



## Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua\*

Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis

Experiencia de los profesionales sanitarios en el cuidado a la persona con tuberculosis en situación de calle

Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim<sup>1</sup>, Fernando Mitano<sup>2,3</sup>, Amanda Alessandra dos Reis<sup>1</sup>, Cristine Moraes Roos<sup>4</sup>, Pedro Fredemir Palha<sup>5</sup>, Simone Teresinha Protti-Zanatta<sup>6</sup>

### Como citar este artigo:

Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):808-815. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600014>

\*Extraído da dissertação "A rua que acolhe, a rua que cura: equipe de consultório na rua como estratégia para atenção à pessoa com tuberculose", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, 2015.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Lúrio, Faculdade de Ciências da Saúde, Moçambique.

<sup>4</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Unidade de Adição Álvaro Alvim, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>6</sup> Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** Analyzing statements of health professionals from a Street Clinic regarding care of a homeless population with tuberculosis. **Method:** This is a qualitative research, conducted in the central region of São Paulo at three basic health units in the period of November to December 2014. A semi-structured interview guideline was implemented for data collection and all interviews were recorded using a digital recorder. **Results:** Six health professionals were interviewed. According to the Discourse Analysis perspective, three discursive segments emerged: experiences on care in the streets; weaknesses inherent to the treatment process; and incentives as a means of maintaining sick people in treatment. **Conclusion:** Caring for a the homeless population with tuberculosis constitutes a new and challenging experience. It involves difficulties in dealing with the reality of a miserable social context, a lack and inadequacy of services, as well as care limitations for treatment and treatment dropout, which reinforces multiresistance. However, the investigated Street Clinic teams seek to expand access to health and social care services to this population.

### DESCRIPTORS

Homeless Persons; Tuberculosis; Health Personnel; Public Health Nursing; Qualitative Research.

### Autor correspondente:

Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim  
Rua Ruy Barbosa, 1051 - Vila Xavier  
CEP 14810-095 - Araraquara, SP, Brasil  
tatienf@gmail.com

Recebido: 07/12/2015  
Aprovado: 29/09/2016

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um dos problemas graves de saúde pública para todo o mundo, principalmente para os 22 países mais afetados, que contribuem com cerca de 80% dos casos. O Brasil ocupa a 16ª posição em número absoluto de casos<sup>(1-2)</sup>.

O grupo mais vulnerável à TB tem sido o da população em situação de rua, em decorrência da pobreza, falta de emprego, do desconhecimento da doença, da coinfeção por HIV, ausência de residência fixa, baixa imunidade, imigração e do uso de substâncias psicoativas<sup>(3-7)</sup>. Nesse contexto, essa população tem 48 a 67 vezes mais chances de adoecer por TB quando comparada à população em geral, ficando evidente que esse grupo é o mais acometido pela doença<sup>(4,8-9)</sup>. Outrossim, apresenta maior necessidade de cuidado em saúde, fazendo-se necessários serviços mais articulados em suas práticas para garantir a atenção integral e equânime a esses indivíduos. Assim, trabalhar com pessoas que vivem nessa situação exige estabelecimento de vínculos que possibilitem humanizar o encontro, para tanto é necessário compreender sem julgar, respeitar e estabelecer limites<sup>(4)</sup>.

Estudo realizado em 71 municípios do Brasil observou a existência 31.992 adultos em situação de rua e, no ano de 2015, viviam no município de São Paulo 15.905 pessoas nessas condições. Tal achado revela a necessidade de os serviços de saúde realizarem ações que permeiam o cuidado à população em situação de rua<sup>(2,10-12)</sup>.

Esforços têm sido realizados por meio do programa consultório na rua para atender às necessidades de saúde dessa população, no entanto, ainda persistem inúmeros desafios por se tratar de uma população exposta a condições de vida precárias<sup>(6,8)</sup>. A literatura nos mostra acerca dos determinantes de saúde dessa população a dificuldade de adesão ao tratamento de TB e o difícil acesso aos serviços de saúde<sup>(5-10)</sup>. Porém, percebe-se a escassez de estudos realizados que envolvem a população em situação de rua e a TB, principalmente, sobre discursos produzidos pelos profissionais do Consultório na Rua, os quais trabalham diretamente com este grupo de pessoas quando acometido pela TB.

Cabe ressaltar que no Brasil o Consultório na Rua nasceu em Salvador em 1997, concebido pelo professor Antônio Nery Filho. A relevância dessa experiência colaborou para que em 2009 o Ministério da Saúde propusesse o Consultório de Rua vinculado às políticas de saúde mental e atenção integral a usuários de drogas, adotado em 2011 com o objetivo de atender às diferentes demandas e necessidades dessa população<sup>(4,13)</sup>.

