comer, que horas você acorda, a falta de privacidade...”

**Recorte nº 15:** “Porque é isso né se falta estrutura, né se a pessoa não tem um lazer, não tem uma alimentação adequada, não tem um sono reparador, não tem uma ambiência pra morar, tudo isso acaba resultando em problemas mesmo, né?”

**Recorte nº 16:** *“Na verdade, a pessoa em situação de rua é uma cristalização de faltas de política, né?”*

Ao analisarmos a sequência discursiva no recorte acima, identificamos na metáfora “*cristalização*” o efeito de sentido de impotência e limitação da ação do profissional do CnaR frente às reais necessidades das pessoas que eles cuidam, a metáfora revela a impossibilidade de realização de práticas efetivas e resolutivas de cuidado, visto que essa “*cristalização*” concentra as ausências de direitos em um só lugar, em uma só pessoa, na pessoa em situação de rua.

É cada vez mais notório o crescimento dos “pobres e miseráveis”, esses não têm acesso aos direitos de moradia, alimentação, emprego, saúde, educação e lazer, resultado de um sistema de governo injusto de distribuição de renda. A pobreza está intimamente relacionada à ausência de recursos básicos para a vida, na qual muitas pessoas possuem muito menos do que o necessário para sobreviver, ficam à margem, na indigência (ROSA *et al.*, 2006).

Diante desse cenário, as pessoas que se encontram em situação de rua sobrevivem também à falta do direito de ter seu colchão, roupa e cobertor. A mesma prefeitura que oferta cuidado em saúde por meio das equipes de Consultório na Rua, subtrai seus míseros pertences mediante a segurança pública, assim, é possível refletir: “segurança” de que público?

**Recorte nº 17:** *“Ah eu não posso sair, se eu sair na hora que eu voltar não tenho mais nada porque se a prefeitura passa, o caminhão do rapa passa aí leva minhas coisas e é o que eu tenho é minhas coisas e aí como é que eu vou conseguir outras?”*

**Recorte nº 18:** *“É igual eu te falei do rapa, quando o rapa tá, a gente procura nem chegar muito perto. Porque assim já aconteceu deles associarem o rapa com a gente...o poder público que dá é a saúde, e o que tira é a GCM, o rapa... mesma prefeitura, mesmo brasão no uniforme” (GCM guarda civil metropolitana).*

**Recorte nº 19:** “*Às vezes ele fica num local que tem as coisas deles e eles não podem sair porque vem o rapa da prefeitura e leva, isso é uma grande dificuldade, né?”*

**Recorte nº 20:** “*Muito difícil eles virem na UBS pra tomar medicação, até outras questões assim, às vezes ele fica num local que tem as coisas deles e eles não podem sair porque vem o rapa da prefeitura e leva”.*

O recorte 16 me interpelou com uma cantiga infantil que diz: “se essa rua, se essa rua, fosse minha... eu mandava, eu mandava ladrilhar...” Assim como na cantiga o trecho analisado desvela metaforicamente que a rua é um lugar de não pertencimento, a rua não pertence a quem canta “se fosse minha”, tão pouco pertence a quem mora ou sobrevive nela/dela. A repetição da sentença “*minhas coisas*” apresenta o não dito de reivindicar o que é seu por direito, essas coisas foram conquistadas e por isso deveria estar com a depoente e não com quem passa e leva. Contudo, nem a rua, nem mesmo as “suas coisas” são de propriedade dela, pois a prefeitura passa e leva, o que era para ser dela acaba sendo confiscado pelo estado maior, pelo sistema, pela prefeitura.

A despeito de nada ter, o pouco que se tem ainda pode lhe ser retirado, até mesmo o algo para se alimentar e se proteger do frio, a fome é uma realidade frequente na vida das pessoas em situação de rua, a falta do acesso à alimentação é um dos fatores que contribuem para a itinerância e o imediatismo dessas pessoas, eles não têm tempo para esperar, a fome aperta, a fome faz adoecer o físico e a mente. Eles vivem em constante busca pelas “bocas de rango”, locais públicos, religiosos ou Organizações não Governamentais (ONGs) onde são distribuídos alimentos como café da manhã, almoço e jantar. A falta de comida é uma realidade tão presente para esses sujeitos, principalmente o alimento saudável, que o acesso a frutas foi por eles diretamente relacionado com a melhora da tuberculose, os remédios estavam sendo ingeridos diariamente, porém nos fragmentos abaixo o interdiscurso disponibilizou dizeres que atribuíram a cura da tuberculose ao consumo de frutas e não necessariamente à terapêutica medicamentosa.

**Recorte nº 21:** “*eu tava tomando o meu medicamento, entendeu? Aí depois eu fui pro São Fernando, aí eu comecei... que lá tem bastante fruta aí eu comecei a*

*arrebentar nas frutas, tudo quanto era fruta eu comia, entendeu? Fiz mais três meses, mais três meses de tratamento de fruta, entendeu? Estou curado.*

**Recorte nº 22:** “a gente pegava goiaba, as frutas, café da manhã era top, pão francês, fruta à vontade, fruta, danone, presento, queijo, tudo isso...muita fruta”.

Contrariando os estigmas de desorganizados e sujos, o processo parafrásico apresentado no recorte 23 anuncia pistas de dizeres sedimentados que são mantidos nos verbos organizar, limpar e na palavra “bagunça”, sendo ainda enfatizados pelos advérbios ‘muito e bem’.

**Recorte nº 23:** “Eles têm uma organização muito assim, uns fazem um fogãozinho a lenha deles lá...eles fazem como se fosse uma mini churrasqueira aí muitos deles cozinham na rua mesmo eles têm lá as panelas deles, panela de pressão, eles se organizam, se vai em umas malocas deles de rua assim eles são muito organizados, é limpo, é bem limpo, eles não gostam que deixe nada sujo nada de bagunça...”

Desde modo, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para estar nas ruas, dentre elas está a tentativa de reproduzir a ambiência doméstica nos logradouros urbanos, a utilização de sofás, mesas, tapetes e outros utensílios domésticos abandonados, se revela cada vez mais presente nas grandes cidades. A tentativa de reprodução do espaço das casas também pode estar relacionada à necessidade de pertencimento, acolhida, abrigo e proteção, estar na rua expõe o sujeito a toda sorte de doenças, sobretudo a tuberculose.

Conhecida como doença de pobres, a tuberculose anuncia condições sociais e econômicas precárias, resultado da degradação das condições de vida. A miséria acarreta nutrição aquém das necessidades fisiológicas, tornando o sistema imunológico mais vulnerável. Dessa maneira, esforços para prevenir e controlar a TB só terão sucesso frente a uma abordagem integrada que priorize a redução das desigualdades sociais (GUIMARÃES *et al.*, 2012). Consequentemente as pessoas em situação de rua estão mais vulnerabilizadas para o adoecimento físico e mental, a rua acaba contribuindo para a promoção de doenças.

**Recorte nº 24:** *“A gente que mora assim, corre o risco mesmo de ter, né?”*

**Recorte nº 25:** *“...para os que estão institucionalizados, sempre ter que dividir quarto com mais vinte, cinquenta pessoas vão causando adoecimento mental né? Então são situações que de vulnerabilidade que acaba levando o indivíduo a se expor a mais traumas, é raro dizer que quem está em situação de rua tem transtorno mental, mas é que a situação de rua acaba é gerando né?”*

Na (sobre)vivência da rua que acolhe os excluídos e desesperançados, nasceu uma nova oportunidade, o verbo resgatar do recorte nº 26? remete ao sentido da ação de salvar os sobreviventes, promovendo inclusão, acesso e cidadania. Da rua, para a rua. Os fragmentos discursivos 26 e 27 são de uma ex-moradora em situação de rua que hoje é profissional da equipe de Consultório na Rua.

**Recorte nº 26:** *“Eu vim de uma situação de rua né, eu tenho... tive 14 anos de rua, né? Eu sou filha do bompar porque o bompar me assistiu eu estando morando na rua, o consultório na tua me resgatou.”*

**Recorte nº 27:** *“Hoje eu tô aqui para somar com eles e tipo pra mim é uma gratidão muito grande porque... eu sei ... o que eles passam, eu sei como eles vivem, eu já passei por isso, eu já senti o que eles sentem, então é mais fácil de eu poder trabalhar com eles porque... é sentimento, porque já eu imagino como eles tão pensando, o que eles tão querendo... então já é mais fácil dá um resultado positivo no que eu tô fazendo porque eu passei por isso, então eu sei como é difícil, a gente estar na rua ou num centro de acolhida é muita discriminação também e falta muitas coisas também, né?”*

A empatia, assim como outras experiências afetivas, é escopo de interesse de vários campos do saber. Os aspectos interindividuais envolvidos nas experiências de colocar-se no lugar do outro promovem o desenvolvimento de habilidades cognitivo-afetivas e a vida em sociedade. A empatia pode exercer fortes influências nos processos de tomada de decisão, especialmente diante de questões ligadas ao cuidado, ao respeito e à moralidade. A empatia que tem por significado “colocar-se no

lugar do outro” deve ser uma das principais características do profissional da saúde (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009).

Assim, ter sido moradora de rua e agora ocupar a posição discursiva de profissional da saúde acarretam fragilidades, mas sobretudo potencialidades que contribuem fortemente para a elaboração de um cuidado singular, humanizado, qualificado e empático. Sobreviver às/nas ruas é construir diariamente estratégias individuais e coletivas por meio de esforços para suprir as necessidades humanas básicas, transformar a si mesmo e o espaço que ocupa, além de tecer novas maneiras de vincular-se ao outro e ao mundo.

### 7.2.2 Bloco Discursivo 2 – Sentidos da Tuberculose para a População em situação de Rua

*“Eu jamais pensei que eu ia pegar isso...”*

Os obstáculos para o controle da tuberculose no Brasil estão além do controle da cadeia de transmissão, diagnóstico e tratamento das doenças. A elevação dos índices de pobreza, a má distribuição de renda, o precário processo de urbanização, os insatisfatórios níveis de nutrição, as precárias condições sanitárias e o aumento das populações em vulnerabilidade são alguns dos fatores que impactam diretamente no controle da tuberculose (referência/ano). Nesse cenário, destacam-se as pessoas em situação de rua, grupo de risco especialmente para a tuberculose por sofrer extrema exclusão social, acesso precário aos serviços de saúde, situações de violência e discriminação (SANTOSA; BRUNFENTRINKERA; PENAA; SARAIVAA; BOINGA, 2021).

Perante o exposto, como resultados das constantes lutas das pessoas em situação de rua foi criada, em 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Essa política traz, dentre os principais objetivos: a garantia de acesso aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, assistência social, moradia, segurança, trabalho e renda; implementação de centros de referência especializados e estabelecimento de padrões dos serviços de acolhimento temporários. Todavia, a implementação dessa política está sujeita a articulação entre a União, Estados e interesse ou não dos municípios, tornando uma realidade ainda muito distante para as pessoas que dela necessitam (BRASIL, 2009).

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 escancara a pobreza, a desigualdade, a exclusão social, associar a essa condição o adoecimento por tuberculose evidencia as questões de miséria humana cada vez mais presentes.

A invisibilidade é um dos graves problemas que atinge essa população e a coloca em uma condição de não ter seus direitos (re)conhecidos. As ações do Estado e da sociedade civil voltadas a quem se encontra na rua, geralmente pautam-se sob a ótica de políticas higienistas ou assistencialista. Justificada pela prevenção de epidemias e promoção de ambiente seguro, o higienismo desencadeia a expulsão da população mais pobre das áreas centrais dos espaços urbanos, reforçando estigmas como: portadoras de doenças transmissíveis, comportamentos morais questionáveis e criminosas (referência/ano). O poder público, as empresas privadas, os comerciantes e os transeuntes buscam eliminar as pessoas que se encontram em situação de rua. A tentativa de expulsá-los para as margens promove um movimento de readaptação em outros espaços, visto que, na luta pela subsistência, torna-se necessário resistir à aversão e repulsa sofrida.

A política higienista, praticada na segunda metade do século XIX e início do século XX, adotou a estratégia de retirada de pessoas doentes, idosas, escravas e crianças que se encontravam nas vias públicas das cidades esmolando ou em situação de abandono, essas medidas eram justificadas para garantir o controle das doenças por meio da limpeza das cidades (referência/ano). Diante disso, havia fiscalizações sistemáticas para abrigar crianças pobres e desvalidas, bem como asilos para receber os idosos e “mendigos”. Assim, havia não somente uma preocupação com a saúde da população, mas, sobretudo, em produzir um retrato favorável das cidades para o comércio, os brasileiros e os “estrangeiros” (ALVES, 2018).

Nos esforços sociais em bani-los, há uma conotação de valor que diferencia essas vidas, como sendo menos importantes, vidas de menor valor, como se fossem menos humanos, “imerecedores”, “descartáveis”, desprezíveis, vidas que estão socialmente mortas (PINHEIRO, 2021).

Assim, a condição de adoecimento por TB para os participantes desta pesquisa acabou sendo vivenciada como uma possibilidade de saírem da invisibilidade. A tuberculose permitiu que essas pessoas fossem vistas pelo poder público, pois para a saúde se tornaram “casos importantes”, “casos prioritários”, os efeitos de sentido

apresentados nos recortes a seguir desvelam que ter sido diagnosticado por TB permitiu serem notados, vistos, enxergados.

**Recorte nº 28:** *“pelo menos lá eu vou ser cuidada o pessoal tá me vendo”.*

**Recorte nº 29:** *“as pessoas que menos chamam a atenção são as mais enxergadas se entendeu? E eu pela minha doença sou a mais silenciosa, são poucas pessoas aqui dentro que sabem o que eu tenho...”*

**Recorte nº 30:** *“A minha médica que era a P. levava minha pasta pra casa dela, se entendeu? Dedicada, eu vou ser cuidada, o pessoal está me vendo, vai enxergar você mesmo no meio de 200 pessoas...”*

No imaginário desses sujeitos é possível analisar o silenciamento, o apagamento de sentidos apresentados nesses recortes, as FDs apresentam o não dito de que somente o adoecimento por TB possibilitou serem vistos e serem cuidados. Analisar a sentença “*pelo menos*” no recorte nº 28 desvela o efeito de sentido de que estar com tuberculose “não é tão ruim”, visto que a doença a coloca em um lugar de destaque, de ser importante, a entrevistada deixa de ser (indi)gente e se torna gente, gente com direitos, direito de acessar a saúde e receber tratamento, gente vista por uma equipe multidisciplinar, um cuidado em rede “*o pessoal que tá me vendo*” remete a um cuidado singular e coletivo que não se limita a um único profissional, mas a uma rede intra-intersectorial.

O que dizemos quando não dizemos? O dito e o não dito expressam que o dizer tem relação direta com o não dizer, assim as diferentes formas de não dizer também significam e carregam de sentidos (ORLANDI, 2015).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos prevê que toda pessoa tem o direito à alimentação adequada “Artigo 25 — 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação (...)”. Em consonância com essa declaração, a constituição brasileira também confirma este direito humano:

Art. 6º – São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a

proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da constituição".

A dignidade da pessoa humana pode ser compreendida como o direito de cada indivíduo ter **suas necessidades humanas vitais atendidas**. Contudo, há um abismo entre o que está previsto e a realidade das pessoas que moram nas ruas. Nem sempre elas têm suas necessidades humanas básicas de alimentação supridas, assim, são obrigadas a (re)correrem diariamente em busca de sua subsistência, por meio de mendicância, disputando nas filas de distribuição de alimentos por instituições religiosas, filantrópicas e pública, busca nas lixeiras por alimentos desprezados, realização de trabalhos informais para levantamento de recurso financeiro como coleta de materiais recicláveis, carregamentos de caixas em comércios e guarda de carros "flanelinhas".

A falta de acesso à alimentação é uma realidade na vida das pessoas que estão na rua, a ausência da alimentação ou alimentação precária é um dos fatores relacionados ao adoecimento por TB. Além da visibilidade do sujeito causada pela tuberculose, evidenciada nos discursos anteriores, o adoecimento foi apontado como uma oportunidade de suprir a necessidade humana básica de alimentar-se de modo digno. Embora pelo programa de controle e combate à tuberculose (PMCT) do município de São Paulo toda pessoa que se encontra em tratamento supervisionado regular tem direito a receber uma cesta básica por mês até a conclusão do tratamento, essa distribuição não é a estratégia mais apropriada para a PSR, visto que não possuem fogão para preparar seus alimentos.

Durante o desenvolvido do projeto "PACtu" em 2014, as pessoas em tratamento recebiam um vale-alimentação para três refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar), que poderiam ser trocados nos restaurantes conveniados, essa estratégia foi apontada como exitosa por contribuir na adesão ao tratamento, fortalecimento do vínculo com os serviços de saúde, trabalho em rede, apoio comunitário do território, estímulo à autonomia e aumento da autoestima.

**Recorte nº 31:** *"Isso fortalecia muito o vínculo dele, não só com a gente, então isso foi um ganho tão grande que até o próprio local onde eles almoçavam, eles também incentivavam eles isso foi um incentivo até por ser uma região diferenciada,*

*tem pessoas de maior poder aquisitivo, e quando eles passaram a frequentar esses locais, esses restaurantes onde pegavam as refeições eles começaram até a se ver de outra forma, e isso trouxe uma autoestima para eles*”.

O processo parafrástico identificado neste FD, pela repetição das palavras “até” são reforçados pelos elementos linguísticos “próprio local”, “região diferenciada” e “outra forma”, esses significantes evidenciam a ideologia presente no imaginário social e coletivo de que não é comum ou esperado que outras pessoas incentivem e contribuam com cuidado em saúde dessa população. Descortina-se que a rotina, tratamento e acompanhamento das pessoas em situação de rua sejam exercidas tão somente pelos integrantes do CnaR. Podemos analisar no recorte “até o próprio local onde eles almoçavam eles também incentivavam” um sentimento de alegria, esse sentimento é reforçado pela repetição da palavra “eles” evidenciando um efeito de sentido de que o cuidado deixou de ser solitário e que agora está sendo compartilhado com outros atores.

A ideologia trazida no imaginário social desta profissional em relação ao trabalho em rede, clínica ampliada e território, desvela um sentido fortemente carregado de esperança em relação ao cuidado integral, coordenado e continuado que perpassa para além da cura física, mas que sobretudo alcança a possibilidade de reinserção social.

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).

**Recorte nº 32:** *“Também teve uma mudança que começou com essa questão da refeição, mas melhorou de todas as formas até a questão da autoestima dele chegar vir de banho tomado, vir mais asseado, é saber que todos os dias estaria garantida aquela alimentação então isso trouxe outro olhar”.*

O recorte acima apresenta a importância do olhar, esse discurso nos convida a termos um olhar diferente, um “*outro olhar*”. É substituir o olhar que não

quer ver pelo olhar que enxerga o outro, é o olhar do direito, o olhar da humanização, o olhar acolhedor, o olhar a realidade que está diante dos nossos olhos. Quando se olha com olhos de quem quer ver, fomentam-se as possibilidades de acesso e a garantia de direitos. O olhar que identificou que a necessidade de fornecimento de alimentação pronta, em local adequado, possibilitou que as pessoas em tratamento da TB tivessem uma mudança não somente no seu quadro clínico, mas também na sua condição de vida. A alimentação teve o “poder” de suprir a necessidade humana básica, promover a socialização, estimular o autocuidado, melhorar a autoestima e propiciar a cura.

Com relação às pessoas que se encontram em situação de rua o cuidado integral e continuado se faz ainda mais necessário, dada a vulnerabilidade a que estão expostos. Dessa forma, garantir a alta cura por meio de um cuidado voltado para suas reais necessidades contribui fortemente para evitar ou reduzir casos de tuberculose multirresistente (TBMR) e recidivas.

Estudos demonstraram que o alcoolismo e a presença de comorbidades são fatores associados à tuberculose. Nesse sentido, tratamentos anteriores para tuberculose, a presença de cavitações e maior tempo para o diagnóstico podem ser preditores de TBMR, o diagnóstico precoce tem sido apontado na literatura como um dos principais fatores para o controle da TBMR (COSTEIRA; PINA, 2007, MICHELETTI; DEZOTI *et al.*, 2014; SOARES, 2021).

Vale destacar que, apesar do longo tempo decorrido entre as publicações referenciadas no parágrafo acima, os fatores de risco para a infecção por TBMR vêm se mantendo os mesmos ao longo dos anos, revelando que, apesar dos importantes progressos na luta contra a tuberculose, faz-se necessário um conjunto de ações articuladas que incluam medidas de proteção social bem como suporte aos profissionais e às pessoas em tratamento para TB (COSTEIRA; PINA, 2007; MICHELETTI; DEZOTI *et al.*, 2014; SOARES, 2021).

A recidiva da TB pode ser definida como um novo episódio da doença após a cura de um episódio anterior, podendo ocorrer devido à reativação endógena ou à reinfecção exógena. Estudo realizado na Colômbia identificou que os principais fatores de risco para recidiva de TB são o uso irregular dos fármacos, fragilidade da equipe de saúde no manejo clínico, vulnerabilidade social e a infecção pelo HIV, assim a capacitação da equipe de saúde, o tratamento diretamente observado e a implantação de um sistema de vigilância pós-tratamento são

fundamentais para que eventuais recidivas possam ser detectadas precocemente (PICON, 2007; PUERTO, GLORIA *et al.*, 2021).

**Recorte nº 33:** “eu tava com *tuberculose de novo* e não sabia, o que eu tinha de tosse, nossa! Dava pra você *fazer uma orquestra*”.

A metáfora “orquestra” (recorte nº 33) produz o efeito de sentido de estar evidente, impossível não ouvir, som alto e perceptível a um público maior, uma verdadeira atração a ser contemplada. A metáfora pode ser analisada como a reafirmação da necessidade de olhar e ouvir, um convite a estar atento ao lugar de fala de quem tosse e, a partir dessa escuta, conduzir o cuidado como um maestro que conhece amplamente cada instrumento e cada músico.

Considerando que a orquestra é composta por um grupo de pessoas e instrumentos, pode-se inferir que, além da tosse, havia um conjunto de sintomas presentes tais como emagrecimento, febre, dor, sudorese, fraqueza a locução adverbial “*de novo*” traz à tona a problemática da recidiva, assim como “orquestra” pode repetir a música tocada, a tuberculose pode reaparecer.

Mesmo quando não há o conhecimento de como os sentidos são produzidos, somos solicitados o tempo todo a interpretar. A interpretação é a maneira pela qual os seres humanos se associam com o mundo e, nessa relação, a linguagem se destaca como prática social e histórica. O gesto de interpretação se faz necessário, visto que o espaço simbólico é muitas vezes marcado pelo silêncio, o não dizer é integrante da linguagem, uma vez que há ditos no não dito. Os deslizos da língua, o equívoco, a incompletude e o silenciamento são constitutivos do dizer (ORLANDI, 2015).

Nesse sentido, vale destacar o conceito interdiscurso, formulado por Pêcheux, 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 revela dizeres que afetam o modo de como o sujeito significa frente a uma situação discursiva. Destaca-se que todas as palavras já foram ditas por alguém, em algum lugar, em outro momento, o que é dito sempre trará um efeito. O interdiscurso pode ser entendido também como uma forma de memórias sociais e coletivas desenhadas na história. Importante considerar também que, para a existência da memória, é necessário que o acontecimento registrado rompa a

indiferença, deixando de ser insignificante e faça sentido (ACHARD *et al.*, 2010; PÊCHEUX, 2015; ORLANDI, 2015).

