



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ANNELISSA ANDRADE VIRGÍNIO DE OLIVEIRA

A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA DOENTE DE
TUBERCULOSE: percepções de enfermeiros de município prioritário da Paraíba –
PB

Brasília – DF
2017

ANNELISSA ANDRADE VIRGÍNIO DE OLIVEIRA

A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA DOENTE DE TUBERCULOSE: percepções de enfermeiros de município prioritário da Paraíba – PB

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Fatima de Sousa

Brasília – DF

2017

ANNELISSA ANDRADE VIRGÍNIO DE OLIVEIRA

A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA DOENTE DE TUBERCULOSE: percepções de enfermeiros de município prioritário da Paraíba – PB

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 03 de Julho de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Fatima de Sousa (Orientadora)

Universidade de Brasília (UnB)

Prof^a. Dr^a. Noemia Urruth Leão Tavares (Membro)

Universidade de Brasília (UnB)

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Soares Rodrigues (Membro)

Universidade de Brasília (UnB)

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira (Membro)

Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)

Prof^a. Dr^a. Ana Valéria Machado Mendonça (Suplente)

Universidade de Brasília (UnB)

A **Deus** por ser minha fortaleza e meu refúgio.
Deus é bom o tempo todo, o tempo todo Deus é bom.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À querida **Prof^a. Dr^a Lenilde Duarte de Sá**

Por sempre estar de braços abertos para me receber e me acolher. Por me ajudar a construir e realizar sonhos. Por sua confiança, alegria e acolhida. Por ser exemplo de fé e força. Obrigada por sempre acreditar em mim! **Obrigada por tudo, sempre!**

AGRADECIMENTOS

Aos meus **pais** e **irmãs**. Pelo amor incondicional e por tudo o mais.

Às minhas **sobrinhas**, por me fazerem tentar sempre ser uma pessoa melhor. Vocês são a tradução do mais puro amor!

Ao meu **esposo**, pelo amor e confiança no meu potencial. Você acredita em mim até quando eu mesma não o faço! Obrigada!

À minha **avó** paterna, por suas palavras, seu amor e suas orações.

A toda a **minha família** pelo amor e apoio nesta jornada acadêmica. Vocês foram essenciais para que essa conquista fosse possível!

A minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Maria Fatima de Sousa**, com gratidão e respeito, por ter me acolhido e oportunizado essa conquista.

Aos membros da banca examinadora, **Prof^a. Dr^a. Noemia Urruth Leão Tavares**, **Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Soares Rodrigues**, **Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira** e **Prof^a. Dr^a. Ana Valéria Machado Mendonça** pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições.

A todos os membros do **Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (Grupo TB/PB)**, em especial as colegas **Stephanie** e **Khivia**, pelas experiências compartilhadas e conhecimento coletivamente (re)construído.

Aos amigos **Maria Augusta**, **Luci Scheffer**, **Luiz Marques** e **Sidney Domingues**. Obrigada por estarem sempre ao meu lado.

As colegas do **Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UnB**, em especial a **Katia Crestine**, **Alice Medeiros**, **Anne Caroline Amorim**, **Carla Targino** e **Ione Barros** pelo companheirismo e ajuda nesses anos. Obrigada!

A todos da **Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa**, em especial a **Eveline Vilar** (coordenadora de Tuberculose e Hanseníase), pelas informações cedidas e por todo o apoio a esse estudo.

A todos do **Complexo de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga**, em especial as funcionárias do **Núcleo de Educação Permanente** e da **Gerência de Enfermagem**, pelo apoio a realização deste estudo.

A **Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ)** e ao **Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS)** pelo apoio financeiro.

Aos **participantes do estudo**, por acreditarem neste trabalho, aceitando participar.

*“Não digo isto como por necessidade, porque já aprendi a contentar-me com o que tenho. **Sei estar abatido, e sei também ter abundância:** em toda maneira, e em todas as coisas estou instruído, tanto a ter fartura, como a ter fome, tanto a ter abundância como a padecer necessidade. **Posso todas as coisas naquele que me fortalece**”.*

Filipenses 4:11, 12 e 13

RESUMO

A tuberculose (TB) figura como um grave problema de saúde pública no mundo, tendo a pobreza e as más condições de vida como substrato à sua manutenção. Tida como uma doença do passado, a TB ainda hoje se encontra em franca expansão, sobretudo nos segmentos mais empobrecidos da população de países de baixa visibilidade social. Nesse sentido, o perfil da TB indica que a mesma emerge da iniquidade social, retratando a insuficiência das políticas de saúde, desenvolvimento e bem-estar social e demonstrando um impacto maior nos grupos mais vulneráveis socialmente. Nesse cenário, a população em situação de rua (PSR) destaca-se dentre os grupos sociais mais vulneráveis, sendo as pessoas em situação de rua consideradas prioritárias para o controle da TB no Brasil. Nessa população, a TB tem sido identificada como um dos principais problemas de saúde observados, se apresentando sempre com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento. Além disso, no sistema único de saúde, as demandas específicas e complexas da rua trazem uma extrema dificuldade aos serviços de saúde. Assim, considerando a situação epidemiológica da TB, as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela PSR e as dificuldades inerentes aos serviços de saúde na prestação de assistência a essa população este estudo objetiva analisar a assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB a partir das percepções de enfermeiros de município prioritário da Paraíba – PB. Para tanto, desenvolveu-se a pesquisa em duas etapas. Na primeira etapa foi realizada uma revisão integrativa de literatura que identificou que as pessoas em situação de rua (pSR) tem, em relação a população geral, maior risco de adoecer e morrer por TB, maior risco de transmissão da TB, maiores chances de apresentar baciloscopia positiva e TB cavitária, baixa adesão a terapêutica, infectividade prolongada, desenvolvimento de resistência medicamentosa, diagnóstico e tratamento em nível hospitalar, maior nível de internação e maior tempo de hospitalização, são menos propensas a procurar cuidados e enfrentam barreiras significativas que prejudicam seu acesso aos cuidados de saúde. Na segunda etapa realizou-se uma pesquisa qualitativa que envolveu 15 enfermeiros do município de João Pessoa–Paraíba–Brasil. As informações foram coletadas mediante entrevistas semidirigidas e analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Identificou-se que as instituições/serviços envolvidos na prestação de assistência à pessoa em situação de rua foram: unidades básicas de saúde/equipes de saúde da família, hospitais gerais com atendimento de urgência e emergência, hospital de referência para doenças infectocontagiosas, equipes do Consultório na Rua, Centro de Apoio Psicossocial, Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua e casas de acolhida; bem como foi possível identificar o fluxo da assistência a essas pessoas que se configura de forma pouco clara, como um entrelaçado percurso entre as instituições mencionadas. Além disso, foram identificadas dificuldades vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB relacionadas aos usuários (pobreza/condição social, uso abusivo de álcool e drogas, falta de documentos, falta de conhecimento / concepções do adoecimento e hábito nômades), relacionadas aos profissionais/serviços de saúde (falta de qualificação profissional e falta de estrutura/insumos/pessoal) e as comuns a ambos (estigma/preconceito dos usuários, resistência do usuário em buscar o serviço de saúde, estigma/preconceito e resistência dos profissionais de saúde e violência no cotidiano dos doentes e dos profissionais). Assim, sugere-se que as ações de controle ampliem seu foco,

abstendo-se da preocupação exclusiva com o biológico e incorporando o olhar atento às condições de vida e necessidades da PSR. Para tanto, é evidente a necessidade de fortalecimento da articulação intra e intersetorial, além de (re)arranjos institucionais e organizacionais para a atenção àqueles que vivem em situação de rua.

Descritores: Tuberculose; Pessoas em Situação de Rua; Assistência Integral à Saúde; Fluxo de Trabalho.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) appears as a serious public health problem in the world, with poverty and poor living conditions as a substrate for its maintenance. Taken as a disease of the past, TB is still in a fast expansion, especially in the poorer segments of the population of countries with low social visibility. In this sense, the TB profile indicates that it emerges from social inequality, showing the insufficiency of health policies, development and social well-being and having a greater impact on the most socially vulnerable groups. In this scenario, the homeless people stand out among the most vulnerable social groups, with street people considered to be priorities for TB control in Brazil. In this population, TB has been identified as one of the main health problems observed, always presenting a high incidence rate and abandonment of treatment. Also, the specific and complex demands of the street bring an extreme difficulty to health services in the Unified Health System. Thus, considering the epidemiological situation of TB, the vulnerability conditions experienced by the population living in the street and the difficulties inherent to health services in providing care to this population, this study aims to analyze health care for the homeless person suffering from TB from the perceptions of nurses from a priority municipality of Paraíba - PB. For that, a research was developed in two stages. In the first step, an integrative literature review was carried out identifying that the people in a street situation have greater risk of becoming ill and dying of TB, higher risk of TB transmission, greater chances of presenting positive bacilloscopy and TB cavity, low adherence to therapy, prolonged infectivity, development of drug resistance, diagnosis and treatment at the hospital level, greater need for hospitalization and longer hospitalization, less likely to seek care, and face significant barriers to their access to health care than the general population. In the second stage, a qualitative research was carried out involving 15 nurses from the city of João Pessoa – Paraíba - Brazil. The information was collected through semi-rigid interviews and analyzed according to the technique of content analysis, thematic modality. It was identified that the institutions/services involved in the provision of assistance to the homeless person were: basic health units/family health teams, general hospitals with emergency care, referral hospital for infectious diseases, Psychosocial Support Center, Specialized Reference Centers for Population in Street Situation and shelters. It was also possible to identify the flow of assistance to these people, which is unclear, as an intertwined path between the institutions mentioned. In addition, difficulties experienced in providing health care to the homeless person with TB were identified related to users (poverty/social condition, abusive use of alcohol and drugs, lack of documents, lack of knowledge/conceptions of illness and nomads habit), related to health professionals/services (lack of professional qualification and lack of structure/inputs/personnel) and common to both (stigma/prejudice of users, resistance of the user to seek the health service, stigma/prejudice and resistance to health professionals and violence in the daily life of patients and professionals). Thus, it is suggested that the control actions expand their focus, abstaining from the exclusive concern with the biological and incorporating the attentive look at the living conditions and needs of the population in the street situation. Therefore, it is evident the need to strengthen intra-sectoral and inter-sectoral articulation, as well as institutional and organizational (re) arrangements for attention to those living on the street.

Descriptors: Tuberculosis; Homeless Persons; Comprehensive Health Care; Workflow

LISTA DE FIGURAS

Capítulo I

Figura 01- Fluxograma do processo de seleção dos estudos – João Pessoa, PB, Brasil, 2016..... 53

Figura 02- Principais achados dos estudos selecionados – João Pessoa, PB, Brasil, 2016..... 54

Capítulo II

Figura 01: Fluxo da assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose na rede socioassistencial: instituições envolvidas – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017..... 70

LISTA DE QUADROS

Método

Quadro 01: Filiação institucional dos participantes da pesquisa – João Pessoa, PB, Brasil, 2017.....	45
---	----

Capítulo I

Quadro 01: Características dos estudos selecionados – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.....	53
---	----

Capítulo II

Quadro 01: Fluxo da assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose na rede socioassistencial – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017.....	71
---	----

Quadro 02: Dificuldades no fluxo da assistência a pessoa em situação de rua doente de tuberculose – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017.....	74
---	----

Capítulo III

Quadro 01: Dificuldades relacionadas aos usuários vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017.....	95
---	----

Quadro 02: Dificuldades relacionadas aos profissionais/serviços de saúde vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017.....	97
--	----

Quadro 03: Dificuldades relacionadas aos usuários e aos profissionais/serviços de saúde vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017.....	98
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária à Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAIS – Centros de Atenção Integral à Saúde
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CEREST – Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CF – Constituição Federal
CnaR – Consultórios na Rua
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DECs – Descritores em Ciências da Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
eSF – Equipes de Saúde da Família
FAPESQ – Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba
GRUPO TB/PB – Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSR – População em Situação de Rua
pSR – Pessoa em Situação de Rua
RI – Revisão Integrativa
SF – Saúde da Família
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TB – Tuberculose

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	21
2.1. Objetivo Geral.....	21
2.2. Objetivos Específicos.....	21
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1. Tuberculose e pessoas em situação de rua: impacto e desafios das políticas de saúde no Brasil para o controle do agravo.....	22
3.2. A Atenção Primária à Saúde e suas dimensões.....	27
3.3. A integralidade como princípio do direito à saúde.....	33
4. MÉTODO.....	38
4.1. Etapa I.....	38
4.1.1. Tipo de estudo.....	38
4.1.2. Operacionalização da revisão.....	38
4.2. Etapa II.....	40
4.2.1. Modelo do estudo.....	40
4.2.2. Local do estudo.....	41
4.2.3. População do estudo.....	41
4.2.4. Instrumento de coleta das informações.....	42
4.2.5. Organização, análise e interpretação das informações.....	43
4.2.6. Aspectos Éticos.....	45
5. CAPÍTULO I - Artigo de Revisão – A pessoa em situação de rua adoecida por tuberculose e o acesso aos serviços de saúde: revisão integrativa.....	46
6. CAPÍTULO II - Fluxo da assistência de saúde à pessoa em situação de rua adoecida por tuberculose.....	65
7. CAPÍTULO III - Dificuldades vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de tuberculose: percepções de enfermeiros.....	90
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
9. REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	129
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	130
ANEXO A – Artigo 01 da Tese em formato publicado na revista International	

Archives of Medicine	132
ANEXO B – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	133
ANEXO C – Declaração Institucional de Concordância com o estudo.....	134
ANEXO D – Encaminhamento municipal para a realização de pesquisa.....	135

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece, ao longo da história da saúde mundial, como uma das doenças infectocontagiosas que prevalece com altos índices em diversos países, destacando-se como uma das doenças transmissíveis que mais mata no mundo neste milênio (WHO, 2014). Esta doença, tida como uma doença do passado, ainda hoje se encontra em franca expansão, sobretudo nos segmentos mais empobrecidos da população de países de baixa visibilidade social (SULIS et al., 2014; SANTOS et al, 2005).

Decorrido mais de um século da identificação do agente causador da doença, o bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, e mais de meio século após a descoberta de um tratamento medicamentoso específico e eficaz (GONÇALVES, 2000), a TB persiste como problema de saúde pública de relevância mundial, sendo conhecida como integrante do grupo das chamadas “doenças negligenciadas”; ou seja, aquelas que mereceram pouco investimento no que concerne aos programas de atenção e tratamento e, muito menos, em relação à pesquisa de novos fármacos, que poderiam, por exemplo, oferecer menores efeitos colaterais e maior eficiência no tratamento para as pessoas diagnosticadas com a doença (SANTOS et al., 2012; ADORNO, 2011; WERNECK; HASSELMAN; GOUVÊA, 2011; HIJJAR, 2005; SOUZA; VASCONCELOS, 2005; RUFFINO-NETTO, 2002).

Sendo uma das razões para esse quadro o baixo interesse da indústria farmacêutica nesse tema, justificado pelo reduzido potencial de retorno lucrativo para a indústria, uma vez que a população atingida é de baixa renda e presente, em sua maioria, nos países em desenvolvimento (BRASIL,2010a; LINDOSO; LINDOSO, 2009).

É interessante mencionar ainda que as “doenças negligenciadas” são as que afetam principalmente o que chamaríamos de “populações negligenciadas”, quais sejam: populações do continente africano, e aquelas que fazem parte das “margens” das cidades globais dos diversos países, a exemplo das populações de rua (ADORNO, 2011). Além disso, é preciso ressaltar que as doenças negligenciadas são doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também

contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países (BRASIL, 2010a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no mundo, 10,4 milhões de pessoas adoeceram com TB em 2015, mais de 1 milhão de pessoas morreram por conta da doença e um terço da população mundial está infectada pela TB (WHO, 2016). Nesse cenário, o progresso global para o enfrentamento da doença depende de avanços na prevenção e cuidado ao paciente em todos os países de alta carga de TB. Assim, 48 países são considerados prioritários para a abordagem da TB no mundo, segundo características epidemiológicas, dentre eles o Brasil (BRASIL, 2017b).

O Brasil ocupa atualmente a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). O país tem destaque ainda por sua participação no BRICS (bloco formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), cujos países somam cerca de 50,0% dos casos de TB no mundo e mobilizam mais de 90,0% dos recursos necessários para as ações de controle da TB por meio de fontes domésticas de financiamento (BRASIL, 2017b).

Em 2016, foram diagnosticados e registrados 66.796 casos novos e 12.809 casos de retratamento de TB no Brasil, com coeficiente de incidência de 32,4/100 mil habitantes. E, em 2015, o coeficiente de mortalidade foi de 2,2/100 mil habitantes, com o registro de 4.543 óbitos por TB. Entre os casos de TB pulmonar bacilífera diagnosticados em 2015, 71,9% dos pacientes evoluíram para a cura e 10,4% abandonaram o tratamento; dados aquém do esperado para o êxito do alcance da meta de eliminação da TB como problema de saúde pública (BRASIL, 2017a).

Na Paraíba, em 2016, o coeficiente de incidência por TB foi de 27/100 mil habitantes, o coeficiente de mortalidade foi de 2,2/100 mil habitantes e as taxas de cura e abandono, foram, respectivamente, 64,7 e 9,2 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017a). Assim, as taxas de cura e abandono do tratamento da TB para a Paraíba contrariam as recomendações da OMS, uma vez que esta recomenda um percentual de cura superior a 85% dos casos detectados e a redução do abandono a menos de 5% dos casos (BRASIL, 2010b).

Dos 223 municípios que compõem o Estado, apenas a capital, João Pessoa, é considerada prioritária para a operacionalização do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) elaborado pelo Ministério da Saúde. No município de João Pessoa, para o ano de 2016, o coeficiente de incidência de TB foi de 44,8/100.000 habitantes, o coeficiente de mortalidade de 3,2/100.000 habitantes, taxa de cura de 63,5% e percentual de abandono de 9% (BRASIL, 2017a). Tal cenário reflete fragilidades nas ações de controle da TB nesse município, o que é consonante com a realidade de outros grandes centros urbanos e dificulta o cumprimento das metas preconizadas pela OMS (BRASIL, 2017b).

Diversos autores têm atribuído a disseminação assustadora da TB às condições de vida, à má distribuição de renda, à pobreza, à iniquidade social e às deficiências nos sistemas de saúde (CIORAN; MINCĂ; FURTUNESCU, 2015; TEIXEIRA; COSTA, 2011; SANTOS et al, 2007; HIJJAR et al 2005; BERTOLI FILHO, 2001). Embora, de maneira geral, a saúde das pessoas tenha melhorado nos últimos tempos, o que se observa é que essa melhora é privilégio de grupos economicamente mais favorecidos (SANTOS et al, 2007). Marcadamente social, a forte e persistente influência das condições de vida no processo de transmissão da TB vem ressaltando um profundo quadro de desigualdades socioeconômicas que resultam em iniquidades sociais em saúde (ANDREWS et al., 2015; SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

A TB e a pobreza assumem, portanto, uma relação bidirecional, uma vez que tanto a pobreza pode se relacionar com as precárias condições de saúde, como essas podem gerar a pobreza, reduzindo as oportunidades de trabalho e de subsistência, criando, desta forma, um ciclo vicioso que só tende a piorar (SANTOS et al, 2007; GARNER et al., 2007). Assim, a TB não apenas resulta dos problemas econômicos e sociais, como também, pode ser fator agravante ou mesmo gerador dos mesmos, sendo a condição de vida dessa população uma das formas extremas de exclusão social (SERAFINO; LUZ, 2015).

Nesse cenário, dentre as populações mais pobres e socialmente desfavorecidas encontra-se a População em Situação de Rua (PSR), sendo as pessoas em situação de rua (pSR) consideradas prioritárias para o controle da TB no Brasil (BRASIL, 2014a).

Diversos estudos têm identificado a TB como um dos principais problemas de saúde observados nessa população (KLEIN; REDDY, 2015; SIEMION-SZCZESNIAK; KORZENIEWSKA-KOSELA; KUS, 2014; AGUIAR; IRIART, 2012; VARANDA; ADORNO, 2004; CARNEIRO JUNIOR et al., 1998), sendo a mesma mais vulnerável do que a população em geral (CIORAN; MINCĂ; BRÎNDUȘE, 2015; CRAIG; ZUMLA, 2015; RICHARDSON et al., 2014). Contudo, existem poucos dados disponíveis sobre a TB na PSR no Brasil (BRASIL, 2012a).

Ainda assim, estima-se que a TB na PSR seja um grave problema de saúde, sempre com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento (COLLINSON, 2014; MALEJCZYK et al., 2014; BAMRAH et al., 2013; NYAMATHI et al., 2005), chegando a apresentar no Brasil uma incidência até 67 vezes maior do que a população em geral, sendo considerada mais vulnerável do que indígenas, pessoas privadas de liberdade e pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2012a).

Assim, considerando a situação epidemiológica da TB, e, especialmente atendo-se às condições de vulnerabilidade vivenciadas pela PSR, que possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo e representam um desafio a efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade (POTTER et al., 2015; BAGHERI AMIRI et al., 2014; BRASIL, 2012a), bem como às dificuldades inerentes aos serviços de saúde na prestação de assistência a essa população, o objeto desse estudo diz respeito a assistência de saúde prestada à pessoa em situação de rua doente de TB. Tal estudo possibilitará melhor discernimento do problema, pois permitirá instrumentalizar o reconhecimento de necessidades diversas dessa população, contribuindo para a operacionalização de respostas mais adequadas para o estabelecimento de políticas públicas específicas para o controle da TB na PSR. Pretende-se ainda fornecer subsídios para as práticas assistenciais de saúde para essa população, além da capacitação de recursos humanos.

Este estudo faz parte do projeto “Análise dos pontos de estrangulamento no controle da tuberculose em populações em situação de rua nos municípios de João Pessoa e Campina Grande – PB” aprovado e financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) em conformidade com o Edital FAPESQ n. 001/2013, que vem sendo desenvolvido nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, na Paraíba, e encontra-se sob a coordenação da Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá, coordenadora do Grupo de Estudo e Qualificação em

Tuberculose da Paraíba (Grupo TB/PB) e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

O projeto guarda-chuva acima mencionado engloba entrevistas com diversos profissionais da equipe multiprofissional, bem como entrevistas com usuários. Além disso, este estudo foi precedido pela realização de outros estudos do Grupo TB/PB que apontaram o protagonismo do profissional enfermeiro nas ações de controle da TB no município em questão (SÁ et al., 2012; SILVA et al., 2007). Assim, por se tratar de um subprojeto e pelo protagonismo acima mencionado, esta pesquisa terá como foco a percepção do profissional enfermeiro sobre a assistência de saúde prestada à pessoa em situação de rua doente de TB.

4. MÉTODO

Esta seção é subdividida em duas etapas: a **Etapa I** tratará do método empregado na construção do **Capítulo I** e a **Etapa II** apresentará o método utilizado para a construção dos **Capítulos II e III**.

4.1 Etapa I

4.1.1 Tipo de estudo

Estudo de abordagem qualitativa em que se optou pelo método da revisão integrativa (RI) para alcance do objetivo proposto. Este método permite a síntese do estado da arte do conhecimento sobre o tema em estudo, apontando lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos como suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica, além de possibilitar a realização de uma síntese de múltiplos estudos publicados, viabilizando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (POLIT; BECK, 2006; BENEFIELD, 2003).

4.1.2 Operacionalização da revisão

Uma RI exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizados em estudos primários (BEYEA; NICOLL, 1998). Considerando isso, foram seguidos, para a operacionalização dessa revisão, os seguintes passos: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa: definição do problema, estratégias de busca, definição de palavras-chaves e descritores; definição dos critérios de inclusão/exclusão para a seleção dos estudos a serem analisados; seleção das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na RI; análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da síntese da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; GANONG, 1987).

A busca dos artigos foi realizada de abril a junho de 2016. Os critérios de inclusão do estudo foram: publicações escritas em português, inglês ou espanhol, publicadas entre 1990 e 2015, indexadas nas bases de dados: LILACS, SciELO,

MEDLINE e Web of Science e portais Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MEDLINE/PubMed, que tinham o texto completo disponibilizado on-line.

Os critérios de exclusão do estudo foram: estudos definidos como relato de casos e casos clínicos; dissertações e teses que não tinham artigos publicados em periódicos, artigos repetidos nas bases de dados e estudos que não possuísem textos publicados na íntegra, uma vez que se priorizou a manutenção do rigor metodológico necessário para esse tipo de metodologia.