Assim, visando contribuir para o conhecimento científico e vislumbrar a melhoria de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, este estudo vem com o principal objetivo de analisar os discursos dos profissionais de saúde do Consultório na Rua quanto ao cuidado à pessoa em situação de rua acometida por tuberculose.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de cunho qualitativo, com fundamentação teórico-metodológica na Análise de Discurso (AD) de matriz francesa. A AD

destina-se a apreender como um objeto simbólico produz sentidos, entendendo que a história se manifesta na língua por meio de palavras que revelam sentidos de discursos já realizados, imaginados ou possíveis. O discurso não é fechado, é um processo em curso, em movimento, acontece não como um aglomerado de textos, mas como uma prática. Assim, não se prioriza a transmissão da informação, mas a relação simultânea entre emissor e receptor, construindo um sistema complexo desses sujeitos e da produção de sentidos. A AD fundamenta-se em três pilares de conhecimento, a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise<sup>(14)</sup>.

A análise se propõe a compreender os sentidos produzidos pelos discursos para além do já-dito, na busca de pistas e vestígios que permitam a apreensão da opacidade da língua, a produção de sentidos e a constituição dos discursos por meio de suas posições inconscientes e ideológicas. Analisar discursivamente implica compreender que os gestos interpretativos não são fechados em si, mas podem ter outros sentidos de acordo com a posição que o sujeito ocupa discursivamente.

O estudo foi realizado no município de São Paulo em três Unidades Básicas de Saúde (UBS): UBS da Sé, República e Santa Cecília, todas localizadas no centro da cidade. A coleta de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2014. Foram entrevistados seis profissionais de saúde, com seis ou mais meses de experiência na gestão e/ou assistência à população em situação de rua. A seleção dos participantes foi por meio de amostragem de conveniência. Foi utilizado um roteiro semiestruturado e os itens do roteiro de entrevista foram os seguintes: como a equipe de Consultório na Rua atua na atenção à TB? Quais as estratégias utilizadas que servem de experiência? Poderia falar sobre os benefícios previstos no programa de TB como: cesta básica, lanche e vale-transporte? As entrevistas foram gravadas com recurso a um gravador digital.

Para organização dos dados usou-se o *software* Atlas. Ti versão 7.0, o qual auxiliou na organização dos dados empíricos. Cabe ressaltar que o *software* não interferiu na escolha de recortes nem na criação de blocos discursivos, simplesmente auxiliou na organização dos dados cuja seleção e comando eram exclusivos dos pesquisadores.

Para a análise das sequências linguísticas discursivas usou-se o referencial de AD seguindo-se três passos: primeiro da superfície linguística para o discurso, que consistiu em várias leituras das entrevistas transcritas e na identificação das ideias que fazem parte de recortes de referência para a formação de blocos e recortes discursivos; segundo, do objeto discursivo para a formação discursiva, que consistiu na discriminação de sequências discursivo-linguísticas e/ou significantes que possuem um papel importante na criação de sentidos, e terceiro, do processo discursivo para a formação ideológica, que consistiu no retorno às sequências que constituem o objeto de análise integrando o arcabouço teórico existente sobre a tópica em estudo<sup>(14-15)</sup>.

Na apresentação dos recortes discursivos, foi utilizada a codificação: E1, E2, E3, E4, E5, E6 para representar os participantes do estudo. Para o desenvolvimento desta investigação, respeitou-se os princípios éticos da pesquisa

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

## RESULTADOS

Foram entrevistados seis profissionais de saúde. Em relação ao perfil dos participantes, estes tinham idades entre 32 e 46 anos, experiência de Consultório na Rua que variava de 1 a 2 anos. Em relação à profissão, havia cinco enfermeiros e um psicólogo.

Segundo a perspectiva da AD, emergiram três blocos discursivos: experiência sobre o cuidar na rua; fragilidades inerentes ao processo de tratamento e incentivos como meio para a permanência do sujeito doente no tratamento. Tendo em conta as condições de produção e as posições dos sujeitos, profissionais de saúde, interpelados pela ideologia, suas falas se inscrevem em formações discursivas que enfatizam os dizeres circulantes sobre a população em situação de rua como carente, excluída e de menos atenção para os problemas que a afligem por parte da sociedade, e de difícil assistência, já que não possui residência fixa.

No bloco discursivo **experiências sobre o cuidar na rua**, observa-se que os sujeitos profissionais, a partir do momento que integram a equipe, lidam com um real histórico do qual não dispunham de conhecimentos anteriores. Esse encontro com o real da vida na rua desconstrói o já construído:

*(...) pensava em outro tipo de população, é o tipo de coisa que você aprende fazendo. Nunca imaginei que pudesse trabalhar com essa população, nem sabia que existia (E1).*

Encontrar vaga para o tratamento tem sido complicado para os que são atendidos na rua, tal como é enunciado:

*(...) tinha uma mulher, assim, ficou um tempão para essa mulher conseguir vaga, porque aí tinha vaga, mas não tinha vaga para a mulher com tuberculose (E5).*

A atuação em determinantes de saúde, quais sejam criação de políticas de alimentação, de habitação para os grupos vulneráveis, é descrito como um desafio pela equipe:

*(...) o desafio é poder pensar a política de saúde de uma forma ampliada, mas intersetorial que garanta melhores condições de vida, né? De alimentação, de habitação, porque eu acho que enquanto o nosso país ainda tiver essas condições (...). É claro que a gente vai tentando, a gente vai diminuindo a quantidade de pessoas bacilíferas para não transmitir, enfim (...) o desafio da tuberculose é cuidar da tuberculose nesse contexto, sem mudar o contexto (E5).*