A memória marcada pela ideologia é interpelada e não pede licença, é trazida pela história atravessando os sentidos constituídos em outros dizeres, em outras vozes que ecoam, trazendo em sua materialidade os efeitos que afetam os sujeitos, independentemente de seus desejos. O sujeito não tem domínio no que ele diz, as palavras não são de quem fala, elas apresentam os significados da história e da língua. Pensamos que controlamos o que dizemos, contudo, não temos acesso ou comando sobre como os sentidos se constituem, sobre o que dizemos ou aquilo que deixamos de dizer. Assim, o interdiscurso é o nome dado ao 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). No recorte abaixo, podemos observar os conceitos ditos.

**Recorte nº 34:** *“Foi um projeto, foi destinado uma verba pra que tivesse alimentação para essas pessoas que estavam fazendo o tratamento e a gente fechava um convênio com dois restaurantes, a gente dava a medicação pro paciente, pela manhã na rua mesmo e dava o voucher do restaurante, ele trocava o voucher pela alimentação. Tomava café, depois ia embora, depois voltava pra almoçar e depois pra jantar, não era dinheiro então não tinha como ele trocar por outra coisa. né?”*

Há um não dito presente no recorte nº 34??? que foi substituído pela palavra “coisa”, há vestígios de que a palavra “coisa” silenciou a palavra *droga*. Isso revela que o sujeito profissional da equipe de consultório na rua realiza um apagamento de sentido de que a pessoa que vive em situação de rua não é capaz de por si só gerir suas finanças, que não é suficientemente apta a fazer bom uso do dinheiro, está presente nessa FD o imaginário coletivo de que se a pessoa que vive na rua tiver dinheiro na mão ela irá trocá-lo “*por outra coisa*” e essa troca será feita por algo que não é bom, ou seja, por *droga*. A profissional busca ainda na pesquisadora por meio da expressão “*né*” a concordância para o seu não dito.

Podemos verificar ainda o interdiscurso coletivo de que a pessoa que se encontra em situação de rua não é merecedora de portar nada que possa trocar por algo que não seja comida, o voucher é garantia e segurança de que ele irá se

alimentar e não usar drogas. A sequência discursiva “*não era dinheiro então não tinha como ele trocar por outra coisa, né?*” traz também o interdiscurso social de preconceito e julgamento, em que a pessoa em situação de rua não é capaz de reconhecer suas necessidades e direcionar seus recursos para o que realmente precisa.

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 essas pessoas. É necessário compreender sem julgar, respeitar e estabelecer limites. Nesse sentido, é fundamental o trabalho em equipe e a avaliação permanente do processo de trabalho (SANTOS, ALMEIDA, 2021).

Olhar a pessoa em situação de rua para além da tuberculose, da dependência de substância psicoativa ou de qualquer outro agravo é essencial para a garantia da integralidade da assistência. A integralidade, princípio norteador do Sistema Único de Saúde, objetiva a resolutividade das ações em saúde considerando o indivíduo no seu contexto social, cultural e psicológico, a partir dela são orientadas políticas e ações de saúde para atender às necessidades no acesso à rede de serviços. Porém, concordando com Viegas e Penna (2013), a integralidade pode ser percebida por meio do conhecimento a uma assistência ampliada, que busca promover a articulação das ações dos profissionais, com uma visão ampla do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades.

Para Merhy (2007), a integralidade persiste como um grande desafio no processo de construção, implantação e consolidação de um modelo assistencial para a saúde no Brasil. A integralidade pauta-se na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na cura e na reabilitação, tais ações implicam diretamente na qualidade de vida dos indivíduos. Assim, cabe refletir acerca do importante desafio entre romper com o modelo biomédico e a busca por uma nova prática de cuidado/atenção centrada no sujeito. Nesse sentido, tornam-se fundamentais as práticas reorganizadas para construir o cuidado e um planejamento de novos profissionais/indivíduos comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva na perspectiva de direitos sociais plenos.

No século XIX, as diretrizes de controle para a redução da disseminação da TB estavam voltadas para o isolamento social mediante o encaminhamento das pessoas doentes para os sanatórios, com isso, a pessoa acometida por esse agravo estava destinada à segregação, ao isolamento, à privação e ao sofrimento pelo estigma social que lhes estava imposto, o principal foco era cura da tuberculose, a pessoa era vista

e tratada como uma doença, como um risco iminente para a sociedade (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000; OMOTE, 2004; GOFFMAN, 1988; SURNICHE, 2015; ALVES, 2018).

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. Como integrantes da AB, as pessoas em situação de rua identificam nas equipes de CnaR consonância com essa diretriz (BRASIL, 2017; SANTOS, ALMEIDA, 2021).

Nesse sentido, ao analisarmos o discurso abaixo (recorte nº 35?, podemos verificar a amplitude e complexidade desse cuidar que transcende a doença infectocontagiosa.

**Recorte nº 35:** “... porque você vai tratar além da sua tuberculose outros problemas de saúde que você tiver”.

**Recorte nº 36:** “Não tenho do que reclamar não eles tão me ajudando pra caramba em outros, não só com a tuberculose, com a TB né, mas tem outras coisas também que estão em ajudando, também né, então eu tô cuidando da minha saúde também de outra parte, mas não é só TB né? Eles me ajudam também pra caramba.”

Na linguagem oral a repetição pode ser tomada como elemento fundamental no processo de interlocução, pode ocupar um lugar de persuasão por parte de quem discursa ou contribuir para a formulação do pensamento durante a fala. Do ponto de vista psicanalítico, a insistência repetitiva pode ser oriunda do inconsciente em que a tendência à repetição “possui uma meta que parece consistir em controlar o que ameaça um certo equilíbrio, sem assumir em papel ativo, em triunfar sobre conflitos não resolvidos” (ANDRADE, 2010; LACAN, 2010, p. 38).

A repetição frequente do verbo “ajudar” transparece a importância do apoio oferecido, a expressão “pra caramba” remete à intensidade do valor da ajuda

recebida. A referência à doença tuberculose repedida por três vezes nesta FD produz o efeito de sentido de que a tuberculose se tornou assunto muito presente e constante na sua vida. Esse discurso desvela ainda a integralidade do cuidado ofertado pela equipe, cuidado que busca compreender a pessoa na sua essência e atender a todas as necessidades de saúde ou não que são demandadas, as inscrições discursivas “em outros”, “não só”, “tem outras coisas”, “de outra parte”, “não é só TB” evidenciam essa estrutura de acontecimentos.

Os discursos das pessoas em situação de rua evidenciam que o acolhimento oferecido pela equipe de consultório na rua é primordial para a construção do processo de trabalho baseado no vínculo. A PSR percebe o cuidado humanizado, pois é olhada sem julgamentos, não há preocupação de ser expulsa do espaço geográfico que ocupa, percebe que há interesse e empatia com sua vida e que a possibilidade de abordagem, cadastramento e que o acompanhamento por profissionais da equipe CnaR acontece.

Os vínculos são inclusivos e fazem a diferença na vida, principalmente para uma população que comumente é tratada de modo indiferente e excludente. 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 caminhada diária, nos encontros, na partilha. Mesmo quando se tem pressa, como em situações de saúde e aderência ao tratamento, o diferencial para as melhores conquistas está pautado na resposta que humaniza e que vincula o outro (BRASIL, 2012; SANTOS, ALMEIDA, 2021).

**Recorte nº 37:** *“A gente acredita que assim e a questão do vínculo também com a equipe é muito importante, os encaminhamentos que eram feitos, tinha paciente que não tinha nenhum documento, nunca tinha tido documento e a gente fazia os encaminhamentos, tinha os projetos culturais aos quais a gente inseria a gente sempre levava”.*

**Recorte nº 38:** *“...dos projetos culturais, fazendo os encaminhamentos pra documentos é isso também é um facilitador”.*

Diante de contextos sociais marcados pela desumanização, estigmas, violência e segregação, a pessoa em situação de rua, no seu processo de exclusão, sofre rupturas familiares, sociais e afetivas, em razão disso necessitam

vivenciar novas formas de se relacionar e ressignificar sua inserção na vida. Assim, a pessoa necessita buscar mecanismos psíquicos de adaptação que possibilitem o conviver com a nova realidade posta (BRASIL, 2012; SANTOS, ALMEIDA, 2021).

No discurso nº 37, a sequência “muito importante” apresenta o grau de relevância desse vínculo, o advérbio “muito” quantifica e enfatiza o cuidado recebido pela equipe. Assim, a vinculação se amplia também para o mundo e fortalece as relações sociais, identificando a pessoa em situação de rua como sujeito de direitos por meio da organização dos documentos que não tinha. Os documentos se tornam um facilitador e um instrumento de cuidados, como apresentado no recorte nº 38.

**Recorte nº 39:** “...vocês estão aqui pra cuidar de saúde e acabam cuidando da vida toda... é da hora, porque eu sou sozinha entendeu, então para eu administrar e adquirir tudo o que eu tô passando, eu vou me metendo os pés pelas mãos se entendeu”.

O recorte acima reforça o cuidado ampliado, o acolhimento e o vínculo, o estar junto, é a presença da equipe na vida das pessoas. Traz também a metáfora “meter os pés pelas mãos” que evidencia o efeito de sentido em fazer algo de forma inadequada, fazer errado, utilizar recursos não indicados, ou seja, utilizar os pés em momentos que deveriam fazer uso das mãos. A metáfora reforça que ter a equipe por perto é fator protetivo de ações equivocadas.

Estudo realizado acerca do abandono do tratamento da tuberculose identificou que o vínculo pressupõe a presença constante de uma fonte regular de atenção e o estabelecimento de fortes laços interpessoais, intimamente relacionados à prática de cuidados, constituindo um elemento primordial no processo terapêutico. Dessa forma, os autores trazem que o vínculo entre a equipe e o sujeito em tratamento pode ser um fator positivo, contribuindo para sua autonomia; para a cogestão mediante à relação de confiança e o compartilhar dos compromissos (SOUZA *et al.*, 2010; VIANA, PAULO *et al.*, 2019).

**Recorte nº 40:** “Eles têm um acolhimento aqui muito bom então num tenho o por quê eu reclamar, eu tipo mesmo na situação de rua assim, eu ajudo aqui

*dentro da casa eu gosto de lavar louça, eu sou padeiro e confeitoiro, eu ajudo, eu ajudo lá na cozinha lá eu adoro lavar louça, então eu ajudo, hoje mesmo eu tava lavando, então eu ajudo aqui na casa aqui de coração mesmo, ajudo todo mundo aí que precisa”.*

O intradiscurso presente na repetição da palavra “ajudo” ecoa a posição da alegria pelo servir, apoiar, colaborar, a ajuda oferecida coloca o sujeito que discursa em uma posição autônoma, de confiança e de compromisso coletivo que contraria o interdiscurso imaginário social de colocar a pessoa em tratamento de tuberculose em uma posição de “paciente”, não participante, excluído e isolado.

**Recorte nº 41:** *“Aí veio aquele acolhimento que é maravilhoso, aí vem um chora comigo, aí vem outro procura saber, dá uma palavra boa”.*

O vínculo se configura como elemento chave nesse processo de tratamento prolongado e pode potencializar a adesão e alta cura.

**Recorte nº 42:** *“Eles são muito maravilhosos, vocês são muito atenciosos, cara...”*

Nesse recorte nº 42 observamos a repetição do elemento “são muito” durante a materialização do seu discurso, o qual aponta para um sentido de confirmação daquilo que ele recebe enquanto atenção e cuidado, o qual traz o seu sentimento diante do processo de tratamento.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) de 2006 tem como premissa transcender todas as instâncias do Sistema Único de Saúde, trabalhando de forma descentralizada, visando o fortalecimento da autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, a fim de que os processos de trabalho e principalmente as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida sejam articulados de forma eficiente e eficaz (BRASIL, 2006).

O recorte abaixo revela que, na prática, as relações entre profissionais e a população em situação de rua atendida pelo consultório na rua tem alcançado resultados que coadunam com a Política de Humanização a serem construídas.

**Recorte nº 43:** *‘Fui bem cuidado, muito bem sim, às vezes eu sumia e eles iam atrás de mim é pra ver se eu não fazia o tratamento que tava bem difícil eles assim olham, equipe R., Dr. D., N., nota 10 até as coisas que eu mais precisava eles me ajudaram sempre quiseram meu bem’.*

A empatia diz respeito a um sentimento de sensibilização pelas mudanças sentidas e refletidas, a cada momento, pela outra pessoa. É um processo psicológico conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais frente à observação da experiência do outro. Pode ser considerada um símbolo das profissões que cuidam da saúde (referência, ano). Para cuidar do outro é preciso possuir intuição, empatia, visão, imaginação, considerando a dimensão científica, técnica e artística. A sábia máxima de Ambroise Paré que evoca “curar ocasionalmente, aliviar frequentemente, consolar sempre” contribui de modo concreto com os significados da empatia (COSTA, SOARES, 2010; SANTOS, ALMEIDA, 2021).

**Recorte nº 44:** *“eles se põem às vezes no lugar da gente, entendeu, se entendeu? Pelo cuidado, dedicação que tem pela gente, entendeu? Eles sabem a história da gente, eles se comovem com a gente”.*

Repetição do verbo entender no recorte acima nº 44: “entendeu” “entendeu” “entendeu” demonstra a preocupação da depoente em garantir que a pesquisadora compreenda claramente a profundidade, a dimensão e a importância do cuidado humanizado e empático que ela recebe. Quando o conhecer sobre a história de cada um passa pelo caminho do afeto, instala-se maior possibilidade de êxito no tratamento devido ao vínculo estabelecido e por fomentar o protagonismo da pessoa em situação de rua na corresponsabilização do seu cuidado. A garantia do lugar de fala se dá na escuta da pessoa cuidada. Assim, faz-se necessário práticas que promovam o conhecer, conhecer para entender e entender para cuidar.

Neste sentido, o cuidado estará para além das técnicas ou práticas protocolares, burocráticas, é preciso uma verdadeira afetação e responsabilidade do profissional para com o usuário. Dessa forma, o cuidado é compreendido como uma dimensão filosófica, um construto estabelecido na relação intersubjetiva, pautado em

atitude que acolhe e respeita o sofrimento do outro mediante utilização de saberes práticos e experienciais (CARVALHO *et al.*, 2015).

O entendimento das necessidades de quem está nas ruas perpassa pela escuta ativa e atenta de suas histórias e valorização de suas demandas. É entender que essa população acaba por ter uma vida própria, em um espaço próprio, vivendo em um tempo diferente do convencional, haja vista a necessidade de suprir as suas carências de modo imediato, pois a fome não espera, a dor é urgente, a fuga da violência é iminente, a busca por local para dormir à noite é agora, a sede não espera, o frio mata. Nesse sentido, as ações de controle da TB também requerem tanto gestão quanto assistência ágil.

**Recorte nº 45:** *“Essa questão de você perceber qual é a minha necessidade no momento. Se for o tratamento, se for outra coisa. Tem coisa que não dá para esperar, o remédio eu pego depois, não posso ficar parada”.*

Cabe ressaltar a importância da sensibilidade para agir no momento correto, a partir do princípio da equidade, garantir que o atendimento seja prestado tão logo a pessoa chegue ao serviço de saúde. A metáfora da sequência discursiva “não posso ficar parada” produz sentidos de aproximação entre a pessoa em situação de rua, a equipe de CnaR e os serviços de saúde, uma vez que os profissionais de saúde se deslocam até a rua para medicá-lo durante seu tratamento e quando eles comparecem na UBSs são priorizados no atendimento. Ainda nessa metáfora, a sequência produz sentido de existência de apoio por parte dos profissionais envolvidos no acompanhamento dessas pessoas.

**Recorte nº 46:** *“Porque assim, não quer parar e esperar então eles não gostam de esperar então o importante primeiro é o vínculo, segundo a gente não vai esperar e terceiro que assim, hoje não espera, mas amanhã de repente ai consegue esperar e o tratamento vai fluindo”.*

Evidencia-se que o sujeito profissional da equipe de consultório na rua traz nessa FD alguns elementos linguísticos “não quer para e esperar”, “eles não gostam de esperar”, “a gente não vai esperar”, “não espera”, os quais trazem um

efeito de sentido que conduz o leitor a interpretar que a pessoa em situação de rua não tem paciência ou disciplina suficiente para entender que é necessário esperar para ser atendido. Entretanto, há uma contradição ideológica instaurada nesse processo, a qual pode ser verificada em um processo tensional presente no discurso desse sujeito, o qual culmina em uma relação de forças a favor e outra contrária à espera, pois se assim não fosse, haveria necessidade de agendamento e não do atendimento por demanda espontânea.

Essa contradição ideológica pode ser tomada como um deslizamento de sentido trazido pelo discurso desse sujeito “a gente não vai esperar”, embora a PSR afirme ter a percepção de que o imediatismo deve ser abordado mediante à realidade que vive, a depoente se contradiz ao responsabilizar exclusivamente o outro por não saber esperar. A FD “eles não gostam de esperar” indica que quem precisa saber esperar, saber como agir é a PSR e não o serviço de saúde.

O tratamento da tuberculose dura no mínimo seis meses, está disponível exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser realizado, preferencialmente, em regime de Tratamento Diretamente Observado (TDO). São utilizados quatro fármacos para o tratamento dos casos de tuberculose que utilizam o esquema básico: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (BRASIL, 2019).

O tratamento da tuberculose é um processo lento que, muitas vezes, dificulta a adesão e alta cura. O conhecimento sobre a doença, a terapêutica e as etapas do acompanhamento contribuem para um desfecho positivo, assim é fundamental que a educação em saúde faça parte desse processo de cuidado para a cura.

Os recortes discursivos a seguir, revelam que as pessoas em situação de rua que fizeram ou fazem tratamento para TB apresentam amplo conhecimento acerca dos sinais e sintomas, do tratamento, dos serviços e fluxos, seja pela utilização constante do serviço de saúde, ou por fazer parte das equipes de CnaR investir na educação em saúde ou ainda pelos constantes reingressos no tratamento da tuberculose devido à recidiva.

Embora em São Paulo a população em geral tenha o hábito de se referir à UBS como “posto” ou “postinho”, chamou-nos a atenção que as pessoas em situação de rua, que estão ou já passaram por tratamento para a tuberculose utilizam termos técnicos com propriedade e frequência, como por exemplo: UBS,

TB, escarro, infectologista, Clemente Ferreira (que é o ambulatório de especialidades para tratamento de TBMR), epidemiológico, vigilância epidemiológica e reinfecções.

**Recorte nº 48:** *“Já tem três meses que eu to fazendo o tratamento direto, aí tem mais três meses pra eu terminar, são seis meses, né?”*

**Recorte nº 49:** *“Mesmo que eu ia pra rua que eu ia usar droga, que eu bebia, mas no outro dia de manhã eu tava tomando o meu medicamento, entendeu?”*

Na busca da cura e evitar a morte por TB na rua, as entrevistas demonstram que as pessoas em situação de rua que se encontram em tratamento possuem um amplo e detalhado conhecimento sobre os protocolos e fluxos do tratamento revelando o investimento das equipes em educação em saúde.

**Recorte nº 50:** *“Eu fiz oito meses, oito meses de tratamento, por que de vez em quando dava aquele esquecimento não ia fazer o tratamento, entendeu?”*

**Recorte nº 51:** *“É faltava um dia, aí você sabe né? No final das contas você tem que repor, aí no outro mês faltava dois dias, aí tem mais dois dias, aí vai juntando, vai juntando, vai juntando, vai juntando, aí repus daí fiz mais três mês de tratamento, entendeu?”*

**Recorte nº 52:** *“Se você for um dia no instituto Clemente Ferreira, lá o instituto é só tuberculose e lá eles queriam saber da vigilância epidemiológica queria saber como que eu estava”.*

Apesar de as pessoas em situação de rua apresentarem conhecimento sobre a temática, o adoecimento por TB traz sentimentos de angústia e grande ansiedade devido ao medo da morte, a dor emocional é intensificada diante da experiência de adquirir uma doença infectocontagiosa estigmatizante e excludente.

Quando relacionamos o adoecer por TB e a vulnerabilidade da pessoa em situação de rua, a dor emocional dialoga com a dor crônica, visto que as condições impostas no viver na rua perpassam pela cultura de relações interpessoais e

institucionais muitas vezes violentas, que intensificam suas perdas e tristezas vinculadas ao estigma do adoecimento (CAMPOS, 2016; DOMINGOS, RAIOL, 2018).

A despeito dessa realidade, o medo da morte não aparece vinculado aos perigos da rua, os efeitos produzidos pelos discursos das pessoas que vivem na rua revelam que tuberculose é mais perigosa que a própria rua. O temor da morte está sempre associado à doença tuberculose e não à rua em si.

**Recorte nº 53:** *“Ah pra mim foi meio que uma surpresa, né? Porque eu nunca tinha pegado essas coisas, quando eu fiz o exame de escarro aqui na casa aqui mesmo, né? Aí pra foi meio que um choque assim porque eu nunca peguei essas doenças então do nada assim aparecer com tuberculose, fiquei com medo de morrer, fiquei com medo de tudo, né?”*

**Recorte nº 54:** *“...porque a minha dor é só essa o medo da tuberculose no caso é só essa, eu tenho medo de morrer por caso dela, entendeu? Mas o único medo que eu tenho é de morrer dessa doença...”*

A repetição da palavra “só” no discurso acima indica a tentativa de minimizar a gravidade da doença e suavizar o medo de morrer pela TB “a minha dor é só essa o medo da tuberculose”, o medo dói. O recorte nº 50 desvela o silenciamento do nome da doença, a palavra tuberculose é substituída por “dela” “dessa”. A dor emocional por carregar a doença é tão grande que o não pronunciar seu nome infere a tentativa de esquecê-la, de não deixá-la presente.

Em relação ao silenciamento Orlandi (2015) descreve o efeito de sentido como o silêncio fundador, aquele que reside nas palavras, que significa o não dito e que dá espaço para recuar o significante, apresenta o silêncio constitutivo, aquele que indica que para dizer é preciso não dizer, ou seja, uma palavra apagada revela a própria palavra não pronunciada (ORLANDI, 2015).

O recorte nº 55 expõe a profunda dor emocional e intensa angústia causada pelo adoecer por tuberculose, a sequência discursiva “melhor que não tivesse vivo” não necessariamente o desejo de morte, mas apresenta o não dito de forte vontade de não querer estar passando por essa situação.

**Recorte nº 55:** *“É uma sensação eu eu vou te falar, melhor que não tivesse nem vivo”.*

CAMPOS (2016) realizou um estudo sobre a dor no morador de rua, ele traz que a dor interfere diretamente nas atividades da vida diária, principalmente no sono. O autor evidenciou que a dor de maior prevalência foi a musculoesquelética, principalmente na coluna, que se mostrou ser intermitente e persistente. A movimentação corporal foi descrita como o principal fator de piora e o uso de medicação prescrita como principal fator de melhora ainda que com baixo nível de controle efetivo da dor.

Destaca-se que quanto menor o tempo de vivência na rua, maior será a sensibilidade da pessoa para identificar a sua própria dor, à medida que os anos de moradia na rua vão passando, a dor do corpo passa a ser menos percebida, isto posto, podemos inferir que para sobreviver a/na rua a dor precisa ser silenciada, anestesiada, apagada. Na rua não há espaço para dor, dada a ausência de recursos farmacológicos e não farmacológicos para cessá-la.

Os fragmentos a seguir corroboram a prevalência e intensidade de dor revelada neste estudo.