Os descritores utilizados para busca foram selecionados de acordo com o tema proposto, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Para a estratégia de busca foi utilizado o operador booleano AND, com os descritores: tuberculose, acesso os serviços de saúde, pessoas em situação de rua; tuberculosis, health services accessibility; homeless persons. Os artigos foram escolhidos pela leitura do título e resumo presentes nas bases de dados, pertinentes à questão de pesquisa. As publicações que não possuíam resumos nas bases de dados foram selecionadas através da leitura na íntegra do estudo.

A busca nas bases de dados resultou em 51 artigos. Destes, 27 (vinte e sete) foram excluídos dos artigos selecionados por estarem repetidos em bases diferentes, 04 (quatro) foram excluídos por não terem texto completo disponível, 02 (dois) foram excluídos por não serem apresentados em forma de artigo. Vale ressaltar que, após a leitura aprofundada desses artigos, foram ainda excluídos 08 (oito) deles, não relacionados à questão de pesquisa. Dessa forma, a amostra final foi composta por 10 (dez) trabalhos científicos.

Para a obtenção das informações que respondiam a questão norteadora da pesquisa elaborou-se um formulário que contemplava os seguintes itens: 1) identificação (título do estudo, título do periódico, base de dados, autores, ano de publicação, idioma, local do estudo); 2) tema; 3) descritores ou palavras-chaves; 4) resumo (introdução, objetivos, método, resultados, conclusões); 5) introdução (justificativa da pesquisa, objetivos, revisão de literatura, hipóteses); 6) método (avaliação do comitê de ética e aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tipo de pesquisa, desenho de estudo, população e seleção da amostra, critérios de elegibilidade do estudo, instrumento de coleta de dados, variáveis estudadas, análise dos dados); 7) resultados (número de participantes e justificativa de exclusão, descrição sociodemográfica dos participantes: gráficos, tabelas, figuras, análise estatística dos dados); 8) discussão (discussão dos dados obtidos de

acordo com os objetivos propostos, discussão dos resultados obtidos comparados à literatura atual, limitações do estudo, implicações do estudo); 9) conclusões (interpretação de acordo com a justificativa e os objetivos do estudo, recomendações); 10) referências (norma utilizada).

No que se refere aos conceitos e fatores associados ao acesso nos serviços de saúde da pessoa em situação de rua adoecida por TB, a análise se fez em termos qualitativos, resumindo os dados em três categorias: Características específicas do acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da tuberculose; Dificuldades de acesso aos cuidados em saúde: fatores relacionados às pessoas em situação de rua e fatores relacionados aos serviços de saúde; Estratégias para superação das dificuldades de acesso da PSR aos cuidados em saúde.

4.2 Etapa II

4.2.1 Modelo do estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa. Exploratório, pois se destina a uma primeira exploração do problema, visando a operacionalização de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 1992). Descritivo, pois possui como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência (GIL, 2008). Qualitativa porque parte da premissa de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, entre o sujeito e o objeto, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (MINAYO, 2014).

Segundo Minayo (2014) a pesquisa qualitativa propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum.

A partir do método qualitativo, o pesquisador procura entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são estes. Ele

pretende conhecer profundamente suas vivências e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida (TURATO, 2005).

4.2.2 Local de estudo

Elegeu-se como cenário do estudo o município de João Pessoa – Paraíba – Brasil, pois o mesmo é considerado prioritário para o controle da TB pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

O município de João Pessoa é a capital e o principal centro financeiro e econômico do estado da Paraíba. Com 801.718 habitantes, é a oitava cidade mais populosa da Região Nordeste e a 23ª do Brasil. João Pessoa organiza a atenção à saúde de forma regionalizada em cinco Distritos Sanitários com 180 USF perfazendo uma cobertura populacional de 84%. Além das Unidades de Saúde, existem 04 Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAP'S), 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 01 Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e 04 Hospitais que são: Orto-Trauma de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, Hospital Geral Santa Isabel, Hospital de Valentina de Figueiredo e Instituto Cândida Vargas, todos gerenciados pelo município. Atualmente, o município de João Pessoa conta com 03 equipes de Consultório na Rua (CnaR).

4.2.3 População de estudo

A opção pela realização das entrevistas com os enfermeiros se deu pelo protagonismo desses profissionais na execução das ações de controle da TB, na provisão direta de cuidados e na promoção da adesão ao tratamento da TB (MAFFACCIOLLI et al., 2015; SÁ et al., 2012).

A população de estudo foi constituída por enfermeiros atuantes no município de João Pessoa-PB, que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: terem prestado assistência direta a pessoas em situação de rua com TB no município de João Pessoa – Paraíba – Brasil nos 05 (cinco) últimos anos, estarem trabalhando na época da coleta de dados e que aceitem participar da pesquisa.

Participaram do estudo 15 enfermeiros: 3 (três) enfermeiros das 3 (três) equipes de CnaR do município; 2 (dois) enfermeiros do ambulatório e 4 (quatro) enfermeiros da tisiologia feminina e masculina (enfermarias de internação) do Complexo Hospitalar Clementino Fraga – CHCF (hospital estadual de referência para doenças infectocontagiosas) e 6 (seis) enfermeiras de UBS/eSF do município.

A definição dos enfermeiros participantes da pesquisa se deu mediante levantamento das notificações de TB em pessoas em situação de rua no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram levantadas junto ao Núcleo de Tuberculose e Hanseníase da Secretaria de Saúde de João Pessoa as notificações de TB no município nos últimos 5 anos que continham informações que caracterizavam o paciente como pessoa em situação de rua. A partir dos dados das notificações foram incluídos os enfermeiros das UBS/eSF e do CHCF.

Já os enfermeiros das equipes de CnaR foram incluídos por terem a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

4.2.4 Instrumento de coleta das informações

Para a coleta das informações foi utilizado um roteiro (**Apêndice A**) construído a partir de múltiplas discussões realizadas no Grupo TB, especificamente com o subgrupo Qualitativo. A construção do roteiro foi precedida de reuniões com profissionais da gestão das equipes de CnaR e com profissionais da gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de João Pessoa-PB. O roteiro utilizado contém dados de identificação dos profissionais e perguntas relativas à assistência de saúde à pSR doente de TB.

A técnica empregada para obtenção dos dados foi a entrevista, pois esta possibilita alcançar dados mais fidedignos de modo a fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema (RICHARDSON et al., 2009).

A entrevista é uma técnica importante que possibilita o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, ou seja, ato de perceber realizado entre duas pessoas (RICHARDSON et al., 2009). É uma valiosa técnica de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de

fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador (TURATO, 2003).

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados (DUARTE, 2004). Na entrevista em pesquisa qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, e a tarefa de pesquisar é evitar, o máximo possível, impor a estrutura e as suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado. A pesquisa precisa permanecer aberta à possibilidade de que os conceitos e as variáveis que emergem podem ser muito diferentes daquelas que podem ter sido previstos no início (POPE; MAYS, 2005). Assim, precisamos estar muito atentos à interferência de nossa subjetividade, ter consciência dela e assumi-la como parte do processo de investigação (DUARTE, 2004).

Nesse sentido, decidiu-se utilizar a entrevista semidirigida por permitir ao pesquisador uma melhor interlocução com o entrevistado com o intuito de auxiliar a construção das ideias em exposição. Aqui, adotou-se a nomenclatura “entrevista semidirigida” em vez de “entrevista semiestruturada” por compactuar com o pensamento de Turato (2003) quando menciona que todas as entrevistas sempre têm uma estrutura previamente estabelecida, por outro lado, quanto a serem dirigidas, estas podem ser totalmente, parcialmente ou praticamente nada, pois o ato de dirigir significa dar direção, apontar para onde a entrevista caminhará.

Deste modo, decidiu-se utilizar a entrevista semidirigida, pois como instrumento auxiliar para a pesquisa, permite que os integrantes da relação (pesquisador e sujeito) tenham momentos para dar alguma direção, de modo a garantir ganhos para reunir informações segundo os objetivos propostos (TURATO, 2003).

As entrevistas foram gravadas com auxílio de gravador de áudio digital e transcritas, logo depois de concluídas.

4.2.5 Organização, análise e interpretação das informações

Os depoimentos foram transcritos e organizados em torno das questões centrais utilizando-se a Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática

proposta por Bardin (2011), que permite explorar o campo das comunicações e suas significações, ou seja, descobrir elementos que estão por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências daquilo que está sendo comunicado (BARDIN, 2011).

Por meio da utilização da Análise de Conteúdo é possível transpor o alcance descritivo do conteúdo das mensagens no campo das comunicações e se atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda dos significados manifestos (MINAYO, 2014). Assim, realizar análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido (BARDIN, 2011). Ressalta-se que a análise temática desdobra-se operacionalmente em uma sequência composta por três etapas básicas que permitem organizar e melhor explorar os dados provenientes das entrevistas (BARDIN, 2011; MINAYO, 2014).

A primeira etapa, nomeada **Pré-Análise**, consiste na organização e desenvolvimento de um plano de análise que permita a exploração sistemática dos documentos selecionados para o estudo. Por meio de leitura flutuante das transcrições das entrevistas houve um contato exaustivo com o material coletado de modo a impregnar-se por seu conteúdo, e assim, permitiu uma maior aproximação e compreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos em estudo. Esta etapa possibilitou a preparação do material a ser explorado através da identificação e seleção das unidades de registro presentes. Unidade de registro se refere aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto de uma mensagem, podendo ser uma palavra, uma frase ou oração, dependendo da finalidade do estudo (MINAYO, 2014).

A segunda etapa, designada **Exploração do Material**, tem como finalidade a transformação dos dados brutos em conteúdos temáticos de compreensão do texto, consistindo no agrupamento e categorização dos fragmentos das falas dos sujeitos. Esta fase resultou na conformação de unidades de registro que deram origem a Núcleos de Sentido que por sua vez conformaram Unidades Temáticas centrais contidas no conjunto das falas.

Finalmente, na terceira etapa, designada **Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação**, ocorreu a análise dos dados propriamente dita, mediante a inferência, interpretação e articulação dos conteúdos temáticos obtidos com o

referencial teórico utilizado no intuito de responder à questão da pesquisa e o objetivo proposto.

4.2.6 Aspectos Éticos

Em atenção à Resolução 466/2012 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, precedendo as gravações, os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, justificativa do uso de gravador e sobre o sigilo das informações obtidas, bem como leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes foram decodificados com a letra “C” do alfabeto e números arábicos (0 a 15) de forma a garantir o anonimato dos enfermeiros. Nesse sentido, para facilitar a compreensão dos Capítulos II e III, informamos a filiação institucional dos participantes no **Quadro 01**.

Quadro 01: Filiação institucional dos participantes da pesquisa – João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Participantes	Filiação Institucional
C3, C7, C8	CnaR
C1, C2, C5, C9, C13, C14	UBS/eSF
C6, C12	CHCF – Ambulatório
C4, C10, C11, C15	CHCF - Internação

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba — CEP/CCS/ UFPB sob nº de protocolo 0478/13.

5. CAPÍTULO I

Artigo de revisão - A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA ADOECIDA POR TUBERCULOSE E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: revisão integrativa

Artigo de Revisão publicado na revista **International Archives of Medicine** [S.l.], v. 10, apr. 2017.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. The access of the homeless persons with tuberculosis to the health care: an integrative review. **International Archives of Medicine**, [S.l.], v. 10, apr. 2017. ISSN 1755-7682. Available at:

<<http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2550>>.

doi: <http://dx.doi.org/10.3823/2384>.

Artigo de Revisão

A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA ADOECIDA POR TUBERCULOSE E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: revisão integrativa

Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira

Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira

Khivia Kiss da Silva Barbosa

Ana Valéria Machado Mendonça

Maria Fatima de Sousa

Lenilde Duarte de Sá

RESUMO

Introdução: A Tuberculose (TB) permanece sendo um grande problema de saúde pública no mundo, tendo a pobreza, as más condições de vida, a má distribuição de renda, a iniquidade social e as deficiências nos sistemas de saúde como substrato à sua manutenção.

Objetivo: Identificar o conhecimento científico produzido sobre o acesso aos serviços de saúde da pessoa em situação de rua adoecida por TB.

Método: Revisão integrativa de literatura realizada de abril a junho de 2016, tendo como critérios de inclusão: publicações escritas em português, inglês ou espanhol, publicadas entre 1990 e 2015, indexadas nas bases de dados: LILACS, SciELO, MEDLINE e Web of Science e portais Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MEDLINE/PubMed, que tinham o texto completo disponibilizado on-line. Como estratégia de busca utilizou-se o operador booleano AND, com os descritores: tuberculosis, health services accessibility; homeless persons. Para a obtenção das informações que respondiam a questão norteadora da pesquisa elaborou-se um formulário que contemplava os seguintes itens: identificação, tema, descritores ou palavras-chaves, resumo, introdução, método, resultados, discussão, conclusões e referências. A busca resultou em 51 artigos que, observados critérios de inclusão e exclusão, resultou em 10 artigos completos. A análise dos dados se fez em termos qualitativos, sumarizados em três categorias: I) Características específicas do acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde para diagnóstico e

tratamento da tuberculose; II) Dificuldades de acesso aos cuidados em saúde: fatores relacionados às pessoas em situação de rua e fatores relacionados aos serviços de saúde; III) Estratégias para superação das dificuldades de acesso da PSR aos cuidados em saúde.

Resultados: apontam que as pessoas em situação de rua têm maior risco de adoecer por TB, apresentando taxa de incidência de TB 10 a 20 vezes maior que a população em geral. Foram identificados inúmeros obstáculos que limitam o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. Muitas vezes apresentam dificuldade em identificar o local apropriado para procurar assistência e nem sempre o mesmo mantém as portas abertas a esse grupo social. Outro achado importante trata da baixa adesão ao tratamento da TB, pois em se tratando da busca pelos cuidados em saúde, as pessoas em situação de rua são menos propensas a procurar os serviços de saúde, visto que viver na rua implica em uma luta diária pela sobrevivência. Para essas pessoas, o tratamento da doença tem uma prioridade mais baixa do que a obtenção de uma refeição, a procura de abrigo, ou a procura de trabalho.

Discussão: Observou-se que pelo fato de estarem expostos a diversos fatores de risco tais como: alcoolismo, dependência química, exposição ambiental, acomodações para dormir inadequadas, aglomeração nos abrigos, stress, distúrbios psiquiátricos, pobreza, infecção pelo HIV, má nutrição, imunidade comprometida a partir de condições pré-existentes, falta de acesso aos serviços de saúde, comprometimento cognitivo e os efeitos adversos para a saúde pela própria falta de moradia, as pessoas em situação de rua têm maior risco de adoecimento e a maior taxa de mortalidade por TB se comparado a população em geral. Assim, fica evidente o grave problema que essa doença representa para esse grupo específico, justificando urgentemente a necessidade de ações específicas para o controle da TB nessa população. O mais importante elemento na eliminação da TB será uma diminuição acentuada nas aglomerações, na pobreza e nas barreiras aos cuidados de saúde. Aumentar o acesso aos cuidados em saúde é essencial no controle da TB na população em situação de rua. É preciso destacar que quando são fornecidos serviços de saúde que atendem às suas necessidades, os indivíduos em situação de rua acessarão os cuidados de saúde ao mesmo ritmo que a população em geral.

Conclusão: É preciso que as ações em saúde rompam as barreiras do cuidado estritamente técnico e incluam a perspectiva psicossocial e educativa em todo o processo de atenção à saúde as pessoas em situação de rua com TB,

reconhecendo que as ações de controle da doença devem assumir diferentes conformações em função das singularidades dos sujeitos e dos seus cenários. Assim, na busca pelo cuidado o mais integral e, portanto, mais eficiente possível, espera-se que sejam incluídos no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, rotinas e processos de busca sistemática das necessidades de saúde, e desenvolvidas habilidades para reconhecer a adequação das ofertas ao contexto específico, no qual se dá o encontro do sujeito e equipe.

Descritores: Tuberculosis; health services accessibility; homeless persons.

Introdução

A Tuberculose (TB) permanece sendo um grande problema de saúde pública no mundo, tendo a pobreza, as más condições de vida, a má distribuição de renda, a iniquidade social e as deficiências nos sistemas de saúde como substrato à sua manutenção (Cioran; Mincă; Furtunescu, 2015; Who, 2014; Teixeira; Costa, 2011; Santos et al, 2007; Hijjar et al 2005; Bertoli Filho, 2001). Marcadamente social, a forte e persistente influência das condições de vida no processo de transmissão da TB vem ressaltando um profundo quadro de desigualdades socioeconômicas que resultam em iniquidades sociais em saúde (San Pedro; Oliveira, 2013).

Nesse cenário, dentre as populações mais pobres e socialmente desfavorecidas encontra-se a População em Situação de Rua (PSR), consideradas pelo Ministério da Saúde (MS) prioritárias para o controle da TB no Brasil (Brasil, 2014a). Diversos estudos têm identificado a TB como um dos principais problemas de saúde observados nessa população (Aguiar; Iriart, 2012; Varanda; Adorno, 2004; Carneiro Junior et al., 1998), estando o número de casos de TB aumentando significativamente entre esse grupo (Popescu-Hagen et al., 2016).

No Brasil, a responsabilidade pela atenção à saúde das populações vulneráveis, como de qualquer outro cidadão, é da Atenção Primária a Saúde (APS) (BRASIL, 2012b). A APS deve atuar como a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, articulando-se com outros pontos de atenção e regulando o fluxo da população aos serviços nos níveis secundários e terciários; o que coloca a APS como um centro coordenador de uma rede de atenção, apresentando potencialidades na tentativa de diminuir a fragmentação da assistência (Starfield, 2002; Mendes, 2002; Brasil, 2007) e efetivar-se como espaço prioritário para o

fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde (Brasil, 2012b).

Entretanto, as formas tradicionais de implantação da APS, por meio do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (SF), não se mostraram apropriadas para incluir os moradores de rua, o que gerava uma exclusão dessa parcela da sociedade da rede assistencial (Brasil, 2012a). O problema não está apenas em ser parte da população em situação de rua e ser mais vulnerável à TB, está na dificuldade dos serviços de saúde, principalmente os pertencentes à esfera da APS, em promover a saúde das pessoas que integram a população que vive nessas condições. Nesse sentido, particularmente para a população em situação de rua, as dificuldades no âmbito da APS tem ocasionado o diagnóstico frequentemente em serviços hospitalares de emergência, sugerindo diagnóstico tardio e revelando dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Ranzani et al., 2016).

Assim, partindo-se do pressuposto de que as pessoas em situação de rua ao buscar o diagnóstico se deparam com barreiras que dificultam o acesso a serviços de saúde que possam esclarecer sua condição clínica, direcionou-se esta pesquisa a partir da seguinte questão norteadora: O que a literatura científica tem publicado sobre o acesso aos serviços de saúde da pessoa em situação de rua adoecida por TB?

Assim sendo, o presente estudo objetivou identificar o conhecimento científico produzido sobre o acesso aos serviços de saúde da pessoa em situação de rua adoecida por TB.

Método

Estudo de abordagem qualitativa em que se optou pelo método da revisão integrativa (RI) para alcance do objetivo proposto. Este método permite a síntese do estado da arte do conhecimento sobre o tema em estudo, apontando lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos como suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica, além de possibilitar a realização de uma síntese de múltiplos estudos publicados, viabilizando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (Polit; Beck, 2006; Benefield, 2003).

Uma RI exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizados em estudos primários (Beyea; Nicoll, 1998). Considerando isso, foram seguidos, para a

operacionalização dessa revisão, os seguintes passos: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa: definição do problema, estratégias de busca, definição de palavras-chaves e descritores; definição dos critérios de inclusão/exclusão para a seleção dos estudos a serem analisados; seleção das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na RI; análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da síntese da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Ganong, 1987).

A busca dos artigos foi realizada de abril a junho de 2016. Os critérios de inclusão do estudo foram: publicações escritas em português, inglês ou espanhol, publicadas entre 1990 e 2015, indexadas nas bases de dados: LILACS, SciELO, MEDLINE e Web of Science e portais Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MEDLINE/PubMed, que tinham o texto completo disponibilizado on-line.

Os critérios de exclusão do estudo foram: estudos definidos como relato de casos e casos clínicos; dissertações e teses que não tinham artigos publicados em periódicos, artigos repetidos nas bases de dados e estudos que não possuíssem textos publicados na íntegra, uma vez que se priorizou a manutenção do rigor metodológico necessário para esse tipo de metodologia.

Os descritores utilizados para busca foram selecionados de acordo com o tema proposto, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Para a estratégia de busca foi utilizado o operador booleano AND, com os descritores: tuberculose, acesso os serviços de saúde, pessoas em situação de rua; tuberculosis, health services accessibility; homeless persons. Os artigos foram escolhidos pela leitura do título e resumo presentes nas bases de dados, pertinentes à questão de pesquisa. As publicações que não possuíam resumos nas bases de dados foram selecionadas através da leitura na íntegra do estudo.

A busca nas bases de dados resultou em 51 artigos. Destes, 27 (vinte e sete) foram excluídos dos artigos selecionados por estarem repetidos em bases diferentes, 04 (quatro) foram excluídos por não terem texto completo disponível, 02 (dois) foram excluídos por não serem apresentados em forma de artigo. Vale ressaltar que, após a leitura aprofundada desses artigos, foram ainda excluídos 08 (oito) deles, não relacionados à questão de pesquisa. Dessa forma, a amostra final foi composta por 10 (dez) trabalhos científicos.

Para a obtenção das informações que respondiam a questão norteadora da pesquisa elaborou-se um formulário que contemplava os seguintes itens: 1)

identificação (título do estudo, título do periódico, base de dados, autores, ano de publicação, idioma, local do estudo); 2) tema; 3) descritores ou palavras-chaves; 4) resumo (introdução, objetivos, método, resultados, conclusões); 5) introdução (justificativa da pesquisa, objetivos, revisão de literatura, hipóteses); 6) método (avaliação do comitê de ética e aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tipo de pesquisa, desenho de estudo, população e seleção da amostra, critérios de elegibilidade do estudo, instrumento de coleta de dados, variáveis estudadas, análise dos dados); 7) resultados (número de participantes e justificativa de exclusão, descrição sociodemográfica dos participantes: gráficos, tabelas, figuras, análise estatística dos dados); 8) discussão (discussão dos dados obtidos de acordo com os objetivos propostos, discussão dos resultados obtidos comparados à literatura atual, limitações do estudo, implicações do estudo); 9) conclusões (interpretação de acordo com a justificativa e os objetivos do estudo, recomendações); 10) referências (norma utilizada).

No que se refere aos conceitos e fatores associados ao acesso nos serviços de saúde da pessoa em situação de rua adoecida por TB, a análise se fez em termos qualitativos, resumindo os dados em três categorias: Características específicas do acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da tuberculose; Dificuldades de acesso aos cuidados em saúde: fatores relacionados às pessoas em situação de rua e fatores relacionados aos serviços de saúde; Estratégias para superação das dificuldades de acesso da PSR aos cuidados em saúde.