Uma das características identificadas nos profissionais das equipes de Consultório na Rua é a capacidade de motivar para a mudança e respeitar o tempo do outro. Esses sujeitos encontraram na insistência, na persistência, nas orientações em linguagem compreensível, no respeito à liberdade de escolha e na oferta de encaminhamentos que melhoram

as condições de vida do sujeito, maneiras de construir ferramentas para promover o cuidado:

*(...) acho que a persistência é que garante às vezes o final do tratamento, porque (...) é isso, acho que os pacientes às vezes já desistiram de cuidar deles, né? Então a gente não pode desistir. Porque se a gente desiste aí não consegue mesmo (E5).*

O sujeito profissional, ao descrever sua experiência, aponta as dificuldades enfrentadas pela população em situação de rua acometida por TB e como a equipe a mantém em tratamento.

*(...) Se o cara não consegue se organizar para vir, que é muito comum por conta da temporalidade, não sabe dia, não controla a hora, aí o agente comunitário vai lá e busca (E1).*

Os sujeitos profissionais de saúde expressam as suas satisfações em tratar o seu semelhante, um ser humano dotado de desejos e direitos que, quando acolhido como tal, reencontra a motivação e autonomia necessárias para o autocuidado, embora reconheçam que a atividade de cuidar impõe desafios, como é enunciado no recorte seguinte:

*Para mim é uma experiência desafiadora, não é um trabalho fácil (...), mas é um trabalho muito recompensador (E1).*

Quanto às **fragilidades inerentes ao processo do tratamento**, evidenciam-se as dificuldades cotidianas do trabalho, e ainda as dificuldades do próprio sistema de saúde.

Nesse cenário de dificuldades, o recorte a seguir aponta a fala de um profissional na qual, ao mesmo tempo, que responsabiliza o paciente pelo abandono do tratamento, reconhece que há profissionais de saúde suficientes nos serviços que podem contribuir/melhorar a assistência à pessoa em situação de rua:

*(...) se a gente fosse fazer um estudo de todos os casos de abandono, a gente vai ver que tem uma responsabilidade do paciente, sim, mas a rede tanto da saúde quanto da assistência é bem abastecida de profissionais que poderiam ajudar mais nesse processo (...) se brigassem menos (E6).*

É exigido à população em situação de rua o cumprimento de algumas regras para frequentar, por exemplo, o albergue e, no caso de este burlar tais condutas, algumas restrições são impostas, como é descrito a seguir pelo sujeito:

*(...) no albergue tem umas exigências, e às vezes o cara chega alcoolizado, chega fora do horário e daí eles cortam, aí a gente liga novamente. Olha, ele é alcoolista, ele teve uma recaída, mas hoje ele precisa de vaga... eles cortam mesmo, não tem jeito, aí vai ficar na rua (...). Alguns albergues, eles, já têm é restrições e aí não entra mesmo (E2).*

O processo de tratamento para a TB na estrutura existente é entendido como desafiador e fonte de angústia devido à falta de recursos institucionais, sociais e preparo prévio dos profissionais para atuar neste contexto social, uma vez que lidar com a miséria humana é demasiadamente difícil, como observamos nos recortes:

*(...) é um grande desafio tentar fazer e cuidar das necessidades de saúde dessa população, tentando articular os recursos disponíveis, os que têm e os que não têm, criar (E5).*

*(...) uma outra angústia é isso, a gente começar a levantar, fazer um monte de diagnóstico, para trabalhar com a palavra. Puxa*

*vida, queria mais recurso concreto, né? Mais recurso concreto para poder trabalhar, mais supervisão institucional (E1).*

*(...) lidar com a miséria humana não é um negócio fácil (E2).*

Assim, de posse destes discursos, podemos perceber que apesar de ter uma equipe completa em relação a recursos humanos, a fragilidade destaca-se em questões menos palpáveis, ou seja, em questões que não perpassam o saber profissional, e sim questões calcadas no emocional de cada sujeito, na angústia de se deparar com o cotidiano de miséria humana, na impotência destes sujeitos em melhorar ou tentar solucionar, neste caso, curar a TB. É um contexto de tristeza diária que, muitas vezes, é abastecido pelo álcool e pelas drogas. E, nesse sentido, os profissionais buscam melhorar a assistência e/ou minimizar as mazelas da sociedade.

Quanto ao bloco discursivo **incentivos como meio para a permanência do sujeito doente no tratamento** observa-se que a partir do questionamento de como ocorre a distribuição dos incentivos previstos no controle da tuberculose, os sujeitos profissionais (d)enunciam que existem aqueles padronizados pela secretaria Municipal de Saúde: cesta básica e vale-transporte; e o oferecido por algumas UBS específicas: o banho. Os “incentivos” aqui mencionados são utilizados com o intuito de promover encorajamento, despertar e estimular o interesse para a adesão ao tratamento, bem como tentativas de ofertar um cuidado mais integral. Os recortes que se seguem descrevem esses incentivos:

*(...) é o vínculo, através do vínculo você fala para o paciente: —‘Olha, você precisa estar aqui’. E sabe de uma coisa que ajuda bastante aqui? É o banho, porque o banho não são todas as UBSs que têm, mas o banho ajuda bastante, essa questão do banho (E3).*

*O lanchinho não tem mais, quando tinha ajudava bastante porque quando a gente tinha o lanche era algo bem legal, a adesão era maior (E2).*

A própria medicação também é considerada como incentivo entre os sujeitos entrevistados.