**Recorte nº 56:** *“é uma doença dolorida, entendeu? Porque ela dói, eu sinto muita dor, as vezes os outros fala é frescura, não é. Eu sinto dor, eu sinto cansaço, os remédios me deixam enjoada, dói o meu estômago, me deixa mole”.*

**Recorte nº 57:** *“...eu tô sentindo... eu sinto dores, dores constantemente de uns de dezembro pra cá às vezes só de eu falar demais já começa a doer tudo, entendeu? Às vezes eu tô sentada conversando ou até parada dormindo eu sinto dores, entendeu?”*

**Recorte nº 58:** *“A tuberculose quando eu descobri o ano passado começou me atacar essa dor, essa gripe, dando febre! Aí eles passaram umas medicações quando foi no dia 03 de fevereiro o exame do escarro já tinha saído de um dia para o outro, é tuberculose, é a tuberculose já tava avançada”.*

As sequências discursivas acima apontam processos polissêmicos, na polissemia existem os deslocamentos, a ruptura das significações, joga-se com o equívoco, aqui se apresenta por meio das dores e todos os sintomas ruins causados pelo adoecimento, a ausência de elementos estruturais e medicamentosos que possam aliviar a dor dessas pessoas pode causar uma não adesão ao tratamento ou ainda um esgotamento físico e emocional. A metáfora presente no recorte nº 58 “começou me atacar” evidencia o efeito de sentido de que a doença se coloca de maneira selvagem, ofensiva e forte contra o doente, não permitindo nenhuma atitude de defesa, o ataque feroz e armas poderosas como “dor”, “gripe” e “febre” fragilizam o depoente.

Diante disso, não é incomum para a pessoa em situação de rua vivendo com TB experimentar sentimento de impotência e de ineficácia medicamentosa, devido aos efeitos colaterais no início do tratamento. Tal situação permanece sendo um desafio para os serviços de saúde, pois há o risco de abandono do tratamento, nesse sentido, é fundamental que a equipe permaneça atenta e busque estratégias que produzam cuidado ágil e resolutivo.

**Recorte nº 59:** *“O meu catarro começou a ficar muito pastoso e quando eu estava sentado, quando eu sentava tipo que eu inclinava um pouco o corpo, parecia que tinha um monte de agulha nas minhas costas entendeu? Aí eu fiz um teste de tuberculose”.*

No recorte acima a metáfora “monte de agulha nas minhas costas” traz o efeito de sentido de uma dor provocada por algo ou alguém, dor trazida por uma quantidade elevada de instrumento perfuro-cortante colocado externamente de modo que quem sente a dor não tem controle para retirá-la de si.

Para as pessoas em situação de rua a tosse muitas vezes não está relacionada aos sinais ou sintomas de uma determinada doença, mas acaba sendo atribuída a sua condição de vida. Assim, a tosse é vivenciada como consequência de dormir ao relento, tomar friagem, estar exposto ao frio e à chuva, ao uso de tabaco, à alimentação precária, a processos alérgicos relativos às prejudicadas condições de higiene, ao uso de vestuários puídos e ao convívio próximo de animais, verifica-se a existência de um processo de negação da TB.

**Recorte nº 60:** “Às vezes a gente não vai conseguir porque..., não eu tô fumando por isso que eu tô com tosse não tenho nada, sempre tem uma desculpa, né? Não é nada!”

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, assim, as sequências “não tenho nada” “não é nada” apresenta uma tentativa de minimizar a gravidade do adoecimento.

A exclusão ao acesso aos direitos de moradia, emprego, saúde, educação, lazer e alimentação, são fruto social de um sistema de governo iníquo e com distribuição de renda injusta. A pobreza está diretamente ligada à ausência de recursos básicos para a vida, em que os indivíduos inseridos nesse contexto possuem menos do que o necessário para sobreviver, vivem na margem da indigência ou miséria absoluta, não tendo inclusive acesso à alimentação. É nesse cenário que se encontram as pessoas em situação de rua (ROSA *et al.*, 2006).

Diante de uma realidade tão complexa de falta de acesso na qual muitas vezes a única refeição do dia é proveniente das sobras do lixo, a tuberculose “é o de menos” na vida dessas pessoas.

**Recorte nº 61:** “a tuberculose num é o mais importante, tem as correrias pra fazer...”

**Recorte nº 62:** “...o tratamento era importante, mas a tuberculose na vida naquele momento era o menos importante”.

**Recorte nº 63:** “não é o maior dos problemas, então acho que nesse momento a tuberculose não é muito importante”.

As sequências discursivas polissêmicas nos remetem ao que foi silenciado, de que no caso dessa população a doença é o “de menos”. O que de fato importa, o que seria verdadeiramente o necessário, são os determinantes e condicionantes que não poderão ser fornecidos pela saúde. Aqui está silenciado o que de fato é muito importante, ou seja, a alimentação, a água, local para realizar sua higiene e excreção,

privacidade para suas relações sexuais, poder restabelecer seus vínculos, ter uma vida digna para então cuidar da saúde.

Estudo avaliou o insucesso no desfecho dos casos de tuberculose entre a privação de liberdade ou estar em situação de rua, revelou que os casos de tuberculose se diferenciam entre as populações privada de liberdade e em relação a PSR, desvelando a necessidade de implantação de políticas públicas de saúde que considerem suas especificidades e que se articulem políticas públicas e institucionais a fim de impactar os indicadores da doença (MACEDO, MACIEL, STRUCHINER, 2021).

Desta maneira, ao considerar a direta relação simbólica da TB com a pobreza, as significações que acompanham a “melhor condição de vida dessas pessoas” é possível afirmar que, enquanto não houver políticas públicas sérias e efetivas que assegurem a todo ser humano seus direitos de moradia, alimentação, saúde, emprego, segurança, educação e lazer não haverá esperanças e perspectivas de que a tuberculose seja erradicada, pois a tuberculose está diretamente relacionada aos condicionantes e aos determinantes sociais.

Diante de tanta ausência do que é vital, o adoecimento por TB propiciou o acesso à alimentação.

**Recorte nº 64:** *“Agora a gente pode estar buscando os núcleos de convivência onde pode almoçar, olha segura o almoço a gente tá com tuberculose, tô fazendo o tratamento de tuberculose, então tem como tá articulando, né?”*

O intradiscursos presente no FD nº 61 evidencia o eixo no qual os dizeres são formulados, o que é dito em um dado momento e em dadas condições, em que a tuberculose é a “senha” para a garantia da refeição no centro de convivência.

**Recorte nº 65:** *“Aí eu comecei a comer que lá tem bastante fruta aí eu comecei a arrebentar nas fruta tudo quanto era fruta eu comia, entendeu? Fiz ... tratamento de fruta, entendeu?”*

**Recorte nº 66:** “lá era hospital de luxo, luxo, luxo era a alimentação... nossa! Internado num shopping cinco estrela, comia fruta até sarei...”

Vale destacar que o consumo de frutas, verduras e legumes não é uma realidade na vida de quem está nas ruas, a alimentação comprada, doada ou encontrada é sempre composta de muito carboidrato e algumas poucas proteínas. Os discursos acima revelam que a tuberculose oportunizou o acesso às frutas, visto que somente durante o tratamento da TB a pessoa que vive nas ruas tem disponível esse tipo de alimento, tamanha a raridade e a importância dada ao alimento, que ambos os depoentes atribuem a cura da TB as frutas “*Fiz ... tratamento de fruta*” “*comi fruta até e sarei*”.

Cabe ressaltar que alguns fatores como a pobreza, o desconhecimento da doença, a multirresistência ao tratamento, o longo tempo para a conclusão do tratamento, o uso de substâncias psicoativas, a ausência de residência fixa e a imigração são apontados na literatura como contribuintes para a não adesão ao tratamento da TB. Nesse sentido, a estratégia *directly observed treatment, short-course* (DOTS), a descentralização dos programas, a ampliação de acesso e expansão do programa para toda a Atenção Básica, o fornecimento de vale-transporte e alimentação somado à presença de equipe multidisciplinar são estratégias para alcançar maior êxito na alta por cura da tuberculose (GUIMARÃES *et al.*; 2012; MONTENEGRO *et al.*; 2009).

estudo realizado no estado de São Paulo por Ranzani e outros (2020) identificou associação entre falta de moradia e redução da sobrevivência de pessoas com tuberculose, destacando-se a faixa etária economicamente ativa entre 20 a 40 anos, fortalecendo ainda mais sua condição de vulnerabilidade. Os autores trazem uma importante reflexão sobre o aumento do número de pessoas sobrevivendo nas ruas, por diversos fatores, como desemprego e migrações, principalmente nos grandes centros urbanos. É importante ponderar se o menor número de PSR nos demais estados resultam de lacunas na vigilância dos casos de tuberculose para esta população ou se realmente traduzem a realidade do país.

Os mesmos autores, apontam que a análise dos dados do Sistema Nacional de Notificação (SINAN) evidenciou altos percentuais de recidiva e reingresso no tratamento da tuberculose na PSR. Para os profissionais de saúde da cidade de São

Paulo há dificuldades na adesão à terapia medicamentosa de longa duração e no monitoramento da saúde dos indivíduos infectados pelo *M. tuberculosis*, decorrentes da ausência de infraestrutura, baixa escolaridade, alimentação inadequada, desemprego etc.

Ressaltamos que os dados apontados acima coadunam com os resultados encontrados nesta investigação, reforçando a importância do olhar atento e contínuo acerca do tratamento de tuberculose na população em situação de rua (RANZANI, RODRIGUES, BOMBARDA *et al.*, 2020).

**Recorte nº 67:** *“Uma vez eu tratei de ponta a ponta, tomei todos os remédios, aquele que é do tamanho de uma unha”.*

A metáfora presente nesta sequência discursiva “do tamanho de uma unha” aponta as dificuldades de ingerir as medicações, produz sentidos de aspereza, desconforto, tamanho incompatível com a deglutição. Revela, ainda, o não dito do “corte” do tirar da vista, pois assim como a unha é cortada, tirada fora quando está muito grande, o mesmo pode acontecer com a medicação, o não dito do corte das unhas pode ser inferido como o abandono do tratamento.

**Recorte nº 68:** *“Tuberculose mata, mata, mata e eu vi... fui ajudar colocar a fralda nele, eu ajudei, no dia seguinte o cara morreu”.*

As sucessivas repetições e ênfase do significante “mata”, “mata”, “mata”, repetido por três vezes intensificam o efeito de sentido de que a TB apresenta claramente a finitude da vida. As palavras que finalizam esse recorte – “eu ajudei, no dia seguinte o cara morreu” – apontam a impotência e solidão trazidos pela doença, “eu ajudei”, nessa sequência, o depoente reforça que estava sozinho com o doente, não havia mais ninguém por perto, a ajuda não foi suficiente pois não foi possível evitar a morte, tanto a tuberculose quanto a rua são promotores de solidão.

A solidão é um dos sintomas culturais contemporâneos, que refletem um cenário de fragmentação e desvalorização do espaço público, as vivências atuais da solidão possuem uma carga negativa de sofrimento. A dinâmica da rua eleva a solidão, quanto maior o tempo de moradia na rua as relações vão se constituindo de maneira efêmera, durante seus deslocamentos pela cidade,

carregadas de desconfiança. O isolamento físico é resultado do enfraquecimento dos suportes relacionais, ocasionando relações momentâneas e ambivalentes. Mesmo em isolamento e solidão eles não se contrapõem aos agrupamentos, a rua como um local solitário (FRANGELLA, 2004).

O bloco discursivo, os sentidos da tuberculose para a população em situação de rua nos apontam os efeitos produzidos pelos discursos de quem já teve ou está em tratamento para TB. As sequências discursivas analisadas transpareceram que o adoecimento propiciou alguns acessos que não estavam disponíveis antes da tuberculose. A partir da fala das pessoas que vivem na rua, foi possível identificar que a tuberculose propiciou que essas pessoas fossem vistas, fossem enxergadas e cuidadas, para esse cuidado foram envolvidas outras pessoas além dos profissionais de saúde, contribuindo para um cuidado integral e continuado. Foi possível transitar com dignidade no território e frequentar restaurantes, foi-lhe dada a oportunidade de escolha de onde, quando e como se alimentar, inclusive comer frutas, sua fala foi valorizada e respeitada, o vínculo com a equipe, o acolhimento, a relação humanizada e empática contribuiu fortemente para a adesão ao tratamento.

O interesse em entender o “carpe diem” da PSR foi fundamental para o cuidado ágil em um tempo que é o agora, oportunizando ações resolutivas de cuidado. O amplo conhecimento sobre a clínica, terapêutica e fluxos da TB promovem aumento de êxito para cura, a intensa dor física e emocional bem como o medo da morte são sentimentos generalizados entre os entrevistados, apesar de o medo e da dor a TB ocupar uma pequena dimensão na vida dessas pessoas, as necessidades básicas de vida têm grau de importância maior que o adoecimento. Os efeitos colaterais da terapia medicamentosa aumentam a possibilidade de abandono do tratamento e a solidão é uma marca dos que estão na rua.

### 7.2.3 Bloco Discursivo 3 – O Sentido da Tuberculose para os Profissionais do Consultório na Rua

Neste bloco analisaremos a produção de sentidos da tuberculose para os profissionais do consultório na rua. Analisar discursivamente implica compreender que os gestos interpretativos não são fechados em si, pois podem ter outros

sentidos, de acordo com a posição do sujeito analista. Assim, ainda que haja a validação dos modelos explicativos a respeito dos sentidos da tuberculose para os profissionais que atuam no CnaR, sempre existirão outras possibilidades de análises e gestos interpretativos (ORLANDI, 2015).

Sabe-se que alguns grupos populacionais estão mais vulneráveis e destacam-se por apresentarem altos índices de tuberculose. Destacamos que o risco de adoecimento por TB na população privada de liberdade (PPL) e na PSR é de 28 e 56 vezes maior, respectivamente, quando comparado com a população em geral (fonte/ano). Tal situação está intimamente relacionada às condições de vida e de saúde dessas populações. Portanto, desenvolver ações de combate à tuberculose, junto aos que vivem nas ruas requer dos profissionais amplo conhecimento social, clínico e epidemiológico, para o desenvolvimento de uma prática que envolva ações de prevenção, promoção, proteção, notificação compulsória, acompanhamento e monitoramento do tratamento (BRASIL; 2017; GUIMARAES, 2017; MACEDO MACIEL; STRUCHINER, 2021).

Para as pessoas que estão nas ruas, a manifestação de determinadas doenças é vivida de modo singular, podendo inclusive comprometer as interpretações dos sinais e sintomas. Frequentemente indícios de adoecimento são atribuídos às suas condições de vida, citamos aqui alguns exemplos: dores no corpo são atribuídas a dormirem no chão duro, tosses são relacionadas à friagem, feridas nos pés remetem a falta de calçados apropriados e a rotina de longas caminhadas, lesões de pele e nas genitálias, bem como afecções bucais à falta de higiene, febres e calafrios confundidos com as baixas temperaturas da madrugada. Todos esses fatores podem mascarar ou subestimar doenças em curso, dificultando a avaliação clínica, e, conseqüentemente, o diagnóstico e o tratamento (CAMPOS, 2016)

Faz-se necessário destacar que, além do descrito acima, entre essa população são recorrentes os relatos de dificuldade para acessar serviços de saúde devido a episódios anteriores de mau atendimento, de negação ao atendimento e até mesmo impedimento de entrada nos estabelecimentos de saúde. Tais fatores contribuem para o agravamento do estado de saúde desses indivíduos, de modo geral, a inserção nos serviços de saúde acaba ocorrendo em situações em que as doenças já estão em estágios avançados, como podemos verificar no relato abaixo.

**Recorte nº 69:** Às vezes a gente chega e tem paciente que está  *muito ruim*, mas tá assim... emagrecido, tem paciente que tem que ficar internado mesmo né, de tão emagrecido, de fraco, de fraqueza, caquético mesmo, a gente tem que internar...

Em todo o recorte, observamos que há sempre algo que se mantém, o dizível, a memória, a estabilização, resgatar o já dito colocando outras palavras, produz diferentes formulações de um mesmo dizer, pois o sentido existe na repetição. O discurso parafrásico do recorte nº 66 revela a gravidade clínica que a tuberculose pode alcançar “*muito ruim*”, “*emagrecido*”, “*tão emagrecido*”, “*fraco*”, “*fraqueza*”, “*caquético mesmo*”. O início da sequência discursiva apresentada por “*a gente chega*”, seguida de “*tem que ficar internado*”, “*tem que internar*,” revelam não apenas o estágio avançado da doença, mas sobretudo a identificação tardia da necessidade de cuidado, ninguém viu antes, não houve ação precoce ou em tempo oportuno, somente com a chegada da equipe de CnaR a intervenção foi iniciada “*a gente chega*”, “*a gente*” produz sentidos do agir solitário do CnaR e a ausência de acesso universal à saúde de quem mora na rua. Por isso, é fundamental o tempo da chegada, do estar e ser presente em tempo adequado, enquanto há tempo de intervenção, pois uma chegada tardia pode levar a pessoa à morte.

Embora não exista uma definição consensual quanto ao tempo aceitável para o diagnóstico da TB, de acordo com uma revisão sistemática nos países desenvolvidos, o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é de 61,3 dias, enquanto nos países em desenvolvimento, essa média é 67,8 dias. Vale destacar que, segundo o achado, a despeito desse longo período para a confirmação do agravo, mais da metade das pessoas passou duas ou mais vezes em consulta médica antes do diagnóstico (SREERAMAREDDY, PANDURU *et al.*, 2009).

Por outro lado, um baixo índice de suspeita de TB pode estar relacionado aos vários fatores associados ao atraso quanto à procura da pessoa com TB ao serviço de saúde, no Brasil e em outros países, fatores como escolaridade, renda, desemprego, gênero e dificuldade de acesso à rede pública de saúde contribuem para essa demora. A iniquidades sociais entre o status socioeconômico, o medo do estigma e barreiras de acesso ao sistema também podem estar relacionadas ao diagnóstico tardio (MACHADO, TEIXEIRA *et al.*, 2011).

Um achado curioso é que à semelhança da PSR, na população em geral, a presença da tosse pode contribuir para o diagnóstico tardio, a tosse resulta em uma

chance acima de 11 vezes maior na demora em procurar por atendimento do médico, uma vez que a tosse pode ser considerada um sintoma comum e não relevante. Desta maneira, a desinformação sobre a TB e o significado dos seus sintomas podem contribuir para essa procrastinação na busca de tratamento. Diante disso, fazem-se necessárias campanhas educativas sobre os sintomas, busca ativa de sintomáticos respiratórios, melhorias no acesso e na acessibilidade às unidades básicas de saúde e rapidez no diagnóstico, pois tais ações poderiam colaborar para a redução desse atraso (MACHADO, TEIXEIRA *et al.*, 2011).

**Recorte nº 70:** *“Tuberculose é uma doença que pode levar à morte, se você não tratar né, aí é bem isso mesmo”.*

Considerando o contexto de produção em sentido estrito, tem-se a enunciação do contexto imediato o dizível, o “já dito” sobre a gravidade da doença e que se não tratar ela pode levar a pessoa ao óbito, “pode levar a morte”; já o sentido amplo que é a inclusão do contexto sócio-histórico e ideológico analisa-se o contexto amplo de que a tuberculose se insere na vida das pessoas.

Analisar o recorte nº 70, indicia a seguinte reflexão: quem mata? Quem mata, é a doença ou os condicionantes e determinantes sociais promotores desse adoecimento? Quem mata é o *Mycobacterium tuberculosis* ou a falta de investimentos sociais que façam frente às reais necessidades dessa população? Quem mata é a tuberculose ou a sociedade capitalista que traz na sua estrutura injustiças e más distribuições de renda? Quem mata é a física ou a precariedade das políticas públicas? Quem mata é a consunção ou a ausência do estado como garantidor dos direitos? Afinal, quem é o agente causador de morte?

Dentre os sérios problemas descritos na literatura no combate à TB, destacam-se a descontinuidade dos programas e as inadequações das propostas. Por vezes, as propostas concentram-se no problema da tuberculose como se estivesse restrito à soma de várias pessoas adoecidas por TB “um somatório dos tuberculosos existentes”, mas, na verdade o problema inclui substancialmente as iniquidades sociais. Para a pessoa que tem TB, a (re)solução envolve o uso adequado do esquema terapêutico prescrito, no entanto, para a tuberculose, a (re)solução reivindica programas que possibilitem uma qualidade de vida mais humana e de direitos (Ruffino-Netto, 2002).

Diante das desigualdades e injustiças sociais, a população em situação de rua acaba sendo um dos reflexos da negação de direitos de cidadania que vivemos, a falta de acesso, a privação de suprimentos básicos para a sobrevivência humana acaba despertando na sociedade um olhar focado em ações assistencialistas, contudo, é indispensável que a população em situação de rua seja reconhecida e tratada de modo a não ter seu caráter de cidadão negado, visto que são sujeitos de direitos (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

**Recorte nº 71:** “...tinha que ficar esperando, demorava, porque a pessoa está suja, eles discriminam, tratam mal, como se não fosse nada, passa despercebido, ninguém tem olho para aquelas pessoas por que estão fedendo, sabe? Mas é o negócio que o direito que eles têm que é o SUS, é direito de ser atendido, né?”

No discurso acima, a repetição frequente de expressões que colocam as pessoas em situação de rua em uma condição de inferioridade reflete a necessidade confirmatória esperada pelo depoente, ou seja, de mudança no trato com essas pessoas. As sequências polissêmicas “pessoa está suja”, “eles discriminam”, “tratam mal”, “como se fossem nada”, “passa despercebido”, “ninguém tem olho”, “estão fedendo”, presentes no recorte nº 71 produzem o efeito de sentido de que a comunicação entre as pessoas em situação de rua, com alguns profissionais da saúde não integrantes das equipes de CnaR habitualmente não ocorre de forma harmoniosa e humanizada. Nesse discurso, o serviço de saúde que deveria ser a porta de entrada de modo equânime acaba favorecendo a exclusão do excluído.

A sequência discursiva “[...] tinha que ficar esperando, demorava”, silencia o não dito de uma ação punitiva realizada por esse serviço de saúde de fazer a PSR esperar, demorar intencionalmente para atendê-lo. Esse tratamento punitivo produz o sentido ideológico social de fortalecer a culpabilização e punição pela situação em que a pessoa que está na rua se encontra.

Diante desse cenário, é imprescindível que o cuidado à pessoa com TB envolva questões para além de terapia medicamentosa e realização de exames, os discursos dos profissionais revelam a importância de se estabelecer uma relação de confiança entre a equipe e seus cadastrados, é a partir da confiança que se possibilita o início do cuidado.

**Recorte nº 72:** *“É no dia a dia, na confiança, aí explica, você está vendo se tá emagrecendo se tá tendo dificuldade pra respirar se tá suando muito a noite isso aí pode ser tuberculose”.*

Podemos identificar na sequência polissêmica do recorte nº 72 que o verbo confiar estabelece o jogo do equívoco presente no intradiscurso, visto que, para a atenção à TB na rua a confiança é o processo inicial, “na confiança” aparece produzindo diferentes formulações para o já dito sobre o tratamento da tuberculose, a confiança vem primeiro, sem ela nada acontece, enquanto a confiança não for estabelecida nenhum cuidado se torna possível. Por isso, ela vem antes de tudo, vem antes da explicação “aí explica”, antes da educação em saúde “você está vendo”, antes do diagnóstico “pode ser tuberculose”.

Ainda nesse mesmo fragmento discursivo a metáfora “é no dia a dia” aponta vestígios sobre a importância de se considerar e respeitar o tempo do outro, “dia a dia” remete à ideia de construção gradativa, um dia a pós o outro, palavra “é” traz à tona o sentido de ser/estar, a palavra “no” produz o sentido de lugar, espaço, ou seja, estar junto, ser junto em um tempo que é hoje, que é agora, neste dia e no outro dia também, possibilita a construção do que será primordial para o tratamento, o sentimento de segurança e confiança mútua.

A confiança no profissional e no serviço de saúde são primordiais para o acesso e o cuidado continuado, um estudo realizado no Canadá apontou como barreiras de acesso aos serviços de saúde à PSR a perda e ou ausência da confiança dessa população nos profissionais de saúde, as condutas inadequadas, a fragilidade na escuta profissional, a falta de compreensão e empatia e os julgamentos inadequados (SOUZA *et al.*, 2017). Isto posto, a presença de profissionais que atuem no CnaR com empatia, compreensão, acolhimento e que estabeleçam uma relação interpessoal de confiança, é primordial para contribuir com um cuidado exitoso que alcance a cura da TB.