RESULTADOS

Representação da seleção dos estudos incluídos na revisão

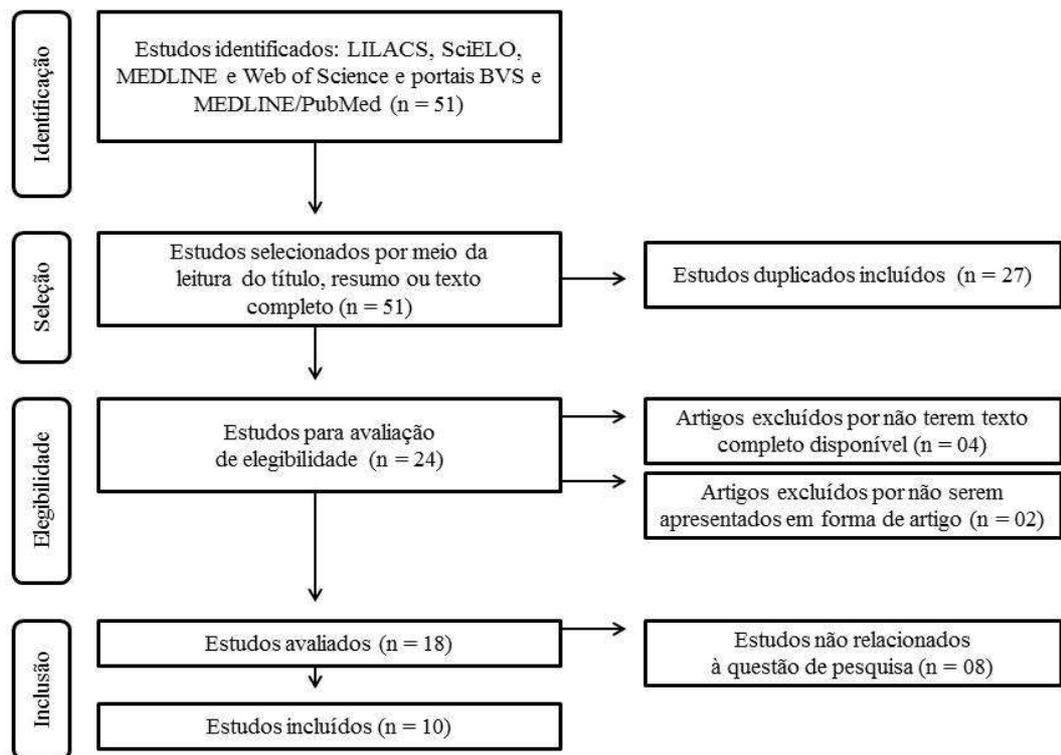


Figura 01- Fluxograma do processo de seleção dos estudos – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Características dos estudos selecionados

Nº	Autor(es)	Periódico	Ano	Base de Dados e Portais	Origem
E1	Bamrah et al.	Int J Tuberc Lung Dis	2013	MEDLINE MEDLINE/PubMed	Estados Unidos
E2	Brewer et al.	JAMA	2001	MEDLINE/PubMed	Estados Unidos
E3	Brickner et al.	Bulletin Of The New York Academy Of Medicine	1993	MEDLINE MEDLINE/PubMed	Estados Unidos
E4	Brudney	The Journal of Law, Medicine & Ethics	1993	MEDLINE/PubMed	Estados Unidos
E5	Craig, Joly & Zumnla	BMC Public Health	2014	MEDLINE MEDLINE/PubMed	Reino Unido

E6	Gelberg, Andersen & Leake	HSR: Health Services Research	2000	MEDLINE MEDLINE/PubMed	Estados Unidos
E7	Hwang	CMAJ	2001	MEDLINE MEDLINE/PubMed	Canadá
E8	Lashley	Public Health Nursing	2006	MEDLINE/PubMed	Estados Unidos
E9	Stevens et al.	Journal of Epidemiology and Community Health	1992	MEDLINE MEDLINE/PubMed	Reino Unido
E10	Otálvaro & Arango	Investigaciones Andina	2009	WEB OF SCIENCE	Colômbia

Quadro 01: Características dos estudos selecionados – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Principais achados dos estudos selecionados



Figura 02- Principais achados dos estudos selecionados – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

DISCUSSÃO

Características específicas do acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da tuberculose

As pessoas em situação de rua tem maior risco de adoecer por TB, apresentando taxa de incidência de TB 10 a 20 vezes maior que a população em geral (Bamrah et al. 2013; Brewer et al., 2001; Hwang, 2001; Craig; Joly; Zumnla, 2014; Lashley, 2006). Essas pessoas apresentam, ainda, um risco maior de morrer, apresentando taxa de mortalidade por TB aproximadamente 4 vezes maior do que para a população em geral (Brewer et al., 2001; Hwang, 2001). O maior risco de adoecimento e a maior taxa de mortalidade por TB entre as pessoas em situação de rua em se comparando a população em geral evidenciam o grave problema que essa doença representa para esse grupo específico e justificam a necessidade de ações específicas para o controle da TB nessa população.

A falta de moradia está associada também a uma maior transmissão da TB, estando as pessoas em situação de rua expostas a diversos fatores de risco, com destaque para: sexo masculino, minoria racial/étnica, abuso de substâncias (alcoolismo, dependência química), exposição ambiental (exposição a extremos de calor e frio, falta de proteção contra chuva e neve), acomodações para dormir inadequadas, aglomeração nos abrigos, stress, distúrbios psiquiátricos, pobreza, infecção pelo HIV, estado nutricional (má nutrição), imunidade comprometida a partir de condições pré-existentes, os atrasos na procura de cuidados, a não adesão à terapêutica, comprometimento cognitivo e os efeitos adversos para a saúde da própria falta de moradia (Bamrah et al. 2013; Brewer et al., 2001; Brickner et al. 1993; Brudney, 1993; Lashley, 2006; Hwang, 2001).

Frente a tantos fatores de risco é preciso compreender que as demandas da rua trazem uma extrema dificuldade aos serviços de saúde, tendo em vista a necessidade de considerar a integralidade das dimensões da saúde, a complexidade das formas de vida, a inseparabilidade entre saúde biológica, subjetiva e social, em atender uma realidade com modos de vida variados, com o trabalho e outras dinâmicas nos seus laços afetivos (Macerata; Soares; Ramos, 2014; Carneiro Junior et al, 2006).

São inúmeros os obstáculos que limitam o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. Muitas vezes apresentam dificuldade em identificar o local apropriado para procurar assistência e nem sempre o mesmo mantém as portas abertas a esse grupo social. Processos complicados de registro que exigem identificação são fatores que desencorajam a busca. Muitas vezes, a falta de simpatia/sensibilidade de algumas equipes ou a inabilidade de um único local atender à variedade de problemas apresentados pelas pessoas em situação de rua são barreiras adicionais (BRASIL, 2012).

As pessoas em situação de rua têm ainda maiores chances de apresentar baciloscopia positiva e TB cavitária, sugerindo doença mais contagiosa, possivelmente devido ao diagnóstico e tratamento tardios, resultando em períodos infecciosos prolongados (Bamrah et al. 2013; Brewer et al., 2001; Brickner et al. 1993). Nesse sentido, o tratamento da tuberculose ativa em pessoas sem-teto pode ser complicado pela não adesão à terapêutica, infectividade prolongada e o desenvolvimento de resistência aos medicamentos (Hwang, 2001).

A detecção precoce dos casos de TB e um tratamento eficaz são duas ferramentas poderosas para o alcance de êxitos no controle dessa doença. É preciso salientar que a detecção precoce da TB tem como principal papel a redução da transmissão da infecção à sociedade, pois estima-se que uma única pessoa contaminada com TB sem ser diagnosticada e, portanto, não tratada, pode infectar entre dez a quinze pessoas em cada ano. Nesse sentido, se observa a importância da existência de métodos eficazes de identificação precoce dos casos e tratamento imediato (Mifnanga et al, 2008).

Como resultado do atraso do diagnóstico da TB entre as pessoas em situação de rua, geralmente o primeiro contato dessas pessoas com os serviços de saúde acontece por meio da emergência, em nível hospitalar. Sendo a TB nas pessoas em situação de rua inicialmente diagnosticada e tratada no hospital (Brickner et al. 1993; Brudney, 1993; Craig; Joly; Zumnla, 2014; Hwang, 2001). Assim, as pessoas em situação de rua são internadas no hospital até 5 vezes mais frequentemente do que a população em geral e ficam mais tempo no hospital do que outros pacientes de baixa renda (Hwang, 2001).

A hospitalização pode ser usada para documentar barreiras potenciais à atenção ambulatorial e para avaliar o desempenho dos serviços e identificar possíveis deficiências na qualidade da assistência em pontos da APS. A demora em

receber uma assistência efetiva na APS pode resultar em admissões hospitalares desnecessárias por muitas condições comuns (Arcêncio et al., 2007). Nesse sentido, a realização do diagnóstico da TB em pessoas em situação de rua em nível hospitalar, bem como a alta taxa de internação hospitalar, refletem dificuldades dos serviços da APS na prestação da assistência as pessoas em situação de rua.

Outro achado importante trata da baixa adesão ao tratamento da TB pelas pessoas em situação de rua. Os indivíduos em situação de rua são menos propensos a completar o tratamento para a TB do que os indivíduos que apresentam residência fixa, mesmo quando o tratamento é dado por observação direta. Assim, essa população apresenta baixa adesão ao tratamento da TB, tendo em vista tratar-se de uma população com característica transitória, exposta a vários fatores de risco sociais e que apresenta diversas comorbidades (Bamrah et al. 2013; Brewer et al. 2001; Craig; Joly; Zumnla, 2014; Lashley, 2006). Nesse cenário, cabe destacar que geralmente os aspectos que desfavorecem o diagnóstico precoce também dificultam a adesão ao tratamento da TB, evidenciando a necessidade dos serviços de saúde produzirem um cuidado singularizado, baseado nas necessidades em saúde específicas desse grupo vulnerável.

Dificuldades de acesso aos cuidados em saúde: fatores relacionados às pessoas em situação de rua e fatores relacionados aos serviços de saúde

As pessoas em situação de rua enfrentam barreiras significativas que prejudicam o seu acesso aos cuidados de saúde, tais como: falta de dinheiro para transporte, doenças mentais, o alcoolismo e/ou o abuso de drogas, condições precárias de higiene pessoal, conduta inadequada/uso de linguagem inadequada, presença de animais de estimação, a falta de documentos (perdidos ou roubados), desrespeito a ordem de chegada, relutância das pessoas sem abrigo a procurar os serviços de saúde (Hwang, 2001; Brickner et al. 1993; Lashley, 2006; Otálvaro; Arango, 2009; Bamrah et al. 2013; Gelberg, Andersen & Leake 2000; Bamrah et al. 2013)

Em se tratando da busca pelos cuidados em saúde, as pessoas em situação de rua são menos propensas a procurar os serviços de saúde, visto que viver na rua implica em uma luta diária pela sobrevivência. Para essas pessoas, o tratamento da doença tem uma prioridade mais baixa do que a obtenção de uma refeição, a

procura de abrigo, ou a procura de trabalho. Assim, estas prioridades concorrentes podem impedir adultos sem-teto do uso de serviços de saúde (Brewer et al., 2001; Brickner et al. 1993; Hwang, 2001; Brudney, 1993)

Por causa da falta de acesso aos cuidados de saúde, as pessoas sem-abrigo com TB frequentemente não procuram cuidados médicos até que estejam muito doentes e altamente contagiosos. As pessoas em situação de rua só buscam o cuidado se eles consideram estar em uma condição grave, uma vez que os pacientes tendem a normalizar os seus sintomas no contexto do seu cotidiano (Brickner et al. 1993; Brudney, 1993; Gelberg, Andersen & Leake 2000). Como os sintomas são atribuídos a causas para as quais os participantes não procuram atenção médica, tais como drogas e abstinência de álcool, cansaço atribuído à má alimentação, por razões económicas, e outras condições de longo prazo, isso indica a facilidade com que a grave doença pode ser perdida por aqueles que vivem em uma complexidade de questões de saúde e questões sociais (Craig; Joly; Zumnla, 2014).

Evidencia-se que, em se tratando da população em situação de rua, apenas a partir da interferência da doença na sua capacidade de realizar as suas atividades diárias de sobrevivência e do entendimento da gravidade do seu problema e da necessidade de intervenções curativas – a partir do agravamento dos seus sintomas – é que o doente busca os serviços de saúde, fato que potencializa o retardo ao diagnóstico, como evidenciado em estudo realizado na Etiópia, em que longos períodos de atraso foram influenciados pela falta de percepção da necessidade de buscar atendimento de saúde (Demissie; Lindtjorn; Berhane, 2002).

Nesse sentido, tendo em vista que cada caso de TB identificado e curado entre pessoas em situação de rua pode reduzir o número de novos casos na população em geral de 3-4 por cada pessoa sem-teto infectado encontrado dentro de 1 ano, 7-9 no prazo de 2 anos e 15-25 dentro de 5 anos (Romaszko et al., 2016), a busca ativa de casos de sintomáticos respiratórios entre as pessoas em situação de rua deve ser uma prioridade no processo de trabalho dos profissionais/serviços que atuam na prestação de assistência de saúde a esse grupo específico.

Além dos fatores dificultadores de acesso relacionadas às pessoas em situação de rua, são citados também fatores relacionados aos serviços, tais como: falta de treinamento da equipe de saúde para lidar com as pessoas em situação de rua (não treinados no atendimento desta população, se veem excedidos com as

demandas colocadas pela situação geral dessas pessoas e dilemas enfrentados com relação aos limites de seu papel), falta de acolhimento e horário de funcionamento dos serviços (Otálvaro; Arango, 2009; Lashley, 2006). Assim, para reverter tal cenário, é evidente a necessidade de readequações nos serviços, estabelecimento de articulação intersetorial, sensibilização e qualificação dos profissionais que atuam com a PSR e ampliação do acesso da PSR aos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Estratégias para superação das dificuldades de acesso da PSR aos cuidados em saúde

A erradicação da TB exigirá mais do que prescrever os medicamentos certos para as pessoas certas e para o momento certo, o mais importante elemento na eliminação da TB será uma diminuição acentuada nas aglomerações, na pobreza e nas barreiras aos cuidados de saúde (Brickner et al. 1993). Aumentar o acesso aos cuidados em saúde é essencial no controle da TB na população em situação de rua. Superar as barreiras enfrentadas por indivíduos em situação de rua para acessar os serviços de saúde, e, especificamente os programas de controle da TB, será crucial para reduzir a carga de TB nesse grupo de alto risco (Brewer et al., 2001). É preciso destacar que quando são fornecidos serviços de saúde que atendem às suas necessidades, os indivíduos em situação de rua acessarão os cuidados de saúde ao mesmo ritmo que a população em geral (Brewer et al., 2001).

Tendo em vista a PSR ter característica transitória, um novo regime de tratamento que reduza o tempo de tratamento pode aumentar o sucesso do tratamento entre essa população (Bamrah et al. 2013). Nesse sentido, em se discutindo o tratamento, cabe reforçar que o tratamento diretamente observado (TDO) tem sido utilizado com grande vantagem, resultando em maiores taxas de cura e menos recaídas (Hwang, 2001; Brickner et al. 1993).

Embora a falta de moradia seja um fator de risco bem documentado para a não adesão ao tratamento da TB, programas que fornecem suporte para as pessoas em situação de rua, tais como habitação, transporte, grupos de apoio, vale-refeição, e outros incentivos, têm demonstrado que é possível melhorar substancialmente o tratamento e as taxas de conclusão (Lashley, 2006; Brewer et al., 2001).

Os profissionais que prestam cuidados às pessoas em situação de rua devem prestar atenção para os aspectos únicos de condições e estilo de vida que podem afetar os resultados de saúde das pessoas em situação de rua e obstaculizar a utilização de cuidados. Deve-se avaliar a situação de vida, status de renda, uso de drogas e álcool, o estado de saúde mental, necessidades concorrentes e história de vitimização, com vistas a elaboração de um plano de avaliação e tratamento que vai ser viável e eficaz, dadas as limitações de situações da vida dos pacientes sem-teto. Isto pode não ser possível em muitos contextos de saúde tradicionais (Gelberg, Andersen & Leake 2000). Nesse sentido, o tratamento da TB em pessoas em situação de rua requer criatividade e dedicação, tanto do paciente quanto da equipe de saúde (Brickner et al. 1993).

Isto implica que, do ponto de vista de interferência junto à esta população, se requer um esforço personalizado e intensivo em termos de apoiar desde a perspectiva psicossocial e educativa, em todo o processo de atenção a saúde, para fazê-lo o mais integral e, portanto, mais eficiente (Otálvaro; Arango, 2009; Stevens, 1992). Isto requer repensar a estrutura do modelo de atendimento para essa população e sua relação com as organizações de saúde.

CONCLUSÕES

As pessoas em situação de rua adoecidas por TB enfrentam barreiras significativas que prejudicam o seu acesso aos cuidados de saúde, diferenciando-se da população em geral por apresentarem maior vulnerabilidade a essa doença pelos fatores de risco aos quais se expõe e a suas condições de vida.

Aumentar o acesso aos cuidados em saúde será crucial para reduzir a carga de TB nesse grupo de alto risco, fato essencial no controle da TB na população em situação de rua. Para tal, é imprescindível que as ações de saúde voltadas às pessoas em situação de rua adoecidas por TB sejam pensadas levando em consideração os aspectos únicos de condições e estilo de vida que podem afetar os resultados de saúde das pessoas em situação de rua e obstaculizar a utilização de cuidado. É preciso, pois, que as ações em saúde rompam as barreiras do cuidado estritamente técnico e incluam a perspectiva psicossocial e educativa em todo o processo de atenção a saúde, reconhecendo que as ações de controle da doença

devem assumir diferentes conformações em função das singularidades dos sujeitos e dos seus cenários.

Assim, na busca pelo cuidado o mais integral e, portanto, mais eficiente possível, espera-se que sejam incluídos no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, rotinas e processos de busca sistemática das necessidades de saúde, e desenvolvidas habilidades para reconhecer a adequação das ofertas ao contexto específico, no qual se dá o encontro do sujeito e equipe. Nesse sentido, resta evidente a necessidade de repensar a estrutura do modelo de atendimento para essa população, com vistas a melhorar o acesso dessa população aos cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2012; 28(1): 115-124, Jan.
2. Arcencio RA, Oliveira MF, Villa TCS. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2007; 12(2): 409-417, Apr.
3. Bamrah S, Yelk Woodruff RS, Powell K, Ghosh S, Kammerer JS, Haddad MB. Tuberculosis among the homeless, United States, 1994–2010. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013. 17(11):1414–1419.
4. Benefield LE. Implementing evidence-based practice in home care. *Home Health Nurse* 2003;21(12): 804-11.
5. Bertolli Filho C. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 248p. Antropologia & Saúde collection. ISBN 85-7541-006-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
6. Beyea SC, Nicoll ELH. Writing an integrative review. *Aorn J* 1998;67(4):877-80.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan: normas e rotinas. 2ª edição. Brasília. 67p. 2007.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. 98 p.: il.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.: il.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 92 p. : il.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 98 p.
12. Brewer TF, Heymann J, Krumplitsch SM, Wilson ME, Colditz GA, Fineberg HV. Strategies to Decrease Tuberculosis in US Homeless Populations A Computer Simulation Model. JAMA. 2001;286(7):834-842.
13. Brickner PW, et al. Providing Health Services to the Homeless: A Stitch in Time. Bulletin Of The New York Academy Of Medicine. 1993; 70(3): 146-170.
14. Brudney K. Homelessness and TB: A Study in Failure. The Journal of Law, Medicine & Ethics. 1993; 21(3-4): 360-367.
15. Carneiro Junior N, et al . Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. Saude soc., São Paulo. 1998; 7(2): 47-62, Dec.
16. Carneiro Junior N. et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. Saude soc., São Paulo. 2006; 15(3): p. 30-39, Dec.
17. Cioran V, Mincă DG; Brîndușe L. A. Costs-of-illness evaluation methodology due to tuberculosis in homeless adults in Bucharest. AMT. 2015; 20(2): 13-15.
18. Craig GM, Joly LM, Zumla A. 'Complex' but coping: experience of symptoms of tuberculosis and health care seeking behaviours – a qualitative interview study of urban risk groups, London, UK. BMC Public Health 2014; 14:618.
19. Demissie M, Lindtjorn B, Berhane Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. BMC Public Health. 2002; 2:23, Set.

20. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* 1987;10(1):1-11.
21. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: Application to Medical Care Use and Outcomes for Homeless People. *HSR: Health Services Research*. 2000; 34:6.
22. Hijjar MA et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão, Rio de Janeiro*. 2005; 14(4): 310-314.
23. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ*. 2001; 164(1): 229-33.
24. Lashley M. A Targeted Testing Program for Tuberculosis Control and Prevention Among Baltimore City's Homeless Population. *Public Health Nursing*. 2006; 24(1): 34-39.
25. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio com o cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface (Botucatu), Botucatu*. 2014. 18(supl. 1): 919-930, Dec.
26. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
27. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-64.
28. Mfinanga SG. et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(158) jul.
29. Otálvaro AFT, Arango MEC. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de Promoción y Prevención establecidos por la Resolución 412 de 2000. *Investigaciones Andina*. 2009; 11(18): 23-35.
30. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.
31. Popescu-Hagen M, Tanasescu M, Traistaru R, Postolache P. Homeless People: A Real Challenge in TB Management in Romania. *Chest*. 2016; 149(4_S): A75.
32. Ranzani OT, Carvalho CRR, Waldman EA, Rodrigues LC. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo state, Brazil. *BMC Medicine*. 2016; 14:41.

33. Romaszko J, Siemaszko A, Bodzioch M, Buciński A, Doboszyńska A. active case finding among homeless people as a means of reducing the incidence of pulmonary tuberculosis in general population. *Adv Exp. Medicine, Biology - Neuroscience and Respiration*. 2016.
34. Santos MLSG. et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*. 2007; 15(spe): 762-767, Oct.
35. San Pedro A, Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(4): 294-301, Apr.
36. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
37. Stevens A, Bickler G, Jarrett L, Bateman N. The public health management of tuberculosis among the single homeless: is mass miniature x ray screening effective? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1992; 46: 141-143.
38. Teixeira ECC, Costa JS. O impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência de tuberculose no Brasil. *Rev Econ*. 2011. 37(2): 106–123.
39. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saude soc., São Paulo*. 2004; 13(1): 56-69, Apr.
40. World Health Organization [WHO]. Global tuberculosis report 2014. WHO, 2014.

6. Capítulo II

FLUXO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA ADOECIDA POR TUBERCULOSE

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar o fluxo da assistência de saúde à pessoa em situação de rua adoecida por tuberculose no município de João pessoa – Paraíba – Brasil. **Método:** Pesquisa qualitativa que abrangeu 15 enfermeiros envolvidos diretamente na prestação de assistência à pessoa em situação de rua (pSR) doente de tuberculose. As informações foram coletadas mediante entrevistas semidirigidas e analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** As instituições/serviços envolvidos na prestação de assistência à pSR foram: unidades básicas de saúde/equipes de saúde da família, hospitais gerais com atendimento de urgência e emergência, hospital de referência para doenças infectocontagiosas, equipes do Consultório na Rua, Centro de Apoio Psicossocial, Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua e casas de acolhida; bem como foi possível identificar o fluxo da assistência a essas pessoas que se configura de forma pouco clara, como um entrelaçado percurso entre as instituições mencionadas. **Conclusão:** Apesar de envolver instituições/serviços de saúde e assistência social, o fluxo da assistência a pSR doente de TB apresenta importantes lacunas. Para superação desse quadro, sugere-se reforço da articulação intra e intersectorial, além de (re)arranjos institucionais e organizacionais para a atenção àqueles que vivem em situação de rua.

Descritores: Tuberculose; Pessoas em Situação de Rua; Assistência Integral à Saúde; Fluxo de Trabalho.

INTRODUÇÃO

No Brasil a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988), a assistência à saúde da população em situação de rua (PSR), que antes ficava a cargo de entidades sociais e de cunho religioso e/ou filantrópico, passou a ser responsabilidade do setor saúde. No entanto, a PSR permaneceu invisível a este setor, sendo o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos uma realidade recente (BRASIL, 2014).

Somente no ano de 2009, com a criação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), o ministério da saúde do Brasil passou a assumir legitimamente a responsabilidade pela promoção da equidade e garantia do acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS, em convergência com as diretrizes da Atenção Básica (AB) e a lógica da atenção psicossocial (BRASIL, 2014; BRASIL, 2012).

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde no Brasil se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Nesse sentido, considera-se porta de entrada no SUS o serviço que presta o atendimento inicial à saúde do usuário (BRASIL, 2011a), devendo a AB atuar como porta de entrada preferencial do usuário, articulando-se com outros pontos de atenção e regulando o fluxo da população aos serviços nos outros níveis de complexidade, sendo ao usuário assegurada a continuidade da assistência em saúde, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011a; STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Considerando que a AB é a porta de entrada prioritária do SUS, torna-se fundamental que as equipes de saúde possibilitem uma perspectiva inclusiva do usuário em situação de rua na rede de serviços de saúde (CAMPOS; SOUZA, 2013). No entanto, a PSR desafia a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS, encontrando-se à margem da rede de atenção à saúde e apresentando grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a continuidade da assistência, o que constitui um grande desafio (PAIVA et al., 2016; BRASIL, 2014). Nesse sentido, a preocupação com o acesso e a continuidade da assistência de saúde à PSR ganha

ainda mais importância quando se trata do seu acometimento por doenças graves e transmissíveis, tal como a Tuberculose (TB).

Mesmo tratando-se de uma enfermidade antiga, a TB ainda é uma grande preocupação para a saúde pública no Brasil e no mundo, sendo identificada como um dos principais problemas de saúde observados na PSR, tendo em vista que a mesma é mais vulnerável a TB do que a população em geral (WHO, 2016; CIORAN; MINCĂ; BRÎNDUȘE, 2015; CRAIG; ZUMLA, 2015; RICHARDSON et. al., 2014; AGUIAR; IRIART, 2012; VARANDA; ADORNO, 2004; CARNEIRO JUNIOR et al., 1998).