*Os insumos, basicamente é a medicação. É o vale-transporte que nós temos em cartão, ele é recarregável, temos a cesta básica, o lanche não temos mais, foi retirado, basicamente é isso. A cesta básica mesmo e o transporte que nós temos hoje, basicamente mais nada, só isso, que eu conheço só isso por enquanto (E2).*

*(...) pacientes que completam 30 dias de tratamento supervisionado recebem a cesta, a gente tem pacientes que estão próximos de concluir o tratamento e faltam, porque sabem que a partir do momento que tiver alta, cura, não receberão mais cesta (...) a cesta para a população em situação de rua é uma grande furada, porque a maioria deles vende e usa o dinheiro para outras coisas, ou até trocam o alimento por drogas, então é isso. (...) (E6).*

*O que a gente está criando? Será que a gente está fazendo um desserviço? Será que a gente está talvez estimulando para que essa bactéria se fortaleça? E crie uma resistência? (E5).*

## DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde em suas atividades vivenciam a realidade do sujeito paciente em situação da rua.

As características da vida na rua, embora imaginariamente conhecidas pelos profissionais de saúde, produzem sentidos que os levam a compreender este sujeito em situação de rua inscrito e marcado numa situação sócio-histórica invisível aos olhos de muitos. As marcas linguísticas discursivas *pensavam em outro tipo de população* sugerem uma incongruência imaginária entre os sentidos circulantes sobre a população da rua e o real histórico vivenciado por ela. As mesmas marcas linguísticas, indiretamente, produzem sentidos revelando a fragilidade dos profissionais de saúde em lidar com esse grupo populacional que vive na precariedade, exclusão e invisibilidade social<sup>(6,9,16)</sup>.

Na sequência discursiva *nunca imaginei (...) nem sabia que existia*, levando em conta as condições de produção, a posição sujeito presentifica a invisibilidade, a coisificação e a marginalização desse grupo em condições que impendem o reconhecimento dos seus direitos e de terem um tratamento adequado às suas necessidades em saúde<sup>(6)</sup>.

Os significantes *ficou um tempão* produzem sentidos não só de dificuldade de esta população ter acesso aos serviços de saúde, mas da demora no seu diagnóstico e tratamento, possibilitando a propagação da doença entre as demais pessoas que vivem juntas, além de facilitar o agravamento da doença<sup>(16)</sup>. A sequência discursiva *não tinha vaga para a mulher com tuberculose* instiga a refletir sobre a estigmatização e a rotulação do sujeito doente enquanto mulher e mais, mulher em situação de rua e portadora de TB. Nesse contexto, a complexidade da situação de rua para as mulheres impõe ampliar o próprio conceito de cuidado, incorporando em sua essência a interdisciplinaridade, intersetorialidade e a questão de gênero. A situação de rua abre as portas para miséria da condição humana somada ao adoecimento por TB, esta tem sido uma questão complexa tanto para profissionais de saúde quanto para gestores. As ações de saúde do Estado e da sociedade civil, para esta população, geralmente ocorrem sob uma ótica assistencialista ou de políticas higienistas. Atuar nesse cenário desafiador, muitas vezes, pode não ser uma escolha profissional, mas um acontecimento. O desafio em conversar sobre saúde em meio à cena de drogas, encontrar-se com histórias de vida de/em contextos angustiantes são acontecimentos que exigem um exercício singular marcado pela construção e desconstrução de valores<sup>(17)</sup>.

A posição do sujeito ao enunciar as marcas linguísticas discursivas *melhores condições; alimentação; habitação* inscreve-se em formações discursivas que vinculam a TB às condições precárias de saúde e de vida que adoecidos por TB vivenciam<sup>(7)</sup>. É importante ressaltar também que o sujeito, ao enunciar essas marcas linguísticas, é interpelado pelo interdiscurso, uma vez que as palavras não são do sujeito depoente, elas foram ditas em algum lugar e em outro momento e se encontram inscritas em vários documentos de políticas sobre o controle da TB da Organização Mundial da Saúde e do Programa de controle da TB<sup>(1)</sup>.

Assim, dentre as peculiaridades do trabalho proferidas pelos entrevistados, destacam-se a necessidade e a importância de que os profissionais das equipes tenham perfil para a formação de vínculos ou estejam dispostos a isto. O vínculo doente de TB, profissional e serviço de saúde está

diretamente relacionado à continuidade do cuidado<sup>(4)</sup> e ao sucesso do tratamento.