A burocracia no atendimento é um dos fatores apresentados na literatura como dificultador de acesso, os encaminhamentos, a demora no tempo de espera para consultas e exames, a distância entre um serviço e outro, a não valorização do relato do seu estado de saúde faz com que muitos não voltem a procurar um serviço de saúde, recorrendo, exclusivamente quando necessário, a um serviço de urgência e

emergência, serviços de saúde não flexíveis em seus horários de atendimento corroboram a condição de exclusão da PSR, a dificuldade em agendamento de exames e consultas, assim como da exigência documentos como comprovante de endereço e identificação (SOUZA *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Salienta-se que a abordagem e o acolhimento são essenciais para a construção e produção do cuidado à PSR, visto que a exclusão pode inclusive ocorrer nos próprios serviços de saúde, nos quais sua presença, por vezes, é incômoda tanto para os profissionais, como para os demais usuários, sendo-lhe furtado quase sempre o direito à atenção integral em saúde (PRADO *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o vínculo acaba sendo substancial para a oferta e o desenvolvimento da atenção à saúde. O vínculo entre o doente de TB, os profissionais e serviços de saúde está diretamente relacionado à continuidade relacional, em que o reconhecimento do contato contínuo entre cuidador e cuidado estimula a confiança, facilita a comunicação e a responsabilização dos envolvidos (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; RANZANI, 2020).

Os recortes a seguir demonstram que o vínculo é fundamental não somente para o diagnóstico mas também para a continuidade do tratamento, à medida que essa prerrogativa acompanhará o sujeito durante todo o processo de cuidado mesmo quando estiver geograficamente distante da equipe.

**Recorte nº 73:** *“acredita que assim e a questão do vínculo também com a equipe é muito importante, os encaminhamentos que eram feitos tinha paciente que não tinha nenhum documento, nunca tinha tido documento e a gente fazia os encaminhamentos, tinha os projetos culturais aos quais a gente inseria a gente sempre levava”.*

**Recorte nº 74:** *“a gente consegue ter esse vínculo com eles aí a gente já faz uma estratégia de medicamentos”.*

Ao analisar os discursos acima pela ótica do sentido é possível considerar o contexto histórico-social e ideológico a que o sujeito inserido. A construção do vínculo pautada no cuidado integral, na identificação das necessidades que estão aquém e além da saúde, como providenciar os documentos e a inserção em projetos culturais, promove o direito à cidadania e a dignidade desses sujeitos. Uma vez que o vínculo

está estabelecido, o cuidado da saúde vem como consequência, primeiro a pessoa e depois a doença, “*ter esse vínculo com eles aí a gente já faz uma estratégia de medicamentos*”, primeiro o vínculo, depois o tratamento, sem o vínculo não é possível tratar.

**Recorte nº 75:** “*É... curiosamente teve um paciente que era em situação de rua e aí ele tinha cometido um delito estava sendo procurado e aí durante o tratamento ele acabou sendo preso, quando ele chegou na penitenciária, no DP ele falou olha eu faço tratamento com a equipe tal, em tal lugar, assim que ele chegou no CDP pessoal já entrou em contato com a gente tamanho foi o vínculo que ele tinha com a equipe, né? E daí ele pode dar continuidade no tratamento dele de dentro do CDP, foi fantástico, foi um projeto muito bom*”.

O recorte acima explicita o forte vínculo entre a pessoa em tratamento e a equipe, ao ser recluso, a pessoa em situação de rua em tratamento para TB imediatamente narra sua condição de saúde ao policial e solicita contato com os profissionais de saúde que os atende, dessa maneira foi possível a continuidade do seu tratamento mesmo estando no centro de detenção. Esse discurso traz o efeito de sentido de que não é comum essa continuidade de tratamento, traz vestígios do “não dito” de que se as tratativas para o seguimento do cuidado dependessem da penitenciária certamente não teria acontecido, mas como o contato foi fortemente solicitado pela pessoa adoecida foi um caso de sucesso. A sequência discursiva “foi fantástico” reforça o não dizer de que é incomum ações exitosas entre a segurança pública e a saúde pública.

A despeito da existência de questões técnicas e sistematizadas que fundamentam o trabalho de atenção primária na rua, o acolhimento e o vínculo oferecido aos que estão vivendo nela e dela são considerados primordiais para a construção do processo de trabalho. A pessoa em situação de rua ao perceber que recebe cuidado humanizado, que não é apenas a sua tosse que é vista, mas essencialmente a sua vida, ela se torna mais predisposta a “entregar-se” ao cuidado ofertado. Isto posto, vale considerar o outro em suas singularidades, a capacidade técnica do profissional que atua no CnaR deve estar associada à habilidade em não excluir, mas sim acolher.

Dentre as principais barreiras encontradas no início do trabalho, entre as equipes que atuam na rua e a PSR, destaca-se a formação de vínculo, o vínculo é descrito na literatura como primordial na adesão e continuidade do tratamento de doenças. É comum perceber na população em situação de rua a presença de receio e o medo nas primeiras abordagens dos profissionais, esse fato pode estar relacionado ao histórico de violências e exclusões sofridas. Contudo, após os primeiros encontros essa dificuldade geralmente é superada, tornando possível a construção de vínculos interpessoais entre PSR e Equipe do CnaR (SOUZA, 2017).

Algumas estratégias do CnaR favorecem essa vinculação, elas tornam-se rapidamente conhecidas entre a PSR, as ações promoções de cuidado, o acolhimento no território, escuta terapêutica, orientações de saúde, orientações sobre assuntos relacionados à cidadania, como sobre emissão de documentos e encaminhamentos para rede de assistência socioassistencial. A ampliação do olhar e da escuta favorecem o entendimento da complexidade de viver na rua, bem como a compreensão de seus sofrimentos, implica, ainda, colocar a PSR na posição de agente ativo na produção de sua saúde e possibilitando no encontro com os profissionais do CnaR um acesso para o seu cuidado (SOUZA, 2017).

Os vínculos são inclusivos e fazem a diferença na vida do outro, principalmente para a população em situação de rua que comumente é tratada de modo frio e estigmatizante. 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 são as respostas que humanizam e vinculam (ALECRIM, *et al.*, 2016).

**Recorte nº 76:** *“Já aconteceu de ir para o interior de São Paulo aí ligam a agente está com paciente aqui que disse que estava fazendo tratamento de tuberculose com você, chegou aqui na UBS a gente queria saber se é verdade... a gente fala sim é verdade, é ele mesmo ele está na fase tal de tratamento aí a gente pede o e-mail e encaminha todas as documentações. E aí depois a gente pede para manter o contato se realmente ele continuou e se obteve êxito, né””.*

O discurso do profissional da saúde no recorte acima, coaduna com a sequência discursiva do recorte nº 78 quanto à continuidade de cuidado, que pela

corresponsabilidade e educação em saúde rompeu a localização geográfica, ao chegar em outro município a pessoa em situação de rua com TB buscou ajuda em uma UBS, informou a sua procedência de tratamento o que permitiu que seu acompanhamento não fosse interrompido. Aponta para a necessidade do trabalho em rede, nesse caso uma rede expandida que alcança outros territórios. Assim, a rede deve buscar a construção de redes solidárias que envolvam a produção de saúde por meio de um espaço transversal que promova a construção de saberes e a sustentação das práticas cotidianas nos serviços de saúde.

Entre os sentidos do cuidado para o controle da tuberculose presentes nos discursos estão a 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.

**Recorte nº 77: “a gente vai fazendo trabalho de formiguinha, né?”**

A metáfora da sequência discursiva “*trabalho de formiguinha*” produz sentidos de persistência para o êxito no tratamento, uma vez que os profissionais de saúde realizam busca ativas e grandes deslocamentos para garantir o diagnóstico e a oferta da medicação. Ainda nessa metáfora, observamos que o sujeito se inscreve na formação ideológica de um formigueiro, a semelhanças das formigas o trabalho é realizado em conjunto em sintonia e harmonia, em tempo oportuno. Assim, a sequência produz sentido de que o trabalho se dá aos poucos, lentamente e que são necessárias várias pessoas envolvidas.

Na Atenção Primária à Saúde o trabalho em equipe é primordial para cumprimento do seu papel enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado. Em saúde, especialmente na APS, a atuação profissional de forma colaborativa e em rede potencializa a produção do cuidado, enquanto falta ou fragilidade nas parcerias poderão interferir diretamente no insucesso do trabalho em rede. Assim a relação entre os profissionais e os serviços tornam-se a base para as ações dos atores da/na APS, sendo primordial no trabalho em equipe, na análise do diagnóstico de saúde e no planejamento das ações (BRASIL, 2017; SILVA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021).

**Recorte nº 78:** “*Tem uns que são mais resistentes, né? Não quer ajuda, não quer nada, mas mesmo assim a gente continua, a gente consegue concluir e tem mais uns outros que a gente está cuidando, entendeu?”*

No recorte acima é possível identificar que a dificuldade relacionada ao tratamento da TB junto às pessoas em situação de rua não se limitam na resistência do indivíduo que adoece em aderir ao tratamento mas também na falta de humanização da assistência de alguns trabalhadores da saúde que não integram as equipes de consultório na rua.

Estudo revela que, a depender da região do município de São Paulo em que a pessoa em situação de rua vive, a principal porta de entrada à saúde se dá pelos serviços de emergência, e entre as principais barreiras enfrentadas, o preconceito é apresentado como o principal fenômeno. A burocratização dos encaminhamentos surge como dado importante, além da demora para atendimento ou chegada de um serviço móvel de urgência para a PSR (OLIVEIRA, 2021).

Independentemente de lidar diretamente ou não com a PSR, é basilar para os profissionais de saúde ultrapassarem os obstáculos do estigma para olhar essa pessoa como um sujeito de direitos que deve ser respeitado, compreendido em seu universo particular (em que os sujeitos estão inseridos), com a finalidade de proporcionar cuidados de saúde que sejam integrais, éticos e humanizados (SOUZA, 2017).

O processo parafrástico identificado na FD do recorte nº 78 aponta para um paralelismo dos elementos linguísticos: “não quer” e “a gente consegue” sendo ainda reforçados pelas sequências de repetição: “são mais resistentes”, “não quer ajuda” e “não quer nada”, evidenciam a ideologia presente no imaginário social e coletivo dos trabalhadores de saúde que compreendiam a não adesão ao tratamento como uma simples falta de desejo do sujeito adoecido, deixando de considerar todo o contexto e as necessidades de vida que contribuem para a fragilidade na adesão ao tratamento. Ainda nas repetições parafrásticas da expressão “a gente”, “a gente”, “a gente” indicia o trabalho solitário dos profissionais das equipes de CnaR, remetendo ao efeito de sentido de que as pessoas em situação de rua têm como direito único e exclusivo o acesso as CnaR e não necessariamente a toda a rede de atenção à saúde.

Diante dessa realidade de acompanhamento por vezes solitário dessas equipes, são fundamentais conhecimentos técnicos sobre a clínica, o tratamento, os

protocolos e a vigilância epidemiológica desde o rastreio e diagnóstico precoce até o tratamento e a cura. O recorte a seguir revela a importância de conhecer e saber manusear as ferramentas de dados on-line.

**Recorte nº 79:** *“A tbweb ajuda muito, você pesquisa o paciente se já teve tuberculose, na tbweb você consegue ver praticamente todo o histórico dele, se foi abandonado, se terminou, se ele nem iniciou, se ele é compartilhado, se um paciente tem HIV. Se ele ficou internado, é muito bom a tbweb tem tudo, tem o histórico todinho.”*

O sistema TBWEB é uma plataforma para registro eletrônico via internet, em tempo real, dos casos de tuberculose, podendo ser cadastrados e consultados a qualquer tempo do tratamento do paciente. O sistema visa 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 concentra todo o seu histórico por meio de um banco de dados centralizado, capaz de eliminar quase que completamente as duplicidades de cadastro (SÃO PAULO, 2021).

No fragmento discursivo apresentado no recorte nº 79, analisado como sequência discursiva do recorte nº 73, a repetição frequente dos significantes “tbweb” associado à conotações positivas: “a tbweb ajuda muito”, “na tbweb você consegue”, “a tbweb tem tudo” indicia o não dito de que a comunicação entre os profissionais que não integram o CnaR com os profissionais que atuam no CnaR nem sempre ocorre de maneira efetiva, produzindo o efeito de sentido de que a despeito dos colegas nem sempre se apresentam como parceiros no acompanhamento da pessoa com TB, a tbweb faz frente a essa necessidade em compor a rede enquanto instrumento de apoio e ajuda na gestão do cuidado.

Considerando todo o processo que envolve a atenção à TB, é essencial destacar a necessidade de rastreio para o diagnóstico precoce. A OMS define o rastreamento sistemático para TB como a procura de rotina de pessoas com suspeita de ter TB, em populações-alvo predefinidas, usando testes que possam ser aplicados de modo simples e rápido (WHO, 2013a).

No Brasil, o método utilizado é o rastreio pela tosse, é definido como busca ativa a atividade de saúde pública orientada a identificar pessoas com tosse persistente. A duração da tosse para identificação dos sintomáticos respiratórios

considera o risco de adoecimento e o acesso da população, assim está preconizado como sintomático respiratório na população geral pessoa com tosse por período igual ou superior a 3 semanas de duração, enquanto na população e situação de rua a busca deve ser feita com qualquer tempo de duração de tosse, não sendo necessário as 3 semanas (BRASIL, 2019).

Os fragmentos discursivos abaixo apresentam que essa orientação da OMS e do Ministério da Saúde tem sido apontada como ação prioritária pelas equipes de CnaR.

**Recorte nº 80:** *“A gente faz as buscas ativas, é o conceito da gente do Consultório na Rua, a gente orienta os agentes de saúde a quando eles abordarem uma pessoa que está em situação de rua, que está em vulnerabilidade, em já fazer a coleta da baciloscopia, do BK, já é instituído”.*

**Recorte nº 81:** *“Você viu você, vai fazer um cadastro dele já faz um bk porque ali você já consegue fazer uma busca ativa de sintomático respiratório né, e aí se se vem positivo a gente já, já inicia o tratamento imediato”.*

Ao referenciar as ações de busca ativa, os profissionais revelam, nas sequências acima, a repetição da palavra “já” evidenciando a rapidez com que são feitas as coletas de baciloscopia, a palavra “imediato” finalizando o recorte 76 confirma a ação ágil enquanto prática sistematizada de todos os integrantes da equipe, dada a orientação e educação continuada feita sobre essa temática. Além da busca ativa para o diagnóstico, o profissional revela no fragmento discursivo abaixo nº 82 o conhecimento do protocolo e apresenta a importância de segui-lo.

**Recorte nº 82:** *“Importante estar fazendo coletas mensais pra controle...”*

No recorte nº 82 podemos analisar que o verbo fazer empregado no gerúndio “estar fazendo” apresenta o efeito de sentido de movimento, de continuidade, de não parar, embora o “fazendo” faça referência às coletas mensais e indicia outros movimentos e ações acontecendo a todo tempo, todos os dias e não somente uma vez ao mês.

Dadas as singularidades da população atendida, o acompanhamento diário pode, muitas vezes, tornar-se um grande desafio. Dentre os principais fatores que favorecem ao abandono revelados pelos discursos foram o uso abusivo do álcool e a constante migração do território. A tuberculose é uma doença de tratamento complexo e prolongado e a interrupção ao tratamento é considerada abandono. O abandono leva à continuidade da transmissão, o aumento da morbimortalidade e da resistência aos fármacos.

Estudos realizados com a população em situação de rua com tuberculose revelam que essas pessoas são mais vulneráveis ao abandono do tratamento dada a complexidade da adesão que se relacionam com as suas condições de vida, à pessoa com TB e aos serviços de saúde. Dentre as razões que podem afetar o tratamento individual estão os efeitos colaterais, tempo prolongado de tratamento, melhora do quadro clínico após o início do uso dos medicamentos, precárias condições de vida, falta de moradia, uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas, não aceitação do diagnóstico e presença simultânea de outras comorbidades (HINO *et al.*, 2019, LAYLLA *et al.*, 2020).

**Recorte nº 83:** *“Às vezes chega num momento que ela fala que ‘eu não quero mais tratar’ a gente entende, o nosso papel é ofertar o tratamento, sensibilizar, é tentar fazer com que ele entenda da importância dele estar tratando”.*

A paráfrase “a gente entende” no intradiscurso apresenta a perspectiva do dizível confluindo entre a memória e a atitude, revela efeitos de sentido de que a disponibilidade e interesse em compreender a pessoa em situação de rua com TB é a ação exclusiva aos profissionais das equipes do CnaR “a gente” e não os demais, não outro, somente “nós”. O recorte nº 83 apresenta ainda um discurso político contra hegemônico frente às políticas de saúde higienistas e repressivas nas quais os “tuberculosos” eram retirados do convívio social para tratamento em sanatórios e posteriormente instituído tratamento supervisionado (visão superior sobre a outra pessoa). Dessa maneira, as sequências discursivas “o nosso papel é ofertar”, “sensibilizar”, “fazer com que entenda” e “dele estar tratando” apresentam uma prosta de cuidado que rompe com a coerção e busca promover ao “doente” um cuidado autônomo, corresponsável, humanizado e consciente.

Essa prática contra hegemônica exige conhecimento, equilíbrio, paciência e persistência da equipe para gerenciar o cuidado frente ao uso de álcool e “drogas”. O uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas pode ser comum na população em situação de rua. Contudo, vale destacar que muitas vezes são utilizados como suporte na tentativa amenizar o frio, a fome, as dores do corpo, as dores da alma, certa vez ouvi de um idoso “*só com muita pinga na cabeça pra aguentar a rua*”. O uso de álcool e “drogas” é um dos principais estigmatizantes dessa população, geralmente o imaginário coletivo não aceita essa condição como uma necessidade de cuidado em saúde e social, mas sim como um problema de caráter.

No processo de trabalho em saúde ocorrem encontros por meio dos quais se constroem atos de cuidado. O cuidado é caracterizado pela atenção, pelo zelo e desvelo entre as pessoas, sendo sustentado por práticas que autorizam o diálogo e a corresponsabilidade (MERHY, 2013; REUBENS-LEONIDIO *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, os encontros podem gerar transformações, visto que o cuidado é uma ação que implica uma disponibilidade do profissional para ser afetado, quer seja pelos sentidos, afetos ou abertura ao outro. Do ponto de vista estético, o cuidado conjectura um processo criativo de promoção da vida, que permite a abertura para diversos modos de existência, podendo revelar-se, também, no direito à cidadania, na democracia e na emancipação como atitude política. Desta maneira, o cuidado é o produto do trabalho em saúde, requerendo a utilização “da caixa de ferramentas” de cada profissional (MERHY, 2007; ALMEIDA *et al.*, 2020; REUBENS-LEONIDIO *et al.*, 2021).

Frente às especificidades das pessoas que se encontram em situação de rua, o Ministério da Saúde recomenda a utilização da 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 à implementação de ações que ofertem cuidado integral à saúde, objetivando a diminuição dos prejuízos associados ao uso de drogas e a prevenção de possíveis agravos associados ao uso, devendo ser desenvolvida para pessoas que não desejam, não conseguem abandonar ou diminuir o uso. Por definição “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; BRASIL, 2012).

**Recorte nº 84:** *“Às vezes você chega lá o paciente tá intoxicado, eles usam muito álcool, ah, mas eu não vou tomar porque que uso álcool. Que mesmo que você faz o uso de álcool, você tem que tomar o remédio, se você puder evitar, beleza, melhor ainda, mas se você não conseguir se segurar, toma o remédio né a gente traz o remédio aqui e você toma e aí você dá uma segurada daí de um tempinho”.*

**Recorte nº 85:** *“Às vezes eles bebem muito né, então aí a gente tem esse cuidado mesmo de estar lá e supervisionar mesmo, a gente está aqui. O combinado foi de você tomar então a gente orienta, se você não tomar o remédio você vai passar pra outras pessoas e além do perigo que você tem de ficar com a tuberculose resistente. Tenta segurar um meio período, toma de manhã tenta beber mais no final da tarde se você conseguir, né?”*

Fundamentado nos dispositivos e procedimentos de análises da AD, destaca-se que os conceitos apresentados nos dois recortes acima se interligam, vinculando-se entre si, por tanto, vale compreendê-los de modo não segmentado. A análise se propõe a alcançar uma percepção aquém e 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.

Os significantes “você tem que”, “supervisionar mesmo” e “se você não tomar” indiciam os sentidos de regras e disciplinas que devem ser rigorosamente seguidas independentemente da condição do sujeito. 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).

Ao analisarmos a parte final do recorte nº 85, podemos depreender com os significantes “tenta segurar de manhã” “tenta beber mais no final da tarde” “se conseguir” uma contradição discursiva as FDs anteriores, pois ao mesmo tempo que a pessoa é “obrigada” a fazer uso do tuberculostático, ela não pode escolher “tem que” fazer. Ao mesmo tempo, a pessoa em situação de rua também é convidada a ser autônoma e participante ativa de uma proposta de “tentar”, essa sequência discursiva polissêmica nos remete ao que foi silenciado, de que no caso dessa população há fragilidades importante para se cumprir com a palavra, cumprir com o “combinado”.

Isto posto, faz-se a análise do processo discursivo, mediante o delineamento das formações discursivas; observação das redes de filiação de sentidos, das famílias parafrásticas; da consideração de que o sujeito discursivo se inscreve em diferentes formações discursivas porque ocupa diferentes posições e, portanto, não há uma linearidade, mas sim contradições; e também, o reconhecimento de que há sempre no dizer um não dizer necessário. Consideramos que os sujeitos discursivos se inscrevem em diferentes FD porque, fundamentalmente, ocupam diferentes posições, portanto, não há uma linearidade, mas sim contradições (ORLANDI, 2015).

Dentre os obstáculos para tratar a TB nas pessoas em situação de rua destaca-se também o perfil migratório e muitas vezes “nômade” dessa população, os constantes deslocamentos estão fortemente ligados à necessidade da sobrevivência. Relaciona-se a mudança de território à busca por alimentos, encontrar local seguro para dormir, conflitos entre grupos, situações de violência entre a própria PSR e conflitos com a polícia.

**Recorte nº 86:** *“Vamos supor que brigou com o colega ameaçou o colega ou foi ameaçado aí ele sai do território, o principal motivo é o conflito, ou ele brigou ou alguém brigou com ele, na maioria das vezes é o conflito, ou com outro colega, ou dentro do centro de acolhida que ele não teve uma postura adequada”.*

**Recorte nº 87:** *“Muitas vezes eles vão pra outro território e dali uns quinze, vinte dias eles retornam, porque assim pra não dar o abandono tem que ter 30 dias corridos pra dar o abandono porque se der o abandono tem que reiniciar do zero”.*

**Recorte nº 88:** *“Mas assim igual eu te falei tem abandono, tem paciente que assim que vai pra outros lugares, tem”.*

**Recorte nº 89:** *“Eles somem, vão embora pra outro território a gente não acha, às vezes a gente o encontra hoje aí amanhã ele foi embora, mudou para outra cidade, né, mas aí a gente tenta é fazer contato, quando sabemos para qual município ele foi, a gente tenta fazer contato com a vigilância do outro município”.*

A análise da sequência discursiva e suas interrelações reforçam as adversidades da itinerância dessa população, bem como a disponibilidade das

equipes em manter o acompanhamento onde quer que a pessoa esteja, seja em outra região ou bairro, seja em outro município. Essa prática é fortemente apresentada no esforço incisivo de impedir o abandono representados pelas repetições do significante “para não dar abandono”, “pra dar o abandono” “se der abandono”, “tem abandono”, o verbo “achar” comunga com esse intenso esforço de não deixar de ir atrás, é não “abandonar” as buscas de quem “abandonou” o tratamento. Na FD “a gente não acha” revela a metáfora de revelar urgentemente ao que está escondido, trazer para à vista o que se perdeu, de que não é possível abandonar as buscas até que o “perdido” reapareça é não parar até que todos os esforços se esgotem.

Estudos, realizados no estado de São Paulo, revelam que no ano de 2014 o percentual de abandono do tratamento da tuberculose na PSR foi de 40,5%, e aproximadamente 56% com desfechos desfavoráveis, o alto índice de abandono reflete-se no alto percentual de reingresso e recidiva do tratamento (SÃO PAULO, 2015).

Para isso, algumas estratégias são empenhadas na edificação deste cuidado transversal, transformador e prolongado. A sensibilização, o conhecimento e a educação em saúde são apontados como essenciais tanto para o profissional quanto para as pessoas que estão em tratamento. Neste estudo evidenciamos que tanto quem cuida quanto quem é cuidado possuem amplo conhecimento sobre a temática TB, a PSR entende sobre a doença seja por ter tido o agravo, por ter convivido com alguém que já se tratou, por conhecer alguém que tenha morrido por conta desse diagnóstico ou porque são frequentemente orientados pelos profissionais que os acompanham. Não é incomum quando a equipe chega às ruas para falar sobre TB, as próprias pessoas que se encontram em situação de rua discorrem com muita propriedade sobre o assunto. O conhecimento das pessoas em situação de rua sobre os sinais e sintomas da TB favorece a realização do diagnóstico precoce, tratamento e alta cura.

**Recorte nº 90:** *“Ah a gente tem toda uma estratégia, primeiro a gente tem que criar um vínculo com o paciente, tá sempre indo lá dando uma atenção, conversando, explicando pra ele o que é a tuberculose o que ela pode levar”.*

**Recorte nº 91:** *“Um trabalho bacana a gente conscientiza muito os agentes de saúde quanto à importância da busca dos sintomáticos respiratórios de fazer as*

coletas, né, não só daqueles que tão sintomático, então a gente conscientiza muito os agentes de saúde, explica pra eles, para estar observando os sintomas”.

A paráfrase discursiva dos recortes acima revela que enquanto o acesso à informações sobre a tuberculose existir é possível percorrer a estrada para a cura, os significantes no gerúndio e o advérbio de intensidade: “conversando”, “explicando”, “a gente conscientiza muito”, “explica pra eles” expressam os sentidos dessa caminhada.

Há momento em que nenhuma das estratégias utilizadas pelas equipes alcançam as possibilidades de curar TB na rua como demonstrado nas discursividades abaixo.

**Recorte nº 92:** “...você só está vivo pela misericórdia de Deus”.

**Recorte nº 93:** “Mas graças a Deus está fazendo o tratamento e está dando certo, né?”

**Recorte nº 94:** “tem uns que são resistentes, né? Mas mesmo assim a gente continua insistindo então aqui no nosso território a gente graças a Deus a gente cuida, aqui graças a Deus a gente já concluiu”.

O interdiscurso religioso presente nesses três recortes nº 92, nº 93 e nº 94 evidencia o vínculo direto entre a assistência e a necessidade de intervenção divina, “pela misericórdia de Deus” sugere que a fé muitas vezes é o recurso mais efetivo no apoio dos casos mais complexos. Nos fragmentos 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 expressão “Graças a Deus” pressupõe a experiência religiosa da profissional para o reconhecimento do auxílio divino para lidar com tamanha adversidade.

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

A religiosidade, se apresenta como qualidade da religião que permite a religação entre o humano e o divino, mediante um sistema organizado de crenças,

práticas e ritos realizados por pessoas que se reúnem visando se aproximarem com o sagrado. Uma conhecida experiência religiosa e espiritual é a busca de Deus por meio da oração: súplica, invocação, conversa; prece: rito oral, pedidos, rogos; e reza: ato de recitar ou ler em voz alta. (CABRAL, 2009).

Na área da saúde, a espiritualidade/religiosidade experimentada no âmbito de trabalho fomenta o sentido de vida e conforto em meio ao sofrimento humano. A inserção de questões espirituais/teológicas em cenário clínico/terapêutico, destituído de tradições e dogmas religiosos, pode contribuir para o fortalecimento da construção de “saberes” profissionais que resultam no cuidado na dimensão integral do ser humano, consolidando a arte do cuidar holístico em saúde (KOENIG, 2012; MARAN, 2020).

A despeito de todos os desafios pertinentes à realização do trabalho junto às pessoas que vivem em situação de rua com TB, ficam evidentes práticas de saúde que transcendem ao assistencialismo e incorporam ações que fomentam sua autonomia e corresponsabilidade. Essas estratégias não estão vinculadas ao caráter de caridade religiosa do profissional, mas sobretudo por conceber o seu semelhante como ser humano dotado de desejos e direitos, que quando acolhidos e percebidos como tais, podem reencontrar a esperança e autonomia necessárias para o fortalecimento do cuidado.

**Recorte nº 95:** *“Eu acho que é o grande desafio de tentar... tentar conscientizar que se ele for para outro território, ele tem a oportunidade dele continuar o tratamento dele em qualquer lugar porque a gente orienta, explica a gente quer ir até o final, concluir os 6 meses as 180 doses do seu tratamento. Mas amanhã ou depois por diversas questões, se ele for pra outro lugar, pra outra cidade ou até outro estado, a primeira coisa que você tem que ele deverá fazer é procurar um posto de saúde...e explicar... eu estava tratando, eu estava tomando remédio de tuberculose e eu queria continuar eu não queria parar meu tratamento porque eu estou bem, já melhorei dos meus sintomas...”*

**Recorte nº 96:** *“Tem paciente que foi pro interior continuou o tratamento e terminou, então é isso que a gente procura né, conscientizar eles né. Se vocês tiverem*

que ir tudo bem, não tem problema que você vá para outro lugar, *mas continue seu tratamento, finalize pra você ficar bem*”.

As sequências discursivas “grande desafio de tentar”, “oportunidade dele continuar”, “o tratamento dele”, “a gente orienta, explica”, “do seu tratamento”, “você tem que”, “ele deverá”, “eu queria continuar”, “eu não queria parar” são marcadas por um discurso conflituoso, em relação às posições discursivas assumidas, visto que é esperado do profissional o exercício de relação de poder que obrigue o sujeito doente a ingerir os medicamentos, contudo ideologicamente ela está afetada por uma posição de valorização do ser humano, de buscar o incentivo à autonomia e respeito da vontade 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 estar à vontade no exercício do poder e da dominação é ressaltado nos fragmentos “o tratamento dele” e “do seu tratamento” que indiciam a metáfora de liberdade de expressão e escolha, afinal o tratamento é “dele” e não da profissional. Desta maneira, evidencia-se que a principal preocupação de quem cuida é o bem-estar do seu assistido, podendo ser desvelado nos significantes “ir até o final”, “finalize”, “tiverem que ir tudo bem”, “porque eu estou bem” e “você ficar bem” nessas sequências discursivas podemos analisar metaforicamente o final, a finalização de uma longa corrida a qual valerá muito a pena chegar ao fim e atravessar a linha de chegada, pois é nessa finalização que o “doente” encontrará o estar e o sentir-se bem, a felicidade, a festa da cura.

#### 7.2.4 Bloco discursivo – 4 Espelhos: um caminho de esperança para o reencontro

Ao longo dos anos, observa-se que a TB apresenta relação direta aos aspectos discursivos, sociais, culturais, políticos, ideológicos, econômicos e científicos. Na passagem do século XIX para o século XX, as mudanças que foram relacionadas à imagem da TB, ressaltaram, além dos problemas de definição quanto à sua origem, manifestações clínicas e modo de tratamento, questões alusivas ao comportamento e à reação social diante do agravo. Diante disso, a TB inscreve-se como uma doença carregada de significados (PÔRTO, 2007).

A conceituação do processo saúde e doença perpassa por questões sociais e culturais, assim como são culturais as motivações de busca por tratamento e

recursos terapêuticos frente à necessidade de saúde. Desse modo, o recorte abaixo apresenta um discurso que sustenta modelos explicativos sobre as manifestações clínicas e sociais do adoecimento por TB.

**Recorte nº 97:** *“Ou assim, ele vai procurar a família ou começa a trabalhar por exemplo é que isso também pode acontecer, ele começa o tratamento ele está bem debilitado, tá bem franzino, tá com baixo peso, aí ele começa a tratar fica mais gordinho, e aí consegue um emprego...”*

O sujeito expressa em seu dizer sentidos inscritos em uma mesma FD relacionada à limitação física, fraqueza e exclusão social, distanciamento familiar e falta de emprego. A relação da TB com a fraqueza se insere nos significantes “está bem debilitado”, “tá bem franzino”, “tá com baixo peso”. Diante desses agravos, o adoecer por TB na rua pode dificultar o processo de reinserção familiar, bem como a busca por uma recolocação profissional e acontecer somente após iniciar o processo de cura. O recorte acima apresenta essa fraqueza como consequência da doença, assim produz sentidos que remetem ao imaginário coletivo do adoecimento por TB, ou seja, processo resultante das precárias condições alimentares, esgotamento e prostração.

Dada a vinculação da doença à pobreza, em alguns locais o fornecimento de insumos como cesta básica, vale-transporte e lanches tem sido utilizado para aumentar a adesão, contribuir para o suporte nutricional e deslocamento durante o tratamento de pessoas diagnosticadas com TB. A Nota Informativa da divisão da vigilância epidemiológica do PMCT: 08/2021 diz que terão direito a receber cesta básica os pacientes que realizarem o TDO, esses deverão comparecer à unidade de saúde para a tomada dos medicamentos e acompanhamento pela equipe de saúde (SÃO PAULO, 2021).

Os beneficiários deverão ser incluídos na planilha de cesta básica, essa planilha deve ser atualizada diariamente com a assinatura da pessoa que tomou a medicação e o envio mensal mensalmente pela UVIS com referência às altas médicas, abandonos e óbitos. As unidades básicas devem se organizar para a entrega dos vouchers das cestas básicas às pessoas em tratamento de TB. O Bilhete Único tem o objetivo de garantir o deslocamento da pessoa em tratamento à TB até o serviço de saúde (SÃO PAULO, 2021).

Um estudo sobre o efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose realizado em UBS no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, comparou estatisticamente dentre as pessoas em tratamento de TB as que receberam e as que não receberam cesta básica. A investigação revelou um aumento na taxa de cura (69,7% *versus* 87,1%) e uma acentuada redução na taxa de abandono (30,3% *versus* 12,9%) com o fornecimento de cestas básicas (CANTALICE, 2009).

Contudo, nem os profissionais, tampouco, a PSR é ouvida em suas necessidades para que ocorram ajustes na aquisição e distribuição desses benefícios. A condição de estar na rua exige a oferta de alimentos já preparados e prontos para o consumo imediato, sendo então os mais indicados para essa população, porém, no município de São Paulo, os benefícios ofertados tanto para a população em geral quanto para as pessoas em situação de rua são os mesmos, cestas básicas e vale-transporte.

É evidente que esses dois benefícios não correspondem às necessidades da PSR, geralmente os alimentos provenientes da cesta básica ficam sem condições de utilização por não terem onde e como serem preparados, não é comum que as pessoas que vivem nas ruas tenham geladeiras, fogões, gás de cozinha, utensílios e panelas para cozinhar. Considerando o perfil itinerante das pessoas que vivem nas ruas, não lhes é necessário vale-transporte, visto que faz parte da “cultura da rua” a caminhada como meio de locomoção, é comum percorrem longas distâncias a pé.

**Recorte nº 98:** *“Dava a medicação pro paciente, pela manhã na rua mesmo e em seguida entregava o voucher do restaurante. Ele ia lá e trocava o voucher pela alimentação tomava café, depois ia embora, depois voltava pra almoçar e depois pra jantar. Isso fortalecia muito a o vínculo dele [...] essa questão da refeição melhorou de todas as formas [...] saber que todos os dias estaria garantida aquela alimentação, então isso trouxe outro olhar...”*

Como apresentado anteriormente, durante o projeto PACTu eram distribuídos vouchers para café da manhã, almoço e jantar para serem trocados em restaurantes conveniados, esse “benefício” foi apontado como um dos principais diferenciais do projeto para adesão e conclusão do tratamento de TB. Contudo, após a finalização do projeto não foi possível a continuidade dessa iniciativa, e sim, a retomada da

distribuição das tradicionais cestas básicas, as cestas são disponibilizadas uma vez ao mês, durante os seis meses de tratamento, porém o tratamento deve ser diretamente observado e não ter faltas no mês.

**Recorte nº 99:** *“Aí a gente fala também da cesta básica, né, eles têm direito, a gente fala óh, se você fizer o tratamento direitinho, não tiver falta você vai ter um ticket vai poder pegar uma cesta, vai te ajudar... muitos deles dão para a família, porque às vezes eles estão na rua, mas têm família, né?”*

Ressaltamos que, dentre os principais motivos que levam as pessoas a viver nas ruas estão a falta de moradia fixa e vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. No discurso acima observamos que por não ser possível cozinhar na rua, o benefício é doado a um familiar, os recortes “dão para a família” e “às vezes eles estão na rua, mas têm família, né?” revelam sentidos de um paralelismo contraditório no qual o sujeito que discursa, ao mesmo tempo, que reconhece que a pessoa em situação de rua “tem” família, afirma que não tem. Na sequência o significante “às vezes” desvela o imaginário coletivo de que quem está na rua não tem família.

Diante disso, analisamos o assujeitamento da repetição discursiva, em que os sentidos não fluem naturalmente, pois os sujeitos são tomados pelos dizeres já estabelecidos em um imaginário que sua memória não ecoa, ao contrário, estaciona e repete (ORLANDI, 2015).

Estudo realizado no período de 2004 a 2015, revelou os principais fatores que contribuem para o abandono do tratamento da tuberculose, destacam-se história de abandono e tratamento prévio da tuberculose, uso de álcool e outras drogas, baixa escolaridade, coinfeção TB/HIV, sexo masculino, faixa etária entre 30 e 64 anos e melhora dos sintomas da doença dada a impressão de cura (SILVA *et al.*, 2019).

Em consonância com este estudo, o discurso abaixo revela que diante da melhora de sintomas que geralmente ocorre no segundo mês do tratamento, fica bastante árdua a continuidade do acompanhamento, sendo um momento que requer da equipe muita dedicação, atenção e envolvimento.

**Recorte nº 100:** *“E aí o tratamento vai seguindo, o começo é mais complicado, depois a gente vai dando seguimento, após 15 dias ele passa em consulta pra gente reavaliar pra ver se ganhou peso, se está bem, vai coletando os exames mensais que*

*tem que coletar...é um pouco mais difícil depois do segundo mês, não tem mais catarro, a gente precisa poder garantir que os exames sejam realizados e que a gente dê uma alta é segura, onde a gente tenha as três baciloscopias negativas, e as duas culturas “que são as preconizadas”.*

A linguagem é uma prática histórica e social, cujos sentidos são participantes do atravessamento ideológico e sua relação com o sujeito. Com esses fundamentos, identificamos que o recorte nº 100 revela um discurso biomédico autoritário, pois atribui o tratamento a normas terapêuticas, na qual não se admite ações que não estejam firmadas em regras e protocolos, “*que são as preconizadas*”.

Posto isto, Orlandi (2015) traz que o discurso autoritário é aquele no qual a polissemia é contida, o sujeito/doente está apagado por meio da relação de linguagem que se estabelece e o locutor se coloca como agente exclusivo, suprimindo sua relação com o interlocutor. Contextualizando, no recorte nº 95, que o profissional do CnaR funciona como “locutor”, ditando suas regras, e a pessoa em situação de rua com TB, como “interlocutor”.

Diante disso, o cotidiano dos profissionais envolvidos diretamente com a PSR e a tuberculose, assemelha-se ao discurso autoritário, a burocracia envolvida na atenção à TB, ou seja, protocolos, fluxos e rotinas envolvidos no processo de trabalho. O recorte abaixo reforça a dificuldade de compreensão, da PSR, acerca dos documentos/orientações necessários para registrar todos os passos do cuidado recebido.

**Recorte nº 101:** *“olha isso é pra você colher isso, isso é pra isso e isso aqui é pra isso, imagina uma pessoa tantos papéis, né? É difícil até pra gente. Então a gente prefere sempre encaminhar com um agente de saúde, ou com um auxiliar de enfermagem para poder fazer com que eles se sintam mais confortáveis e mais acolhidos”.*

A sequência discursiva presente no recorte acima “isso é para você colher isso”, “isso é pra isso” e “e isso aqui é pra isso” seguida de “tantos papéis” e “É difícil até pra gente” evidencia o não dito, ou seja, que todos os serviços da rede de assistência à saúde dificultam o acesso da população em situação ao tratamento da TB. Pois, diante de tantos papéis, a inserção do cuidado só se faz possível mediante

a presença de um profissional que possa mediar esse percurso burocrático. A repetição das palavras “isso” reforça a palavra que foi silenciada, o não dito de que o excesso de documentos traz incomodo à profissional, e é desvelado pelo fato de não nomear os impressos formais e utilizar o significante “isso”. Torna-se evidente a necessidade de acolher, articular práticas e saberes que contribuam para um agir equânime e diferenciado, para que o cuidado seja centrado na pessoa e não na rigidez dos protocolos.

Acolher pode ser definido como uma escuta de qualidade, mas sobretudo pelo compromisso de reconhecer o outro em sua individualidade, como pessoa que tem suas diferenças, suas crenças, suas alegrias, suas frustrações, seu modo de viver, seu jeito de sentir a/na vida. Nessa perspectiva, o vínculo, quando estabelecido, permite uma parceria alicerçada na sinceridade e responsabilidade e permitindo que haja um atendimento que contemple as necessidades das pessoas, assumindo um caráter de equipe, a qual estará mais sensível à identificação de riscos ou vulnerabilidades, contribuindo para a construção de intervenções terapêuticas adequadas às necessidades percebidas (SOUZA, 2017).

**Recorte nº 102:** *“Sim, tem a cesta básica né, que é distribuída só que não pode faltar se tiver mais de 3 faltas no mês daí perde o direito da cesta básica...”*

**Recorte nº 103:** *“Aí, precisa assinar tudo bonitinho o papel para pegar a cesta, tomar o remédio direito até de domingo, no domingo, na segunda-feira... eu sempre vou e tomo lá com eles na presença deles, pode ser a tarde, pode ser de manhã eu vou lá e tomo o remédio, assino e pego e já garanto a assinatura pra cesta, são 4 assinaturas, então eu vou lá e assino”.*

A metáfora “perde o direito” no recorte nº 102 remete à burocracia exigida para que a cesta seja disponibilizada. A sequência discursiva do recorte nº 103 complementa a necessidade de cumprir as exigências documentais, pois para receber o benefício é preciso empenhar esforços, não somente para fazer uso supervisionado da medicação, mas comprovar que o tuberculostático foi ingerido. A repetição dos significantes assinatura em “assinar tudo bonitinho o papel”, “assino e pego” “já garanto a assinatura” “são 4 assinaturas” e “eu vou lá e assino” reforçam

fortemente o efeito de sentido de que o ato de assinar torna-se mais importante do que a medicação a ser tomada.

O interdiscurso acima representa um conjunto de enunciado dizível, o sujeito em tratamento da TB coloca-se no papel de supervisionado e fiscalizado pela equipe que o acompanha “com eles” “na presença deles”, ao utilizar a metáfora “assinar tudo bonitinho” e “tomar o remédio direito” evidencia a avaliação que está sendo feita de suas ações, não basta assinar ou tomar a medicação é necessário que essas condutas sejam efetuadas corretamente.

Nos dois discursos acima é possível inferir sobre a originalidade do cuidado ininterrupto da equipe, de domingo a domingo, todos os dias da semana. O significante “até” precedendo a palavra domingo “até de domingo” remete a algo incomum, levar a medicação até no domingo traz o efeito de sentido do cuidado diferenciado, específico, singular, visto. Somada a essa singularidade encontramos também o contraditório discursivo da flexibilidade, o discurso que até então apresentava-se rígido quanto às questões documentais de assinatura, coloca-se sensível a adequar-se aos horários da medicação conforme a necessidade do sujeito “pode ser a tarde”, “pode ser de manhã”, revelando que o importante para a cura da TB é tomar a medicação, não importa o horário.

Vale destacar que, nesses discursos a supervisão esperada pelos profissionais não está centrada apenas em questões administrativas, burocráticas e fiscalizatórias, mas sim no apoio, suporte, estar junto e mostrar para a pessoa em situação de rua que ela não está sozinha e que a cada dia de tratamento a cura se torna mais próxima.

**Recorte nº 104:** *“E se vem positivo a gente já inicia o tratamento imediato, né? Procura saber se ele está aqui na região, mas às vezes ele frequenta outros equipamentos porque é uma população muito, bem itinerante, né? Aqui tem o centro pop, vem muitos pacientes porque o centro pop oferece alimentação, aí tem o serviço social, tem o CREAS, o CREAS POP, né?”*

Dentre os desafios na produção de saúde junto a PSR com tuberculose encontra-se a realização de práticas específicas que nem sempre estão estabelecidas nos protocolos vigentes e ações interssetoriais, para tanto é primordial o trabalho intersetorial para a garantia de um cuidado integral e equânime. A integralidade

enquanto um dos princípios do SUS considera as dimensões biológica, cultural e social do usuário para a construção de políticas e ações de saúde que atendam às demandas e às necessidades no acesso à rede de serviços. Por tanto, um modelo de atenção integral deve se dispor a produção de ações de saúde que vão desde as ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento até a reabilitação (CUNHA *et al.* 2020).

Ao analisarmos o discurso acima (recorte nº 104), verificamos a amplitude e complexidade desse cuidar, visto que esses sujeitos estão privados das condições básicas de vida, necessárias para a sua sobrevivência, como a alimentação. Esse fragmento apresenta vestígios de discurso polissêmico, já que invoca produções de sentido de que “sozinho não é possível”, não tem somente o CnaR, há outros lugares que precisam ser ocupados pela PSR, faz-se necessário contar com outros recursos “frequentar outros equipamentos”, como revelado nos significantes o “centro pop”, “tem o serviço social”, “tem o CREAS” e o “CREAS POP”.

A 8ª Conferência Nacional em Saúde apresentou uma definição holística do conceito de saúde, ou seja, o resultado da interação entre fatores habitacionais, educacionais, econômicos, ambientais, de lazer, laborais, de acesso aos serviços de saúde, entre outros. Levando em conta que esses determinantes se distribuem de modo iníquo na população brasileira, infere-se que a saúde, por consequência, também seja desigual entre os grupos sociais, especialmente em relação à população em situação de rua. Esse conceito traz à tona a importância do trabalho interssetorial na assistência à PSR (CUNHA, 2009).

A relação interssetorial e integrada é registrada na literatura como uma das possibilidades na redução dos impactos causados pelas iniquidades sociais em saúde (fonte/ano). O tecer em rede constrói no território, na troca de experiências e na diversidade, o que vai além de práticas protocolares e traz a possibilidade de ações criativas, que façam sentido à realidade e que propiciem novas condutas. Desse modo, a interssetorialidade contribui para fomentar o estabelecimento de elos de convergência institucionais que possam gerar novas formas de produzir vida (FIOCRUZ, 2020).

Promover o fortalecimento da articulação da rede, mapear os atores sociais, construir recursos de atuação conjunta, desenvolver parâmetros coletivos e estratégias de cuidado compartilhados, consolidar a atuação no território e na comunidade são maneiras de construir e fomentar a convergência das ações

institucionais. Vale destacar a importância na compreensão da complexidade que o tema em questão requer dada a sua multidimensionalidade, o que demanda dos atores envolvidos olhar ampliado, que envolva o sujeito singular e o seu coletivo (FIORATI *et al.*, 2014; FERNANDES, 2021).

Ao analisar os recortes a seguir, desvelou-se que embora o serviço de assistência social disponha de um sistema de cadastro eletrônico que possibilite levantar informações sobre locais de passagem e abrigo das pessoas em situação de rua, os recortes nº 105 e nº 106 evidenciam que, mesmo se tratando de informações fundamentais para os serviços de saúde, esses dados nem sempre são utilizados para a construção de um cuidado integralizado, visto que a aquisição desses dados aconteceu via “camaradagem” e “coleguismo”.

Isto posto, pode-se inferir que a estrutura de serviços para a atenção à saúde das pessoas em situação de rua mostra-se frágil para atender às singularidades dessa população, pois as equipes necessitam depreender esforços para um trabalho pessoal e direto, no qual pouco se utilizam as redes e sistemas formais das instituições. A metáfora de camaradagem, ou seja, ser companheiro, pessoas próximas e conhecidas que têm um objetivo em comum, auxílio mútuo e solidário, o cuidado integral e a cura de quem está na rua.

*Os significantes “é tudo” e “muito necessária” evidenciam a necessidade do vínculo forte entre os profissionais dos dois serviços, inferindo que a estrutura não está instituída “não é uma regra” e que a rede informal é a que funciona. A sequência discursiva finalizada com o verbo conseguir “no coleguismo aí a gente consegue” apresenta a polissemia de lidar com a falta, lidar com a ausência.*

**Recorte nº 105:** “A gente está tendo um vínculo com o próprio centro de acolhida mesmo, a camaradagem nesse momento é tudo, pra que eles verifiquem no sistema, por onde ele passou, onde ele entrou, que equipamento ele está. A camaradagem no centro de acolhida é muito necessária, para que a gente possa tentar localizar as pessoas e possa dar seguimento no tratamento dele”.

**Recorte nº 106:** “A gente tinha um diferencial é, mas daí vai muito do profissional que está lá porque daí é no coleguismo isso daí não é uma regra, é meio que no coleguismo aí a gente consegue...”

Dentre as transformações que ocorrem no mundo, o avanço tecnológico se destaca, podemos considerar avanço tecnológico como processo que contribui para facilitar e auxiliar as ações diárias dos seres humanos. No campo da saúde essas mudanças também ocorrem possibilitando a utilização das tecnologias em diferentes contextos, como no assistencial, gerencial e acadêmico. A discussão sobre as tecnologias relacionadas ao setor saúde é ampla e constante. Na tecnologia enquanto produto estão as informatizações, informações e artefatos; na tecnologia como processo, os recursos relacionados ao ensino e à aprendizagem (AQUINO *et al.*, 2009; LONGARAY *et.al*, 2020).

Como conceito em saúde as tecnologias podem ser divididas em: leve, que são as relações estabelecidas para implementação do cuidado como vínculo, gestão de serviços e acolhimento; leve-dura, que é o saber estruturados, as teorias, modelos de cuidado, cuidado de enfermagem; e dura, a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos. (SILVA *et al.*, 2008; MORAES, 2016).

Desta maneira, as tecnologias leves são classificadas como a relação humana do/no cuidado, a conexão interpessoal e a troca de aprendizado entre os envolvidos. Assim, o vínculo, o acolhimento e a relação/interação são marcos conceituais dessa tecnologia (MERHY *et al.*, 2002). Nesse sentido, apresentamos vestígios no qual o intradiscurso da “camaradagem” revela a tecnologia leve, utilizada para o trabalho nas ruas. Vale destacar que, embora a tecnologia leve remeta a algo “simples, fácil e descomplicado”, por se tratar de ações que envolvem diretamente as relações humanas na saúde é um recurso amplo, profundo e complexo.

Diante da busca por estratégias de cuidado que envolvam tecnologias leves como: perfil adequado do profissional, vínculo, acolhimento, conhecimento amplo do território adscrito, organização prévia do trabalho, estabelecimento de fluxos concernentes a “cultura da rua” e trabalho em equipe, torna-se fundamental considerar a singularidade dos sujeitos e compreender a cada um em sua especificidade.

O adoecer geralmente é vivido de modo distinto por cada pessoa, dentro de um mesmo contexto, é possível identificar diferentes efeitos de sentidos e interpretações sobre o adoecimento, tanto em relação à necessidade universal de lidar com os fenômenos da vida, quanto aos contextos individuais em que o processo interpretativo está inserido. Cada pessoa tem um modo próprio de vivenciar a sua doença e tal especificidade tem incursão direta com seu modo de ser-no-mundo, suas relações, sua cultura, seu inconsciente e sua própria identidade (BOFF, 2005).

**Recorte nº 107:** “No abrigo ou na rua onde ele costuma ficar a gente faz uma busca ativa, onde ele fica, para encontrá-lo e realizar os serviços, que é tratar a tuberculose dele”.

O discurso polissêmico nº 107, nos traz que cada pessoa tem sua “própria tuberculose”, fruto de um adoecer singular, por isso, deve receber um cuidado personalizado, específico. Apesar da TB continuar sendo um grave problema de saúde pública mundial, globalizado (WHO, 2020), faz-se necessário um cuidar direcionado, específico, é preciso “tratar a tuberculose dele”, a “tuberculose dele” é diferente da “tuberculose do outro”, é preciso sobretudo vincular-se à pessoa que está com TB e não vincular-se à TB que está na pessoa.

**Recorte nº 108:** “Então se der pra tomar medicação beleza, se não der eles têm outras prioridades, então vai muito do vínculo, do vínculo que a equipe faz com ele...”

**Recorte nº 109:** “A gente tem que ter esse vínculo com o profissional da UBS então é o que falo é questão é o vínculo não tem que ser só com o paciente o vínculo tem que ser com todo mundo com a rede toda, entendeu?”

Os recortes acima apresentam a necessidade e a importância de que o vínculo seja expandido no processo de cuidado, ele se faz primordial, não somente junto às pessoas em situação de rua, mas com todos os profissionais envolvidos nesse cuidado, UBS, serviços especializados, urgência e emergência, CAPSs, assistência social, entre outros “com todo mundo, com a rede toda, entendeu?”. O verbo entender no final dessa sequência discursiva desvela a busca da profissional pela concordância da interlocutora ao que está sendo dito.

Nesse sentido, o recorte nº 109 “tem que ter esse vínculo” remete à metáfora da ponte, na qual os profissionais do CnaR são como uma travessia, elo para o vínculo com outros profissionais e outros serviços, o intermediário, já que o vínculo não se estabelece diretamente com a PSR.

Dentre as peculiaridades do trabalho discursadas pelos profissionais entrevistados, destacou-se a necessidade e a importância de que os profissionais das equipes de CnaR tenham perfil e disposição para a formação de vínculos. Fontanella e outros (2013) fundamentam “vínculo” como saberes baseados, sobretudo, nas ideias de habilidades afetivas, de proximidade física e de frequência de comparecimento. Desse modo, o vínculo acaba sendo substancial para a oferta e o desenvolvimento da atenção à saúde. O vínculo entre a pessoa portadora de TB, os profissionais e serviços de saúde está diretamente relacionado à continuidade relacional do cuidado, na qual o reconhecimento do contato frequente entre cuidador e cuidado estimula a confiança, facilita a comunicação, estimula a adesão e a corresponsabilização no tratamento (HINO *et al.*, 2017).

A ESF tem contribuído significativamente para o âmbito da APS no Brasil, dentre essas contribuições vale destacar que o vínculo entre equipe, usuário, família e comunidade tem sido um dos principais balizadores de mudança do modelo assistencial. Corroborando a literatura esta pesquisa evidencia por meio dos discursos a importância do vínculo como ferramenta de cuidado especialmente junto à PSR (SILVA *et al.*, 2015).

As práticas de cuidado desenvolvidas pelo CnaR têm como eixo substancial a criação de vínculo, propósito fundamental na realização do cuidado que oportuniza a abertura de caminhos para os usuários enquanto sujeitos de direitos e não como objetos de intervenções. A literatura aponta a importância do vínculo na atenção as pessoas em situação de rua, pois contribui com diagnósticos precoces, aumenta a adesão a tratamentos, fortalece a continuidade das ações no serviço, possibilitando também ampliar o atendimento às diferentes necessidades dos indivíduos como reintegração social (AYRES, 2009; SILVA, *et al.* 2015, CAMPOS, 2016; MEHRY, 2020).

**Recorte nº 110:** *“A gente consegue ter esse vínculo com eles, aí a gente já faz uma estratégia de medicamentos, e é isto a gente procura ser amigos deles, ficar próximo deles”.*

No recorte acima o discurso lúdico, no qual a polissemia está aberta aos efeitos da discursividade, não regulando os sentidos da fala, aponta vestígios da contradição do imaginário coletivo em que o profissional e “paciente” não podem ter

relação de amizade, e sim, tecnicista e distante. Os significantes presentes na sequência “*a gente procura ser amigos deles, ficar próximo deles*” rompe com essa narrativa social de distanciamento.

A formação de vínculo está relacionada à proximidade entre profissional e indivíduo, relação que se constrói por meio do atendimento cujo enfoque não está associado apenas aos aspectos biológicos, mas também aos efetivos e de foro íntimo (BRUNELLO *et al.*, 2009).

Chamamos atenção ao fato que, além do vínculo, é necessário profissionais que prezem pela humanização, que tenham conhecimento técnico e em vigilância epidemiológica e formação ou experiência em saúde pública e saúde mental.

**Recorte nº 111:** “*Para trabalhar no consultório na rua, preferencialmente as pessoas que têm alguma experiência em saúde pública ou saúde mental é a gente busca esse perfil tem que vir de uma dessas experiências então preferencialmente é um diferencial ter pós em saúde mental ou em saúde pública, saúde da família porque vem com esse olhar de vigilância do território né? De entender a importância de um impacto da saúde primária bem realizada e saúde mental.*”

A repetição do significante, “preferencialmente”, desvela o não dito de que nem sempre é possível encontrar profissionais com o perfil descrito, revela sentidos de que trabalhar no CnaR exige características de conhecimento e experiências nem sempre encontradas, “gente busca”, aponta sentidos de dificuldade para em encontrar um profissional com tal perfil.

Historicamente as pessoas provenientes de grupos socioeconômicos mais baixos podem apresentar maiores dificuldades com relação à qualidade da assistência recebida nos serviços de saúde. Isto posto, é possível relacionar essas questões com o despreparo dos trabalhadores de saúde em atender às necessidades e especificidades das pessoas em maior vulnerabilidade social, assim a PSR apresenta maior risco de sofrer discriminação, preconceito e violências institucionais. Estudos destacam dentre as condutas inadequadas de profissionais da saúde junto à PSR a baixa escuta profissional, falta de empatia, julgamentos, demora intencional para prestar atendimento, burocratização e desvalorização de suas queixas e sintomas (ALECRIM *et al.*, 2016; OLIVEIRA, 2020; PRADO, 2021).

Diante desse cenário, é imprescindível que os profissionais que integram o CnaR abarquem além de conhecimento técnico, perfil para atuar junto a essa população, que estejam dispostos à construir relações de vínculos que possibilitem humanizar o encontro, que estejam disponíveis a ouvir atentamente, compreender sem julgar, respeitar e valorizar o outro como sujeito de direitos (ALECRIM *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2020; PRADO, 2021).

**Recorte nº 112:** *“Nós participamos, né, de vários fóruns, né, de comitês então a nossa tarefa também é pautar essas coisas, né, porque senão assim eu sinto que fica muito sob o indivíduo a culpa, né?”*

**Recorte nº 113:** *“Verdade é que nós temos uma situação em que disparate muito grande economicamente que acaba causando isso, né, então se nós tivéssemos outras estruturas de moradia, né, questão escolar, eu digo a própria violência teríamos muito menos pessoas em situação de rua, né? Então acho que o profissional também tem que ter esse perfil, essa visão também política de entender essas questões também.”*

**Recorte nº 114:** *“É preciso que profissional que venha trabalhar, tenha esse olhar ampliado de saúde, e que saiba um profissional que saiba também defender, lutar pelos direitos, porque acho que é mais do que um trabalho também é uma luta política, social política.”*

As sequências discursivas acima desvelam que o sentido da busca por profissionais que integrem as equipes de Consultório na Rua vai além de encontrar pessoas que tenham conhecimento técnico e experiência profissional, esse profissional deve ter militância social e política associada a amplo conhecimento do território e do SUS.

Produzir saúde na APS envolve direta e indiretamente o conhecimento do território, especialmente na atuação do CnaR. É preciso entender o espaço urbano com suas barreiras geográficas visíveis e invisíveis, seus recursos (in)disponíveis, buscando cotidianamente mapear e conhecer a rede de proteção social, instituições governamentais e não governamentais direcionadas à PSR. Importante ainda realizar visitas às instituições para conhecer o funcionamento e as rotinas buscando a

interlocução com os serviços mapeados diante do perfil e das necessidades da PSR. Essas ações da equipe contribuem para a construção de um cuidado mais qualificado (FIORATI, 2014; SILVA, 2015; MEHRY, 2020).

Desta maneira, vale conhecer profundamente o território em que atua para além das questões geográficas, compreendendo as suas fragilidades e potencialidades. Para atender às carências do território, a intersetorialidade torna-se importante ferramenta no processo de trabalho das equipes de CnaR. A partir dela pode-se tecer a rede de modo coletivo, no qual os trabalhadores e seus usuários discutam e assumam as responsabilidades em relação ao cuidado de maneira conjunta, é conhecer detalhadamente a sua abrangência a fim de construir estratégias que potencializem os seus recursos.

**Recorte nº 115:** “A equipe quando conhece o território onde ela tá atuando ela cria vários recursos, vários recursos.”

**Recorte nº 116:** “O agente de saúde ele procura saber onde ele circula, procura saber se ele vem pra cá, fica onde, porque se dá positivo e o agente não localiza aqui, a gente tem como fazer contato com outras equipes de CnaR, pra tentar localizar esse paciente.”

**Recorte nº 117:** “Então... e se eles trabalham a gente procura fazer um mapa, onde ele almoça, onde ele trabalha, onde ele dorme, qual que é a reciclagem, onde ele vende os ferros velhos dele.”

A repetição do advérbio de lugar “onde”, presente no recorte nº 117, reforça o sentido produzido de local, espaço geográfico ocupado, remete ainda à metáfora do movimento, relacionado ao deslocamento para os diversos equipamentos de saúde e sociais. Nesse sentido, é possível afirmar que o território é um mapa vivo, em constante movimento, dinâmico e, portanto, precisa ser frequentemente reconhecido, (des)construído e avaliado. O território não é único e homogêneo, ele apresenta singularidades e heterogeneidade.

**Recorte nº 118:** “É importante o profissional conhecer bem o território, a rede que ele vai atuar, saber que o Consultório na Rua ele não trabalha sozinho ele

*depende de outras e de outros locais pra poder estar atuando pra poder estar criando redes digamos assim. Ele depende da UBS, ele depende do CAPS, ele de depende do hospital, ele precisa conhecer o local que ele está atuando, é o local mesmo que ele está atuando né.*

**Recorte nº 119:** *“A gente fala que trabalhar no consultório na rua é muito dinâmico é assim, a mesma coisa que a gente aplica no centro a gente não trabalha da mesma forma no Leste, tem situações que a gente consegue fazer igual, mas tem outras situações que tem que verificar qual a demanda que o território traz pra gente, conseguir trabalhar com paciente dentro daquele território.”*

Na saúde, a descentralização está diretamente relacionada à gestão do sistema público de saúde e das práticas sanitárias apropriadas às características epidemiológicas de uma região a fim de desenvolver alternativas de organização de práticas de saúde que envolvam a melhorias, principalmente no que tange ao aperfeiçoamento, planejamento, programação e organização das ações de saúde. A descentralização das ações frente ao controle da tuberculose no âmbito da atenção básica coloca em pauta a discussão sobre as necessidades dos usuários, levando em conta as particularidades do território e o acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, as equipes de CnaR apontam como fundamental conhecer o território e planejar antecipadamente seus planos de ação (JUNGES, 2020; SANTOS, 2021).

**Recorte nº 120:** *“Na busca coletiva, geralmente nos centros de acolhida, nas casas que apoiam, ou nas praças, nos locais onde tem maior concentração, a gente faz o nosso cronograma e neste dia a gente pesquisa quem está com tosse e tenta colher de todo mundo que está no local, coletado a gente envia as amostras, a gente faz um acordo, é claro que antes da gente enviar as amostras a gente sempre fala para o laboratório que estará fazendo uma busca ativa pra não causar nenhuma sobrecarga para os profissionais do laboratório, aí a gente envia as amostras, e quando chegar a gente tendo resultado positivo a gente já vai atrás do paciente pra iniciar o tratamento o quanto antes.”*

**Recorte nº 121:** *“Tem a coleta de quando eles procuram a gente nas UBSs, esses são os que têm vínculo maior às vezes na consulta, médica ou de enfermeiro*

ou vai fazer um curativo, ou coletar de exames, e a gente observou que está com tosse ou pergunta e coleta o exame também.”

Os recortes nº 120 e nº 121 desvelam o efeito de sentido em relação à organização do cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose, deste modo, o êxito nas ações está diretamente relacionado ao planejamento prévio, visto que os fluxos, as rotinas e as intervenções não são realizados unicamente pelo CnaR, mas envolvem outros setores da saúde. Os fragmentos discursivos “a gente faz o nosso cronograma”, “é claro que antes da gente enviar as amostras a gente sempre fala para o laboratório” e “coleta o exame também” apontam a importância dos profissionais do CnaR serem atentos e organizados com as rotinas e o processo de trabalho, além de dinâmicos e dispostos à edificarem estratégias de cuidado que propiciem o aumento do diagnóstico precoce e adesão ao tratamento.

A urgência em aproveitar o tempo faz-se presente nos efeitos de sentidos dos profissionais do CnaR e nos interpela ao imaginário coletivo literário do *Carpe diem*. *Carpe diem* é uma expressão vinda do latim e significa “aproveite o dia”. A tradução literal remete ao significado, não apenas de aproveitar um dia específico, mas o máximo possível o agora. A expressão *carpe diem* pode ser definida como um lema para alertar que a vida é fugaz e efêmera, por tanto, deve ser aproveitada a todo tempo e fora de tempo.

No esforço em compreender e conhecer a realidade da rua, é inevitável sermos convidados(as) a viver e aproveitar o tempo presente, desfrutando dos momentos de modo intenso sem considerar demasiadamente o que o futuro reserva. Esse comportamento é uma realidade vivenciada diariamente, tanto pela população em situação de rua, quanto pelos profissionais que atuam no CnaR. Para as pessoas que vivem no espaço da rua, o único tempo que existe é o hoje, a necessidade de buscar o alimento para saciar a fome não pode ser deixado para depois, a procura por um lugar seguro para dormir não pode esperar, visto que a noite se aproxima.

Para os profissionais, é necessário oportunizar o máximo possível o encontro, o cuidado, as ações e intervenções precisam ser efetivadas no exato momento que encontram a pessoa que está na rua, pois amanhã pode ser tarde demais, dado o perfil itinerante ou a própria gravidade das suas condições de saúde. Como não há controle sobre o tempo, tampouco sobre a morte, não se pode prever com certeza o

que será o tempo vindouro. Diante disso, o cuidado deve acontecer de forma qualificada, oportunizando ao máximo as potencialidades e os recursos do presente.

Diante da perspectiva da resolução das necessidades apresentadas, é fundamental compreender o tempo dessa população. Se o profissional, em sua prática, atuar com posturas burocráticas e oferecer condutas que não sejam condizentes com a realidade de vida dessas pessoas, certamente o plano de cuidado proposto não alcançará êxito. A oferta de uma atenção contínua e integral perpassa pela coordenação de determinações consensuais, pautadas no tempo do outro, visto que as pessoas que vivem em situação de rua precisam negociar diariamente as formas de viver na rua: sua vida está sempre começando. Praticamente nada é permanente, a não ser a busca cotidiana da sobrevivência, o que torna sua vida demasiadamente desagregada (VIEIRA *et al.*, 1992, p. 22; SILVA, 2015; CUNDA, 2020).

Esses efeitos de sentido estão presentes nas sequências discursivas dos recortes nº 122, nº 123 e nº 124 nos quais os significantes “otimizar o máximo possível”, “sempre priorizar andar com o potinho”, “já são”, “em qualquer momento”, “ofertar”, ofertar”, “a gente oferta”, “a gente insiste”, “naquele momento”, “naquele momento”, “no local onde eles estão”, “já leva o teste”, “já faz o teste” desvelam ações planejadas para um cuidado que oportuniza e otimiza o tempo.

**Recorte nº 122** “A gente faz a busca individual, nas visitas, já faz a coleta no local, identificando que a pessoa está com tosse a gente tenta fazer assim otimizar o máximo possível, ou seja, sempre prioriza andar com o potinho para a coleta os profissionais já são orientados assim, apresentou tosse, pessoa em situação de rua em qualquer momento que ele apresentar tosse tá orientado a ofertar a coleta, ofertar...”

**Recorte nº 123:** “Então assim, a gente oferta e a gente insiste pra que a coleta seja realizada naquele momento, na impossibilidade da gente coletar naquele momento a gente volta no outro dia, num outro horário e realiza a coleta, essa é a coleta individual.”

**Recorte nº 124:** “Quando o paciente vem para a consulta, se ele não vier a gente vai no local onde eles estão, é já leva o teste rápido já faz o teste de HIV no

*mesmo local e já inicia o tratamento o quanto antes, pra isso o facilitador de tudo isso é que todas as equipes têm um médico, né?*

**Recorte nº 125:** *“Se o paciente não for na UBS o paciente não vai iniciar o tratamento, a gente pode iniciar, a gente chega até levar a balança no local para poder pesar ele e ter certeza de que ele não está abaixo do peso pra gente não fornecer uma dose errada, então sempre tentando otimizar esse atendimento. Acaba iniciando ou na rua ou na UBS, já faz a coleta dos exames, e já dá seguimento caso ele seja HIV positivo a gente já encaminha.”*

No município de São Paulo, todas as equipes de CnaR são modalidade III, ou seja, única modalidade que integra o profissional médico. O discurso nº 124 revela a importância de ter o médico na equipe, pois aumenta significativamente a resolubilidade das ações em saúde. Podemos analisar no recorte acima, com os significantes “já” e “facilitador”, a importância de se realizar várias intervenções no mesmo dia e hora, bem como a agilidade na realização dos procedimentos revelam o não dito de não esperar, a oportunidade do encontro precisa ser valorizada e integrar o máximo de cuidado no mesmo momento. As sequências discursivas a seguir nos levam para essa análise “já leva o teste rápido”, “já faz o teste de HIV”, “e já inicia o tratamento “o quanto antes” e “facilitador”.

**Recorte nº 126:** *“Nesta época agora na questão da pandemia, a gente priorizou muito de estar levando esses pacientes para campos do Jordão por conta do risco que eles corriam com a questão pulmonar, de virem a ficar mais adoecidos, então a gente priorizou bastante.”*

O recorte “então a gente priorizou bastante” traz vestígios de sentidos acerca da importância do olhar das equipes do CnaR, sem este, possivelmente as adequações para o cuidado da pessoa em situação de rua com tuberculose em tempos de pandemia se daria de forma frágil e fragmentada, pois “a gente priorizou bastante” referindo-se ao cuidado prestado aos doentes por tuberculose.

**Recorte nº 127:** *“Esse ano a gente conseguiu foram três, três pacientes nossos que tiveram alta cura, três pacientes e a gente teve um que tá patinando, tem um que a gente encaminhou pra Campo de Jordão.”*

No discurso parafrásico, em que o dito se mantém estável, sendo produzido diferentes formas de dizer o que já foi estabelecido, é retratado no recorte acima o efeito de sentido acerca do desafio em alcançar a cura da TB na rua. As equipes de CnaR experimental a realidade de curar a TB na rua, no entanto, é um processo demasiadamente complexo “a gente conseguiu”, “foram três”, “três pacientes nossos”, “três pacientes”, “teve um que tá patinando”, “tem um que a gente encaminhou”. Assim, os sentidos produzidos pela repetição do significante que identifica a quantidade de “três” curas, revelam a alegria, a vitória, a festa e a necessidade de comemorar o êxito conquistado.

a atenção à pessoa em situação de rua que tem tuberculose vai além do uso de poliquimioterápicos que eliminem o bacilo e promovem cura, é necessário a persistência das equipes e sobretudo investimento em políticas públicas que proporcionem justiça e reinserção social.

Apesar de não estabelecer uma relação direta entre desemprego e a situação de rua, torna-se inevitável observar a importância do trabalho comparado aos demais vínculos sociais, visto que, socialmente, o trabalho é um dos fatores que imprime a identidade ao sujeito. Assim, é fundamental compreendê-lo como uma das causas de ida para a rua e como um elemento que possibilita a permanência desses indivíduos nessa situação. A realidade nos mostra laços e relações familiares/sociais fragilizados, precarização do trabalho, tais fatores contribuem para intensificar as condições: a desfiliação social, colocando esses sujeitos num ciclo vicioso de fragilidade, rompimento e dificuldade em resgatar seus vínculos (ESCOREL, 1999; PINHO, 2019).

Diante disso, a precarização das relações de trabalho, as consequências da circunstância política, econômica e social atuam conjuntamente para o fenômeno da situação de rua, uma vez que dificilmente os trabalhos realizados por essa população geram autonomia financeira, pois são transitórios, temporários, variados e irregulares, desenvolvidos, muitas vezes, sob condições insalubres e de risco (PINHO, 2019).

**Recorte nº 128:** *“Nossa agora...(pausa) é uma via punk...risos. Tem os lados ruins e os lados bons, não é porque eu trabalho, mas sim pelo trabalho que eles fazem, que é reintegrar as pessoas na sociedade. Eles vão poder te encaminhar para uma entrevista. para você está trabalhando como eu tô, então eles dão, abre portas, eles dão oportunidade, né?”*

O discurso acima foi de pessoa ex-moradora de rua, que hoje integra a equipe de consultório na rua como profissional da saúde. Nele, é possível analisar diversos sentidos circulantes, a pausa no discurso nos remete à necessidade de respirar fundo, fazer o ar entrar antes de prosseguir com a narrativa, dada a intensidade das histórias e memórias que surgem diante dessa fala. O significante “punk” apresenta a metáfora de peso intenso, da dificuldade, do longo caminho percorrido e a necessidade de afirmação contra-hegemônica presente no movimento punk.

O riso presente durante o discurso, busca suavizar a dificuldade desse processo, os obstáculos superados para a reintegração social e o resgate da dignidade. A FD do recorte nº 130 desvela ainda que o CnaR, por meio de um cuidado integral, político e humanizado, promove para além de cura física “pelo trabalho que eles fazem”; “que é reintegrar as pessoas na sociedade”; “eles dão, abre portas, “eles dão oportunidade” favorecem também a reintegração social.

**Recorte nº 129:** *“sobre a população de rua eu estou começando agora a trabalhar com eles, está sendo muito gratificante, é uma coisa nunca pensei em fazer. Está sendo totalmente diferente pra mim, inclusive eu tô até dando entrada no curso de auxiliar de enfermagem e tal, e continuar a fazer parte da família é o que eu pretendo mesmo, tipo expandir no Consultório na Rua.”*

De acordo com Orlandi (2015), a linguagem silenciada é fundamental para que todos os significados contidos no discurso sejam analisados, abrindo ampla possibilidade de interpretações, no recorte nº 129, a fala “é uma coisa nunca pensei em fazer” nos remete ao não dito “agora eu faço”. Quando analisamos, a expressão “nunca pensei” desvela sentidos de que, aproximar-se ou trabalhar com pessoas que se encontram em situação de rua não é algo corriqueiro, pois é uma população que não é vista, e caso seja, é melhor manter-se longe dela. O fato de não perceber, não

“pensar” nos que se encontram em situação de rua, reforça o seu lugar de exclusão e distanciamento e, mais uma vez, descreve o sujeito como não visível, aquele que está em uma condição de não ser gente, (indi)gente.

Vale ressaltar que quando a presença das pessoas em situação de rua é percebida e valorada, ela recebe um novo lugar, um novo espaço, um novo pertencer, e, dessa forma, pode retornar à condição de ser gente. Condição essa que pode promover no outro motivação, alegria e estimular o próximo a sonhar novos sonhos e buscar novos caminhos, como desvelado no discurso do profissional que após conhecer e atuar junto à PRS discursou “tô até dando entrada no curso de auxiliar de enfermagem”.

Todo esse contexto potencializa um vínculo arrebatador que, de alguma forma, possibilita a busca de referências para se espelhar, identificar-se e pleitear sair dessa condição. Primeiramente cur(ar), esperanç(ar) trazer o ar de volta para os pulmões e para a vida. Por fim, finalizamos esse bloco inferindo que tanto a PSR quanto o CnaR são esperança, são espelhos que possibilitam o olhar, o ver, o perceber e o enxergar. Espelho que revela o que precisa e pode ser modificado, espelhos que se motivam, que se cuidam e que se curam.

## **8 LIMITAÇÕES**

A proposta inicial desta investigação compreendia entrevistar ao menos um representante de cada categoria profissional que compõe as equipes de CnaR, bem como pessoas em situação de rua que tenham recebido alta por cura, estivessem em acompanhamento ou tenham abandonado o tratamento de TB. No entanto, não foi possível entrevistar todos os sujeitos elencados.

Embora os profissionais das diferentes categorias do CnaR tenham apresentado concordância para o agendamento das entrevistas, não obtivemos sucesso na realização das mesmas, a alta demanda e mudanças nos fluxos e rotinas de trabalho junto a PSR desencadeada pela pandemia de Covid19, impossibilitaram os profissionais de participarem desta investigação.

Quanto a PSR, não foi possível localizar pessoas que receberam alta por cura e as que abandonaram o tratamento, devido não terem sido localizadas no território de cadastramento do CnaR durante a coleta de dados deste estudo.

Na AD compreende-se que os efeitos de sentido de um discurso pode significar de modo diferente de acordo com as condições de produção, assim, destacamos que os recortes aqui discutidos, embora validem modelos explicativos a respeito dos sentidos acerca da tuberculose tanto para a PSR quanto para as equipes de CnaR, sempre existirão outras possibilidades de análises e gestos interpretativos.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando os postulados do referencial teórico-metodológico da análise de discurso de matriz francesa que nortearam esta pesquisa, consideramos que, a partir do contexto de produção, é possível identificar os efeitos de sentido produzidos pelos ditos e pelos não ditos dos sujeitos entrevistados. Esse estudo teve como objetivo analisar discursivamente a produção de sentidos acerca da tuberculose em pessoas em situação de rua no município de São Paulo.

Destacamos que a compreensão de discurso na perspectiva da AD é realizada mediante o entendimento de que este é produzido pelo encontro entre interlocutores em um determinado contexto e momento, desta feita, não pode ser entendido como único e acabado. Assim, na AD os efeitos de sentido de um discurso estão sempre circulantes, ou seja, podem apresentar diferentes significados de acordo com a posição do sujeito e as condições de produção vigentes. Ressaltamos que os fragmentos aqui desvelados, apesar de validar alguns modelos explicativos a respeito dos sentidos acerca da tuberculose em pessoas em situação de rua, sempre haverá outras possibilidades de análises e gestos interpretativos.

Estar em situação de rua é uma das maiores evidências das injustiças, da falta de acesso e iniquidades sociais que acometem o ser humano, é viver no corpo e na alma a ausência de políticas públicas, as consequências do Estado não garantidor de direitos, é não ter acesso a recursos mínimos de sobrevivência como alimentação, água moradia e higiene. Dentre os principais fatores relacionados ao processo de chegada das pessoas às ruas destacam-se rompimento das relações familiares, exposição à violência, desemprego e uso abusivo de substâncias psicoativas. Viver na rua é uma condição marcada pela busca cotidiana de recursos mínimos de sobrevivência, é ser vítima de preconceitos, julgamentos, estigmas e exclusão, é ter mais risco para o adoecimento físico e mental. Quando comparadas à população em

geral, as pessoas que vivem em situação de rua apresentam de 48 a 67 vezes mais chance em adoecer por TB. Diante desse cenário, são primordiais as ações de saúde específicas para essa população a fim de ampliar acesso e garantir-lhes cuidado singular. Para tanto, é elementar profissionais capacitados e que tenham perfil para atuar em contexto tão complexo.

O Consultório na Rua está inserido na APS, é formado por equipes multiprofissionais que realizam *in loco* o cuidado integral à saúde a uma população em situação de rua por meio de atividades itinerantes, realizam ações compartilhadas e integradas com uma UBS de referência e, quando necessárias, articulam-se com outros serviços.

Entre os sentidos da tuberculose em pessoas em situação de rua presentes nos discursos destacam-se as dificuldades de sobreviver com TB nas ruas, o estigma, a invisibilidade, a solidão, a exclusão, a humanização, a integralidade do cuidado, o direito à saúde, o medo da doença, o medo da morte, as dificuldades para adesão ao tratamento, o abandono, a cura e a necessidade de substituição da cesta básica por alimentos prontos. Os discursos dos profissionais que compuseram esta investigação revelam as necessidades de terem conhecimento sobre o SUS, bem como protocolos e manuais do programa municipal de controle da TB, importância de compreender o território, realizar cuidado acolhedor, disposição em estabelecer vínculo, entender o sujeito como cidadão de direitos, trabalhar em equipe, tecer articulação de redes e ter a persistência de investir no cuidado mesmo diante das adversidades.

Quanto aos discursos das pessoas em situação de rua que compuseram esta investigação desvelou-se as estratégias utilizadas para a sobrevivência nas ruas, a possibilidade de saírem da invisibilidade, as dificuldades do tratamento, os significados do adoecimento, as possibilidades da cura, o conhecimento sobre as doenças, a importância do vínculo, a educação em saúde, a longitudinalidade do cuidado e os caminhos para reinserção social.

Ao organizarmos o corpus para análise, emergiram quatro blocos discursivos, a saber: a (sobre)vivência na rua; sentidos da tuberculose para a população em situação de rua; sentidos da tuberculose para os profissionais do consultório na rua e; espelhos: um caminho de esperança.

O interdiscurso, as polissemias, paráfrases e metáforas foram de grande importância para a identificação dos sentidos circulantes relacionados à (sobre)vivência na Rua; para sobreviver às/nas ruas é preciso compor cotidianamente subterfúgios

individuais e coletivos na busca de suprir as necessidades humanas básicas, transformar a si mesmo e o espaço em que se vive, construindo novas maneiras de vínculo com o outro e com o mundo.

O bloco discursivo que considerou sentidos da tuberculose para a população em situação de rua 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 adoecer por TB propiciou além da dor física e do medo da morte, alguns acessos anteriormente indisponíveis à PSR, como a alimentação adequada, escuta ativa, vínculo com os profissionais de saúde e demais equipamentos do território e cuidado humanizado.

No que diz respeito aos sentidos da tuberculose para os profissionais do Consultório na Rua, descreve-se os desafios para o tratamento da TB na rua, embora a busca ativa de SR seja uma prática constante no CnaR e tem sido necessária a sensibilização da PSR para a coleta de BK, visto que sintomas como tosse, emagrecimento e febre são atribuídos à própria condição de estar na rua e não necessariamente à TB. Destacou-se ainda a integralidade do cuidado, a busca para suprir as necessidades que, para além do âmbito da saúde como regularização de documentos, o trabalho em equipe e em rede, o acolhimento, conhecimento técnico, educação em saúde, a fé, o vínculo da equipe não somente com a PSR mas também com os profissionais de outros serviços, visto que muitas vezes a rede formal é frágil e os profissionais necessitam lançar mão da rede pessoal para a continuidade do cuidado.

Com intento de apresentar espelhos: um caminho de esperança, evidenciamos nos discursos que a empatia corrobora com o cuidado e adesão ao tratamento. 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 da conclusão do tratamento. É primordial um trabalho em equipe e interssetorial que repercuta no trabalho em rede e na continuidade das ações. A reinserção social pode ocorrer como consequência de uma caminhada de cuidado continuado e persistente, curar a TB traz de volta não somente pulmões saudáveis e o vigor físico, mas pode oportunizar novos encontros com a vida e para a vida, nos quais pessoas que viviam na rua com TB e estão curadas são protagonistas na cura de outros, ex-moradores de rua podem se tornar “agentes de saúde”.

Dessa forma, destacamos que a produção de sentidos acerca da tuberculose em pessoas em situação de rua no município de São Paulo contribui significativamente para revelar que o CnaR fomenta o acesso dessa população aos serviços de saúde, amplia detecção precoce, a adesão ao tratamento e a cura da pessoa com tuberculose, promove ações integrais e humanizadas, busca dar voz a PRS e tirá-la da invisibilidade, estimula a autonomia e a corresponsabilidade. A produção de sentidos revela ainda os caminhos percorridos para reinserção social, as ações de cuidado à PSR com TB, que o vínculo entre a PSR e o CnaR é um dos principais fatores atribuídos para o alcance da cura, que o diagnóstico de TB traz consigo o estigma e o medo da morte, que a cesta básica e o vale-transporte ofertados não fazem frente às reais necessidades das pessoas que se encontram em situação de rua, portanto sugere-se a substituição desses por alimentos já preparados, a descontinuidade de programas e serviços que atendiam de modo singular a PSR com TB fragilizam as adesões e a continuidade do tratamento.

Por fim, salientamos que a produção científica voltada à população em situação de rua com tuberculose ainda é muito frágil, sendo necessários novos estudos e a aplicação de novos métodos de estudos que coloquem em pauta essa temática a fim de promover visibilidade e voz aos que se encontram nas ruas, fomentar políticas públicas com ações efetivas para essa população e apresentar elementos que contribuam para o cuidado da PSR com TB mais humanizado e equânime.

## REFERÊNCIAS

- ACHARD, P.; DAVALLON, J.; DURAND, J. L.; PÊCHEUX, M.; ORLANDI, E.P. **Papel da Memória**. 3ª ed. Campinas: Pontes Editores, 2010.
- ALECRIM, T. F. A.; MITANO, F., REIS, A. A; ROOS, C. M.; PALHA, P. F.; PROTTI-ZANATTA, S. T. Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 50, n. 5, p. 808-15, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600014>. Acesso em: 31 jan. 2022.
- 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**. Botucatu, v. 9, p. 150-153, 2001.
- ALMEIDA, S. A; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. **Rev Psicol Polit**. Florianópolis, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020.
- 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.
- ALVES, L. M. S. A. Abrigar, educar e instruir: a política higienista e a educação de meninas desvalidas nas instituições de assistência no Pará (1850-1910). **Educar em Revista** [online]. v. 34, n. 70, pp. 137-152, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-4060.58770>>. ISSN 0104-4060. Acesso em: 29 jan. 2022.
- ASSOLINI, F. E. P. Leitura e formação inicial: repercussões para os fazeres pedagógicos de professoras alfabetizadoras. In.: XVI CONGRESSO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE LINGUISTICA Y FILOLOGIA DE LA AMERICA LATINA, 2011, Alcalá de Henares. **Anais...** Alcalá de Henares: ALFAL, 2011.
- 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, 2003.
- BAUMAN, Z. **Confiança e medo na cidade**. Edição digital. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2012. 49p.

BARROS, 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 de 2001.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Together, a PACTuberculosis for Cure**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=paIAL4Abe48>. Acesso em 18 dez. 2021.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à Análise do Discurso**. 3ªed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012. 117p.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12ª ed., São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_pesq\\_consulta.cfm](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm). Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf). Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1.029**, de 20 de maio de 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=21/05/2014](http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=21/05/2014). Acesso em 23 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1.253**, de 18 de junho de 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.253-de-18-de-junho-de-2021-326843724>. Acesso em: 23 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1.255**, de 18 de junho de 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.255-de-18-de-junho-de-2021-326852389>. Acesso em: 23 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 44, nº2, 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Número Especial, 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. GONÇALVES M. J. F.; PENNA M. L. F. (org.). 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, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 46 nº9, 2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS**. Trabalho e Redes de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Populações Vulneráveis. Tuberculose. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/tuberculose/populacoes-vulneraveis> tuberculose. Acesso em: 29/01/2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Recomendações para os consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44269>. Acesso em: 15 set. 2020.

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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm). Acesso em 07 maio 2014.

BURSTZYN, M. (org). **No meio da rua**. Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda., 2000.

CABRAL, J. P. A prece revisitada: comemorando a obra inacabada de Marcel. **Mauss Relig Soc**, v. 29, n. 2, p. 13-28, 2009 doi: 10.1590/S0100-85872009000200002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-85872009000200>. Acesso em: 31 jan. 2022.

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.

CAMPOS, A. G. **Qual a dor do mora(dor) de rua?** 2016. 142p. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências em Saúde Albert Einstein; 2016.

CANTALICE FILHO, J. P. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online]., v. 35, n. 10, pp. 992-997, 2009, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-37132009001000008>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

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 a 62, 1998.

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.

CASTEL R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Cadernos CRH**. Salvador, 26/27, p. 19-40, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/ccrh.v10i26.18664>. Acesso em 31 jan. 2022.

COSTEIRA, J.; PINA, J. A tuberculose multirresistente e a rainha vermelha – A rapidez do diagnóstico é decisiva. **Rev Port Pneumol**, Lisboa, v. 13, n. 6, p. 869-877, dez. 2007. Disponível em: <[http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-21592007000600008&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592007000600008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2022.

CUNDA, M. F. S.; NEVES, R. Me chamam Rua, população, uma situação: os nomes da rua e as políticas da cidade. **Psicologia & Sociedade** [online], v. 32, 2020] , e223876. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32223876>>. Epub 17 Abr 2020. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32223876>. Acesso em: 30 jan. 2022.

CUNHA, A. T. R. *et al.* População em Situação de Rua: o Papel da Educação Médica ante a Redução de Iniquidades. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. v. 44, n. Suppl 01, 2020. e136. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200376>>. Epub 02 Out 2020. ISSN 1981-5271. Acesso em: 30 janeiro 2022.

CUNHA J. V. Q.; RODRIGUES M., orgs. Rua: aprendendo a contar. Brasília: Athalaia Gráfica; 2009 Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf). Acesso em 9 ago 2020.

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.

ESCOREL S. **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz;1999. p.276

ELIAS, N.; SOCTSON, J. L. **Os estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro, Zahar, 2000.

FERNANDES, G. Rede na Rua: Trabalho Interssetorial com População em Situação de Rua na Covid-19 . **Revista Saúde em Redes** (ISSN 2446-4813), v. 7, Supl. 1, 2021. DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3304g609

FIORATI, R. C. *et al.* População em vulnerabilidade, interssetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. **Saúde e Sociedade** [online], v. 23, n. 4, pp. 1458-1470, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400027>>. ISSN 1984-0470. Acesso em: 30 jan. 2022.

FIORATI, R. C, A.; SOUZA R. A. BARROS L. Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 24, e2687, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>>. Epub 29 Abr 2016. ISSN 1518-8345. [Acesso em: 29 jan. 2022.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

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. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 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.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. CENTRO 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 na cidade de São Paulo 2004-2011. ano 8, n. 05, 03 abril de 2013. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes>. Acesso em: 24 out. 2013.

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 inícios do XX. **História** (São Paulo) v.3 1, n.1 , p. 266-287, jan/jun 2012. ISSN 1980-4369.

GOFFMAN E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 555-62, out/dez 2007.

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**; v. 27, p. 117-122, 2012.

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.

GREGOLIN, M .R. V. A análise do discurso: conceitos e aplicações. **Alfa**, São Paulo, v. 39, p. 13-21,1995.

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**, v. 41(Esp), p. 799-803, 2007.

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.

JUNGES, J. R.; BURILLE, A.; TEDESCO, J. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190160, 2020. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/Interface.190160>>. Epub 24 Out 2019. ISSN 1807-5762.

Acesso em: 30 jan. 2022.

KOENIG, H. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: LMP, 2012. 248 p.

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.

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.

LONGARAY, A. A. E C.; MACHADO, T. Avaliação do desempenho do uso da tecnologia da informação na saúde: revisão sistemática da literatura sobre o tema.

**Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 25, n. 11, pp. 4327-4338, 2020. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.26342018>>. Epub 06 Nov 2020. ISSN 1678-4561. Acesso em: 30 jan. 2022.

MACEDO, L. R.; MACIEL, E. L. N.;STRUCHINER, C. J. Populações vulneráveis e o desfecho dos casos de tuberculose no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4749-4759, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212610.24132020

MACEDO, J. P.; SOUSA, A. P.; CARVALHO, A. V. População em situação de rua: trabalho em equipe e interssetorial. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 12, n. 4, p. 159-174, dez. 2020. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2020000400013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 31 jan. 2022.

MACHADO, A. C. F. T. *et al.* Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 4, pp. 512-520, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000400014>>. Epub 26 Ago 2011. ISSN 1806-3756. Acesso em: 29 jan. 2022.

MARAN, E. *et al.* Spirituality and practice of the euphemism in the workplace: perceptions of a nursing team. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, suppl 6, 2020., e20190707. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0707>>. Epub 21 Dez 2020. ISSN 1984-0446. Acesso em: 29 jan. 2022.

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.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In:\_\_\_\_\_. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007. p 15-35.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In:\_\_\_\_\_, FRANCO T. B.; editores. **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 213-25.

MICHELETTI, V. C. D. *et al.* Drug-resistant tuberculosis in subjects included in the Second National Survey on Antituberculosis Drug Resistance in Porto Alegre, Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 40, n. 02, pp. 155-163, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/K9mftmQVvsWXqTrshyZRGRM/?lang=en>>. ISSN 1806-3756. Acesso em: 29 jan. 2022

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, ALISON; GUIZARDI, F. L. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, 2020, e190650. Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190650>. Epub 17 Ago 2020. ISSN 1984-0470. Acesso em: 31 jan. 2022.

MORAES, S. L. M.; TABELO M. B. D.; CAETANO, J. A.; LAVINAS S. M. C.; SANTOS A.M D. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.1

OLIVEIRA, C. B. B. **Análise Discursiva de Gerentes da Atenção Primária à Saúde**: busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03744, 2021, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744>>. Epub 07 Jul 2021. ISSN 1980-220X. Acesso em: 29 jan 2022.

ONU. Organización de las Naciones Unidas. **Declaración conjunta: centros de I detención e rehabilitación obligatorios relacionados com las drogas**. ONU, 2012.

ONU. Organización de las Naciones Unidas. **Relatório da Relatora Especial sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto**. ONU, 2015.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: principio & procedimentos. 12<sup>a</sup> ed. Campinas: Pontes Editores, 2015. 98p.

PÊCHEAUX, M. **Semântica e Discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Tradução: Eni Puccinelli Orlandi et al. 5<sup>a</sup> ed. Campinas: Editora Unicamp, 2014.

PÊCHEAUX, M. Ler, escrever e interpretar. In: \_\_\_\_\_. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. 5<sup>a</sup> ed. Campinas - SP: Pontes, 2008.

PRADO, M. A. R. *et al.* Homeless people: health aspects and experiences with health services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, 2021, e20190200. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>>. Epub 05 Feb 2021. ISSN 1984-0446. Acesso em: 29 jan. 2022.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C.; MACHADO, S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 11, n. 22, p.191-215, jul./dez. 2011.

PUERTO CASTRO, G. M. *et al.* Patient and provider-related factors in the success of multidrug-resistant tuberculosis treatment in Colombia. **Revista Panamericana de**

**Salud Pública**, v. 45, e74. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.74>>. ISSN 1680-5348. Acesso em: 29 jan. 2022.

QUALITEST INTELIGENCIA EM PESQUISAS. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Assistência Social (SAS)/ QUALITEST. São Paulo, 2019.

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.

RANZANI, O. T.; RODRIGUES, L. C.; BOMBARDA, S., MINTO, C. M.; WALDMAN, E. A.; CARVALHO, C. R. R. Long-term survival and cause-specific mortality of patients newly diagnosed with tuberculosis in São Paulo state, Brazil, 2010-15: a population-based, longitudinal study. **Lancet Infect Dis**, v. 20, n.1, p. 123-132, 2020. doi:10.1016/S1473-3099(19)30518-3

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.

REUBENS-LEONIDIO, A. C.; CARVALHO, T. G. P. E. S; MENDES A. R. O fazer do profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: uma análise do cuidado a partir da Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte** v. 43, 2021, e009320. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/rbce.43.e009320>>. Epub 05 Maio 2021. ISSN 2179-3255. Acesso em: 29 jan. 2022.

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.

RUFINO-NETTO, A. A. Tuberculose: a Calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1, p. 51-58, jan-fev, 2002.

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.

ALFH S. P. S. R.; FUENTES-ROJAS, M. A referência e a interssetorialidade como desafios no atendimento em saúde mental à população em situação de rua. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 138–153, 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/26>.

Acesso em: 31 jan. 2022.

SALVADOR (Cidade). Prefeitura Municipal. **Relatório da pesquisa sobre a população em situação de rua no município de Salvador-BA**. Prefeitura Municipal de Salvador. 1. ed. - Salvador: Programa Salvador Cidadania, 2010. 93p.

SAMPAIO, L. R.; CAMINO, C. P. S.; ROAZZI, A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, pp. 212-227, 2009 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200002>>. Epub 09 Mar 2012. ISSN 1982-3703. Acesso em: 17 out. 2021.

SANTOS, A. R.; ALMEIDA, P. F. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, pp. 327-339, jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112906>>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 29 jan. 2022.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria do Estado de São Paulo. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE). 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.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria do Estado de São Paulo. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE) Sistema de Informação da Tuberculose de 2013. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/tuberculose>. Acesso em: 24 out. de 2013.

SÃO PAULO (Cidade). 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](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_tuberculose_2011_1335464303.pdf). Acesso em: 15 out. 2013.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico 2020**. São Paulo, 2020. Disponível em

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/boletim\\_tuberculosis\\_e\\_2020.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/boletim_tuberculosis_e_2020.pdf). Acesso em 30 set. 2021.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria de Assistência Social de São Paulo. **Censo da Prefeitura revela que a população em situação de rua cresceu 31% nos últimos dois anos**. 2022. Disponível em <https://imprensa.prefeitura.sp.gov.br/noticia/censo-da-prefeitura-revela-que-populacao-em-situacao-de-rua-cresceu-nos-ultimos-dois-anos>. Acesso em 25 jan. 2022.

SÃO PAULO (Cidade). 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](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf). Acesso em 26 jun. 2014.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Coordenação da Atenção Básica**. São Paulo, 2021. Disponível em [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=307614](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=307614). Acesso em 30 set. 2021.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Notícias. **Projeto contra tuberculose registra 86% de cura em pessoas em situação de rua**. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=216015>. Acesso em: 31 jan. 2022.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Executiva de Projetos Estratégicos. Secretaria de Governo Municipal. Programa Redenção: fase 2. São Paulo: 2021. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/governo/arquivos/programa\\_redencao/PPT-SITE-REDENCAO\\_25Jun21.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/governo/arquivos/programa_redencao/PPT-SITE-REDENCAO_25Jun21.pdf). Acesso em: 31 jan. 2022.

SÃO PAULO (Cidade). Estratégias no enfrentamento da tuberculose na população em situação de rua na cidade de São Paulo. In: Assembleia da Rede de Comitês Tb, 7. 2015, Brasília. **Anais**: Brasília, 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaR-Wm1TLTVhQ29FWWc/view> Acesso em: 26 set. 2020.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 246-256, dez 2015.

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, T. F.; RAMOS, T. C. S.; DAVID, H. M. S. L. Redes sociais e configurações de equipes em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, pp. 618-632, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113005>>. Epub 18 Out 2021. ISSN 2358-2898. Acesso em: 29 jan. 2022.

SILVA, T. O. *et al.* População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, 2021 e2020566. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>>. Epub 29 Mar 2021. ISSN 2237-9622. Acesso em: 29 jan. 2022.

SILVA T. F; DAVID H. M. S. L; ROMANO, V. F. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 1-16, 2020 Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2326/1559>. Acesso em 20 nov. 2020.

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.

SOARES, V. M. *et al.* Factors associated with tuberculosis and multidrug-resistant tuberculosis in patients treated at a tertiary referral hospital in the state of Minas Gerais, Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 02, 2020, e20180386. Disponível em: <<https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20180386>>. Epub 02 Mar 2020. ISSN 1806-3756. Acesso em: 29 jan. 2022.

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.

SOUZA, S. E. F; MESQUITA, C. F.B.; SOUSA, F. S. P. Street approach to people who use psychoactive substances: an experience report. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 331-9, Jan-Mar. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711226>.

SREERAMAREDDY, C. T.; PANDURU K. V.; MENTEN, J.; VAN DEN ENDE, J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infect Dis**, v. 9, n. 91, 2009

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2020**. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131/>. Acesso em 23 dez. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2021**. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>. Acesso em 23 dez. 2021.
- Viana, P. V. S. *et al.* Tuberculose entre crianças e adolescentes indígenas no Brasil: fatores associados ao óbito e ao abandono do tratamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. Suppl 3, Ago. 2019, e00074218. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00074218>>. ISSN 1678-4464. Acesso em: 29 jan. 2022.
- VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. (Orgs.). **População de Rua: quem é, como vive, como é vista**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista/questões disparadoras

#### Profissionais

Iniciais:

Sexo:

Data de Nascimento:

Tempo de Formação:

Tempo de atuação no CnaR:

1. Como ocorre o cuidado/ atenção à tuberculose com a população em situação de rua na sua equipe?
2. Como ocorre a distribuição dos benefícios previstos no programa de tuberculose (cesta básica, lanche, vale-transporte...)?
3. Como é para você trabalhar com as pessoas em situação de rua com tuberculose?

#### Pessoa em situação de rua

Sexo:

Data de Nascimento:

Tempo que está em situação de rua:

Tempo de diagnóstico de tuberculose:

Tempo de tratamento de tuberculose:

Local de realização do TDO:

1. Como é para você estar em situação de rua e com tuberculose?
2. Como é para você ser acompanhado pela equipe de CnaR?

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e esclarecido.**

Termo de consentimento livre e esclarecido - Pessoa em situação de rua

Prezado (a) Senhor (a)

Venho convidá-lo (a) à participar da pesquisa “Consultório na rua: um espaço para a atenção à pessoa com tuberculose em situação de rua”. Meu nome é Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Simone Teresinha Protti-Zanatta. O objetivo do estudo é analisar por meio do discurso como é realizado o cuidado das pessoas em situação de rua com tuberculose no município de São Paulo/SP. As perguntas estão relacionadas à condição de viver em situação de rua, ter tuberculose e ser acompanhado pela equipe de consultório na rua.

Se o senhor (a) aceitar participar, deverá responder as perguntas na forma de diálogo, as quais serão audiogravadas com duração aproximada de 20 minutos, em local e horário que for melhor para o senhor (a). Sua participação é voluntária e não haverá custo e/ou remuneração. Se o senhor (a) não quiser participar da pesquisa ou resolver desistir, poderá fazê-lo a qualquer momento. Não haverá, em hipótese alguma, problemas com seu tratamento e seu vínculo com o serviço de saúde não será prejudicado.

As informações coletadas serão mantidas em sigilo sob nossa guarda e responsabilidade e utilizadas somente para fins científicos. Esclarecemos que o (a) senhor (a) não será em momento algum identificado. Os possíveis riscos desta pesquisa são possibilidade de algum constrangimento, sofrimento psicológico e emocional durante ou pós-entrevista. Se isso ocorrer, nos colocaremos à disposição para acolher sua necessidade e, se necessário, discutir o caso com sua equipe e direcioná-lo (a) para o serviço disponível na rede de assistência à saúde mais adequado para o (a) senhor (a).

É garantido ao participante da pesquisa o direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação

Se o senhor (a) aceitar participar da pesquisa, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após tirar suas dúvidas com a pesquisadora. Caso deseje falar com os responsáveis desta

pesquisa, poderá nos encontrar nestes telefones (16) 3351-8334/ (11) 97778 6248, ou nos procurar no Departamento de Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, s/n, São Carlos – SP, CEP 13565-905 de segunda a sexta-feira das 8:00 às 12h e das 13:00 às 17:00h.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, ambos tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas e preservar seus direitos. Assim, se o (a) senhor (a) tiver qualquer dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com o CEP da UFSCAR pelo telefone (16) 3351 8028 ou no endereço Rodovia Washington Luís, s/n, São Carlos – SP, CEP 13565-905, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30 em dias úteis ou o CEP/SMS: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

aceito participar da pesquisa e estou ciente que quando não quiser mais participar, posso desistir em qualquer momento, sem nenhuma espécie de prejuízo, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu vínculo com o serviço de saúde. Sei também que no final desta pesquisa meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento assinada pela pesquisadora responsável e tive a oportunidade de discutí-lo com a mesma.

Entrevistado(a)

Pesquisadora responsável

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Termo de consentimento livre e esclarecido – Profissionais das equipes de  
Consultório na Rua

Prezado (a) Senhor (a)

O (a) senhor (a) está convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Consultório na rua: um espaço para a atenção à pessoa com tuberculose em situação de rua”. Meu nome é Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Simone Teresinha Protti-Zanatta. O objetivo do estudo é analisar por meio do discurso a prática do cuidado na atenção às pessoas em situação de rua com tuberculose no município de São Paulo. As perguntas estão relacionadas à como ocorre o cuidado/ atenção à tuberculose com a população em situação de rua na sua equipe; como ocorre a distribuição dos benefícios previstos no programa de tuberculose viver em situação de rua e como é para você trabalhar com as pessoas em situação de rua com tuberculose.

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 gestão e da prática assistencial das equipes de consultório na rua, pois tornará possível identificar pontos que necessitam ser construídos, modificados, mantidos e/ou fortalecidos, no cuidado das pessoas em situação de rua vivendo com tuberculose no município de São Paulo e que são acompanhadas pelas equipes de CnaR.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por fazer parte da equipe ou da gestão da equipe de CnaR; 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 equipe de CnaR.

Sua participação consistirá em responder de forma dialogada às questões de uma entrevista que será áudio gravada, com média de duração de 30 minutos a ser realizada no serviço de saúde, em data e horário pré-agendados, após autorização de sua chefia imediata, para que não haja comprometimento do trabalho.

Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 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 e emocional durante ou

após a 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 trabalho. Se isso ocorrer, nos colocaremos à disposição para acolher sua necessidade e, se necessário, discutir o caso com sua equipe e/ou chefia imediata e direcioná-lo (a) para o serviço disponível na rede de assistência à saúde mais adequado para o (a) senhor (a).

As informações obtidas através dessa 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.

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.

Se o senhor (a) aceitar participar da pesquisa, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após tirar suas dúvidas com a pesquisadora. Caso deseje falar com os responsáveis desta pesquisa, poderá nos encontrar nestes telefones (16) 3351-8334/ (11) 97778 6248, ou nos procurar no Departamento de Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, s/n, São Carlos – SP, CEP 13565-905 de segunda a sexta-feira das 8:00 às 12h e das 13:00 às 17:00h.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, ambos têm a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas e preservar seus direitos. Assim, se o (a) senhor (a) tiver qualquer dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com o CEP da UFSCAR pelo telefone (16) 3351 8028 ou no endereço Rodovia Washington Luís, s/n, São Carlos – SP, CEP 13565-905, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30 em dias úteis ou o CEP/SMS: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa e estou ciente que quando não quiser mais participar, posso desistir em qualquer momento, sem nenhuma espécie de prejuízo, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu vínculo com o serviço de saúde. Sei também que no final desta

pesquisa meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento assinada pela pesquisadora responsável e tive a oportunidade de discutí-lo com a mesma.

Entrevistado(a)

Pesquisadora responsável

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_\_

## Anexos

### ANEXO A – Comitê Ética em Pesquisa UFSCar



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Consultório na Rua: um espaço para atenção à pessoa com tuberculose em situação de rua.

**Pesquisador:** Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 15200919.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.955.575

##### Apresentação do Projeto:

Estudo de abordagem qualitativa, sob o referencial da Análise do Discurso, voltado às práticas dos profissionais das equipes de Consultório na Rua (CnaR) e o sentido de cuidado para as pessoas em situação de rua com tuberculose (TB). Assim, os participantes intencionados são profissionais de equipes de Consultório na Rua e pessoas em situação de rua cadastradas nas equipes de CnaR com diagnóstico de tuberculose. A entrevista individual e semi estruturada foi a estratégia proposta para a coleta de dados.

##### Objetivo da Pesquisa:

Primário: Analisar discursivamente a produção dos sentidos da prática dos profissionais das equipes de Consultório na Rua (CnaR), bem como o sentido do cuidado para as pessoas em situação de rua com tuberculose (TB) no município de São Paulo.

Secundários:a) Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde das equipes de consultório na rua que atuam no controle da tuberculose, segundo informações sociodemográficas sexo, data de nascimento, tempo de formação profissional na saúde, tempo de atuação na atenção a tuberculose; b) Analisar os sentidos produzidos por meio das experiências e percepções dos profissionais das equipes de CnaR sobre a atenção à tuberculose na população em situação de rua; c) Identificar e analisar por meio dos discurso das equipes as potencialidades e fragilidades da

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.955.575

atenção as pessoas em situação de rua com TB. d) Caracterizar o perfil das pessoas em situação de rua que estejam em tratamento, abandono ou cura por tuberculose, segundo informações sociodemográficas sexo, data de nascimento, tempo de moradia na rua, tempo de diagnóstico de tuberculose, local de realização do DOTS; e) Analisar os sentidos produzidos pela pessoa em situação de rua com TB sobre o cuidado prestado pelas equipes de CnaR; f) Identificar e analisar por meio do discurso das pessoas em situação de rua com TB as potencialidades e fragilidades das ações das equipes de CnaR em relação à tuberculose.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Enquanto benefícios trazem: demonstração da importância e necessidade de equipes de consultório na rua, valorização da equipe profissional, levantamento de necessidades para educação permanente, maior compreensão do processo saúde e doença da tuberculose na rua, desenvolvimento de novas estratégias para o cuidado desta população, desenvolvimento de Políticas Públicas, proposituras de inovação na gestão de serviços e divulgação científica visando o aumento da cura da tuberculose.

Em termos de riscos, traz para os profissionais possibilidade de constrangimento, sofrimento psicológico e emocional durante ou após a entrevista. No entanto, assumem liberdade para o participante desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo ao seu trabalho. Ainda, colocam-se disponíveis para acolhê-los e na necessidade discutir o caso com sua equipe e/ou chefia imediata e direcioná-lo (a) para o serviço disponível na rede de assistência à saúde mais adequado para participante.

Quanto aos participantes em situação de rua, os riscos apontados são da possibilidade de algum constrangimento, sofrimento psicológico e emocional durante ou pós-entrevista. Se isso ocorrer assumem acolhimento e, se necessário, discutir o caso

com a equipe responsável por ele e direcioná-lo (a) para o serviço disponível na rede de assistência à saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- A Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo é coparceira do estudo.
- O número prospectado de participantes é de 60 (30 profissionais e 30 pessoas em situação de rua com tuberculose).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos apresentados cumprem as recomendações deste Comitê.

<b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 235	<b>CEP:</b> 13.565-905
<b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO CARLOS
<b>Telefone:</b> (16)3351-9685	<b>E-mail:</b> cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.955.575

**Recomendações:**

---

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Esclarecimentos acerca do recrutamento dos participantes e coleta de dados foram apresentados, assim como houve elaboração de TCLE distintos para profissionais e pessoas em situação de rua. Desse modo, sou de parecer favorável à aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Houve esclarecimentos acerca do recrutamento e coleta de dados, assim como apresentação dos TCLEs para os dois grupos de participantes intencionados. O projeto atende às recomendações para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos. Recomendo aprovação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1281700.pdf	16/03/2020 16:27:06		Aceito
Outros	Esclarecimentos_Abordagem_Entrevistas.pdf	16/03/2020 16:25:31	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais_CnaR.pdf	16/03/2020 16:22:21	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cadastrados_CnaR.pdf	16/03/2020 16:22:01	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
Cronograma	Cronograma_execucao.pdf	07/01/2020 19:09:52	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
Outros	Questoes_disparadoras.pdf	07/01/2020 19:07:35	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_SMS_SP.pdf	07/01/2020 19:06:27	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Consultorio_na_Rua_um_espaco_para_atencao_a_pessoa_com_tuberculose_e_m_situacao_de_rua.pdf	07/01/2020 18:49:29	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	05/06/2019 16:07:06	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.955.575

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 06 de Abril de 2020

---

**Assinado por:**

**ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

## ANEXO B– Carta Anuência Atenção Básica



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE  
Departamento de Atenção Básica

CNPJ 46.392.148/0001-10



Carta de Anuência Institucional

Declaro conhecer o Projeto de Pesquisa Institucional intitulado: **“Consultório na Rua: um espaço para atenção à pessoa com tuberculose em situação de rua,** da pesquisadora Tatiana Feçraz de Araújo Alecrim, para obtenção do título de Doutorado, da Universidade Federal de São Carlos.

Declaro ter ciência de que o objetivo geral da proposta é o de: **“Analisar por meio do discurso a prática do cuidado na atenção às pessoas em situação de rua com tuberculose no município de São Paulo.”**

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

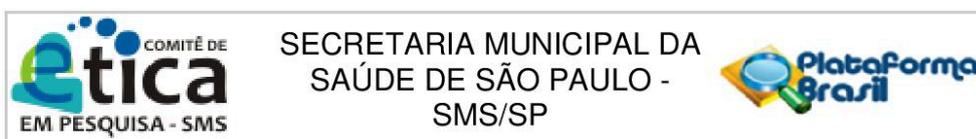
Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como **Instituição Coparticipante** do presente Projeto de Pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Assim, manifesto-me favoravelmente a sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CNPJ 46.395.000/0001-39, da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

São Paulo, 07 de Janeiro de 2020.

  
Maria Aparecida Barbosa Nunes  
Enfermeira  
Coren - 36993  
Departamento de Atenção Básica

LNO/mabn

## ANEXO C – Comitê Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de São Paulo

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Consultório na Rua: um espaço para atenção à pessoa com tuberculose em situação de rua.

**Pesquisador:** Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15200919.7.3002.0086

**Instituição Proponente:** Gabinete

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.083.254

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que busca compreender os processos de produção de sentido na relação da linguagem verbal com sua exterioridade histórica e social de profissionais das equipes de Consultório an Rua (CnaR) e pessoas em situação de rua cadastradas nas equipes de CnaR que tenham tido diagnóstico de tuberculose no Município de São Paulo. Serão realizadas entrevistas individuais, com questionário semi-estruturado que posteriormente passarão por técnica de análise de discurso para descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação.

**Objetivo da Pesquisa:****OBJETIVO GERAL**

Analisar por meio do discurso a prática do cuidado na atenção às pessoas em situação de rua com tuberculose no município de São Paulo.

**Objetivos Específicos:**

a) Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde das equipes de consultório na rua que atuam no controle da tuberculose, segundo informações sociodemográficas sexo, data de nascimento, tempo de

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

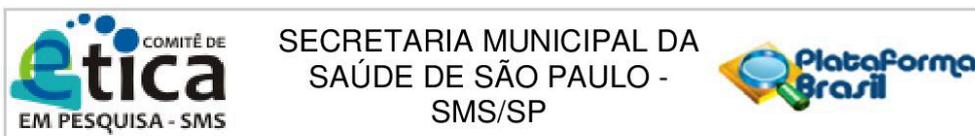
**UF:** SP

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**Município:** SAO PAULO

**E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.083.254

formação profissional na saúde, tempo de atuação na atenção a tuberculose;

b) Analisar os sentidos produzidos por meio das experiências e percepções dos profissionais das equipes de CnaR sobre a atenção à tuberculose na população em situação de rua;

d) Caracterizar o perfil das pessoas em situação de rua que estejam em tratamento, abandono ou cura por tuberculose, segundo informações sociodemográficas sexo, data de nascimento, tempo de moradia na rua, tempo de diagnóstico de tuberculose, local de realização do DOTS;

e) Analisar por meio do discurso os sentidos produzidos pela pessoa em situação de rua com TB sobre o cuidado prestado pelas equipes de CnaR.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os sujeitos da pesquisa poderão se sentir constrangimento, sofrimento psicológico e emocional.

Benefícios:

Analisando os discursos das equipes de consultório na rua e das pessoas em situação de rua com tuberculose, poderá ser demonstrada a importância e necessidade de equipes de consultório na rua, valorização da equipe profissional, levantamento de necessidades para educação permanente, maior compreensão do processo saúde e doença da tuberculose na rua, desenvolvimento de novas estratégias para o cuidado desta população, desenvolvimento de Políticas Públicas, proposituras de inovação na gestão de serviços e divulgação científica visando o aumento da cura da tuberculose.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante para melhorar o atendimento e a percepção de profissionais da saúde no atendimento de pessoas em situação de rua com tuberculose.

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

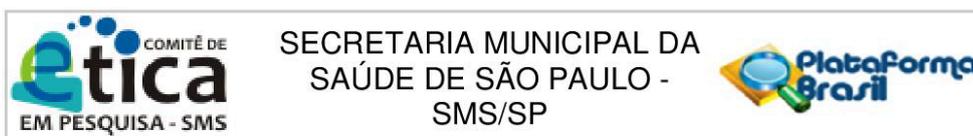
Orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

TCLE e Cronograma - Ok

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque **CEP:** 01.223-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.083.254

**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).

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.

Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento.

Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos;

Justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final 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. Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1536016.pdf	09/06/2020 11:23:04		Aceito
Outros	Respostas_pendencias_parecer_CEP_SMS.doc	09/06/2020 11:18:47	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
Cronograma	Cronograma_execucao_corrigido.doc	09/06/2020 11:17:17	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_CnaR_corrigido.doc	09/06/2020 11:16:13	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
Outros	Esclarecimentos_Abordagem_Entrevistas.pdf	16/03/2020 16:25:31	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

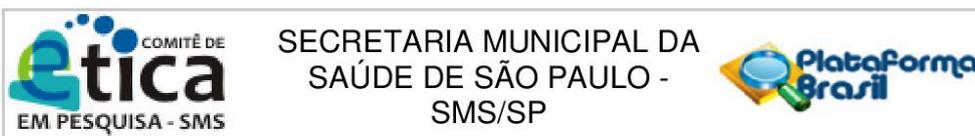
**CEP:** 01.223-010

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3397-2464

**E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.083.254

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais_CnaR.pdf	16/03/2020 16:22:21	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cadastrados_CnaR.pdf	16/03/2020 16:22:01	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
Outros	Questoes_disparadoras.pdf	07/01/2020 19:07:35	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Consultorio_na_Rua_um_espaco_para_atencao_a_pessoa_com_tuberculose_e_m_situacao_de_ rua.pdf	07/01/2020 18:49:29	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 11 de Junho de 2020

---

**Assinado por:**  
**SIMONE MONGELLI DE FANTINI**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque **CEP:** 01.223-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com