O tratamento da TB tem duração mínima de seis meses e demanda cuidados permanentes e coordenados entre diferentes profissionais em diversos níveis do sistema de saúde (VILLA et al., 2011). Tudo isso associado a dinâmica da vida nas ruas torna essa população mais propensa ao abandono do tratamento. Assim, pelo alto risco do desenvolvimento de TB e as altas taxas de abandono ao tratamento, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do Brasil considera a PSR como prioritária para o controle da doença, recomendando diretrizes para alcance dessa população a serem adotadas pelos níveis locais envolvendo tanto a AB, como a rede de proteção governamental – rede de assistência social e não governamental (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2008).

Considerando o cenário apresentado, conhecer as instituições/serviços envolvidos na assistência a essa população, bem como identificar o fluxo da assistência de saúde se mostram condições essenciais para (re)pensar estratégias para o controle da TB nesse grupo. Assim, este estudo objetiva identificar e analisar o fluxo da assistência de saúde à pessoa em situação de rua adoecida por TB no município de João pessoa – Paraíba – Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. Inicialmente foi feita uma observação livre do campo a ser estudado, entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2017, por meio de visitas aos locais de pesquisa e a Secretaria Municipal de Saúde do Município estudado, para conhecer a organização dos serviços e a operacionalização da assistência de saúde a PSR doente de TB.

Elegeu-se como cenário de estudo o município de João Pessoa – Paraíba – Brasil, considerado um dos municípios prioritários para o controle da TB de acordo com critérios do Ministério da Saúde.

Participaram da pesquisa 15 enfermeiros que prestaram assistência direta a pessoas em situação de rua com TB no município de João Pessoa – Paraíba – Brasil nos 05 (cinco) últimos anos, que estavam trabalhando na época da coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa.

A opção pela realização das entrevistas com os enfermeiros se deu pelo reconhecido protagonismo desses profissionais na execução das ações de controle da TB, na provisão direta de cuidados e na promoção da adesão ao tratamento da TB (MAFFACCIOLLI et al., 2015; SÁ et al., 2012).

Foram incluídos: 3 (três) enfermeiros das 3 (três) equipes de Consultório na Rua (CnaR) do município; 2 (dois) enfermeiros do ambulatório e 4 (quatro) enfermeiros da fisiologia feminina e masculina (enfermarias de internação) do Complexo Hospitalar Clementino Fraga – CHCF (hospital de referência para doenças infectocontagiosas) e 6 (seis) enfermeiros de UBS / equipes de Saúde da Família (eSF) do município.

A definição dos enfermeiros a serem incluídos na pesquisa se deu mediante levantamento das notificações de TB em pessoas em situação de rua no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram levantadas junto ao Núcleo de Tuberculose e Hanseníase da Secretaria de Saúde de João Pessoa as notificações de TB no município nos últimos 5 anos que continham informações que caracterizavam o paciente como pessoa em situação de rua. A partir dos dados das notificações foram incluídos os enfermeiros das UBS/eSF e do CHCF.

Já os enfermeiros das equipes de CnaR foram incluídos por terem a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012).

Para a coleta das informações foi utilizado um roteiro e a técnica empregada para obtenção dos dados foi a entrevista semidirigida, pois como instrumento auxiliar para a pesquisa, permite que os integrantes da relação (pesquisador e sujeito) tenham momentos para dar alguma direção, de modo a garantir ganhos para reunir informações segundo os objetivos propostos (TURATO, 2005).

As entrevistas foram gravadas com auxílio de aparelho digital para posterior transcrição. Em atenção à Resolução 466/2012 que dispõe sobre as diretrizes e

normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, precedendo as gravações, os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, justificativa do uso de gravador e sobre o sigilo das informações obtidas, bem como leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os depoimentos foram decodificados com letras do alfabeto e números arábicos de forma a garantir o anonimato dos enfermeiros. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba — CEP/CCS/ UFPB sob nº de protocolo 0478/13.

Para a análise do material empírico utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo modalidade temática (BARDIN, 2011). O percurso analítico se fez pela sequência dos seguintes passos: *Pré-análise e constituição do corpus*: foram selecionadas as 15 entrevistas realizadas com os enfermeiros; Para as fases de *exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação* foram ouvidos todos os áudios e refeitas as transcrições do material gravado. Nesse processo, foram observadas a exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência dos conteúdos.

Procedeu-se então as *leituras flutuante e longitudinal*. A primeira feita de forma individual e a segunda por duas pesquisadoras, seguida da discussão sobre a coerência e a pertinência do conteúdo das falas; leitura transversa e início de codificação com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses e codificação.

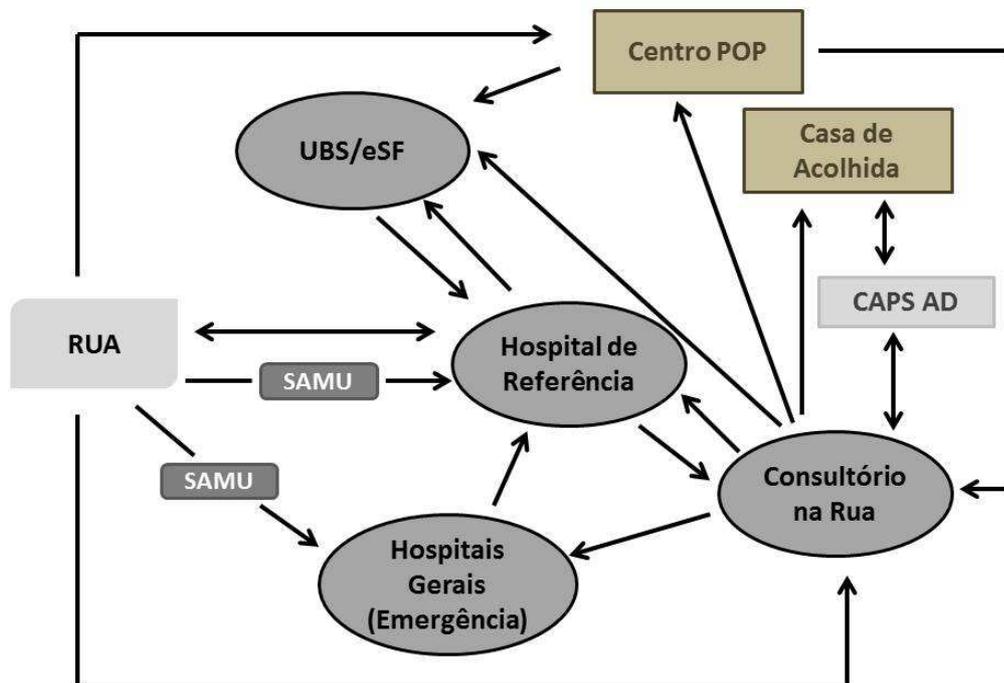
Para o alcance do objetivo proposto, pela análise prévia das falas obtidas nas entrevistas com os enfermeiros que atuam na assistência a pSR com TB, foram destacadas as seguintes unidades de registro: Porta de Entrada/Diagnóstico, Retaguarda Laboratorial e Tratamento/Seguimento. As Unidades de Registro conformaram os seguintes Núcleos de Sentido: Fluxo da assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose na rede socioassistencial e Dificuldades no fluxo da assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose.

Em seguida, procurou-se articular entre as falas conteúdos convergentes e divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas, em cada um dos núcleos de sentido identificados. Esta conformação permitiu eleger a Unidade Temática Central, para a qual convergem as falas: Fluxo da assistência à pessoa em situação de rua adoecida por tuberculose.

RESULTADOS

A partir das falas dos participantes da pesquisa foi possível fazer o mapeamento das instituições/serviços que configuram a rede de assistência, identificando os serviços de saúde e os serviços socioassistenciais envolvidos na assistência de saúde à pessoa em situação de rua adoecida por TB conforme a **Figura 01**, quais sejam: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); UBS/eSF, hospitais gerais com atendimento de urgência e emergência, hospital de referência para doenças infectocontagiosas, equipes do Consultório na Rua (CnaR), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP) e casas de acolhida.

Figura 01: Fluxo da assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose na rede socioassistencial: instituições envolvidas – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017

A partir da análise dos fragmentos das falas dos enfermeiros entrevistados foi possível a identificação de características relativas ao fluxo da assistência à pessoa em situação de rua doente de TB no município de João Pessoa-PB, conforme se apresenta nos **Quadros 01 e 02**.

Quadro 01: Fluxo da assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose na rede socioassistencial – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017.

Unidades de registro	Segmentação Textual
Porta de Entrada/ Diagnóstico	[...] ficando interno no Clementino Fraga por mais ou menos 15 dias. <i>Após ter sido transferido do Hospital Padre Zé [hospital geral] (C1).</i>
	<i>Eu trabalho em hospital de urgência e sempre está aparecendo lá paciente com TB. Sempre, TB, TB, TB (C2).</i>
	[...] a gente vai com ele até o serviço, lá até o hospital, faz a busca do histórico, faz a, se for necessário a internação a gente já encaminha para internação (C3).
	[...] tava chegando muito paciente do Centro, que é esses moradores de rua, pra cá para unidade sem nenhuma, assim, a gente não sabia de onde vinha, dizia que era do Centro Pop, mas a gente não sabia. <i>Então pra gente organizar isso, o quê que a gente pediu? Ao Centro Pop que ele preparasse uma guia com uma identificação dele dizendo que ele estava em situação de rua, tipo especificando, uma cartinha, encaminhando pra cá. Mas eles vinham com uma referência, tá entendendo? (C5).</i>
	<i>Quando ele chega é muito difícil ele chegar só, geralmente ele vem com o consultório de rua [...] (C6).</i>
	A gente faz o exame do escarro [na rua]. <i>E aí dando positivo, a gente leva esse resultado e leva o usuário lá para o Clementino. E lá no Clementino, no hospital, eles fazem, é, a conduta deles, né? (C8).</i>
	São pessoas jovens que estão lá na rua, vem entra mal, <i>entra mal, às vezes vem o próprio SAMU que pega na rua e traz para cá [...] ou são recolhidos pelo SAMU ou simplesmente por demanda espontânea chegam aqui [...] (C11).</i>
	<i>Eles vêm trazidos por ambulância. Vem pelo SAMU. As vezes assim muito raro eles vêm andando (C15).</i>
Retaguarda Laboratorial	<i>A gente coleta a primeira baciloscopia na rua, a primeira amostra e ai leva para o laboratório. Lá para o de Mandacaru [UBS de Mandacaru – bairro da cidade de João Pessoa] (C3).</i>
	<i>É tudo feito e coletado e vai para o laboratório da instituição. Aí tem a baciloscopia normal e o teste rápido, que é o TRM (C4).</i>
	Agora a continuidade no sentido das baciloscopias é o que eu vejo a maior dificuldade eles terem de sair, porque às vezes eles não têm condições financeiras pra sair para pegar um ônibus e ir lá em Mandacaru [UBS de Mandacaru – bairro da cidade de João Pessoa] que é o centro de referência [...] mas às vezes eles não têm condições de ir. <i>Hoje, realmente, eles estão sendo responsáveis por fazer essa, pra levar essa coleta lá, no caso que é na UBS de Mandacaru (C5).</i>
	<i>A gente leva o recipientezinho pra fazer a baciloscopia, ai a gente sempre faz isso, quando a gente identifica que possa ser, ai a</i>

	<p>gente oriente para fazer o escarro, <i>a gente recolhe e leva na unidade de saúde</i> [UBS de Mandacaru – bairro do município de João Pessoa] (C7).</p>
	<p>A gente tem uns potinhos. A gente pede para fazer o escarro. A gente explica bem direitinho como deve fazer <i>e a gente leva para uma unidade. Lá em Mandacaru</i> [UBS de Mandacaru – bairro da cidade de João Pessoa] (C8).</p>
	<p>Hoje a gente entrega o material pra o paciente, orienta, ele faz, a gente já deixa identificado, no potezinho, <i>ele vai lá no CAIS</i> [Centro de Atenção Integral à Saúde] <i>e deixa, no caso [...] do Cristo</i> [bairro do município de João Pessoa], hoje o resultado tá saindo bem rápido, <i>a dificuldade é só o paciente querer fazer. [...] Fez [exames] quando tava internada. Porque não tinha quem levar, nem podia fazer aqui, nem ela ia. [...] No Clementino ela fez o raio X, a baciloscopia</i> (C13).</p>
	<p>[...] a gente solicita em duas vias, e vem os potes que antigamente vinha pra cá agora não vem mais, e eu identifico com o nome do paciente, unidade de saúde, a data da primeira, porque são suas amostras, e oriento bem direitinho o paciente em relação a essas amostras, <i>ele vai e colhe, depois que ele colher junto com essas vias ele vai lá na unidade de Cruz das Armas integrada</i> [bairro do município de João Pessoa], aquela unidade bem grande em frente a caixa econômica, <i>é lá que tá fazendo</i> (C14).</p>
<p>Tratamento/ Seguimento</p>	<p>[...] <i>a gente faz a transferência para o município para que ele seja atendido na unidade</i>, também tem a unidade de saúde <i>é mais próximo do local onde ele está como referência</i> (C3).</p> <p>[...] teve alguns usuários que a gente conseguiu, que concluisse o tratamento, <i>mas eles passaram a maior parte internado no hospital, é, e depois conseguiu ser encaminhado para casa de acolhida</i> [...] A gente busca, assim, quando o paciente, é internado ou está fazendo tratamento de tuberculose, para tuberculose, <i>a gente procura articular o mais rápido a casa de acolhida</i>, porque se ele quiser ir para casa a gente tenta garantir a vaga para ele. (C3).</p> <p>[...] quando a gente encontra com o usuário já é, <i>ele já vem de um hospital, já estava internado e agente dá continuidade a esse acompanhamento</i> (C3).</p> <p><i>Às vezes além do tratamento da tuberculose precisa fazer um acompanhamento em relação ao uso de substâncias, então são inseridos também no CAPS, é isso</i> (C3).</p> <p>[...] quando o paciente tem alta a gente leva o paciente para o setor aqui de liberar a medicação com a enfermeira. <i>E a enfermeira orienta, passa a transferência para o PSF a gente já informa a ele que aquela documentação quando ele chegar já tem que entregar antecipadamente no PSF para poder fazer, pra providenciar a medicação dele que ele vai continuar o tratamento lá</i> (C4).</p> <p>Ai esses casos isolados <i>eles ficam internados até dar alta por</i></p>

	<p><i>cura (C4).</i></p> <p>Porque eles eram acompanhados aonde? No Clementino Fraga, <i>então eles estão destinando exatamente para os locais que são mais próximos</i>, tá certo, no caso dele aqui, era o [nome da unidade] e eles fazem exatamente esse acompanhamento aqui (C5).</p>
	<p>[...] então as vezes <i>quando tem vaga e quando pode a gente interna, quando não a gente realmente conversa, orienta, entrega a medicação mas sabendo muitas vezes que ele se perde (C6).</i></p>
	<p><i>Ele fica vindo mensalmente por conta da medicação, mas se for transferido pra alguma unidade básica da área o pessoal de rua fica na área e fica pegando a medicação lá, a gente vai só monitorar a saída de transferência e a gente vai saber futuramente concluiu o tratamento, mas quem vai monitorar é a unidade de saúde junto com o consultório de rua (C6).</i></p>
	<p><i>Elas [as profissionais do consultório na rua] dizem: “a gente é quem vai ficar responsável”. Elas mesmo voltam com 30 dias para pegar as medicações pra pelo menos 6 meses aquela criatura fazer o tratamento (C6).</i></p>
	<p>[...] a gente proporciona sempre isso com o vínculo, <i>vínculos com a unidade de saúde, vínculo com o CAPS, vínculos com alguns hospitais que temos ainda esse vínculo, aí vem a casa de acolhida também, então, abrange tudo (C7).</i></p>
	<p>[...] quando acontece de algum usuário nosso ficar na casa de acolhida e ele precisar de alguma coisa a gente vai lá, <i>mas como tá acolhido, tem a casa para administrar tudo isso</i>, sabe, então só se ele precisar mesmo de alguma coisa, de levar pra o hospital, de tá mal, mas <i>a medicação fica lá então as meninas que trabalham lá na casa de acolhida dá essa medicação</i>, então não tem muito assim o que fazer (C8).</p>
	<p><i>E aí pronto, a gente também faz a parceria com o CAPS, porque precisam, né? Alcoólico, droga, então precisa da companhia do CAPS [...]. (C8).</i></p>
	<p>Parte do médico, muitas vezes <i>já tem uma conduta de não liberar para ir pra rua, quando é paciente de difícil manejo</i>, então quando consegue tratar o <i>médico sempre pede pra mandar para alguma casa de apoio, de alguma forma, consultório de rua vem buscar (C10).</i></p>
	<p>A maior preocupação que eu acho é <i>essa da questão da sequência tratamento que é a assistência lá fora que ele não vai ter (C10).</i></p>
	<p>[...] tem muitos que são moradores de rua quando eles saem daqui eles saem bem [...] Então esses pacientes depois que eles saem daqui eles são orientados, eles são encaminhados ao ambulatório [...] <i>esses pacientes são encaminhados para seus PSFs (C11).</i></p>
	<p>[...] tem muitos que são moradores de rua quando eles saem daqui eles saem bem, eles chegam mal, chegam mal, principalmente os pacientes que tem tuberculose que eles, <i>há uma quebra, quando eles saem daqui, eles são orientados, levam</i></p>

	<p>a medicação, porque a tuberculose é eminentemente ambulatorial, você entendeu? Então esses pacientes depois que eles saem daqui eles são orientados, eles são encaminhados ao ambulatório, que você vai ver tem toda uma estrutura de enfermagem pra receber, orientar e direcionar e dá a medicação, esses pacientes são encaminhados para seus PSFs, quando por algum motivo nos PSFs não recebem ou eles não vão, eles vem aqui tem essa medicação (C11).</p>
	<p>A gente entrega a medicação e elas [as profissionais do consultório na rua] ficam na responsabilidade de dar o apoio, né, dar o abrigo (C12).</p>
	<p>[...] ela veio encaminhada do Clementino, ela veio encaminhada de lá já. [...] a gente notificou para pegar a transferência [...] e assim, a gente ficava muito em cima em relação a medicação pra ela tomar naquele horário direitinho, todos os dias o agente de saúde passava lá, no dia em que eu entregava a cartela ela tomava dose aqui comigo, supervisionado, a gente pesava, pelo menos uma vez no mês ela vinha pra gente pesar, entregar a cartela e fazer a dose supervisionada, e o agente todos os dias passava lá porque já sabia da dificuldade né (C14).</p>
	<p>A alta deles é o seguinte, geralmente a médica pede que a gente entre em contato com o social [assistente social] para o social entrar em contato com a secretaria para que localize. Tem um grupo que dá apoio. Por exemplo, se lá no centro ali naquela região pegando por ali tem um posto de saúde o senhor qual é o local em que o senhor fica reside na rua? Aí se ele disser assim: 'No Varadouro. Eu fico ali no varadouro'. Então vê onde é que é o PSF do Varadouro e pede que a pessoa fique, tenha uma pessoa encarregada que fique, dê uma passada e veja se ele realmente está tomando a medicação. Muitas vezes pede que o PSF fique de posse dessa medicação e que ele vá todo dia tomar (C15).</p>

Quadro 02: Dificuldades no fluxo da assistência a pessoa em situação de rua doente de tuberculose – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017.

Unidades de registro	Segmentação Textual
Descontinuidade no fluxo de comunicação	A gente fazia o encaminhamento [para a internação]. A médica fazia o encaminhamento. Fazia o encaminhamento e ele ia. <i>Aí não trazia os exames de escarro [C2].</i>
	A gente entrou em contato com o pessoal da [nome do bairro], PSF da [nome do bairro], para ver se resgatava ele [...]. Então o pessoal transferiu ele para a [nome do bairro]. <i>Aí eu não soube mais notícia dele de jeito nenhum [C2].</i>
	Os dois exames que ele fez aqui deram positivo. <i>E lá no Clementino? Será que ele fez mais algum? Eu não sei (C2).</i>
	[...] ele se dizia morador de rua, é, então ele frisava bem que não tinha nada para apresentar pra gente. Nenhum exame, é, nada, nenhuma receita, nenhuma prescrição médica (C9).

<p>Conflito de atribuições/ Responsabilidades</p>	<p>É que depende da equipe. <i>Muitas vezes chega um usuário, lá, numa unidade de saúde e o pessoal liga para o consultório porque é morador de rua.</i> Sendo que ele, se o usuário chega no serviço, ele deve ser atendido como qualquer outro, independente de ser morador de rua ou não [...] (C3).</p>
	<p>Aí o que aconteceu? Eu falei com a médica disse: Olha, não tem condições não. <i>A gente vai ter que encaminhar esse paciente. Vamos encaminhar por que ele nem é da gente [...]</i> (C2).</p>
	<p>Antigamente, não sei se há uns quarenta anos atrás, o <i>tratamento era hospitalar. Você ficava internado seis meses. Não tinha um tratamento ambulatorial. Eu acho que era melhor</i> (C12).</p>
	<p>[...] por mais que <i>criaram o consultório de rua que ajuda, mas eu acho que não está implantado como deveria, acho que é muito frágil ainda a situação, entendeu?</i> (C5).</p>
	<p>[...] a gente sentiu necessidade, realmente, de ter essa comunicação entre o Centro Pop a Unidade de Saúde, <i>vir com o encaminhamento</i> (C5).</p>
	<p>Porque eu não vou estar saindo daqui sozinha. Até porque eu não posso sair sozinha para a rua. E outra coisa é uma área [...] <i>no caso dele é Centro Pop, é área descoberta, então a gente não tem, como é que eu posso dizer, não é interesse, mas a gente não tem essa responsabilidade de ir lá, entendeu?</i> Nessa pessoa (C5).</p>
	<p>[...] <i>porque a unidade básica de saúde, ela assim, não vou generalizar claro, temos unidades que tem excelentes enfermeiros que eu lido, porém eu posso lhe dizer fiel de 60% em João Pessoa não adere ao programa. Elas não gostam de tratar a tuberculose porque a tuberculose é um programa que não traz fins lucrativos nenhum diferente de outros, [...] tuberculose só vai trazer trabalho e contaminação a verdade seja dita, elas preferem não ter um paciente tossindo lá na área delas porque vai ter uma amiga ou alguém dela lá pra ser atendida e vai ter medo que ela pegue tuberculose, então manda pra o clementino que lá [nome do colaborador] e as meninas tratam, eles não tem vontade de captar na área</i> (C6).</p>
	<p><i>O PSF é um programa muito falho, é um programa que se restringe só a medicação dentro do PSF, porem esses pacientes moradores de rua eu acredito que na maioria ele não cumpre que vai buscar sua medicação, então ai perde o tratamento, e a partir do momento que ele não vai pegar sua medicação ele ta usando drogas, não tem com chegar ao PSF pela situação que ele se encontra e não faz o tratamento</i> (C10).</p>
	<p>[...] <i>E eu diria que a rede básica se fosse regulamentada do jeito que o SUS manda podia até não ser fantástico, mas melhoraria muito [...] quem tá na rede básica, na unidade básica de saúde muitas vezes fica no seu consutoriozinho, chega seu momento de ir pra casa vai embora você entendeu?</i> (C11).</p>

	<i>[...] porque o pessoal da Atenção Básica, pessoal da prefeitura, não consegue fazer o que deveria, né? (C12)</i>
Retardo no diagnóstico e início do tratamento	<i>E aí se o resultado der positivo, a primeira, dependendo da situação dele porque as vezes ele tá muito debilitado que não tem condições de iniciar um tratamento na rua, aí a gente já leva para o Clementino (C3).</i>
	<i>Quando já tá nas últimas, é quando já tá no chão, debilitado, sem conseguir nem se levantar, o SAMU tem que ir lá buscar, aí chega até a rede hospitalar, mas se tiver um cuidado que deveria ter com as unidades de saúde não tem, então, por esse motivo é que ele chega até a rede hospitalar, porque chegou as últimas dele e ele precisa de um atendimento de urgência, emergência, e aí? Aí tem que ir pra rede hospitalar. Só nesse caso, né? (C7).</i>
	<i>Se tiver muito mal a gente leva direto para o Clementino que tem porta aberta para isso para receber, então a gente leva direto (C8).</i>
	<i>[...] então quando ele vem para o hospital ele já vem em uma situação mais grave, ele não vem ao hospital só pra pegar uma medicação para tuberculose, ele vem numa condição de risco mais grave (C10).</i>
Dificuldade de Adesão/ Abandono do tratamento/ Resistência medicamentosa	<i>Já estava resistente, a medicação já não servia mais para ele. Abandonava, começava, abandonava, começava, abandonava (C2).</i>
	<i>E aí também a gente vê muito abandono de tratamento. O pessoal abandona o tratamento, pede alta a pedido, aí depois retorna de novo, inicia novamente até chegar ao ponto de ficar resistente (C4).</i>
	<i>Ela já fez, já iniciou o tratamento, já, já desistiu do tratamento, já iniciou de novo [...] porque muitas das vezes iniciam o tratamento, mas não dão continuidade (C7).</i>
	<i>[...] na rua é difícil manter esse tratamento, porque eles, é como o tratamento de TB são seis meses, então é difícil manter a rotina de antibióticos por seis meses. Muitos acabam indo embora [...] e abandonam o tratamento e tempos depois eles retornam piores (C8).</i>
	<i>[...] na maioria das vezes não completam o tratamento, é muito difícil ele fazer o tratamento no tempo certo é sempre prolongado [...] (C10).</i>
	<i>[...] porque as vezes ao retornar de tanto ir e vir eles ganham uma coisa que nós chamamos de a multirresistência [...] ficam fragilizados a ponto de o tratamento não dar mais resultado você entendeu? Então muitos morrem (C11).</i>
	<i>[...] quando se drogam eles deixam, né, deixam de tomar a medicação. Aí abandonam e é um problema de saúde pública enorme, né? Porque eles ficam lá na rua resistente, transmitindo pra todo mundo, né (C12).</i>
	<i>[...] a gente teve uma de rua, ela já vinha de outro local, tinha iniciado o tratamento várias vezes, já tinha abandonado várias vezes, inclusive ela não fez um tratamento correto [...] (C13).</i>

	<i>Que ele voltando para a rua ele abandona e tem que começar do início o tratamento (C15).</i>
--	---

DISCUSSÃO

Fluxo da assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose na rede socioassistencial

Neste estudo as pSR doentes de TB acessaram os serviços de saúde por portas de entrada diversas: hospital de referência para doenças infectocontagiosas; hospitais gerais e de emergência; AB e hospital de referência por intermediação das equipes de consultório na rua; e AB e hospital de referência por articulação do Centro Pop. No entanto, embora alguns usuários tenham buscado as UBS/eSF para realizar o tratamento da TB, sobretudo encaminhados pelo Centro POP e pelas equipes de CnaR, a porta de entrada mais comumente acessada pela pessoa em situação de rua adoecida por TB foi o hospital de referência para doenças infectocontagiosas (que tem atendimento de urgência e emergência), ainda que a AB seja preconizada como porta de entrada prioritária para essa população (BRASIL, 2012).