Na busca de soluções para o problema da TB em pessoas em situação de rua, os sujeitos profissionais acreditam que a atuação sobre os determinantes sociais compreendidos como melhores condições sociais, tais como, habitação, educação, lazer, saneamento básico, emprego e mudança de estilo de vida, pode ser facilitadora para a redução da doença nesse grupo<sup>(18-19)</sup>. A marca linguística *desafio* indicia a necessidade de mudanças e de novas perspectivas do cuidado à saúde, como a intervenção em toda a cadeia de produção à saúde: promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância e reabilitação para além da assistência médica e medicamentosa<sup>(20)</sup>. A temática da TB, muitas vezes, é vista como uma soma de indivíduos adoecidos, visão que reduz o indivíduo à doença. Porém, o controle da TB requer, primordialmente, a compreensão do sujeito adoecido como um indivíduo além do biológico, mas social e psicológico, o que impele atuar sobre essas esferas de forma coordenada para a redução da incidência e prevalência da doença<sup>(21)</sup>. Embora a cura implique, por parte do doente, o uso adequado de esquemas terapêuticos eficazes para o controle da doença, a solução exige também programas que busquem qualidade de vida adequada<sup>(22)</sup>. Entende-se por qualidade de vida a percepção da pessoa sobre a sua posição de vida, no contexto em que se encontra e no sistema de valores em que vivencia, somando suas expectativas, objetivos e preocupações<sup>(23)</sup>. Assim, torna-se prioritária a garantia do atendimento ampliado a esse público e, para isso, é fundamental a articulação intersetorial entre os trabalhadores de diferentes áreas de conhecimento que atuam com a população em situação de rua, principalmente entre as equipes de saúde e assistência social.

A sequência discursiva *a persistência garante (...) o final do tratamento* produz o sentido de que os profissionais de saúde exercem um poder sobre o sujeito doente para o manter no tratamento e na disciplina. A ação dos agentes comunitários na busca do sujeito doente para mantê-lo em tratamento reforça a ideia de que existe um controle disciplinar que é exercido sobre o sujeito doente sem considerar as suas particularidades, principalmente suas necessidades básicas.

Nota-se que as sequências discursivas *é uma experiência desafiadora; é um trabalho recompensador* indiciam que o cuidar tem se constituído como uma experiência que, por um lado, desafia os profissionais de saúde, mas por outro é considerada como recompensadora. Outrossim, observa-se que os significantes *desafiadora* e *recompensadora* produzem sentidos concordantes, em que os profissionais entram na realidade social dos excluídos com sérias dificuldades de adesão ao tratamento e de serem localizados no espaço da rua. Por outro lado, ao conseguirem ajudar esse adoecido a recuperar-se da doença, produz significado de salvar um semelhante, ato compreendido como recompensador, gratificante para o sujeito profissional.

Quanto às fragilidades inerentes ao processo do tratamento, os dizeres das posições sujeitos (d)enunciam as dificuldades que os profissionais e a população em situação de rua vivenciam. Esses dizeres produzem sentidos da necessidade da *corresponsabilização* no processo de cuidado,

visto que o compromisso com a saúde deve ser compartilhado tanto pelo paciente quanto pelos profissionais e serviços que prestam o atendimento. A oferta de cuidado deve ser realizada de modo coletivo, em equipe e intersetorialmente, incluindo a disponibilização de recursos e incentivos, como medida para garantir o sucesso das práticas dos profissionais de saúde, ao contrário, a sua ausência fragiliza essas ações. O significante *brigassem* (d)enuncia a necessidade de trabalhar em prol da pessoa adoecida, e não desperdiçar o tempo com o desnecessário. Por outro lado, o mesmo significante produz o sentido de que a briga está diretamente ligada à falta de parceria nas relações intersetoriais e pessoais, resultando na dificuldade em trabalhar junto e na necessidade de *fazer as pazes*, chegar, portanto, a um consenso. Assim, a necessidade do trabalhar em equipe de forma coordenada torna-se essencial para garantir o sucesso do tratamento<sup>(24)</sup>. No entanto, é importante ressaltar que a equipe precisa de apoio da gestão, tanto material como humano.

As marcas linguístico-discursivas *chegar alcoolizado; fora do horário* denunciam os comportamentos dos sujeitos doentes em situação de rua os quais se *contraidentificam* com as normas existentes no centro de acolhimento. A rigurosidade da disciplina dessas instituições estabelece uma relação autoritária, na qual o sujeito doente perde autonomia e não tem participação no processo decisório. A ação de excluir o sujeito doente traz à tona os sentidos de evitar a proximidade e o contato com este, o estigmatizando, como sendo um desviante e por isso indesejável naquele local<sup>(25-26)</sup>. Nesse contexto, a rua aparece como um lugar que o acolhe, pois não há regras ou exigências impostas para estar nela, a rua não restringe o acesso, ao contrário, está disponível a quem ela desejar ou a quem é obrigado a fazer dela sua morada<sup>(7)</sup>.

A estrutura de serviços para a atenção à saúde das pessoas em situação de rua mostra-se insuficiente para atender às singularidades dessa população, pois as equipes necessitam lançar mão de um trabalho pessoal e direto, em que pouco se utiliza das redes e sistemas formais das instituições públicas disponíveis. O significante *tentar* deixa vestígios de que a estrutura não está posta, não está dada. Trabalha-se com o que se tem, com o possível devido à escassez dos recursos, é importante deixar claro que mesmo com um número de profissionais adequado (com vimos nos discursos), há fragilidades em relação à integralidade dos serviços de saúde, há falta de comunicação intersetorial, situações que, se resolvidas, poderiam fortalecer ações voltadas à população em situação de rua.