Tal cenário reflete particularidades na prestação de assistência ao doente de TB e está em consonância com a literatura científica da área que aponta que os serviços de AB apresentam limitações para atuar como porta de entrada no sistema de saúde, sobretudo no que diz respeito à suspeição de casos e para a confirmação diagnóstica precoce da doença (SÁ et al., 2015; PAIVA et al., 2014), não se constituindo como porta de entrada preferencial para o usuário que, na iminência dos sintomas, procura mais pelo pronto atendimento (BALDERRAMA et al., 2014). Além disso, ainda que o doente busque inicialmente a AB, comumente o diagnóstico da TB tem se dado nas atenções secundária e terciária (SILVA-SOBRINHO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2011), refletindo dificuldades dos serviços da AB na prestação da assistência as pessoas em situação de rua (OLIVEIRA et al., 2017).

Nesse sentido, apesar de ser um agravo prioritário na política de AB, a TB ainda é negligenciada e não é vista como responsabilidade da AB, a qual, muitas vezes, não possui capacidade para atender os casos suspeitos e nem dar resolubilidade aos problemas (ANDRADE et al., 2013). Parece haver uma orientação

de encaminhamento para o serviço especializado de todo o paciente sintomático respiratório, como uma questão a ser resolvida por serviços de referência (CAMPOS; FONSECA; PESSINI, 2012), fato que se intensifica em se tratando da PSR, tendo em vista que esse grupo social é historicamente marcado por um processo de exclusão dos serviços de saúde (BRASIL, 2012), sendo estes disponíveis, em sua maioria, inadequados à realidade e às necessidades dessas pessoas.

A partir das falas dos profissionais foi possível identificar que o acesso das pessoas em situação de rua doentes de TB pelos serviços hospitalares de urgência e emergência está associado também à gravidade do quadro clínico dessas pessoas. Por demanda espontânea, levados pelo SAMU e encaminhados pelas equipes de CnaR e/ou pelo Centro POP, esse grupo social normalmente se reporta ao serviço de saúde apenas em situações emergenciais.

Cabe ressaltar que a dinâmica da vida nas ruas faz com que a concepção de saúde da PSR seja associada à capacidade de estar vivo e de resistir às dificuldades do dia a dia nas ruas, o que faz com que o usuário só reconheça seu corpo doente quando os sinais/sintomas da doença instalada passem a dificultar a realização de suas atividades diárias, interferindo negativamente na capacidade de prover sua subsistência. Assim, é preciso rever a abordagem de saúde para esse grupo populacional, afastando-se da perspectiva estritamente curativa e investindo, sobretudo, na formação de uma rede pautada em ações intersetoriais, na perspectiva da promoção da saúde, inclusão social, empoderamento e cidadania.

Outro aspecto importante a ser mencionado é o protagonismo do Centro POP nas ações voltadas a PSR com TB. Conforme emergiu das falas, o Centro POP é, muitas vezes, responsável pela identificação das necessidades em saúde dessa população, bem como, por vezes, se responsabiliza pela execução do acompanhamento/tratamento. Assim, as dificuldades da população em acessar diretamente os serviços de saúde fazem com que os serviços da assistência social hipertrofiem seu papel junto à clientela. Além disso, as exigências dos serviços de saúde para possibilitar o acesso parecem fortalecer o funcionamento setorializado, ficando a cargo das equipes da assistência social a articulação com toda a rede de saúde, atuando também como referências para os usuários (BORYSOW; FURTADO, 2013).

Já em se tratando da retaguarda laboratorial, a forma de coleta e o serviço utilizado dependem da porta de entrada do usuário, não havendo uma distinção clara de fluxo. Se atendido no hospital de referência, o usuário realiza todos os exames necessários na própria instituição. Se atendidos pelas equipes do CnaR a coleta é feita na rua e os profissionais da equipe transportam o material até o laboratório de referência, bem como resgatam os resultados. Por sua vez, ao serem atendidos nas UBS/eSF os usuários recebem os potes e são orientados quanto ao procedimento de coleta e, após realizarem a coleta, os próprios usuários são responsáveis por levar o material até a referência laboratorial mais próxima.

Importante mencionar que o município descentralizou a realização das baciloscopias para laboratórios em diferentes UBS e em Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) em diferentes bairros. No entanto, apesar da descentralização buscar facilitar o acesso dos usuários aos exames, para a PSR essa estratégia não tem se mostrado eficiente. As falas indicam que a necessidade de se deslocar (o que implica gastos), bem como a necessidade de afastar-se de sua rotina de busca diária pela sobrevivência para ir até o laboratório têm se configurado como importantes obstáculos para a realização dos exames por essa população.

Nesse cenário, apesar de ser possível identificar certo tom de culpabilização do indivíduo pela não realização dos exames “[...] *a dificuldade é só o paciente querer fazer*” (C13), as falas evidenciam que, atentos a essas dificuldades, os próprios profissionais mencionaram (re)arranjos para viabilizar a realização dos exames: “[...]. *O agente de saúde levava, eu sempre pedia para o agente ir lá levar porque ela não ia, aí ele levava. Porque ela não tinha dinheiro pra passagem*” (C14). Assim, especificamente para a PSR, outras estratégias precisam ser pensadas para facilitar a realização dos exames. Nesse sentido, sugere-se que o município forneça condições às equipes de prestar todo o apoio necessário à realização de exames pela pSR doente de TB, quer seja disponibilizando verba, definindo pessoas de articulação/profissionais para transportar as amostras, articulando meios de transporte (para membro da equipe e/ou para o próprio usuário) ou mesmo oferecendo incentivos materiais (vale-transporte) para o usuário conseguir se deslocar.

Após acessar o serviço de saúde e conseguir realizar os exames diagnósticos, as pessoas em situação de rua passam então a realizar o tratamento. Neste estudo, o tipo de tratamento a ser seguido pelo usuário teve estreita relação

com o serviço em que o mesmo foi diagnosticado. Se diagnosticado na UBS/eSF, o usuário pode seguir sendo acompanhado pela UBS/eSF ou ser encaminhado para o hospital de referência. Ao ser diagnosticado em hospitais gerais, o usuário é encaminhado ao hospital de referência. Ao ser diagnosticado no hospital de referência o usuário pode seguir em tratamento em regime de internação hospitalar, pode ser transferido para acompanhamento nas UBS, pode ser encaminhado para casas de acolhida e realizar o tratamento lá, pode retornar às ruas e realizar tratamento diretamente observado (TDO) sob acompanhamento pelas equipes de CnaR e pode retornar às ruas para realizar o tratamento auto administrado.

Assim, a variedade de opções de tratamento expressa a ausência de um fluxo bem definido e contradiz, muitas vezes, o preconizado; tendo em vista que o tratamento diretamente observado (TDO) é indicado como estratégia para melhoria da adesão e continuidade do tratamento nessa clientela (BRASIL, 2012).

Nesse cenário, tendo em vista que o acesso da PSR ao diagnóstico e tratamento no município em questão se dá, sobretudo, em nível hospitalar, conforme já mencionado, o percurso do usuário após a alta hospitalar desponta como grave preocupação entre os profissionais. Os profissionais parecem experimentar o conflito entre compreender que a transferência para seguimento do tratamento em regime de TDO na UBS/eSF – local mais próximo de onde o doente vive – é preconizado e deveria, pelo menos teoricamente, facilitar a adesão e a continuidade do tratamento. Contudo, demonstram preocupação com a continuidade do tratamento fora do âmbito hospitalar. Assim, a internação hospitalar foi, por diversas vezes, apontada como estratégia para obtenção da cura como desfecho terapêutico entre os casos de TB na PSR. Destarte, oferecer a possibilidade de internação por vulnerabilidade social no início ou em todo o período de duração do tratamento, caso necessário e com consentimento do paciente (BRASIL, 2012), se mostra estratégia eficaz para o controle da TB nessa população.

No entanto, cabe destacar a necessidade de articulação de estratégias para a continuidade do cuidado em caso de inexistência de leito/vaga hospitalar e/ou recusa da hospitalização pelo paciente. Nesses casos, o serviço deve buscar alternativas que englobem apoio alimentar e alojamento temporário, com encaminhamento a instituições de abrigamento, às casas de apoio, ou casas de acolhida e/ou cuidado, onde os doentes devem permanecer durante o período de tratamento e/ou restabelecimento de sua saúde (BRASIL, 2012).

Além disso, é preciso ainda articular estratégias para a continuidade do tratamento dos doentes que, ao recusarem abrigo, permaneçam na rua. Nesses casos, o tratamento vai demandar uma intensa articulação intra e intersetorial, sobretudo envolvendo os profissionais da UBS/eSF, das equipes de CnaR, das equipes dos CAPS e dos profissionais de assistência social. É preciso refletir que a dificuldade apontada nas falas para a continuidade do tratamento fora do hospital, principalmente na AB, está fortemente associada à forma de organização desses serviços, evidenciando a necessidade de (re)arranjos institucionais e organizacionais para a atenção àqueles que vivem em situação de rua, visto que essa atenção requer flexibilização em detrimento à lógica normativa de sua organização e implementação, principalmente no que concerne à exigência do cumprimento de metas de produção de cadastro, procedimentos e acompanhamento de programas.

Dificuldades no fluxo da assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose

A primeira dificuldade no fluxo da assistência a pSR doente de TB identificada a partir das falas dos participantes do estudo foi a descontinuidade no fluxo de comunicação entre os serviços que compõem a rede de assistência. Percebe-se uma extrema dificuldade entre os serviços de estabelecer uma via formal de compartilhamento de informações, ainda que poucas falas tenham revelado a existência de troca de informações de forma informal, sobretudo por meio de contato telefônico, e a depender do 'interesse' do profissional envolvido.

Nesse sentido, apesar de no campo, durante a realização das entrevistas, ter sido possível ver a cópia de um prontuário de internação hospitalar que foi encaminhada para uma das UBS, essa prática parece ainda não estar consolidada para todos os pacientes e em todos os casos. Nesse cenário, apesar da constatação de iniciativas como esta, a lacuna permanece. Assim, para além de expor a dificuldade de obtenção de informações, as falas dão conta da dificuldade de coordenação dos serviços na assistência à pSR doente de TB; esta entendida como garantia de alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos, incluindo, ainda, o

encaminhamento e o acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados (STARFIELD, 2002).

Particularmente para doenças com características crônicas, como a TB, e para a PSR, com sua complexidade e vulnerabilidade, o gerenciamento para manejo e cuidado ao longo do tempo, ou seja, de continuidade da assistência, é imprescindível; sobretudo na busca pela garantia da adesão e do tratamento a longo prazo. Entende-se, pois, que a coordenação da assistência na TB requer a construção de um modelo flexível, pautado na integração dos serviços, com profissionais imbuídos de conhecimento e escuta e que exercitem o papel de educadores, potencializando a autonomia do doente e estimulando a corresponsabilização no cuidado (ASSIS et al., 2012).

Outro ponto que merece destaque são os conflitos de atribuições/responsabilidades na execução das ações de assistência de saúde a pSR doente de TB. A partir das falas dos colaboradores, foi possível identificar uma grande tensão entre as instituições/serviços envolvidas na rede de assistência, uma vez que parece não haver um claro entendimento sobre quem deve fazer o que na assistência a esse grupo populacional. Por vezes, as falas indicaram que as equipes que atuam na AB parecem desconhecer o seu papel na rede de assistência, encaminhando os pacientes para o hospital de referência, ainda que esse paciente não esteja com quadro clínico grave que justificasse a necessidade de atendimento hospitalar urgente, e/ou solicitando a presença das equipes do CnaR para o atendimento inicial ao usuário, sem ao menos realizar o acolhimento.

Nesse cenário, mesmo que se reconheça que o modelo generalista da AB gera sobrecarga de trabalho aos enfermeiros, sendo um fator que dificulta o tratamento da TB (GUIMARÃES et al., 2016), se entende que a AB deve ser um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, possibilitando a inserção efetiva da PSR no SUS (BRASIL, 2012). E, ainda que as equipes de CnaR sejam a porta de entrada prioritária da PSR na AB, o CnaR não é a única porta de entrada da PSR no SUS e o atendimento à PSR também não é exclusivo do CnaR, devendo a AB assumir seu papel frente às demandas da PSR (BRASIL, 2014). Assim, o que se almeja é que o cuidar dessa população no território deixe de ser exclusividade do CnaR para fazer parte do caminho de comprometimento a ser construído por todos os profissionais envolvidos (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015).

Além disso, ainda que tenha sido indicada como unidade de referência, uma das UBS do estudo exigia encaminhamento formal (por escrito) do usuário pelo Centro POP para acesso ao atendimento. Nesse sentido, a necessidade de comprovação ou de referência de residência para aqueles serviços de saúde que trabalham a partir de bases territoriais evidenciam que mesmo quando os serviços são ofertados para a população em geral, não contam com condições de acolhimento do público que vive nas ruas (COSTA, 2005).

Assim, quem vive na rua não pertence a nenhuma área de abrangência específica, e, portanto, torna-se invisível para a rede de serviços de saúde (COSTA, 2005). E, tendo em vista as especificidades da assistência à PSR, ao buscarem atendimento na UBS esses usuários devem ser acolhidos para que consigam alguma orientação, conforto e encaminhamento para a resolução de seu problema. Caso contrário, sua circulação/acesso pela rede poderá ficar impossibilitada perante os inúmeros procedimentos impessoais e burocratizados (BRASIL, 2012).

Outro entrave para a assistência à pSR com TB identificado neste estudo foi a incipiente busca ativa. Conforme fragmento textual do colaborador 6: “[...] *eles não tem vontade de captar na área*”. Nesse sentido, parece haver um desinteresse – proposital? Ou gerado pela já mencionada sobrecarga de trabalho? – dos profissionais pela realização de busca ativa de casos, fato que aumenta as chances de contaminação dos comunicantes e retarda o diagnóstico e tratamento (SÁ et al., 2011). Assim, a busca ativa de casos de sintomáticos respiratórios entre as pSR deve ser uma prioridade no processo de trabalho dos profissionais/serviços que atuam na prestação de assistência de saúde a esse grupo específico (OLIVEIRA et al., 2017).

Neste estudo, o retardo no diagnóstico da TB foi evidenciado a partir das falas dos colaboradores, ao indicarem a gravidade clínica das pSR com TB, como motivo para a internação hospitalar. Assim, a necessidade de internação hospitalar por TB pulmonar pode estar relacionada à debilidade do doente devido ao agravamento da doença em função da demora do diagnóstico (ARCÊNCIO; OLIVEIRA; VILLA, 2007), sendo a detecção precoce da TB imprescindível na tentativa de redução da transmissão da infecção à sociedade, uma vez que se estima que cada caso de TB identificado e curado na PSR reduz o número de novos casos na população em geral em 3-4 no prazo de 1 ano e em até 20 dentro de 5 anos (ROMASZKO et al., 2016).

Outra dificuldade evidenciada nas falas dos colaboradores diz respeito à dificuldade de adesão ao tratamento, que corrobora para o abandono do mesmo e favorece o aparecimento de bacilos multirresistentes, sendo o abandono considerado um grande entrave para o controle e eliminação da doença no campo da saúde pública (ROCHA; ADORNO, 2012). Nesse cenário, são vários os obstáculos a adesão ao tratamento continuado pela PSR, tais como: alimentação inadequada; uso de álcool e outras drogas; transtornos mentais; dinâmica da rua, que não contribui para que os remédios sejam tomados com regularidade; roubo dos pertences individuais e/ou seu recolhimento pelos órgãos públicos – entre eles, os medicamentos sobre o cuidado do doente (BRASIL, 2012).

Assim, a fim de garantir a adesão ao tratamento, se evidencia a necessidade de utilização de estratégias diferenciadas voltadas para as reais necessidades de saúde da PSR, sendo a estratégia de TDO apontada como exitosa para promover a adesão e cura destes pacientes, especialmente se acompanhada de incentivos materiais, como a oferta de dinheiro, vouchers para lanches, tickets telefônicos ou oferta de alimentação; resultando em uma maior taxa de cura e menos recaídas para esta população (LUTGE et al., 2015; HWANG et al., 2005; HWANG, 2001; BRICKNER et al. 1993).

Nessa perspectiva, os próprios entrevistados apontam para a necessidade de retomada de experiências exitosas: [...] *a gente tinha um DOTS no passado, não sei se você sabe, que era uma assistência que a gente acompanhava com a medicação, mas a gente alimentava os pacientes, eles vinham tomavam café, ganhava um vale transporte e tomava o remédio. O índice de cura era altíssimo (C6)*. No entanto, tendo em vista as peculiaridades da PSR, o impacto de ações gerais pode não ser o esperado. Assim, sugere-se que os vários pontos da rede assistencial se articulem no sentido de identificar as necessidades de cada pSR com TB e construir um projeto terapêutico singular, multiprofissional, intersetorial, e pactuado com o usuário, de modo que ações possam ser planejadas e incentivos possam ser oferecidos em real compasso com a realidade da pSR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rede de assistência à pessoa em situação de rua adoecida por TB no município de João pessoa – Paraíba – Brasil é composta por instituições/serviços da

saúde e da seguridade social, conformando uma rede socioassistencial ampla e de fluxo pouco claro; sendo o caminho percorrido pelos doentes associado aos serviços pelos quais eles acessam a saúde e obtém o diagnóstico.

A porta de entrada mais comumente acessada pela pessoa em situação de rua adoecida por TB foi o hospital de referência para doenças infectocontagiosas. Já em se tratando da retaguarda laboratorial, a forma de coleta e o serviço utilizado dependem da porta de entrada do usuário; havendo menção a descentralização dos serviços diagnósticos no município, sem que isso se traduza em melhoria do acesso aos exames pela PSR doente de TB.

Por sua vez, o seguimento do tratamento do usuário teve estreita relação com o serviço em que o mesmo foi diagnosticado. No entanto, a continuidade do tratamento fora do âmbito hospitalar se destacou enquanto entrave ao desfecho terapêutico cura, sendo a possibilidade de internação hospitalar por vulnerabilidade social apontada como estratégia para a conclusão do tratamento.

Como dificuldades no fluxo da assistência foram identificadas: a descontinuidade no fluxo de comunicação, expondo fragilidades na coordenação dos serviços na assistência à pSR doente de TB; conflitos de atribuições/responsabilidades em âmbito intrasetorial, refletindo a indefinição do fluxo da assistência e a dificuldade dos serviços de identificarem seu papel na rede; retardo no diagnóstico e início do tratamento, associado à incipiente realização de busca ativa e evidenciado pela gravidade clínica dos casos de TB na PSR; e dificuldades de adesão/ abandono do tratamento/ resistência medicamentosa, relacionadas aos diversos obstáculos que essas pessoas enfrentam.

Assim, apesar de envolver instituições/serviços de saúde e assistência social, o fluxo da assistência a pSR doente de TB apresenta importantes lacunas. Para superação desse quadro, sugere-se o reforço da articulação intra e intersetorial, além de (re)arranjos institucionais e organizacionais para a atenção àqueles que vivem em situação de rua.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124, Jan. 2012 .

ANDRADE, R. L. P. et al . Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1149-1158, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601149&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun 2017.

ARCENCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 409-417, Apr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200017>.

ASSIS, E. G. et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 111-118, Feb. 2012.

BALDERRAMA, P. et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 511-9, set. 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/21408>>. Acesso em: 25 Set. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jun 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100003>.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. 2008. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf>. Acesso em: 25 Mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Decreto nº. 7508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011a; 29 jun.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38p.: il.

BRICKNER, P. W. et al. Providing Health Services to the Homeless: A Stitch in Time. **Bulletin Of The New York Academy Of Medicine**. vol. 70, n. 3, p. 146-170, 1993.

CAMPOS, A. G.; SOUZA, M. P. F. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.), São Paulo, v. 14, n. 3, ago. 2013. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2017.

CAMPOS, C. E. A.; FONSECA, A. C. F.; PESSINI, M. L. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? **Cad Saude Coletiva**. vol. 10, n. 2, p. 188-94, 2012

CARNEIRO JUNIOR N, et al . Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saude soc.**, São Paulo. vol. 2, n. 2, p. 47-62, 1998.

CIORAN, V.; MINCĂ, D. G.; BRÎNDUȘE, L. A. Costs-of-illness evaluation methodology due to tuberculosis in homeless adults in Bucharest. **AMT**, vol. 20, n. 2, p. 13-15, 2015.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização*. Revista Virtual Textos & Contextos. Nº 4, ano IV, dez. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>>. Acesso em: 06 Jun 2017.

CRAIG, G. M.; ZUMLA, A. The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. **International Journal of Infectious Diseases**, vol. 32, p. 105–110, March 2015.

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

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

GUIMARÃES, M. R. et al. Transição para estratégia de saúde da família: implicações no tratamento da tuberculose. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 2):788-95, fev., 2016.

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

MAFFACCIOLLI, Rosana et al. A utilização da noção de vulnerabilidade na produção de conhecimento sobre tuberculose: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 247-253, 2015.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

OLIVEIRA, M. F. et al . A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 4, p. 898-904, Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jun 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400015>.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. The access of the homeless persons with tuberculosis to the health care: an integrative review. **International Archives of Medicine**, [S.l.], v. 10, apr. 2017. ISSN 1755-7682. Disponível em: <<http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2550>>. Acesso em: 05 May 2017.

PAIVA, R. C. G. et al. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 520-6, set. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/23491>>. Acesso em: 25 Out. 2015.

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

RICHARDSON, K. et al. Tuberculosis in Canada: Detection, Intervention and Compliance. **AIMS Public Health**. Volume 1, Issue 4, 241-255, 2014.

ROCHA, D. Z.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco, Acre¹. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p.232-245, 2012.

ROMASZKO, J. et al. A. active case finding among homeless people as a means of reducing the incidence of pulmonary tuberculosis in general population. **Adv Exp Med Biol**. vol. 911, p. 67-76, 2016.

SÁ, L. D. et al. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. **Cogitare Enferm.** vol. 16, n. 3, p. 437-42, Jul/Set, 2011.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**. vol. 46, n. 2, p. 356-63, 2012.

SÁ, L. D et al . Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. **Rev. Bras. Enferm., Brasília**, v. 68, n. 3, p. 467-473, Jun 2015.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação e rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 246-256, dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00246.pdf>. Acesso em: 30 Abril 2017.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica**. vol. 31, n .6, p. 461–8, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, June, 2005.

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

VILLA, T. C. S. et al. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**. v. 11, n. 24, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report**. 2016

7. CAPÍTULO III

DIFICULDADES VIVENCIADAS NA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA DOENTE DE TUBERCULOSE: percepções de enfermeiros

RESUMO

Objetivo: Identificar dificuldades vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de tuberculose a partir das percepções de enfermeiros. **Método:** Pesquisa qualitativa que envolveu 15 enfermeiros do município de João Pessoa–Paraíba–Brasil. As informações foram coletadas mediante entrevistas semidirigidas e analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** Foram identificadas dificuldades relacionadas aos usuários (pobreza/condição social, uso abusivo de álcool e drogas, falta de documentos, falta de conhecimento / concepções do adoecimento e hábito nômades), relacionadas aos profissionais/serviços de saúde (falta de qualificação profissional e falta de estrutura/insumos/pessoal) e as comuns a ambos (estigma/preconceito dos usuários, resistência do usuário em buscar o serviço de saúde, estigma/preconceito e resistência dos profissionais de saúde e violência no cotidiano dos doentes e dos profissionais). **Conclusão:** sugere-se que as ações de controle ampliem seu foco, abstendo-se da preocupação exclusiva com o biológico e incorporando o olhar atento às condições de vida e necessidades da PSR. Para tanto, é evidente a necessidade de articulação intra e intersetorial com vistas a prestação de assistência em saúde à pessoa em situação de rua com tuberculose em conformidade com o princípio da integralidade.

Descritores: Tuberculose; Pessoas em Situação de Rua; Assistência Integral à Saúde

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) figura como um grave problema de saúde pública no mundo, tendo a pobreza e as más condições de vida como substrato à sua manutenção (WHO, 2014). Tida como uma doença do passado, a TB ainda hoje se encontra em franca expansão, sobretudo nos segmentos mais empobrecidos da população de países de baixa visibilidade social (SULIS et al., 2014). Neste contexto, o perfil da TB indica que a mesma emerge da iniquidade social, retratando a insuficiência das políticas de saúde, desenvolvimento e bem-estar social e demonstrando um impacto maior nos grupos mais vulneráveis socialmente (BERTOLOZZI et al., 2014; BRUNELLO et al., 2011). E, dentre os grupos sociais mais vulneráveis ao processo de adoecimento por TB, destaca-se a população em situação de rua (PSR) (BRASIL, 2014a).

Utiliza-se neste estudo a expressão PSR para referir-se ao grupo populacional heterogêneo que possui em comum quatro características fundamentais: pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Existem poucos dados disponíveis sobre a TB na PSR no Brasil (BRASIL, 2012). Ainda assim, estima-se que a TB na PSR seja um grave problema de saúde, sempre com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento (COLLINSON, 2014; MALEJCZYK et al., 2014; BAMRAH et al., 2013; NYAMATHI et al., 2005), chegando a apresentar uma incidência até 67 vezes maior do que a população em geral (BRASIL, 2012) e se apresentando como um dos principais problemas de saúde observados nessa população (KLEIN; REDDY, 2015; SIEMION-SZCZESNIAK; KORZENIEWSKA-KOSELA; KUS, 2014; AGUIAR; IRIART, 2012; BRASIL, 2012).

Esta realidade indica que o desenvolvimento do tratamento eficaz e do conhecimento epidemiológico, ferramentas tradicionalmente empregadas para o controle da doença, têm sido insuficientes para abarcar a complexidade da prestação de assistência a PSR adoecida por TB, uma vez que o tratamento de pessoas em situação de rua (pSR) com TB é mais complexo e caro, pois demanda

um maior cuidado e apoio profissional e de instituições de saúde em comparação à população em geral (WHO, 2016a; MAFFACCIOLLI et al., 2015).

Nesse sentido, a complexidade e a especificidade da atenção à TB na PSR demanda um olhar diferenciado para o processo de adoecimento dessa população, uma vez que sua magnitude como doença socialmente produzida ultrapassa as barreiras biológicas. No SUS, vemos que as demandas da rua trazem uma extrema dificuldade aos serviços de saúde, tendo em vista a necessidade de considerar a integralidade das dimensões da saúde, a complexidade das formas de vida, a inseparabilidade entre saúde biológica, subjetiva e social, em atender uma realidade com modos de vida variados, com o trabalho e outras dinâmicas nos seus laços afetivos (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014; CARNEIRO JUNIOR et al, 2006).

Torna-se imprescindível, portanto, a reflexão acerca do caráter complexo e multidimensional da assistência prestada pelos profissionais de saúde à PSR com TB. Nesse contexto, os enfermeiros, pelo histórico da profissão, características de suas ações de cuidado nos diferentes cenários e atuação na saúde pública do país são comumente protagonistas na execução das ações de controle da TB, na provisão direta de cuidados e na promoção da adesão ao tratamento da TB (MAFFACCIOLLI et al., 2015; SÁ et al., 2012).

Nesse sentido, visando contribuir para ampliação do conhecimento científico disponível e vislumbrar a melhoria da assistência de saúde prestada a PSR, este estudo objetiva identificar dificuldades vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB a partir das percepções de enfermeiros.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. Inicialmente foi feita uma observação livre do campo a ser estudado, entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2017, por meio de visitas aos locais de pesquisa e a Secretaria Municipal de Saúde do Município estudado, para conhecer a organização dos serviços e a operacionalização da assistência de saúde a PSR doente de TB.

Elegeu-se como cenário de estudo o município de João Pessoa – Paraíba – Brasil, considerado um dos municípios prioritários para o controle da TB de acordo com critérios do Ministério da Saúde.

Participaram da pesquisa 15 enfermeiros que prestaram assistência direta a pessoas em situação de rua com TB no município de João Pessoa – Paraíba – Brasil nos 05 (cinco) últimos anos, que estavam trabalhando na época da coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa.

Foram incluídos: 3 (três) enfermeiros das 3 (três) equipes de Consultório na Rua do município; 2 (dois) enfermeiros do ambulatório e 4 (quatro) enfermeiros da fisiologia feminina e masculina (enfermarias de internação) do Complexo Hospitalar Clementino Fraga – CHCF (hospital de referência para doenças infectocontagiosas) e 6 (seis) enfermeiras de UBS / equipes de Saúde da Família (eSF) do município.

A definição dos enfermeiros a serem incluídos na pesquisa se deu mediante levantamento das notificações de TB em pessoas em situação de rua no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram levantadas junto ao Núcleo de Tuberculose e Hanseníase da Secretaria de Saúde de João Pessoa as notificações de TB no município nos últimos 5 anos que continham informações que caracterizavam o paciente como pessoa em situação de rua. A partir dos dados das notificações foram incluídos os enfermeiros das UBS/eSF e do CHCF.

Já os enfermeiros das equipes de CnaR foram incluídos por terem a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

Para a coleta das informações foi utilizado um roteiro e a técnica empregada para obtenção dos dados foi a entrevista semidirigida, pois como instrumento auxiliar para a pesquisa, permite que os integrantes da relação (pesquisador e sujeito) tenham momentos para dar alguma direção, de modo a garantir ganhos para reunir informações segundo os objetivos propostos (TURATO, 2005).

As entrevistas foram gravadas com auxílio de aparelho digital para posterior transcrição. Em atenção à Resolução 466/2012 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, precedendo as gravações, os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, justificativa do uso de gravador e sobre o sigilo das informações obtidas, bem como leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os depoimentos foram decodificados com letras do alfabeto e números arábicos de forma a garantir o anonimato dos enfermeiros. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba — CEP/CCS/ UFPB sob nº de protocolo 0478/13.

Para a análise do material empírico utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo modalidade temática (BARDIN, 2011). O percurso analítico se fez pela sequência dos seguintes passos: *Pré-análise e constituição do corpus*: foram selecionadas as 15 entrevistas realizadas com os enfermeiros; Para as fases de *exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação* foram ouvidos todos os áudios e refeitas as transcrições do material gravado. Nesse processo, foram observadas a exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência dos conteúdos apanhados.

Procedeu-se então as *leituras flutuante e longitudinal*. A primeira feita de forma individual e a segunda por duas pesquisadoras, seguida da discussão sobre a coerência e a pertinência do conteúdo das falas; leitura transversa e início de codificação com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses e codificação.

Para o alcance do objetivo proposto, pela análise prévia das falas obtidas nas entrevistas com os enfermeiros que atuam na assistência a pessoa em SR com TB, foram destacadas as seguintes unidades de registro: Pobreza/Condição social, Uso abusivo de álcool e drogas, Falta de documentos, Falta de conhecimento/Concepções do adoecimento, Hábitos nômades, Falta de qualificação profissional, Falta de estrutura/insumos/pessoal, Estigma/Preconceito dos usuários, Resistência do usuário em buscar o serviço de saúde, estigma/preconceito e resistência dos profissionais de saúde, Violência no cotidiano dos doentes e Violência no cotidiano dos profissionais de saúde. As Unidades de Registro conformaram os seguintes Núcleos de Sentido: Dificuldades relacionadas aos usuários vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB, Dificuldades relacionadas aos serviços de saúde vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB e Dificuldades relacionadas aos usuários e aos profissionais/serviços de saúde vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB.

Em seguida, procurou-se articular entre as falas conteúdos convergentes e divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas, em cada um dos núcleos de sentido identificados. Esta conformação permitiu eleger a Unidade Temática Central, para a qual convergem as falas: Dificuldades vivenciadas na

prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de tuberculose: percepções de enfermeiros.

RESULTADOS

Neste estudo, diversas dificuldades vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB foram identificadas a partir das falas dos participantes. Dentre estas se destacaram as relacionadas aos usuários, as relacionadas aos profissionais/serviços de saúde e as comuns aos usuários e aos profissionais/serviços de saúde.

Quadro 01: Dificuldades relacionadas aos usuários vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017

Unidades de registro	Segmentação Textual
Pobreza / Condição social	<i>Aí.... Às vezes também tem a pobreza, né? A pobreza. O fator socioeconômico influencia muito também (C2).</i>
	<i>Esse eu acho que é o grande problema da tuberculose. É o social mesmo. É a parte assim, como é que eu posso dizer? De falta de moradia, de falta de condições, até morador de rua [...] (C4).</i>
	<i>Agora a continuidade no sentido das baciloscopias é o que eu vejo a maior dificuldade eles terem de sair, porque às vezes eles não têm condições financeiras pra sair para pegar um ônibus e ir lá em Mandacaru [bairro do município de João Pessoa], que é o centro de referência [...] mas às vezes eles não têm condições de ir [...] (C5).</i>
	<i>[...] é muito difícil você pegar um morador de rua no estado bom [...]É muito difícil porque as deficiências são de outras situações que eles têm (C6).</i>
	<i>A preocupação que a gente tem é mais o social, né [...] e a higiene, a alimentação, sabe, o local que eles vivem, onde eles dormem. Acho que a preocupação maior é essa (C8).</i>
	<i>Porque não é só a tuberculose que acomete essas pessoas [...]. É a fome, o desespero, é a droga, é a falta de amparo [...] (C11).</i>
	<i>Eles se sentem livres, né? Apesar das péssimas condições (C12).</i>
	<i>[...] ela não comia, ela não se alimentava, ela virava a noite na rua, tinha relações com várias pessoas (C13).</i>
	<i>[Nome da paciente] a gente orientava ela em relação a alimentação e assim, ela não tinha condições de comprar nada [...] e eu sempre alertava pra ela se alimentar porque a medicação é muito forte, então é a questão de moradia e alimentação (C14).</i>
Uso abusivo de álcool e drogas	<i>Ele é um paciente que realmente é complicado, porque ele bebe [...] Ele é alcoólatra, mais um agravo, né? Ele bebe todos os dias e não suspendeu após a doença, ele não para de beber. E isso</i>

	<i>dificulta mais ainda, né? (C1)</i>
	<i>É fumante, usuário, alcoólatra, então não tinha como a gente fazer uma investigação se ele tava tomando a medicação ou não. [...] A maior parte desse pessoal tem vício, né? Ou consome álcool, ou consome drogas (C2)</i>
	<i>A questão do uso de substâncias, às vezes o usuário está fazendo o uso muito compulsório que não dá para fazer/estabelecer um diálogo, né [...] (C3)</i>
	<i>[...] a maioria também é usuário de drogas, são pacientes alcoolistas, que faz o uso abusivo do álcool, aí vários pacientes eles chegam a pedir alta a pedido para voltar pra os vícios. (C4).</i>
	<i>Porque esse era drogado. [...] na situação dele tinha um agravante porque ele era usuário de drogas (C5).</i>
	<i>Então, são pessoas em situação de ruas, muitos são usuários de álcool, de drogas, de outras substâncias [...] (C7).</i>
	<i>[...] é difícil porque são pacientes [...] que além da situação da medicação são usuários de drogas, dependente químico (C10).</i>
	<i>Então rua, droga, aí não toma a medicação [...] (C11).</i>
	<i>Aí eles são muito assim, difíceis, né? Porque são usuários de drogas. [...] geralmente, eles são usuários de drogas, são alcoólatras (C12).</i>
	<i>[...] mas como ela era usuária de droga, era etilista, então foi difícil e não foi concretizada no tratamento, não teve um tratamento adequado, inclusive o ano passado ela teve uma overdose e chegou a falecer (C13).</i>
	<i>[...] e a maioria usa droga, bebe álcool, no caso de [nome da paciente] ela bebia álcool, e a gente tenta informar que não é legal ficar tomando o medicamento e consumindo drogas (C14).</i>
	<i>Vem drogado (C15).</i>
Falta de documentos	<i>Porque a maioria das vezes eles não tem nem a identidade [...] então uma das dificuldades exatamente [...] a parte da documentação que às vezes eles não têm (C5).</i>
	<i>[...] eles chegam aqui não tem endereço, é muito complicado, aí vai pra o serviço social pras meninas tentarem pelo menos um cartão SUS deles pra gente poder iniciar o tratamento porque eles não têm nada, nem um documento com foto, é muito difícil (C6).</i>
Falta de conhecimento / Concepções do adoecimento	<i>Há falta de conhecimento ainda (C2)</i>
	<i>[...] o contexto da pessoa que está em situação de rua é diferente de quem está em uma casa e isso dificulta demais, às vezes até a noção de adoecimento mesmo. Eles não têm, como uma pessoa de que tá numa casa (C3).</i>
	<i>Acho que é uma falta de escolaridade mesmo. Eles não aceitam [...] (C4).</i>
	<i>Então a gente, assim, tem que ter muito cuidado com o paciente porque às vezes eles não compreendem né, o que a gente fala. E a gente percebe muito isso aqui, viu (C5).</i>
	<i>Muitas vezes o que dificulta muito é porque muitos deles têm déficit de compreensão das situações porque são pessoas analfabetas [...] não tem uma assimilação boa (C6).</i>

	Oh o buscar é meio difícil, <i>porque eles não têm esse entendimento. Não sabe a gravidade, vamos dizer assim (C8).</i>
	[...] são pacientes que não são fáceis de se tratar, <i>muitos não têm a consciência da doença, do tratamento, então assim você tem que ter muito jogo de cintura pra lidar com a situação (C10).</i>
	[...] <i>eles não têm tanto cuidado, não sabe a importância, porque é uma doença que tem cura porem tem que ser tratada, então falta consciência por parte deles [...]</i> (C10).
	[...] eles vem com muitas, muitas duvidas, <i>eles não sabem e vão e vem e vão e vem e vão e vem, sabe que tem tuberculose, mas muitas vezes não sabe o que é tuberculose, não sabe se fica bom, não sabe se adoce</i> (C11).
	Eles são acostumados a viverem na rua, eles chegam aqui às vezes com hemoptise, <i>quando estabiliza tudo ele acha que já tão bom tão curado então ficam pedindo alta</i> (C15).
Hábitos nômades	<i>Só que ele é catador de lixo, catador de material reciclável, vive muito na rua, entendeu?</i> (C2)
	[...] <i>às vezes a gente marca com ele e ele não está no local, e ai tem vários fatores, que impossibilitam né?</i> (C3)
	<i>As pessoas que estão na rua muitas vezes não tem essa noção de horário, não tem alimentação adequada, às vezes a rotina é de um dia estar em um local e no outro dia estar em outro, ai dificulta o tratamento</i> (C3).
	[...] <i>porque assim eles são muito nômades como diz a história, então ora tá aqui ora tá em outro lugar, entendeu?</i> (C5).
	Na realidade é um dos problemas maiores que a gente também enfrenta por que é uma situação muito falha, os pacientes moradores de rua [...] <i>porque o paciente ele muda muito do local que ele fica né? Ele se desloca muito, ele tá numa esquina hoje, amanhã ele tá em outra</i> (C6).
	<i>Mas assim não era tão fácil de encontrá-la, porque ela saia e passava vários dias fora</i> (C13).
	[...] <i>a dificuldade é de você encontrar o paciente na área. [...] agora com relação de você encontrar o paciente em casa ai é bem mais complicado, paciente morador de rua às vezes não encontra, até mesmo no local que eles dizem que sempre está, é complicado em relação a isso</i> (C14).

Quadro 02: Dificuldades relacionadas aos profissionais/serviços de saúde vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017

Unidades de registro	Segmentação Textual
Falta de qualificação profissional	[...] <i>mas eu acho que ainda existe uma fragilidade a nível PSF, às vezes o medico que trabalha aqui ainda não estão preparados, tem medo de avaliar e começar com a medicação, não se sentem seguros, já tive vários médicos aqui que não tinha firmeza, encaminhava logo para o infecto, existe o medo a falta de firmeza dos médicos, de alguns enfermeiros também, tem medo de começar um tratamento [...]</i> (C14).

Falta de estrutura / insumos / pessoal	<i>As condições de trabalho, porque a gente faz atendimento na rua a gente não tem uma estrutura física para fazer o atendimento (C3)</i>
	<i>O que dificulta mais é o carro, né? Porque as vezes a gente precisa fazer um transporte mais completo, assim, mais organizado e infelizmente não temos (C7).</i>
	<i>[...] o que dificulta hoje no momento atual é a falta de medicação, falta de material, pouco profissional (C10).</i>
	<i>A dificuldade maior que a gente tem é como eu te falei as vezes é a estrutura, a questão dos potes da baciloscopia [...] sempre esses insumos vem faltando, [...] sempre vinha faltando, esse potes vinha faltando, então pra o paciente que é morador de rua, ou ele vai comprar a comida dele, ou vai comprar o pote (C14).</i>

Quadro 03: Dificuldades relacionadas aos usuários e aos profissionais/serviços de saúde vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB – João Pessoa, Paraíba/Brasil, 2017

Unidades de registro	Segmentação Textual
Estigma/ Preconceito dos usuários	<i>Eles não fazem aqui na unidade por que eles não se sentem bem, né? Tem uma questão de estigma e tudo mais (C1).</i>
	<i>O medo, a vergonha, existe bastante. O preconceito. Eles mesmos têm preconceito (C2).</i>
	<i>O problema é do próprio paciente, do próprio usuário. Porque quando se fala em TB o povo já fica, né? Aí não quer fazer [...] (C13).</i>
Resistência do usuário em buscar o serviço de saúde	<i>Às vezes o usuário tem resistência no, já procurou o serviço de saúde e nunca foi atendido, nunca foi bem atendido (C3).</i>
	<i>Porque a gente sabe que existe resistência, tá entendendo? [...] E a gente sabe que não faz, mas às vezes assim porque se sente melhor diz que não é bem atendida, entendeu? (C5).</i>
	<i>[...] eu vivencio apenas paciente que vem pegar medicação porque não quer ir pra unidade básica, e muitas vezes se recusa, eu não quero ir para aquela unidade porque eu já tive muito problema com aquela unidade [...] (C6).</i>
Estigma/ Preconceito e Resistência dos profissionais de saúde	<i>Depende do profissional que está lá, assim como no hospital também, depende do profissional que está lá. Não é fácil porque muitos têm preconceito, é (pausa), acham que é de rua, então, eles não vão tratar não. Não adianta não trazer mais não e ai a gente tenta sensibilizar, conversar com o profissional, mas que na maioria das vezes tem resistência do profissional em atender, adequadamente, às vezes eles não querem mesmo, assim, porque já tem um histórico de abandono várias vezes (C3).</i>
	<i>Ai tem muito preconceito, muita resistência, medo dos profissionais [...] Aí tem medo, preconceito, várias questões, né, que dificultam né, que faz com que o acolhimento não seja o melhor possível, assim, nas unidades de saúde, no serviço de saúde (C3).</i>
	<i>É que depende da equipe. Muitas vezes chega um usuário, lá, numa unidade de saúde e o pessoal liga para o consultório porque</i>

	<p>é morador de rua. Sendo que ele, se o usuário chega no serviço, <i>ele deve ser atendido como qualquer outro, independente de ser morador de rua ou não, as vezes tem resistência da equipe, depende da equipe (C3).</i></p>
	<p>Teve um usuário ele já tinha um histórico de vários abandonos em relação ao tratamento de tuberculose e <i>ai a gente não conseguia de forma nenhuma que ele aderisse ao tratamento, e ai, um dia a gente chegou lá, tava chovendo, e ele tava deitado lá no chão e a gente perguntou se ele aceitava né, que a gente fizesse algum cuidado com ele. E ele disse que queria ir para o hospital pela primeira vez. Ele disse que queria ir. Todo mundo da equipe ficou super alegre, porque ele tinha aceitado e a gente encaminhou ele para o hospital. Quando a gente chegou lá com ele, a médica que atendeu disse que não ia internar porque estava chovendo e ele queria sair da rua porque estava chovendo. [...] no dia que ele aceitou teve uma resistência profissional [...] e ele presenciou essa fala dela. Ele não quis. Ele não quis mais ficar no hospital e ai a gente voltou com ele para rua, né. Depois perdeu o contato com esse usuário [...] (C3).</i></p>
	<p>Se você ver, <i>colocam inúmeras barreiras</i> [os profissionais de saúde] [...] da trabalho tratar a tuberculose, <i>então elas não adere mesmo ao programa</i> [os profissionais de saúde] e nisso a gente fica sem ter um ligação, como eu lhe disse não são todos mas é a maioria infelizmente a maioria [...] (C6).</p>
	<p>[...] quando chega nas redes hospitalares elas são, não são bem vistas, <i>muita das vezes os profissionais tratam mal por ser morador de rua</i>, então tudo isso dificulta [...].[...] A equipe do [Hospital de emergência] tem uns profissionais [...] que dificultam mesmo, <i>eles faz questão de dificultar, de não querer, de não aceitar, principalmente se ele já tiver visto o paciente mais de uma vez, querem negar atendimento sabendo que não se nega atendimento, né?</i> (C7).</p>
	<p>[...] <i>a gente tem todo esse cuidado pra não deixar o usuário sempre só</i>, a gente nas unidades seja no hospital, seja num unidade de saúde, qualquer canto que a gente marcar uma consulta, <i>a gente sempre tá presente [...] porque sabemos que sem a equipe consultório na rua junto eles vão ser mal tratados muitas das vezes [...].[...] então a gente vai mais para direcionar, sabe. Abrir portas para esse usuário chegar lá no atendimento, porque se ele for sozinho muitas vezes ele é barrado, né, porque existe todo um preconceito com o morador de rua</i>, então a gente abre as portas (C7).</p>
	<p>E vim aberta porque eu achava que ia terminar aqui, <i>que ninguém quer ficar aqui. É difícil. As pessoas querem ficar na Aids, mas na TB as pessoas não gostam</i> (C12).</p>
	<p>Tem pessoas que querem que o serviço ande e tu sabe tem outras que é <i>morador de rua, é ninguém. Não é?</i> (C15).</p>
Violência no cotidiano dos doentes	<p>[...] isso, questão de droga também que influencia o ponto que ele fica às vezes <i>ele é ameaçado de morte</i>, ele tem que deixar aquilo ali e ir embora e ai perde esses pacientes (C6).</p>

	Tem um aqui que várias vezes que ele saiu, volta sem a medicação, sem bolsa, sem nada. Começa tudo de novo. <i>“Roubaram minha bolsa com meus documentos, meus medicamentos, tudo”. É difícil (C15).</i>
Violência no cotidiano dos profissionais de saúde	É (pausa) as condições é o que a gente tem, assim, às vezes a gente está em uma área de risco em cenas de uso de substâncias, <i>então a equipe fica geralmente fica vulnerável a qualquer situação [...] às vezes, a gente percebe também que o local está em questão de risco de violência e aí a gente precisa se retirar [...]</i> (C3). [...] <i>aqui a gente também corre risco, até tem o caso já de ameaças, né é comigo nunca aconteceu não, aconteceu digamos assim entre aspas, deixou entre linhas, mas tem fatos de colegas aqui sair de outro setor, pra vim pra cá por ameaças, ou ameaças de morte (C11).</i>

DISCUSSÃO

Prestar assistência direta a pSR doentes de TB coloca os profissionais de saúde frente a um complicado desafio: considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2014b). Nesse sentido, parece existir concordância sobre a importância da assistência em saúde não levar em conta apenas os fatores biológicos, mas ultrapassar os limites do conhecimento biomédico, procurando um olhar mais integrativo do ser humano em seu contexto e com suas múltiplas relações, possibilitando, portanto, uma produção de saúde integral mais efetiva. E como pensar em atenção integral ao deparar-se com a complexidade da dinâmica da vida nas ruas? O primeiro passo parece ser refletir sobre as dificuldades dessa assistência, dado ao fato dessa população demandar um trabalho complexo, contínuo e intenso no tratamento do indivíduo.