Observa-se, muitas vezes, que no dito emerge o não dito de que outras angústias estão presentes no cotidiano, e que falta suporte institucional para o seu próprio cuidado. As marcas linguísticas discursivas *cuidar das necessidades; articular os recursos disponíveis; trabalhar com palavras; puxa a vida* sugerem a indignação e reivindicação, iniciando a falta de recursos efetivos para o trabalho. Os dizeres ecoam com um discurso de lamentação, um pedido de socorro e apoio. Compreendendo resiliência como a capacidade de uma pessoa ou equipe de superar as adversidades e de usá-las para o próprio desenvolvimento pessoal ou da equipe<sup>(27)</sup>, observa-se a necessidade de implementação de estratégias

de cuidado com estes profissionais de saúde, propiciando suporte emocional e a construção de resiliência junto à equipe. A utilização do termo resiliência na área da saúde é indicada para compreender um fenômeno interativo, a partir de achados relacionados ao desfecho favorável frente a situações críticas e adversas<sup>(28)</sup>.

As marcas linguístico-discursivas (...) *miséria humana; não é (...) fácil*, de um lado, produzem sentidos de que lidar com o paciente em situação da rua requer a disponibilidade de recursos materiais: (...) *queria mais recurso concreto (...)*, por outro lado sugerem a dor emocional do profissional de saúde em vivenciar essa realidade que expõe o sujeito doente a uma vulnerabilidade sistêmica que, de certa forma, produz sentidos de impotência para os profissionais de saúde. Pois o contexto social do sujeito doente de TB e em situação de rua requer não só a intervenção da equipe médica, mas de outros serviços sociais que possam minimizar suas necessidades básicas<sup>(16)</sup>.

Considerando-se a direta relação simbólica da TB com a pobreza, enquanto não houver políticas públicas efetivas que assegurem ao ser humano direito de moradia, alimentação, saúde, emprego, educação e lazer, dificilmente haverá esperança e perspectivas de que a TB seja erradicada. Outrossim, sinaliza-se que a estrutura de atenção à pessoa acometida por TB está além do uso de poliquimioterápicos que eliminem o bacilo e promovam cura, mas sim, exige investimento em políticas públicas que proporcionem justiça social.

Nesse sentido, em relação aos **incentivos** observa-se que as posições dos sujeitos profissionais, afetadas pelos sentidos naturalizados (ideologia) de que a população em situação de rua é sempre necessitada, entendem o *banho*, o *vale-transporte* e a *cesta básica* como recompensas para a permanência e continuidade do doente ao tratamento e que tais “recompensas” contribuem positivamente para o vínculo profissional e serviço de saúde. A formação de vínculo está relacionada à proximidade profissional e indivíduo, construído pelo atendimento não apenas aos aspectos biológicos, mas afetivos e de foro íntimo<sup>(29)</sup>.

A falta desses incentivos tem sido apontada como desafios pelos sujeitos profissionais, pois pode constituir-se em um entrave na continuação do tratamento, embora estes mesmos incentivos, por exemplo, distribuição de cesta básica, sejam alvo de reflexão e possam produzir desfechos como a sua venda para obter dinheiro.

Nesse sentido, a sequência discursiva: (...) *basicamente mais nada, só isso* sugere que os insumos disponíveis para o incentivo ao tratamento não fazem frente à real necessidade da população atendida, visto que a pessoa que se encontra em situação de rua não tem onde cozinhar o alimento proveniente da *cesta básica*, tampouco utilizar o *vale-transporte*, dado o seu perfil de percorrer grandes distâncias a pé, diariamente. Assim, o insumo que mais atendia à necessidade do sujeito desprovido de recursos alimentares não é mais concedido, *o lanche não temos mais, foi retirado*. O lanche era um *kit* composto por uma bebida láctea, uma barra de cereal e um pequeno bolo em embalagem individual, era servido pela manhã logo após a ingesta supervisionada da medicação.

A sequência discursiva *é uma grande furada* presentifica uma metáfora, *engano*, produzindo o sentido de que a prática da entrega dos benefícios disponíveis não é efetiva, não produz os resultados esperados.

Em função da irregularidade no fornecimento dos benefícios previstos, as equipes sentem insegurança em divulgar essa informação, visto que isso fragiliza o vínculo, dessa forma, é comum a entrega direta do benefício somente quando o mesmo chega. A ingesta irregular das medicações, o abandono do tratamento, tem sido uma das preocupações dos profissionais que atuam no Consultório na Rua, visto que a reinfeção tem intrínseca relação com a multirresistência. Pela Organização Mundial da Saúde, TB multirresistente por definição é resistência aos fármacos ionizada + rifamicina, confirmada por cultura de escarro com teste de sensibilidade a drogas e tem ligação direta com os abandonos de tratamento<sup>(11,30)</sup>.

O discurso reflexivo cujas sequências discursivas são terminadas por ponto de interrogação (...) *criando?* (...) *desserviço?* (...) *fortaleza?* (...) *resistência?* aponta para a preocupação quanto à culpabilidade dos próprios serviços de saúde na manutenção da doença e ao usar repetidamente a expressão *a gente*, o sujeito profissional assume para si a responsabilidade da multirresistência bacilar. A correspondência é discurso dos programas, nesse sentido, o sujeito técnico afetado pelo interdiscurso reproduz o discurso normatizado/oficial. No entanto, nota-se a ausência/apagamento da reflexão sobre as condições materiais para o desenvolvimento do cuidado. Essa ausência pode, de certa forma, indiciar a pouca importância dada à falta de material que é mencionada em vários recortes.

Ressalta-se que os incentivos utilizados como recursos para adesão ao tratamento de TB não devem ser padronizados, mas, sobretudo devem ser consideradas, por meio de seu território e escuta das equipes do Consultório na Rua, as especificidades e reais necessidades da população atendida. Fica ainda a reflexão de quais seriam as estratégias de fornecimento mais adequadas para estimular a adesão, o tratamento e a cura, sem que esses insumos sejam utilizados como uma estratégia para a manutenção da doença, ou como meio financeiro para a aquisição de substâncias psicoativas.

## CONCLUSÃO

Considerando os postulados do referencial teórico-metodológico da AD, o estudo analisou os discursos dos profissionais das equipes de Consultório na Rua no cuidado à pessoa com TB. Nesse contexto, a compreensão de discurso na perspectiva da AD é feita mediante o entendimento de que o mesmo é produzido por meio de um encontro entre interlocutores em um determinado contexto e momento, dessa forma, o gesto de interpretação dos resultados não pode ser entendido como único e muito menos acabado.

A partir dos dizeres dos profissionais de saúde compreende-se que cuidar de um sujeito portador da TB e em situação da rua constitui-se em uma experiência nova que escapa ao imaginário coletivo circulante. Os profissionais, ao lidarem com o real histórico dessa população, nos seus discursos, presentificam os sentidos circulantes sobre o sujeito

em situação da rua, compreendido como miserável e de difícil orientação.

Os profissionais de saúde das equipes do Consultório na Rua assinalaram dificuldades em atuar no contexto de miséria, a disposição de agir diante do não programado; o preconceito tanto ao sujeito quanto aos profissionais de saúde; a estigmatização da população atendida e sua invisibilidade enquanto cidadão de direitos; a necessidade de facilitar o acesso aos serviços de saúde e assistência social, garantindo atenção integrada e personalizada.

Percebe-se nesta investigação que a dimensão da doença é diferente para cada sujeito, por isso tem influência direta na adesão ou não ao tratamento; entender esse processo é fundamental para um cuidado que possibilite a cura e o trabalho em rede. A impossibilidade de mudar o contexto

de pobreza em que vivem os sujeitos doentes e a deficiência e/ou ausência do suporte institucional para pacientes e profissionais em relação ao controle da TB geram sentimento de impotência e desmotivação dos profissionais.

Destaca-se também que a atuação das equipes de Consultório na Rua contribui significativamente para o acesso dessa população aos serviços de saúde e amplia a detecção precoce, o tratamento, o acompanhamento e a cura do doente com TB.

Constitui a limitação deste estudo o uso da abordagem metodológica qualitativa, a qual não permite generalizar os resultados. Os sentidos produzidos a partir dos dizeres dos profissionais não são estanques, podendo vir a ser outros se analisados por um outro analista e mobilizado outro arcabouço teórico.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar os discursos dos profissionais de saúde do Consultório na Rua em relação ao cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada na região central do município de São Paulo, em três Unidades Básicas de Saúde, no período de novembro a dezembro de 2014. Utilizou-se de um roteiro de entrevista semiestruturada para a coleta de dados e todas as entrevistas foram gravadas com recurso a um gravador digital. **Resultados:** Foram entrevistados seis profissionais de saúde. Segundo a perspectiva da Análise de Discurso, emergiram três blocos discursivos: experiência sobre o cuidar na rua; fragilidades inerentes ao processo de tratamento e incentivos como meio para a permanência do sujeito doente no tratamento. **Conclusão:** Cuidar da pessoa com tuberculose e em situação de rua constitui uma experiência nova e desafiadora, implica dificuldades em lidar com a realidade de um contexto social miserável, falta e inadequação de serviços, bem como limitações do cuidado para a cura e abandono do tratamento, podendo reforçar a multirresistência. Contudo, as equipes de Consultório na Rua investigadas buscam ampliar o acesso aos serviços de saúde e assistência social a essa população.

## DESCRIPTORIOS

Pessoas em Situação de Rua; Tuberculose; Pessoal de Saúde; Enfermagem em Saúde Pública; Pesquisa Qualitativa.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los discursos de los profesionales sanitarios del Consultorio en la Calle con respecto al cuidado a la persona en situación de calle con tuberculosis. **Método:** Se trata de una investigación cualitativa, realizada en la región central del municipio de São Paulo, en tres Unidades Básicas de Salud, en el período de noviembre a diciembre de 2014. Se utilizó un guión de entrevista semiestructura para la recolección de datos y todas las entrevistas fueron grabadas con recurso a un grabador digital. **Resultados:** Fueron entrevistados seis profesionales sanitarios. Según la perspectiva del Análisis del Discurso, emergieron tres bloques discursivos: experiencia sobre el cuidar en la calle; debilidades inherentes al proceso de tratamiento e incentivos como medio para la permanencia del sujeto enfermo en el tratamiento. **Conclusión:** Cuidar a la persona con tuberculosis y en situación de calle constituye una experiencia nueva y desafiadora, implica dificultades en manejar la realidad de un contexto social miserable, falta e inadecuación de servicios, así como limitaciones del cuidado para la curación y abandono del tratamiento, pudiendo reforzar la multiresistencia. Sin embargo, los equipos de Consultorio en la Calle investigados tratan de ampliar el acceso a los servicios sanitarios y asistencia social a esa población.

## DESCRIPTORES

Personas sin Hogar; Tuberculosis; Personal de Salud; Enfermería en Salud Pública; Investigación Cualitativa.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Geneva: WHO; 2015.
2. Boletim Epidemiológico. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. 2015 [citado 2016 mar. 20];46(9). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>
3. Boletim Epidemiológico. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. 2014 [citado 2016 mar. 19];45(2). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/BE-2014-45--2--tb.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: MS; 2012.
5. Jagodziński J, Zielonka TM, Błachnio M. Socio-economic status and duration of TB symptoms in males treated at the Mazovian Treatment Centre of Tuberculosis and Lung Diseases in Otwock. *Pneumonol Alergol Pol.* 2012;80(6):533-40.
6. Souza VCA, Pereira AR, Goutijo DT. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: contribuições para atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *Cad Tera Ocup.* 2014;22 Supl.:37-47.

7. Pinheiro RS, Oliveira GP, Oliveira EXG, Melo ECP, Coeli CM, Carvalho MS: Determinantes sociais e autorelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(6):446-51.
8. Feske ML, Teeter LD, Musser JM, Graviss AE. Counting the homeless: a previously incalculable tuberculosis risk and its social determinants. *Am J Public Health*. 2013;103(5):839-44.
9. Aguiar MM, Ariart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população de rua em Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):115-24.
10. Getahum H, Matteelli A, Abubakar I, Aziz MA, Baddeley A, Barreira D, et al. Management of latent Mycobacterium tuberculosis infection: WHO guidelines for low tuberculosis burden countries. *Eur Respir*. 2015;(46):1563-76.
11. Boletim Epidemiológico. Especial Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. 2012 [citado 2016 mar. 19];43. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43-Mar-o---Especial-Tuberculose.pdf>
12. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Assistência Social/FIPE; 2015.
13. Jorge JS, Corradi-Webster CMC. Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde Transform Soc*. 2012;3(1):39-48.
14. Orlandi EP. Análise de discurso: princípio e procedimentos. 12ª ed. Campinas: Pontes; 2015.
15. Courtine JJ. Análise do discurso: o discurso comunista endereçado aos cristãos. São Carlos: EduFscar; 2009.
16. Cheng JM, Hiscoe L, Pollock SL, Hasselback P, Gendy JL, Parker. A Clonal outbreak of tuberculosis in homeless population the interior of British Columbia, Canada, 2008-2015. *Epidemiol Infect*. 2015;143(15):3220-6.
17. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2014;18(49):251-60.
18. Awalli J. Poverty and health care demand in Kenya. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:560.
19. Maxwell AE, Young S, Crespi CM, Veja RR Caetano RT, Bastani R. Social determinants of health in the Mixtec and Zapotec Community, California. *Int J Equity Health*. 2015;14:16.
20. Malta DC, Merhy EE. O percurso de linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comun Saúde Educ*. 2010;14(34):593-605.
21. Shiotani R, Hennin K. Socio-cultural influences on adherence to tuberculosis treatment in rural India. *Global Public Health*. 2014;9(10):1239-51.
22. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002;35(1):51-8.
23. Oliveira FBM, Moura MEB, Araújo TME, Andrade EMLR. Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6):510-6.
24. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano de equipe Saúde de Família. *Anna Nery Rev Enferm*. 2013;17(1):133-41.
25. Andrade VC, Oliveira FR, Rojas AC. O estudo da resiliência dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Bol Instituto Saúde*. 2014;15(2):56-63.
26. Souza KMJ, Assolini, FEP, Sá LD, Queiroga RPF, Surniche CA, Palha, PF. Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(4):475-80.
27. Souza KMJ, Villa ICS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. Atraso no diagnóstico na tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):17-25.
28. Rutter M. Annual research review: resilience: clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(4):474-87.
29. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Gonzales RIC, Villa TCS, et al. Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):176-82.
30. Santos LAR, Fukasava S, Galesi VMN. Alguns aspectos epidemiológicos do controle da tuberculose no estado de São Paulo. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2012 [citado 2016 mar. 19];2(11):177-88. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/publicacoes/e-becve/bol1112.pdf>