Dificuldades relacionadas aos usuários vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB

Em relação aos usuários as dificuldades identificadas se relacionam, sobretudo, a aspectos biológicos, comportamentais, afetivos, sociais e econômicos. Cabe ressaltar que ainda que esses fatores sejam apresentados em recortes individuais, os mesmos se inter-relacionam no emaranhado de situações do cotidiano dessas pessoas.

O primeiro fator que afeta negativamente a prestação de assistência à pessoa em situação de rua doente de TB é “*A pobreza*” (C2), a condição social “*É o social mesmo [...]*” (C4) desse grupo populacional. A partir das falas dos enfermeiros ficou evidente que a pobreza/condição social é considerada “*o grande problema da tuberculose*” (C4), havendo por parte dos profissionais o entendimento de que “*as deficiências são de outras situações que eles têm*” (C6), já que para os mesmos “*não é só a tuberculose que acomete essas pessoas [...]. É a fome, o desespero, é a droga, é a falta de amparo [...]*” (C11).

A pobreza/condição social afeta de forma direta o tratamento da TB em pSR. O tratamento da TB é complexo, consistindo na tomada regular (todos os dias) de uma associação de fármacos por longo prazo (ao menos seis meses), o que requer grande cooperação do paciente na tomada dos medicamentos conforme prescrito, incluindo duração, dosagem e frequência (BRASIL, 2012). Além disso, durante o tratamento existe a necessidade de realização de baciloscopias de controle (ao menos no 2º, 4º e 6º mês de tratamento) e o doente ainda tem que lidar com os possíveis efeitos colaterais de um tratamento reconhecidamente hepatotóxico.

Nesse sentido, as necessidades de deslocar-se para realizar os exames, bem como de manutenção de uma alimentação adequada para minimizar os efeitos tóxicos dos medicamentos também se apresentam como obstáculos a prestação de assistência a PSR uma vez que “[...] *eles não têm condições financeiras pra sair para pegar um ônibus e ir lá [realizar os exames]*” (C5) e “*a alimentação*” (C8), “*ela não comia, ela não se alimentava [...]*” (C13), “*ela não tinha condições de comprar nada [...]*” (C14).

A TB e a pobreza assumem, portanto, uma relação bidirecional, uma vez que tanto a pobreza pode se relacionar com as precárias condições de saúde, como essas podem gerar a pobreza, reduzindo as oportunidades de subsistência, criando, desta forma, um ciclo vicioso que só tende a piorar (SANTOS et al, 2007; GARNER et al., 2007). Assim, a TB não apenas resulta dos problemas econômicos e sociais, como, também, pode ser fator contributivo no agravamento do estado de pobreza dessa parcela da população ou mesmo gerador dos mesmos, sendo a condição de vida dessa população uma das formas extremas de exclusão social (SERAFINO; LUZ, 2015; BENATAR; UPSHUR, 2010). Nesse sentido, a evidência disponível sobre a relação entre o fim da TB e o fim da pobreza precisa ser usada para

defender a eliminação da pobreza e a ação em fatores de risco relacionados, como segurança alimentar e habitação (WHO, 2016b).

Nesse cenário, particularmente no Brasil, uma estratégia tem chamado a atenção por conseguir aumentar a taxa de cura dos pacientes de TB. Trata-se dos programas governamentais que visam reduzir as desigualdades sociais e as inequidades em saúde, corroborando para o controle das doenças oriundas da pobreza no Brasil. Para ilustrar, citamos o Programa Bolsa Família – programa governamental de transferência de renda condicional – que, sozinho, foi responsável pelo aumento das taxas de adesão e cura de pacientes com TB (TORRENS et al. 2016; Rasella et al. 2013). Assim, sendo o acesso aos programas governamentais um direito da PSR, é necessário fortalecer a intersetorialidade na prestação de assistência a esse grupo com vistas a garantir o seu acesso aos programas governamentais, potencializando as melhorias em relação a sua saúde.

Outro fator que dificulta a prestação de assistência à pSR é o uso abusivo de álcool e drogas. Nas falas dos enfermeiros o tema foi recorrente e recebeu ênfase, sendo associado à dificuldade de tratamento: “*Ele é um paciente que realmente é complicado, porque ele bebe [...]*” (C1); “[...] *na situação dele tinha um agravante porque ele era usuário de drogas* (C5) e a desfechos como o abandono: “*Então rua, droga, aí não toma a medicação [...]*” (C11); “[...] *mas como ela era usuária de droga, era etilista, então foi difícil e não foi concretizada no tratamento, não teve um tratamento adequado.*” (C13).

Recorrente na literatura científica sobre o tema (SOUSA et al., 2016; ÓRFÃO et al., 2015; COUTO et al., 2014; FESKE et al., 2013; PEDRO; OLIVEIRA, 2013; ZENNER et al., 2013; SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011), o uso abusivo de álcool e drogas pelos doentes de TB tem interferência negativa em seu tratamento e nas atividades dos serviços de saúde, corroborando para o retardo na busca pelos serviços, com conseqüente retardo ao diagnóstico e início do tratamento, bem como abandono do tratamento e agravamento do quadro do doente.

Nesse sentido, a abordagem direcionada à redução de danos para casos de pessoas dependentes de álcool/drogas (BRASIL, 2012) e intervenções breves com técnicas de aconselhamento concomitantes ao tratamento (SILVA, LAFAIETE, DONATO, 2011) surgem como alternativas na busca de um atendimento integral que promova a adesão à terapêutica e o desfecho terapêutico cura.

Trabalhar na perspectiva de redução de danos é a melhor forma de seguimento ao tratamento de TB entre a PSR que faz uso de álcool e outras drogas, ratificando a falência das políticas proibicionistas e das estratégias repressivas ao uso (MACHADO; BOARINI, 2013; BRASIL, 2012), sendo a redução de danos uma estratégia que tem como “foco principal de suas ações a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados” (BRASIL, 2012, p. 43). No entanto, é preciso destacar que no tratamento baseado em redução de danos as definições são discutidas com o usuário, e não impostas (BRASIL, 2012).

Por sua vez, as intervenções breves são técnicas terapêuticas concisas e de curta duração que objetivam reduzir o risco de danos proveniente do uso continuado de substâncias psicoativas e configuram recursos simples e baratos que podem ser utilizados por diversos trabalhadores da saúde e em diversos contextos (GONÇALVES et al., 2011; MARQUES; FURTADO, 2004). Assim, atualmente as intervenções breves são compostas por ações de educação em saúde, orientações básicas, aconselhamento e encaminhamento (GONÇALVES et al., 2011), imprescindíveis na prestação de assistência a pSR doente de TB.

Também citada como fator que dificulta a prestação de assistência às pessoas em situação de rua doentes de TB, a burocracia ganha destaque, principalmente em relação à falta de documentos pessoais: “[...] *então uma das dificuldades exatamente [...] a parte da documentação que às vezes eles não têm*” (C5), “[...] *porque eles não têm nada, nem um documento com foto, é muito difícil*” (C6). A falta de documentos (perdidos ou roubados) é apontada como uma barreira que prejudica o acesso das pessoas em situação de rua aos cuidados de saúde (HWANG, 2001).

Neste estudo, duas perspectivas foram evidenciadas: o impacto da falta de documentos na assistência em unidades básicas de saúde (UBS) e o impacto da falta de documentos na atenção de emergência; sendo a falta de documentos encarada pelas UBS como justificativa para o encaminhamento para o nível hospitalar, tendo em vista a inexistência de profissionais de assistência social na equipe, bem como as dificuldades de articulação dessas unidades com outros serviços da rede, quando necessário: “[...] *o mais importante seria se a gente se envolvesse mais, que a gente prestasse uma ajuda mais adequada que a gente tivesse respaldo pra isso, porque às vezes a gente quer fazer e fica de mãos*

amarradas, porque às vezes você precisa de um assistente social, de um psicólogo, precisa de um encaminhamento, precisa de um atendimento de urgência e as coisas não funcionam da forma que a gente quer” (C13). Nesse sentido, é preciso se afastar do senso comum do “não quer fazer” e mergulhar nas dificuldades do processo de trabalho das equipes na atenção básica, cujo modelo generalista gera sobrecarga de trabalho aos enfermeiros, sendo um fator que dificulta o tratamento da TB (GUIMARÃES et al., 2016).

Por sua vez, em âmbito hospitalar, são feitas articulações com o serviço social na tentativa de viabilizar o atendimento/tratamento “[...] *ai vai pra o serviço social pras meninas tentarem pelo menos um cartão SUS deles pra gente poder iniciar o tratamento [...]*” C6. Cabe ressaltar, no entanto, que esta realidade se aplica ao hospital de referência, não sendo a realidade de outros serviços de urgência/emergência conforme emergiu das falas: “*Lá no hospital ele ficou da sexta pra o sábado tomando soro, no sábado deram alta pra ele [...]* Quando a gente pede o prontuário, cadê o prontuário? O prontuário sumiu. Num foi aberto nem prontuário pra ele, ou seja, foi apenas um atendimentozinho que eles fizeram pra botar logo pra fora, dizer que tava de alta e pronto” (C7).

Fica evidente, pois, que a pessoa em situação de rua não é vista pelos serviços de saúde como cidadão; cidadão este que tem o direito à atenção integral à saúde garantido, como uma questão de concretização da cidadania. Nesse sentido, é necessário refletir quanto à importância da garantia da integralidade para essas pessoas, sendo a integralidade aqui entendida como a garantia, por meio de sistemas públicos universais, do livre acesso de todos os cidadãos a todos os serviços de saúde (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010). Para tanto, é necessária a reconstrução do sistema de saúde, centrado no modelo biomédico e distante das reais necessidades sociais da PSR, com reorganização dos processos de trabalho e inclusão de novas abordagens capazes de introduzir, em suas formulações, a equidade no acesso aos serviços de saúde (PAIVA et al., 2016; ARISTIDES; LIMA, 2009).

Corroborando com os achados de outros estudos (FREITAS et al., 2015; COUTO et al., 2014; CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010), neste estudo, aspectos relacionados às concepções do adoecimento (desconhecimento, falta de escolaridade e sensação da cura anterior ao término do período terapêutico)

também emergiram como dificuldades que contribuíram para não adesão ao tratamento pela PSR.

Nesse sentido, munir a sociedade e os doentes de TB com conhecimento e informação sobre a doença, capacitando-os a expressar as suas necessidades e a agir, permitirá melhorar a detecção e a adesão ao tratamento (WHO, 2008). Para tanto, a educação para o cuidado em saúde surge como uma interessante ferramenta para todos os enfermeiros envolvidos na prestação de assistência a PSR, já que, ao atuar como educador, o mesmo pode realizar uma abordagem tendo como objetivo ensinar para a promoção e a manutenção da saúde desse grupo populacional (SOUZA et al., 2015).

Por fim, o caráter nômade da PSR também foi citado como fator que dificulta a assistência de saúde para essa população. Nesse sentido, ao se levar em conta que a circulação constante por diversos territórios é uma marcante característica dessa população, é imprescindível a articulação e o fortalecimento da rede de serviços com efetivação da coordenação do cuidado e estabelecimento de vínculo entre os profissionais dos diversos serviços, sobretudo das UBS e do Consultório na Rua, e os usuários, de modo que os serviços sejam referência e se responsabilizem pelo usuário (BRASIL, 2012).

Dificuldades relacionadas aos profissionais/serviços de saúde vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB

Entre as dificuldades relacionadas aos profissionais/serviços de saúde, a falta de qualificação e a falta de estrutura, de insumos e de pessoal foram citadas. Nesse sentido, alguns autores consideram que os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, frequentemente, não estão capacitados para o atendimento da PSR, já que desconhecem suas particularidades, homogeneizando-as sob estigmas e rótulos, o que fragiliza o controle da TB (PAIVA et al., 2016; SÁ et al., 2012). Logo, torna-se imprescindível capacitar os trabalhadores da saúde para lidar com esse tipo de doente, haja vista a amplitude da repercussão da TB na vida do indivíduo (FIGUEIREDO et al., 2011).

Assim, evidencia-se a necessidade de instituir um programa de educação permanente que deve incluir, além dos conteúdos programáticos, aqueles relacionados às especificidades dessa população, com o objetivo de qualificar os

profissionais de saúde nos diferentes aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e controle da TB, buscando sensibilizá-los e capacitá-los (SILVA SOBRINHO et al., 2014; BRASIL, 2011). Além disso, é preciso fortalecer o estabelecimento do vínculo equipe-usuário, pois, como recurso terapêutico, o vínculo é essencial na melhoria da qualidade da atenção e no controle da TB, uma vez que amplia a eficácia da assistência e diminui os índices de abandono (FIGUEIREDO et al., 2011).

Ainda nesse sentido, uma vez que a infraestrutura precária dos serviços de atenção à TB constitui um entrave no enfrentamento dessa doença, é imprescindível o investimento contratação de novos profissionais e na manutenção de recursos materiais/insumos e de transporte, possibilitando que a implementação da estratégia de atenção a PSR doente de TB seja completa e atinja resultados satisfatórios na redução das taxas da doença nessa população (CECILIO; MARCON, 2016; CUNHA et al., 2015).

Dificuldades relacionadas aos usuários e aos profissionais/serviços de saúde vivenciadas na prestação de assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de TB

O estigma /preconceito e a resistência dos usuários em buscar os serviços de saúde e o estigma/preconceito e a resistência dos profissionais de saúde em atender a PSR doente de TB foram citados como fatores que dificultam a assistência de saúde a PSR. Interligados, esses fatores corroboram para a demora do usuário em procurar os serviços de saúde, bem como na demora do serviço em diagnosticar e dar início ao tratamento da TB.

O papel do estigma/preconceito e sua influência na busca pelos cuidados em saúde pelos pacientes doentes de TB já está bem estabelecida na literatura científica da área (OLIVEIRA et al., 2015; POPOLIN et al., 2015; TOUSO et al., 2014). No entanto, apesar de ser um fator (re)conhecidamente importante, o estigma enquanto barreira para a assistência e controle da TB permanece como um importante desafio para a saúde pública.

Por sua vez, a resistência dos usuários em buscar os serviços de saúde está intimamente ligada a resistência dos profissionais de saúde em atender a PSR doente de TB, ou seja, ao modo como esses usuários são atendidos nos serviços. É

importante destacar que entre essa população são recorrentes os relatos de recusa em ir para unidades de saúde ocasionados por episódios de mau atendimento em hospitais, de negação a atendimento e impedimento de entrada nas unidades de saúde (BRASIL, 2014b). Nesse sentido, esse fato gera grande repercussão para o seguimento dos casos de TB na PSR, sobretudo ao considerarmos que a forma como são atendidos nos serviços de saúde pode ser o diferencial para sua adesão ou não a tratamentos de longa duração como o da TB (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013).

É importante destacar ainda que tais atitudes manifestadas por profissionais diretamente atuantes em serviços de saúde que compõem a rede de assistência para a TB evidenciam a inquestionável necessidade de sensibilização e qualificação dos profissionais, sobretudo em se tratando da prestação de assistência a PSR. É preciso sensibilizar os trabalhadores da saúde para que a discriminação e o preconceito nos serviços não sejam um dificultador do acesso e do cuidado em saúde. Para tanto, é necessária a criação de espaços de discussão para sensibilização e qualificação das equipes que atuam com esse público (BRASIL, 2014b).

Assim, a capacitação profissional constitui uma ferramenta importante para o manejo e controle da TB, auxiliando os profissionais de saúde na assistência ao paciente e na detecção precoce da doença; sendo imprescindíveis investimentos no âmbito da formação e da capacitação profissional, não apenas no campo clínico, mas também psicossocial (MACEDO et al., 2016; RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2016). Nesse sentido, o desenvolvimento de competências afetivas para a equipe de saúde lidar com os complexos problemas da PSR adoecida por TB é imprescindível.

Outro ponto importante citado como dificuldade na prestação de assistência a PSR doente de TB é a questão da violência. Violência que nesse estudo se apresenta sob duas vertentes: a violência vivenciada no cotidiano de atuação dos profissionais de saúde e a violência no cotidiano das pessoas em situação de rua doentes de TB. Cabe ressaltar, no entanto, que apesar de nos referirmos as duas vertentes enquanto situações distintas, entendemos a violência aqui mencionada como um único fenômeno que impacta diferentes atores sociais de diferentes formas.

Em relação aos doentes, observou-se que a violência faz parte do cotidiano das pessoas em situação de rua, se entrecruzando com questões da ausência de moradia e extrema pobreza. O viver na rua e, portanto, sem abrigo ou proteção adequada, aumenta a exposição à discriminação e à violência, deixando os indivíduos mais vulneráveis às agressões de natureza física ou moral (BRASIL, 2012). Além disso, a violência urbana cotidianamente vivenciada é um fator de grande importância na concepção do adoecer, no cuidado, e conseqüentemente, no acesso a serviços adequados (CARNEIRO JUNIOR et al., 1998).

Por sua vez, os profissionais de saúde cada vez mais estão expostos a violência no realizar de suas atividades assistenciais. Nesse sentido, particularmente em se tratando da PSR, que é um grupo atingido sobremaneira pela violência, muitas vezes os profissionais são expostos a situações de risco, o que constitui uma dificuldade na efetivação das ações de controle da TB nessa população. Nesse cenário, dada a intensa situação de violência e o impacto gerado pela mesma na produção de cuidados em saúde, as pessoas em situação de rua tem maior risco para o retardo do diagnóstico e início do tratamento, bem como ao abandono do mesmo.

Resta evidente, pois, que as políticas de saúde sozinhas não serão eficazes na mudança deste cenário, sendo imprescindível a articulação intersetorial com vistas a garantia da assistência integral a PSR com TB, bem como intentando oportunizar a escolarização, a ressocialização e novas oportunidades de geração de renda e de trabalho para este grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou, a partir das percepções de enfermeiros, diversas dificuldades vivenciadas na prestação de assistência à pessoa em situação de rua doente de TB. Dentre estas, destacaram-se: as relacionadas aos usuários (pobreza/condição social, uso abusivo de álcool e drogas, falta de documentos, falta de conhecimento / concepções do adoecimento e hábito nômades), as relacionadas aos profissionais/serviços de saúde (falta de qualificação profissional e falta de estrutura/insumos/pessoal) e as comuns a ambos (estigma/preconceito dos usuários, resistência do usuário em buscar o serviço de saúde, estigma/preconceito

e resistência dos profissionais de saúde e violência no cotidiano dos doentes e dos profissionais).

Nesse cenário, com a finalidade de reduzir os obstáculos vivenciados pela PSR para efetivo acesso e adesão ao tratamento da TB, sugere-se que as ações de controle ampliem seu foco, abstendo-se da preocupação exclusiva com o biológico e incorporando o olhar atento às condições de vida e necessidades da PSR. Para tanto, é evidente a necessidade de articulação intra e intersetorial com vistas a prestação de assistência em saúde à pessoa em situação de rua com TB em conformidade com o princípio da integralidade e centrada na promoção da saúde e no resgate da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124, Jan. 2012.
- ARISTIDES, J. L.; LIMA, J. V. C. Processo saúde-doença da população em situação de rua da Cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun. 2009.
- BAMRAH, S. et al. Tuberculosis among the homeless, United States, 1994-2010. **Int J Tuberc Lung Dis.**; vol. 17, n. 11, p. 1414-9, Nov 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BENATAR, S.; UPSHUR, R. Tuberculosis and poverty: what could (and should) be done? **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 14, n. 10, p. 1215-1221, 2010.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Rev Med (São Paulo)**. vol. 93, n. 2, p. 83-9, abr.-jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 168 p. : il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil**:

indicadores epidemiológicos e operacionais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 92 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 38p. : il.

BRUNELLO, M. E. F. et al. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 556-563, 2011.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saude soc.**, São Paulo , v. 7, n. 2, p. 47-62, Dec. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901998000200005&lng=en&nrm=iso>. Access em 31 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901998000200005>.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saude soc.**, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 30-39, Dec. 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 709-716, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>.

CECÍLIO, H. P. M.; MARCON, S. S. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 1, e8425, 2016.

COLLINSON, S. Homeless with TB? Housing should be part of the treatment, not part of the problem. **Journal of Social Inclusion**, vol. 5, n. 2, 2014.

COUTO, D. S. et al., Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, P. 572-581, jul-set, 2014.

CUNHA, N. V. et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, vol. 19, no. 53, 2015.

FESKE, M. et al. Counting the homeless: a previously incalculable tuberculosis risk and its social determinants. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 839-848, 2013.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose*. **Rev Rene, Fortaleza**, 2011; 12(n. esp.):1028-35.

FREITAS, I. M. et al . Fatores associados ao conhecimento sobre tuberculose e atitudes das famílias de pacientes com a doença em Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 326-340, June 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000200326&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500020004>.

GARNER, Paul et al . Promoting adherence to tuberculosis treatment. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 85, n. 5, p. 404-406, May 2007.

GONÇALVES, A. M. S. et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. vol. 13, n. 2, p. 355-60, abr/jun, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10502>. Acesso em: 23 May 2017.

GUIMARÃES, M. R. et al. Transição para estratégia de saúde da família: implicações no tratamento da tuberculose. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 2):788-95, fev., 2016.

HWANG, S. W. Homelessness and health. **CMAJ**. vol. 164, n. 1, p. 229-33, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80688/>. Acesso em: 13 May 2017.

KLEIN, J. W.; REDDY, S. Care of the Homeless Patient. **Medical Clinics of North America**, vol. 99, Issue 5, p. 1017–1038, September 2015.

MACEDO, S. M. et al. Estratégias para capacitação ao cuidado em tuberculose. **Cogitare Enferm.** vol. 21, n. 3, p.01-08, Jul/set. 2016.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio com o cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 919-930, Dec. 2014.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.

MAFFACCIOLLI, Rosana et al. A utilização da noção de vulnerabilidade na produção de conhecimento sobre tuberculose: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 247-253, 2015.

MALEJCZYK, K. et al. Factors associated with noncompletion of latent tuberculosis infection treatment in an inner-city population in Edmonton, Alberta. **Can J Infect Dis Med Microbiol**. Vol. 25, n. 5, p. 281–284, Sep-Oct 2014.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 28-32, Mai 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mai 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500008>.

NYAMATHI, A. et al. Predictors of Perceived Health Status of Tuberculosis-Infected Homeless. **Western Journal of Nursing Research**, vol. 27, n.7, p. 896-910, 2005.

OLIVEIRA, L. C. S. et al. A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose*. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. vol. 17, n. 1, p. 12-20, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.24523>. Acesso em: 30 mai 2017.

ÓRFÃO, N. H. et al. Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo¹. **Cienc Cuid Saúde**. vol. 14, n. 4, p. 1453-1461, Out/Dez. 2015.

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PEDRO, A. S.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**. vol. 33, n.4, p. 1-8, 2013.

POPOLIN, M. P. et al. Conhecimento sobre tuberculose, estigma social e a busca pelos cuidados em saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, vol. 17, n. 3, p. 123-132, jul-set, 2015.

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

RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA, M. C. S.; FERREIRA, M. A. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 172-178, 2013. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Mai 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200011>.

RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA, M. C. S.; FERREIRA, M. A. Representações sociais da tuberculose por enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 532-537, June 2016. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300532&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Mai 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690316i>.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**. vol. 46, n. 2, p. 356-63, 2012.

SANTOS, M. L. S. G. et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe, p. 762-767, Oct. 2007.

SERAFINO, I.; LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, jan./jun. 2015.

SIEMION-SZCZESNIAK, I.; KORZENIEWSKA-KOSELA, M.; KUS, J. Tuberculosis (TB) in homeless population in Poland. **European Respiratory journal**. vol. 44, Issue Suppl 58, 2014.

SILVA, C. B.; LAFAIETE, R. S.; DONATO, M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **Rev Eletrôn Saúde Mental Alcool Drog** [Internet]. vol. 7, n. 1, p. 10-7, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38734/41589>. Acesso em: 27 Mai 2017.

SILVA SOBRINHO, R. A. et al. Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enferm.** vol. 19, n. 1, p. 34-40, Jan/Mar, 2014.

SOUSA, L. O. et al. Short-course therapy for tuberculosis: a discourse analysis. **Rev Bras Enferm** [Internet]. vol. 69, n. 6, p. 1089-98, 2016.

SOUZA, E. P. et al. Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Revista CUIDARTE**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 1094-102, July, 2015. ISSN 2216-0973. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/178/469>>. Acesso em: 28 May 2017 doi:<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.178>.

SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER, E. C. A. A Saúde No Brasil Enquanto Direito De Cidadania: Uma Dimensão Da Integralidade Regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, n. 8, p. 253-309, 2010.

SULIS, G. et al., Tuberculosis: Epidemiology and Control. **Mediterr J Hematol Infect Dis**. 2014; 6(1): e2014070.

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

TOUSO, M. M. 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**, vol. 19, n. 11, p. 4577-4585, 2014.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, June 2005.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Implementing the STOP TB Strategy: a Handbook for national tuberculosis control programmes.** Geneva: World Health Organization; 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report.** 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis. Fact Sheet,** Geneva, n. 104, 2016a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report.** 2016b.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de incluir instituições/serviços da saúde e da seguridade social, a rede de assistência à pessoa em situação de rua doente de TB no município de João Pessoa – Paraíba – Brasil se apresenta com fluxo pouco claro. Nesse sentido, o caminho percorrido pelos doentes é definido a partir dos serviços pelos quais eles acessam a saúde, obtém o diagnóstico e seguem o tratamento; sendo possível a identificação de diversas dificuldades relacionadas ao fluxo de assistência, tais como: a descontinuidade no fluxo de comunicação, expondo fragilidades na coordenação dos serviços na assistência à pSR doente de TB; conflitos de atribuições/responsabilidades em âmbito intrassetorial, refletindo a indefinição do fluxo da assistência e a dificuldade dos serviços de identificarem seu papel na rede; retardo no diagnóstico e início do tratamento, associado à incipiente realização de busca ativa e evidenciado pela gravidade clínica dos casos de TB na PSR; e dificuldades de adesão/ abandono do tratamento/ resistência medicamentosa, relacionadas aos diversos obstáculos que essas pessoas enfrentam na dinâmica do viver na rua.

Além dessas, outras dificuldades vivenciadas na prestação de assistência à pessoa em situação de rua doente de TB foram identificadas. Dentre estas, destacaram-se: as relacionadas aos usuários (pobreza/condição social, uso abusivo de álcool e drogas, falta de documentos, falta de conhecimento / concepções do adoecimento e hábito nômades), as relacionadas aos profissionais/serviços de saúde (falta de qualificação profissional e falta de estrutura/insumos/pessoal) e as comuns a ambos (estigma/preconceito dos usuários, resistência do usuário em buscar o serviço de saúde, estigma/preconceito e resistência dos profissionais de saúde e violência no cotidiano dos doentes e dos profissionais).

Assim, apesar de envolver instituições/serviços de saúde e assistência social, a assistência a pSR doente de TB no município em tela apresenta importantes lacunas. Nesse cenário, com a finalidade de reduzir os obstáculos vivenciados pela PSR para efetivo acesso e adesão ao tratamento da TB, sugere-se que as ações de controle ampliem seu foco, abstendo-se da preocupação exclusiva com o biológico e incorporando o olhar atento às condições de vida e necessidades da PSR. Para

tanto, resta nítida a necessidade de reforço da articulação intra e intersetorial, além de (re)arranjos institucionais e organizacionais para a atenção àqueles que vivem em situação de rua.

Por fim, entendendo que os resultados desta pesquisa são significativos e têm potencial de contribuição para o campo da assistência de saúde à PSR doente de TB, uma vez que a partir da identificação das dificuldades vivenciadas será possível o estabelecimento de estratégias que melhorem a qualidade da assistência oferecida à pSR doente de TB, os próximos passos dessa pesquisa incluem: a realização de reuniões com gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Município de João Pessoa – Paraíba – Brasil e com os enfermeiros dos serviços envolvidos para apresentação dos achados da presente pesquisa; a construção conjunta de uma Linha de Cuidado a Pessoa em Situação de Rua doente de TB no município de João Pessoa – Paraíba – Brasil; e a realização de reuniões de sensibilização para o problema da TB nas pessoas em situação de rua para as equipes das UBS/eSF do município de João Pessoa – Paraíba – Brasil.

9. REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica** [Online], vol. 15, n. 3, p. 543-567, Out., 2011.

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124, Jan. 2012.

AMARAL, A. S. et al. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 794-802, dez. 2010.

ANDREWS, J. R. et al. The epidemiological advantage of preferential targeting of tuberculosis control at the poor. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, vol. 19, n. 4, 1, pp. 375-380(6), April 2015.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010.

ASSIS, E. G. et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 111-118, Feb. 2012.

BAGHERI AMIRI et al. Vulnerability of Homeless People in Tehran, Iran, to HIV, Tuberculosis and Viral Hepatitis. **PLoS ONE**, vol. 9, n. 6, e98742, 2014.

BALDERRAMA, P. et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 511-9, set. 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/21408>>. Acesso em: 25 Set. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BAMRAH, S. et al. Tuberculosis among the homeless, United States, 1994-2010. **Int J Tuberc Lung Dis.**; vol. 17, n. 11, p. 1414-9, Nov 2013.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso** : 1900-1950 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 248p. Antropologia & Saúde collection. ISBN 85-7541-006-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BENEFIELD, L. E. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Health Nurse**. vol. 21, n. 12 p. 804-11, 2003.

BEYEA, S. C.; NICOLL, E. L. H. Writing an integrative review. **Aorn J**. vol. 67, n. 4, p.877-80, 1998.

BOTHAMLEY, G. H. et al. Screening for tuberculosis: the port of arrival scheme compared with screening in general practice and the homeless. **Thorax**. v. 57, p. 45-49, 2002.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan**: normas e rotinas. 2ª edição. Brasília. 67p. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Doenças negligenciadas:

estratégias do Ministério da Saúde. **Rev Saúde Pública**; vol. 44, n. 1, p. 200-2, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. 98 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 92 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 38p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. **Boletim Epidemiológico**. v. 48, nº 8, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano nacional pelo fim da tuberculose**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-260, Mar. 2012 .

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saude soc.**, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 30-39, Dec. 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al . Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saude soc.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, Dec. 1998.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov-dez, 2003.

CECÍLIO, L.C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CIORAN, V.; MINCĂ, D. G.; BRÎNDUȘE, L. A. Costs-of-illness evaluation methodology due to tuberculosis in homeless adults in Bucharest. **AMT**, vol. 20, no. 2, p. 13-15, 2015.

CIORAN, V.; MINCĂ, D. G.; FURTUNESCU, F. L. Aspects of monitoring a cohort of adult homeless people suffering from tuberculosis compared to the general population of Bucharest. **Journal Plus Education**. vol. XII A, special issue, p. 94-110, 2015.

COLLINSON, S. Homeless with TB? Housing should be part of the treatment, not part of the problem. **Journal of Social Inclusion**, vol. 5, n. 2, 2014.

CRAIG, G. M.; ZUMLA, A. The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. **International Journal of Infectious Diseases**, vol. 32, p. 105–110, March 2015.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, vol. 43, n.5, p. 825-31, Out. 2009.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. vol. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GARNER, P. et al . Promoting adherence to tuberculosis treatment. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 85, n. 5, p. 404-406, May 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

GONCALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-327, Oct. 2000 .

GUPTA, V. et al. Tuberculosis among the Homeless — Preventing Another Outbreak through Community Action. **N Engl J Med**, vol. 372, p. 1483-1485, 2015.

HIJJAR, M. A. et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.310-314, 2005.

KLEIN, J. W.; REDDY, S. Care of the Homeless Patient. **Medical Clinics of North America**, vol. 99, Issue 5, p. 1017–1038, September 2015.

LINDOSO, J. A.; LINDOSO, A. A. Neglected tropical diseases in Brazil. **Rev Inst Med Trop Sao Paulo**, vol. 51, n. 5, p. 247-53, Sep-Oct 2009.

LOBATO, M. N. et al. Adverse Events and Treatment Completion for Latent Tuberculosis in Jail Inmates and Homeless Persons*. **Chest**. vol. 127, n. 4, p. 1296-1303, 2005.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio com o cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 919-930, Dec. 2014.

MACHADO, M. F. A. S. et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007.

MAFFACCIOLLI, R. et al. A utilização da noção de vulnerabilidade na produção de conhecimento sobre tuberculose: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 247-253, 2015.

MAGALHAES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, Dec. 2007.

MALEJCZYK, K. et al. Factors associated with noncompletion of latent tuberculosis infection treatment in an inner-city population in Edmonton, Alberta. **Can J Infect Dis Med Microbiol**. vol. 25, n. 5, p. 281–284, Sep-Oct 2014.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, vol. 20, n. 5, p.1411-1416, Sept./Oct. 2004.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos.** In: Pinheiro R., Mattos, R. A. Os sentidos da integralidade na Atenção e no cuidado à saúde, Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** vol. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª edição. São Paulo (SP): Hucitec; 2014. 408 p.

MONROE, A. A. et al . Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, vol. 42, n. 2, p. 262-267, June 2008.

MUNIZ, J.N. et al. A Incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.10, n.2, p.315 – 321, 2005.

NYAMATHI, A. et al. Predictors of Perceived Health Status of Tuberculosis-Infected Homeless. **Western Journal of Nursing Research**, vol. 27, n.7, p. 896-910, 2005.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 29 out. 2015.

OLIVEIRA, M. F. et al . A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, vol. 45, n. 4, p. 898-904, Aug. 2011.

PAIM, J. S; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, vol. 12, n. 2, ago. 2010.

PAIVA, R. C. G. et al. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, vol. 16, n. 3, p. 520-6, set. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/23491>>. Acesso em: 25 Out. 2015.

PINHEIRO, R. **Integralidade em saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2009. 478 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. **Essentials of nursing research**. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.

POPE, C.; MAYS, N. Qualitative Research: Rigour and qualitative research. **BMJ**. vol. 311, p. 109-112; 2005.

POTTER, J. L. et al. Support of vulnerable patients throughout TB treatment in the UK. **Journal of Public Health**, p. 1–5, 2015.

REIS, C. B. ANDRADE, S. M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, n. 1, p. 61-70, 2008.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social**. Métodos e Técnicas. 3 ed. 10 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

RICHARDSON, K. et al. Tuberculosis in Canada: Detection, Intervention and Compliance. **AIMS Public Health**. vol. 1, n. 4, p. 241-255, 2014.

ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRETAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, vol. 59, n. 3, p. 331-336, Junho, 2006 .

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dec., 2005.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, Uberaba, vol. 35, n.1, p. 51-58, Feb., 2002.

SÁ, L.D., et al. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. **Rev Enferm UFPE on line**, vol. 4, n.3, p.178-86, Jul/Set, 2010.

SÁ, L. D et al . Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, vol. 68, n. 3, p. 467-473, Junho, 2015.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**. vol. 46, n. 2, p. 356-63, 2012.

SÁNCHEZ, A.I.M. **O tratamento diretamente observado "DOTS" e a adesão ao tratamento da tuberculose**: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo - São Paulo – Brasil. 2007. [Tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2007.

SAN PEDRO, A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, vol. 33, n. 4, p. 294-301, Apr. 2013.

SANTOS, F. L. A. et al. Pesquisa, desenvolvimento e inovação para o controle das doenças negligenciadas. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** vol. 33, n. 1, p: 37-47, 2012.

SANTOS, M. A. P. S. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health.** vol. 5, 2005.

SANTOS, M. L. S. G. et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 15, n. spe, p. 762-767, Oct. 2007.

SERAFINO, I.; LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **R. Katál.**, Florianópolis, vol. 18, n. 1, p. 74-85, jan./jun. 2015.

SIEMION-SZCZESNIAK, I.; KORZENIEWSKA-KOSELA, M.; KUS, J. Tuberculosis (TB) in homeless population in Poland. **European Respiratory Journal.** vol. 44, Issue Suppl 58, 2014.

SILVA, K. L. SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, vol. 42, n. 1, p.48-56, Mar. 2008.

SILVA, A. C. O. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. vol. 9, n. 2, p. 402-416, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>>. Acesso em: 22 Ago 2016.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção básica à saúde. **Rev Rene.**, vol. 15, n. 4, p. 605-12, jul-ago 2014.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, vol. 31, n. 6, p. 461-468, June 2012.

SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER, E. C. A. A Saúde No Brasil Enquanto Direito De Cidadania: Uma Dimensão Da Integralidade Regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, n. 8, p. 253-309, 2010.

SOUZA, M. V. N.; VASCONCELOS, T. R.A. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. **Quim. Nova**, vol. 28, n. 4, 678-682, 2005.

SULIS, G. et al. Tuberculosis: Epidemiology and Control, **Mediterr J Hematol Infect Dis**, vol. 6, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, E. C. C.; COSTA, J. S. O impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência de tuberculose no Brasil. **Rev Econ**. vol. 37, n. 2, p. 106–123, 2011.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo(SP): Atlas; 1992.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 39, n. 3, p. 507-514, June 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa**: construcao teorico-epistemologica, discussao comparada e aplicacao nas areas da saude e humanas. Petropolis; Vozes; 2003. 685 p. tab.

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

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H; GOUVEA, T. G. Panorama dos estudos sobre nutrição e doenças negligenciadas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, p. 39-62, Jan. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report**. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report**. 2016.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados**Informações Gerais**

Local da entrevista: _____ Data: _____

Horário: Início: _____ Sexo: _____ Unidade de Saúde: _____
 Fim: _____ () Feminino
 () Masculino

Idade: _____

Formação: _____ Possui especialização?
 () Sim () Não
 Se sim, qual(is)? _____

Local de trabalho: _____

Função: _____ Tempo de exercício da função: _____

Tipo de vínculo:
 () Concurso Público
 () Contrato
 ()
 Outro: _____

1. Fale para mim sobre o cotidiano do seu trabalho.
2. Você já acompanhou pacientes que tiveram tuberculose? Se sim, fale sobre essa experiência.
3. Você já acompanhou pessoas em situação de rua doentes de tuberculose? Se sim, fale sobre essa experiência.
4. Fale para mim sobre a assistência prestada à pessoa em situação de rua doente de tuberculose.
5. Com sua experiência na assistência a pessoa em situação de rua doente de tuberculose, como você percebe o percurso que essas pessoas seguem na busca de cuidados e tratamentos?
6. Para você, a assistência prestada à pessoa em situação de rua doente de tuberculose é a mesma prestada as pessoas que possuem domicílio fixo? Quais as semelhanças? Quais as diferenças?
7. Especificamente em relação ao tratamento da pessoa em situação de rua doente de tuberculose, como a sua equipe organiza o processo de trabalho?
8. Como é/foi o relacionamento da sua equipe com a pessoa em situação de rua doente de tuberculose?
9. Para você, o que é importante no cuidado à pessoa em situação de rua doente de tuberculose?
10. Fale sobre as condições de trabalho na assistência a pessoa em situação de rua doente de tuberculose? O que facilita? O que dificulta?
11. Em sua trajetória na assistência a pessoa em situação de rua doente de tuberculose, o que mais o(a) marcou?
12. Além do tratamento em si, qual(is) seria(m) outra(s) preocupação(ões) dos profissionais em relação a pessoa em situação de rua doente de tuberculose?
13. Apesar das ações de controle da tuberculose em pessoas em situação de rua serem de responsabilidade da Atenção Básica, estudos mostram que essas pessoas seguem sendo atendidas e acompanhadas em nível hospitalar. Na sua opinião, porque esse fato acontece?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada *“OS SENTIDOS DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA DOENTE DE TUBERCULOSE: discursos de profissionais de município prioritário da Paraíba – PB.*

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa faz parte do Grupo Interinstitucional de Pesquisa da Área Epidemiológico-Operacional em Tuberculose –GEOTB, que atua de forma articulada à Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) inserido no Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GRUPO TB/PB).

A pesquisa está sendo desenvolvida por Anelissa Andrade Virginio de Oliveira, aluna (Doutoranda) em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, sob a orientação da Professora Dra. Maria Fatima de Sousa. Responsabilizamo-nos em cumprir as exigências contidas nos termos dos incisos IV-3 e IV-5 da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa tem como objetivo geral: analisar os constituintes do discurso de profissionais de saúde dos consultórios na rua, do hospital Clementino Fraga e de Unidades de Saúde da Família (USF) relacionados à assistência a pessoa em situação de rua com Tuberculose no município de João Pessoa – PB.

A finalidade desta pesquisa é contribuir para a sensibilização de profissionais e gestores para o planejamento e organização das práticas de cuidado específicas para pessoas em situação de rua doentes de tuberculose.

Sua participação consistirá em responder a um roteiro semidirigido sobre a temática em estudo. A entrevista será gravada com auxílio de um aparelho gravador eletrônico e será realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio) com horário previamente agendado.

Solicitamos a sua participação, como também a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Salientamos que, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa que envolve seres humanos oferece riscos, visto que o próprio constrangimento em responder aos questionamentos é considerado um risco emocional.

Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando: oferecem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e dos outros indivíduos. Nesse sentido, são previstos riscos mínimos na sua participação neste estudo, uma vez que a mesma consistirá em responder a um roteiro de entrevistas semidirigido.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações ou colaborar com as atividades

solicitadas pela pesquisadora. Caso decidir não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, você não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa “OS SENTIDOS DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA DOENTE DE TUBERCULOSE: discursos de profissionais de município prioritário da Paraíba – PB”, como voluntária; bem como para publicação os resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

Anelissa Andrade Virgínio de Oliveira
Aluna (doutoranda) PPGSC/UnB

Contato com a pesquisadora: Anelissa Andrade Virgínio de Oliveira. Endereço: Campus Universitário I - Cidade Universitária, Castelo Branco, João Pessoa - PB - CEP: 58051-900 - Fone: 83-3216-_____, e-mail: _____@gmail.com.

ANEXO A - Artigo 01 da Tese em formato publicado na revista International Archives of Medicine

International
Medical Society
<http://medicobiosci.org>

INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE
Science Infectious Diseases
ISSN: 1755-7602

2017
Vol. 10 No. 114
doi: 10.3871/20384

The Access of the Homeless Persons with Tuberculosis to the Health Care: an Integrative Review

REVIEW

Annelissa Andrade Virginio de Oliveira¹,
Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira², Kátia Kiss da Silva Barbosa³,
Ana Valéria Machado Mendonça⁴, Maria Fatima de Sousa⁵, Lenilde Duarte de Sá⁶

Abstract

Introduction: The Tuberculosis (TB) keeps being a big public health problem in the world, having the poverty, the bad life condition, the bad income distribution, the social iniquity and the disability on the health system as a substrate to its maintenance.

Objective: To identify the scientific knowledge produced under the access to the health service of the homeless person sick by TB.

Method: Integrative literature review conducted from April to June, 2016, having as inclusion criteria: publications written in Portuguese, English or Spanish, published from 1990 to 2015, indexed on the data basis: LILACS, SCIELO, MEDLINE and Web of Science and portals Virtual Health Library (VHL) and MEDLINE/PubMed, that had the text completely available online. The data analyzes was made in qualitative terms, using the technique of content analysis proposed by Bardin. It was possible to construct three categories: Specific characteristics of the homeless people access to the health services to tuberculosis diagnostic and treatment; Access difficulty to the health care: factors related to homeless people and factors related to health services; Strategies to overcome the access difficulties of the homeless person (HLP) to the health care.

Results: Pointed that the homeless people have a higher risk to get sick by TB, presenting TB incidence rate 10 to 20 times higher than the general population. Many obstacles that limited those people access to the health services were identified. Many times they presented difficulty to identify the appropriated place to search for assistance and not always this place had the opened doors to this social group.

- 1 Doctoral Student of the University of Brasília, Nurse at the University Hospital Lúcio Wanderley/Federal University of Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brazil.
- 2 Doctorate in Nursing, Nurse at the National Foundation of Health, Collaborating Professor at the Open University of SUS/Federal University of Pernambuco/UNAGS/UFPE, João Pessoa, Paraíba, Brazil.
- 3 Doctoral Student of Nursing at the Federal University of Paraíba, Professor of Nursing at the Federal University of Campina Grande/UFCC, Paraíba, Brazil.
- 4 Adjunct Professor IV of the Department of Collective Health, University of Brasília (UnB), PhD in Information Science at the University of Brasília/UnB/Brazil.
- 5 Doctor in Health sciences, Adjunct Professor IV of the University of Brasília/UnB/Brazil.
- 6 Doctorate in Nursing, Professor of Nursing at the Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

Contact information:

Annelissa Andrade Virginio de Oliveira.

Address: Campus I, Av. Conde das Cidades, SN - Cidade Universitária, João Pessoa, PB, 58051-900.
tel: +55(81)3216.7098.

e-mail: annelissa.andrade@gmail.com

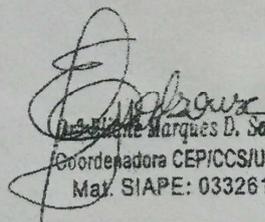
ANEXO B – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 8ª Reunião realizada no dia 20/08/2013, o projeto de pesquisa intitulado: “ANÁLISE DOS PONTOS DE ESTRANGULAMENTO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM POPULAÇÕES EM SITUAÇÕES DE RUA NOS MUNICÍPIOS DE JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE - PB” da Pesquisadora Lenilde Duarte de Sá. Prot. nº 0478/13. CAAE: 20446513.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Lenilde Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618

ANEXO C – Declaração Institucional de Concordância com o estudo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA – C.H.C.F.



NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

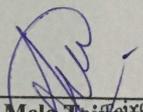
Declaramos, para os devidos fins que concordamos em receber a **aluna Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira**, aluna de pós-graduação, nível Doutorado, desenvolve a pesquisa intitulado **“Os Sentidos da Assistência de Saúde à Pessoas em Situação de Rua Doente de Tuberculose: discursos de profissionais de município prioritário da Paraíba – PB”**, vinculado ao Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba – Grupo TB/PB.

O subprojeto “da doutoranda tem como cenário o município de João Pessoa – PB” e é vinculado ao projeto **“Análise dos Pontos de Estrangulamento no Controle da Tuberculose em Populações em Situação de Rua nos Municípios de João Pessoa e Campina Grande – PB”**

Afirmo ser coordenadora geral do projeto-mãe ao qual encontra-se vinculado o projeto da interessada, sendo o mesmo financiado pelo CNPq.

Devemos ressaltar que a pesquisadora deverá encontrar as condições necessárias para a realização da mesma.

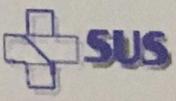
João Pessoa, 06 de março de 2017.



Adriana Melo Teixeira
 Diretora Geral
 Mat. 158.296-8
 Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga



O C.H.C.F. Fazendo saúde pública com qualidade



Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94
 Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe – CEP. 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 32185449 – Fax: 3218 5416
 E-mail: cep_chcf@hotmail.com

ANEXO D – Encaminhamento municipal para a realização de pesquisa



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 16 de janeiro de 2017

Processo nº 20.681/2016

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**
Para: **CONSULTÓRIO NA RUA, UPA CÉLIO PIRES DE SÁ, DISTRITO
SANITÁRIO I, II e IV**

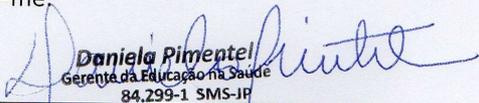
ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** encaminha o (a) pesquisador(a) **ANNELISSA ANDRADE VIRGÍNIO DE OLIVEIRA**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“OS SENTIDOS DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA DOENTE DE TUBERCULOSE: DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DE MUNICÍPIO PRIORITÁRIO DA PARAÍBA-PB”**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o (a) pesquisador (a) deverá estar ciente de suas responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.


Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde
84.299-1 SMS-IP

Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde