

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Alice Duarte Barbosa

**ELEMENTOS QUE INTERFEREM NA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM SITUAÇÃO DE RUA**

Belo Horizonte

2023

Alice Duarte Barbosa

**ELEMENTOS QUE INTERFEREM NA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Maria Odete Pereira

Coorientadora: Giselle Lima de Freitas

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Belo Horizonte

2023

B238e Barbosa, Alice Duarte.
Elementos que interferem na continuidade do tratamento da Tuberculose de usuários de álcool em situação de rua [recursos eletrônicos]. / Alice Duarte Barbosa. -- Belo Horizonte: 2023.
114f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Maria Odete Pereira.
Coorientador (a): Giselle Lima de Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Tuberculose. 2. Pessoas Mal Alojadas. 3. Consumo Excessivo de Bebidas Alcoólicas. 4. Continuidade da Assistência ao Paciente. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Pereira, Maria Odete. II. Freitas, Giselle Lima de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WF 215

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 725 (SETECENTOS E VINTE E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ALICE DUARTE BARBOSA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 6 (seis) dias do mês de julho de dois mil vinte e três, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*ELEMENTOS QUE INTERFEREM NA (DES)CONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM SITUAÇÃO DE RUA*", da aluna *Alice Duarte Barbosa*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria Odete Pereira (orientadora), Giselle Lima de Freitas (coorientadora), Sheila Aparecida Ferreira Lachtim e Pedro Daibert de Navarro, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

ELEMENTOS QUE INTERFEREM NA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM SITUAÇÃO DE RUA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, *Andréia Nogueira Delfino*, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 06 de julho de 2023.

Profª. Drª. Maria Odete Pereira
Orientadora (Escola de Enfermagem/UFMG)

Profª. Drª. Giselle Lima de Freitas
Coorientadora (Escola de Enfermagem/UFMG)

Profª. Drª. Sheila Aparecida Ferreira Lachtim
(Escola de Enfermagem/UFMG)

Prof. Dr. Pedro Daibert de Navarro
(Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por Giselle Lima de Freitas, Professora do Magistério Superior, em 28/07/2023, às 11:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 07 de 08 de 23



Documento assinado eletronicamente por Pedro Daibert de Navarro, Usuário Externo, em 28/07/2023, às 11:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Shella Aparecida Ferreira Lachtim, Professora do Magistério Superior, em 01/08/2023, às 10:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Maria Odete Pereira, Professor do Magistério Superior, em 01/08/2023, às 12:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração, em 01/08/2023, às 15:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 2455169 e o código CRC EDDAF0CF.

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 07 de 08 de 2023

Ao Vitor, meu companheiro na jornada da vida, por seu amor, paciência e suporte e ao Antônio, meu amado filho, meu sonho realizado, herança divina e preciosa, que trouxe renovo e preencheu minha vida de alegria e me fez transbordar de amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de força, proteção, coragem e inspiração em toda minha caminhada. À Ele, toda honra e glória.

A minha querida família, pela motivação sempre presente e por todo amor e partilha. Agradeço especialmente à minha mãe Conceição, minhas cunhadas Taimara e Thais, meus sogros Beth e Ângelo por cuidarem do meu bebê com tanto zelo e carinho nas tantas vezes em que precisei me ausentar para me dedicar a esse trabalho.

Ao Oscar, meu companheiro fiel e inseparável em toda minha trajetória desse mestrado.

À professora Maria Odete Pereira, pelo compromisso e dedicação.

À professora Giselle Freitas, pela postura reflexiva e pelas tantas vezes que me trouxe calma. A Meire, pela amizade e por ser espelho de dedicação e profissionalismo, por me despertar para a vida acadêmica, pela troca sempre oportuna.

À Marília, pelo incentivo e valiosas trocas para que eu ingressasse neste mestrado.

À Escola de Enfermagem da UFMG pela oportunidade de crescimento, e aos colegas da jornada acadêmica (em especial a Alice, Cláudio, Tauana e Carla), pela partilha, acolhida e ombro amigo, vocês foram imprescindíveis para essa conquista.

As alunas de iniciação científica, em especial a Dani e Carol pela parceria e disponibilidade sempre a postos.

À Débora pelas valiosas trocas e reflexões levantadas.

Aos colegas do Centro de Saúde Carlos Chagas, especialmente à minha eterna dupla, Paula que se tornou mais que grande amiga. Minha gratidão pela parceria valiosa, cuidado e carinho sempre presentes. Minha profunda admiração pela assistência prestada aos desiguais.

À Júlia, que tanto se desdobrou em me ajudar nesta empreitada.

Aos muitos bons parceiros do SUS, pela luta diária em buscar uma oferta de assistência digna e qualificada, em meio um sistema de saúde sobrecarregado, em especial aos colegas do Comitê que dividem comigo o ideal da luta contra a Tuberculose: Pedro, Cléo e Ju, parcerias sempre presentes.

As pessoas em trajetória de rua e com Tuberculose envolvidas nesta pesquisa, por compartilhar e me confiar sua história e anseios, o meu reconhecimento, respeito e gratidão. Por me inspirarem diariamente a ser resiliente na busca por uma assistência humanizada, digna e eficaz.

*Eu sou aquela mulher
a quem o tempo muito ensinou.
Ensinou a amar a vida
e não desistir da luta,
recomeçar na derrota,
renunciar a palavras
e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos
e ser otimista.
Cora Coralina (2018)*

RESUMO

BARBOSA, Alice Duarte. **Elementos que interferem na continuidade do tratamento da tuberculose de usuários de álcool em situação de rua**. 2023. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

Objetivou-se analisar os elementos que interferem na (des)continuidade do tratamento de tuberculose (TB) em usuários de álcool em situação de rua atendidos em um Centro de Saúde em Belo Horizonte/MG. Realizou-se um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa no Centro de Saúde Carlos Chagas, em Belo Horizonte/Minas Gerais. Os participantes foram 09 usuários em situação de rua, com relação de dependência ao álcool e concluíram, com cura ou abandonaram, o tratamento da TB, entre o período de outubro de 2015 a julho de 2021 no referido Centro de Saúde. Os dados foram coletados por meio de consulta documental e entrevistas presenciais guiadas com roteiro semiestruturado e registros de observação em diário de campo. As 09 entrevistas foram realizadas em encontro presencial único. As transcrições das entrevistas e diário de campo foram analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo temática de Bardin. Da análise emergiram 05 categorias: “O serviço de atenção primária como dispositivo potente para a trajetória de cuidado”, “Necessidades sociais, espirituais e em saúde: um olhar para além dos sintomas da tuberculose”, Referenciamento na rede assistencial para as pessoas em situação de rua e com dependência à substâncias psicoativas”, “A dualidade na escolha entre o tratamento da TB ou a manutenção do uso de substâncias psicoativas” e “O estar com tuberculose e em situação de rua: desafios para vencer o duplo preconceito e continuar o tratamento até a cura”. A primeira categoria evidenciou as potencialidades necessárias para o cuidado na atenção primária e as dificuldades encontradas pela PSR para acessar a rede de cuidados. Na segunda categoria, detectou-se os impactos sociais e emocionais da TB para além dos sintomas físicos. O apoio social mostrou-se importante ferramenta para auxiliar o tratamento da TB. Na terceira categoria, verificou-se a importância do consultório de rua para o cuidado singular com a PSR e necessidade em se oferecer serviços de toxicomania para o tratamento do uso abusivo de álcool. A quarta categoria elucidou a dualidade na escolha entre continuar o tratamento da TB ou o uso do álcool e a importância do suporte profissional. O estigma da TB e de se estar em situação de rua foram trabalhados na quinta categoria, bem como a necessidade de se implementar estratégias que visem mitigá-los. Conclui-se que a PSR acometida pela TB e em uso de álcool enfrenta diversos desafios para a continuidade do tratamento e que a Atenção Primária à Saúde desempenha um

papel primordial para a garantia desses cuidados singulares.

Palavras-chave: tuberculose; população em situação de rua; álcool; continuidade do cuidado; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

BARBOSA, Alice Duarte. **Elements that interfere with the continuity of tuberculosis treatment in street alcohol users**. 2023. 114f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

The study aimed to analyze the elements that interfere with the (dis)continuity of tuberculosis (TB) treatment in homeless alcohol users treated at a Health Center in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. This is a descriptive-exploratory study based on a qualitative approach, developed at the Carlos Chagas Primary Health Center, in Belo Horizonte/Minas Gerais, Brazil. The participants were 09 homeless alcohol addicts who concluded cured or abandoned, a TB treatment between the period of October 2015 to July 2021 in the aforementioned Primary Health Center. Data were collected through document analysis and face-to-face interviews guided by a semi-structured script and observation records in a field diary. The 09 interviews were conducted in a single face-to-face meeting with each participant. The transcripts of the interviews and field diary were analyzed using Bardin's Thematic Content Analysis technique. Based on the analysis, 05 categories emerged: "The Primary Health care recognized as a powerful device for a care trajectory", "Social, spiritual and health needs: looking beyond the symptoms of tuberculosis", "Referral in the care network for a homeless person and his dependence on psychoactive substances"; "The duality of choosing between treatment or maintenance of psychoactive substance use"; Have tuberculosis and living on the streets: overcoming the double prejudice and achieving the cure". The first category showed the potential for care in Primary Health Care and the difficulties the homeless population (PSR) found to navigate in the healthcare network. In the second category, the social and emotional impacts of TB were identified as important as the disease's physical symptoms. Additionally, social support proved to be an essential tool to help with TB treatment. In the third category, it was verified the importance of the street office for singular care of this population as well as the need to offer care for drug addiction and treatment of alcohol abuse. The fourth category clarified the paradoxical choice between continuing a TB treatment or alcohol abuse, and the importance of professional support. The stigma of TB and being homeless were addressed in the fifth category, as well as the need to implement strategies to mitigate it. It is concluded that the homeless affected by TB and alcohol abuse faces several challenges for the continuity of treatment and the Primary Health Care plays a crucial role in providing this type of singular care.

Keywords: tuberculosis; homeless population; alcohol; continuity of care; primary health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias emergidas no estudo.....	42
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Sujeitos do Estudo.....	44
Tabela 2 - Caracterização Clínica e Comportamental dos Sujeitos do Estudo	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ASEDS-AS	Assessoria de Educação em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CERSAM-AD	Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CID-10	Código Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP/UFGM	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CR	Consultórios de Rua
CS	Centro de Saúde
CSCC	Centro de Saúde Carlos Chagas
CT	Comunidades Terapêuticas
ERTB	Estratificação por Grau de Risco Clínico e de Abandono do Tratamento da Tuberculose
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IB	Intervenção Breve
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Postos de Assistência Médica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Plano Singular Terapêutico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEAS	Serviço Especializado em Abordagem Social
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUASS	Subsecretaria de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UAT	Unidades de Acolhimento Transitório
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	17
1	INTRODUÇÃO	19
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
2.1	Cronicidade da Tuberculose	26
2.2	Continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.....	28
2.3	A vivência nas ruas.....	33
2.4	O uso abusivo do álcool e sua influência no manejo da Tuberculose	34
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo geral	36
3.2	Objetivo específico.....	36
4	METODOLOGIA	37
4.1	Tipo de pesquisa	37
4.2	Local de pesquisa.....	37
4.3	Participantes do estudo	38
4.4	Estratégias e instrumentos de coleta de dados.....	39
4.4.1	<i>Roteiro semiestruturado para caracterização dos participantes, monitoramento da continuidade e perspectivas do tratamento</i>	39
4.5	Procedimentos de coletas de dados	40
4.6	Análise de dados	41
4.7	Devolutiva a sociedade acadêmica, assistencial e civil	43
4.8	Procedimentos éticos de pesquisa	43
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1	Caracterização dos sujeitos do estudo.....	44
5.2	Categoria 1 - O serviço de atenção primária como dispositivo potente para a trajetória de cuidado	47
5.3	Categoria 2 - Necessidades sociais, espirituais e em saúde: um olhar para além dos sintomas da tuberculose	51
5.4	Categoria 3 – Referenciamento na rede assistencial para as pessoas em situação de rua e com dependência à substâncias psicoativas	60
5.5	Categoria 4 - A dualidade na escolha entre o tratamento da TB ou a manutenção do uso de substâncias psicoativas.....	70
5.6	Categoria 5 – O estar com tuberculose e em situação de rua: desafios para vencer o duplo preconceito e continuar o tratamento até a cura.....	84
6	CONCLUSÃO	92
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICE A - Roteiro para caracterização dos participantes, monitoramento da continuidade e perspectivas do tratamento	107
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	110

ANEXO A - Orientações sobre o uso de álcool.....	113
ANEXO B - Termo de anuência institucional	114

APRESENTAÇÃO

Começo esta narrativa compartilhando um pouco da minha trajetória profissional como enfermeira na área da atenção primária à saúde, especificamente no desafiador contexto de atendimento à população em situação de rua acometida pela tuberculose.

Minha jornada profissional teve início no Centro de Saúde São Cristóvão, uma unidade localizada na região central com um fluxo intenso de usuários e atendimentos ao longo do dia. Isso ocorre, em grande parte, pelo fato da proximidade com a rodoviária de Belo Horizonte, permitindo um contato próximo com a realidade das pessoas em situação de rua, principalmente na região estigmatizada conhecida como "Cracolândia". Foi nesse ambiente de complexos desafios que iniciei meu contato com pacientes enfrentando a tuberculose. A partir dessa experiência, ficou evidente a urgência de abordagens humanizadas e abrangentes, o que despertou ainda mais meu interesse. A multidisciplinaridade adotada nos atendimentos na ocasião, em atendimentos conjuntos realizados por enfermeiro, médico, farmacêutico e assistente social emergiu como um instrumento fundamental na criação de projetos terapêuticos individualizados, visando atenuar o estigma da doença e proporcionar um cuidado mais personalizado.

No ano de 2015, a oportunidade de trabalhar mais próximo de minha residência levou-me ao Centro de Saúde Carlos Chagas. Após uma entrevista com a gerente da unidade e uma referência técnica distrital, pude confirmar minha afinidade com a visão de um cuidado humanizado, alinhado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A atuação firme de uma equipe engajada da Estratégia Saúde da Família (ESF), especificamente voltada ao cuidado das pessoas em situação de rua, revelou desafios amplos que a equipe enfrentava ao atender essa população. Isso incluiu gestantes, indivíduos com problemas de saúde mental e pacientes acometidos pela tuberculose e uso prejudicial de álcool. Discussões de casos complexos em rede, atuação de diversos profissionais com uma agenda flexível e ações intersetoriais foram alicerces fundamentais na busca por um atendimento eficaz e compassivo.

No ano de 2019, após uma revisão sistemática realizada durante minha especialização, sobre o tema dos fatores que influenciam o desfecho do tratamento da tuberculose na população em situação de rua, ficou evidente que o uso abusivo de álcool estava entre os fatores de maior contribuição para a interrupção e abandono do tratamento da tuberculose. Diante desse resultado e considerando o cenário delineado por outros estudos em diversas localidades, ficou claro a necessidade de empreender ações assertivas para minimizar essa realidade. Isso inclui a

implementação de medidas que ajudem a reduzir o consumo de álcool e a garantir a continuidade do cuidado.

Nessa perspectiva, como enfermeira com prática no cuidado com PSR e em tratamento de TB, que vivencia o uso de álcool como fator precursor da interrupção do tratamento e buscando problematizar essa temática, levantei questionamentos a respeito dos motivos que contribuíram para que usuários em situação de rua e etilistas com diagnóstico de TB concluíssem ou abandonassem o tratamento. Seriam esses fatores inerentes ao indivíduo, a exemplo dos significados que estes empregam sobre as experiências do adoecimento e do consumo abusivo ou sobre o modo como recebem os cuidados pelos profissionais de saúde e rede de atenção?

Em 2021, frente à reconfiguração da equipe de cuidados direcionados à população em situação de rua, uma decisão pessoal levou-me a encerrar minha atuação no Centro de Saúde Carlos Chagas. No entanto, permaneço confiante que é possível contribuir para a melhoria da abordagem no tratamento da tuberculose nas pessoas em situação de rua e em uso prejudicial de álcool.

A busca pela oferta de um atendimento mais digno, humano e inclusivo permanecerá como minha motivação constante, e com esse comprometimento realizo esta dissertação, a fim de contribuir para uma abordagem integral e compassiva no atendimento dessas pessoas em situação de vulnerabilidade.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa crônica com importante determinação social (HIJJAR; CAMPOS; FEITOSA, 2015). É causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido como bacilo de Koch, e afeta prioritariamente os pulmões, embora acometa outros órgãos e sistemas (BRASIL, 2019a). Pode apresentar-se na forma pulmonar ou extrapulmonar. A pulmonar é a forma mais frequente e de maior preocupação para a saúde pública, por ser responsável pela persistência da cadeia de transmissão da doença, a partir de aerossóis provenientes da tosse, fala ou espirro de uma pessoa com TB ativa (BRASIL, 2019a).

O controle da TB persiste como problema de saúde pública, principalmente entre as populações em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2019b), devido a sua estreita relação com os determinantes sociais da saúde, como: segurança alimentar; medidas de proteção social; condições de moradia; disponibilidade de infraestrutura sanitária e inclusão social (MOREIRA; KRITSK; CARVALHO, 2020), indicando maior risco para a doença, quando na ausência ou precariedade desses fatores (BRASIL, 2019b).

Entre os seus sintomas mais frequentes destacam-se: tosse crônica, seca ou produtiva, com ou sem sangue, febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, emagrecimento (BRASIL, 2019a). A busca de sintomáticos respiratórios é uma importante atividade de saúde pública, orientada a identificar pessoas consideradas suspeitas de TB pulmonar ou laríngea, consideradas a fonte de infecção em uma comunidade (BRASIL, 2019a).

A duração da tosse para identificação do sintomático respiratório considera o risco de adoecimento e vulnerabilidade da pessoa (BRASIL, 2019a). Para busca ativa na comunidade, o tempo de duração da tosse é de três semanas; sendo duas semanas para pessoas que procuram o serviço de saúde ou com diabetes mellitus e, independentemente do tempo, para grupos ainda mais vulneráveis, como: pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), privados de liberdade, indígenas, profissionais de saúde, pessoas em situação de rua (BRASIL, 2019a).

A doença permanece como uma das 10 principais causas de morte no mundo, acometendo 1,4 milhões de pessoas anualmente, acrescidos a 187.000 acometidos pela coinfeção TB/HIV, com aproximadamente 10 milhões de doentes em 2019 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) o município de Belo Horizonte possuía aproximadamente 2.530.701 habitantes, sendo considerados aproximadamente 5.344 indivíduos vivendo em situação de rua, segundo dados preliminares do último censo POP rua realizado na cidade (BELO HORIZONTE, 2023a).

Em 2018, foram notificados 945 casos de TB em Belo Horizonte, sendo 854 na população geral e 91 na população em situação de rua (PSR), correspondendo a quase 10% dos casos notificados da doença. Destes 854 casos, 511 (59,83%) evoluíram para cura, 106 (12,41%) casos foram notificados como abandono e 40 (4,68%) pessoas morreram em consequência da doença. Os 237 restantes (27,75%) permaneceram sem encerramento ou evoluíram para outros desfechos (BELO HORIZONTE, 2023b). Na PSR, dos 91 casos no mesmo ano, apenas 27 (29,67%) encerraram como cura; 38 (41,75%) casos como abandono e 07 pessoas (7,69%) morreram em consequência da TB. Os 19 casos restantes (20,87%) permaneceram sem encerramento ou evoluíram para outros desfechos (BELO HORIZONTE, 2023b)

É importante destacar que nos anos subsequentes, durante a pandemia de COVID-19, observou-se uma queda no diagnóstico de TB, sendo registrados em Belo Horizonte um total de 825 casos em 2020 e 852 casos em 2021 (BELO HORIZONTE, 2023b).

No Brasil, em 2020, foram notificados 66.819 casos novos, colocando o país na 19ª posição entre os 30 países que concentram 80% da carga mundial de TB (BRASIL, 2021). Neste mesmo ano, em Minas Gerais, foram notificados 3209 novos casos, desses, 473 em Belo Horizonte (BRASIL, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como indicadores que 85% dos casos encerrem-se como cura e que a taxa de não seguimento do tratamento seja abaixo de 5% dos casos diagnosticados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Considerando o município de Belo Horizonte, em 2021, as taxas de cura, que em seu tratamento padrão cursa em 06 meses, continuaram baixas (53,18% na população geral e 13,23% na PSR), reforçando a necessidade de modelos de cuidado que facilitem, não somente o diagnóstico, mas também o acompanhamento adequado das pessoas com TB (BRASIL, 2021).

Deve-se dar devida atenção à doença, com o desenvolvimento pelos serviços e profissionais de saúde de ações prioritárias aos grupos com risco aumentado para adoecimento por TB, como os indígenas, coinfectados pelo HIV, os indivíduos do sistema prisional e a PSR (BRASIL, 2019b).

Verifica-se que na PSR existe um risco 56 vezes maior de adoecimento em relação à população em geral (BRASIL, 2019a). Acresce-se ainda maiores taxas de interrupção do tratamento na PSR, o que ocasiona consequências como a morte, sequelas, aparecimento de cepas resistentes aos fármacos, além de onerar os gastos em saúde e propiciar a continuidade da cadeia de transmissão na comunidade (BRASIL, 2019a).

A PSR é um grupo heterogêneo de indivíduos que se encontram em situação de extrema pobreza, cujos laços familiares geralmente são inexistentes ou fragilizados (BRASIL, 2009a, 2009b). Além disso, habitam em espaços públicos, de onde também provém seu autossustento (BRASIL, 2009a, 2009b). Neste grupo, a qualidade de vida é afetada sobremaneira por determinantes sociais (HINO *et al.*, 2021).

Os determinantes sociais de saúde são considerados pela OMS como condições sociais, políticas, econômicas, ambientais e culturais em que uma pessoa cresce, vive e trabalha, as quais têm impacto em seu estado de saúde (MOREIRA; KRITSK; CARVALHO, 2020).

É notória a importância da Política Nacional para a População em Situação de Rua na redução do impacto causado pelos determinantes sociais de saúde dessa população vulnerável, tendo em vista que a política visa a garantia de direitos e promoção da inclusão social dessa parcela vulnerável da sociedade, além da igualdade e equidade (BRASIL, 2009a). Ademais, reconhece a necessidade de oferecer atendimento integral e humanizado, abordando tanto as demandas de saúde física quanto as de cunho psicossocial (BRASIL, 2009a). Dentre os princípios que impetram a política, destaca-se a importância de se considerar as singularidades territoriais e a utilização de maneira proveitosa as potencialidades e recursos locais e regionais, ao criar, implementar, seguir e avaliar as políticas públicas (BRASIL, 2009a).

Existem hoje mais de 220 mil pessoas vivendo em situação de rua no Brasil (BRASIL, 2020a). Desse total, 35,5% dos indivíduos relatam que problemas com álcool e outras drogas motivaram a ida para as ruas (BRASIL, 2020a). No município de Belo Horizonte, em 2022, de um total de 5.344 indivíduos registrados pelo censo, 2.507 participaram das entrevistas (BELO HORIZONTE, 2023a). Na amostra entrevistada, como motivação para ida para as ruas 36,7% indicaram problemas familiares como motivação para ida para a rua, 21,9% incluíram o consumo de álcool e substâncias psicoativas e 18% o desemprego (BELO HORIZONTE, 2023a).

No grupo que não respondeu ao censo, 20,96% exibiram evidências de embriaguez ou intoxicação durante o contato inicial, enquanto 19,44% recusaram-se a colaborar com os entrevistadores, representando as principais causas da não resposta, além de reforçar o uso abusivo do álcool nesta população (BELO HORIZONTE, 2023a). Referentes aos casos notificados de TB na PSR em Belo Horizonte em 2021, 69,6% dos casos evidenciaram o alcoolismo no momento da notificação (BELO HORIZONTE, 2023b).

Corroborando com esses achados, estudo de revisão sistemática que abordou os fatores que interferem na adesão ao tratamento da TB, também elencou o uso abusivo do álcool nesta população, sendo relatado em 64% dos estudos analisados na pesquisa (BARBOSA, 2019). Na

referida revisão, em uma amostra de 36 artigos avaliados, 20 trouxeram o alcoolismo como fator que corrobora para a interrupção do tratamento da TB (BARBOSA, 2019).

Conforme a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS de 2010, a dependência de álcool envolve comportamentos, cognições e fenômenos fisiológicos que surgem após uso repetido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Isso abrange desejo intenso de beber, dificuldade de controle, uso contínuo apesar de consequências negativas, priorização do álcool, aumento de tolerância e, por vezes, sintomas de abstinência física como sudorese, tremores e ansiedade.

Atualmente, existem ferramentas essenciais para identificar os níveis de consumo de álcool e outras substâncias, facilitando o planejamento de estratégias de ação e fomentando a prevenção de problemas de saúde e dependência entre os usuários. Os instrumentos de triagem são empregados para identificar, dentro de uma amostra populacional, indivíduos com maior predisposição a certas doenças, direcionando intervenções e informando os padrões de consumo aos usuários (BRASIL, 2014). Dentre as inúmeras ferramentas de triagem para uso de álcool e substâncias, destacam-se questionários padronizados como o (Teste de Identificação de Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool), que avalia padrões de consumo e problemas associados; o CAGE, que investiga sinais de dependência; e o ASSIST, que avalia o consumo de álcool e outras substâncias (BRASIL, 2014).

O uso nocivo de álcool é um dos principais fatores de risco para a saúde pública mundial e tem um impacto direto em muitas metas relacionadas à saúde, incluindo as que estão voltadas para saúde materno-infantil; distúrbios mentais; doenças infectocontagiosas, dentre elas a TB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A adoção de medidas, visando reduzir o consumo abusivo, têm sido utilizadas em todo mundo, incluindo o aumento da tributação sobre as bebidas, a proibição ou restrição da publicidade destas substâncias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O consumo abusivo do álcool aumenta a suscetibilidade às infecções das vias aéreas (SIEMION-SZCZEŚNIAK; KUŚ, 2012). Além disso, é elencado como fator essencial para a perda de seguimento e morte por TB (RANZANI *et al.*, 2016). Logo faz-se necessário utilizar estratégias que favoreçam a manutenção do tratamento e redução do consumo de álcool, em conjunto ao manejo da TB (RANZANI *et al.*, 2016).

De acordo com dados da OMS de 2018, estima-se que em todo o mundo, mais de um quarto (26,5%) de todos os jovens de 15 a 19 anos consomem álcool, totalizando 155 milhões de adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). As taxas de prevalência de consumo atual são mais altas entre 15-19 anos de idade na Região Europeia (43,8%), seguida

pela Região das Américas (38,2%) e a Região do Pacífico Ocidental (37,9%). Já no Brasil, no mesmo ano, estimou-se que 52,5% da população adulta masculina brasileira fazia consumo de álcool, sendo que desses, 26% faziam uso nocivo (ANDRADE, 2020).

Estudo realizado em 2009, no município mineiro de Belo Horizonte, com homens adultos em situação de rua, observou que 82,45% faziam uso de álcool, sendo que 41,23% apresentavam uso nocivo (BOTTI *et al.*, 2010). Neste mesmo município, em um estudo ecológico descritivo que objetivou descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico das pessoas privadas de liberdade e da PSR com TB em Belo Horizonte notificadas entre 2015 a 2017, das 188 pessoas que encontravam-se em situação de rua 128 (68%) faziam uso de álcool (AGUIAR *et al.*, 2021).

Observa-se que o uso abusivo de álcool é multifatorial, e está relacionado com festividades, ocasiões sociais e de negócios, cerimônias religiosas e eventos culturais, além de muitas vezes ser utilizado como substância psicoativa e objeto para fuga da realidade (NEVES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2015).

A fuga da realidade, muitas vezes é o que motiva o uso abusivo do álcool na PSR, tendo em vista que os indivíduos encaram inúmeros desafios diários, a exemplo do desemprego, estigma social, acesso a serviços básicos e falta de moradia (FAZEL *et al.*, 2008).

O etilismo tem se consolidado como fator crucial à interrupção do tratamento da TB, bem como de outros agravos de saúde (CASSIANO, 2014). Essa condição, amalgamada nas adversidades inseridas no processo de dependência do álcool, bem como no processo de reabilitação e tratamento desse, exigem que o sujeito tenha maior corresponsabilização de seu tratamento, vislumbrando sua continuidade e em contrapartida, evidencia a necessidade do serviço de saúde em se buscar estratégias que vislumbrem a regularidade do tratamento (FERREIRA *et al.*, 2016). Exige que profissionais tenham um olhar mais sensível ao sujeito em trajetória de rua e em uso abusivo de álcool, bem como repensar a maneira que tem sido manejado o tratamento atual (CASSIANO, 2014).

Considerando, o contexto social e epidemiológico da relação PSR e TB, faz-se necessário compreender as especificidades da abordagem e do tratamento da TB nessa população, como uma questão fundamental para a proposição de políticas públicas voltadas às reais demandas e necessidades dessa população, podendo representar uma importante ferramenta na Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS, primeiro nível de atenção em saúde, se caracteriza por um conjunto de práticas que abrange a promoção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2020b).

É nesta perspectiva que se dá a abordagem de pacientes acometidos pela TB em seu território de adscrição, desde o rastreamento, passando pelo encaminhamento para a investigação diagnóstica e acompanhamento dos casos confirmados, por meio de tratamento diretamente observado e da coleta da baciloscopia mensal de controle (BRASIL, 2019).

É importante salientar que a adesão ao tratamento e a continuidade do cuidado são conceitos distintos, porém complementares, que relacionam-se ao manejo de cronicidades (BRASIL, 2008).

A adesão é entendida como um processo colaborativo que facilita a receptividade e a integração de certo regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento (BRASIL, 2008). Trata-se da capacidade dos pacientes em adotar as orientações recebidas, relacionadas a propedêutica escolhida, incluindo a posologia e duração do tratamento, alterações no estilo de vida, a realização de exames e comparecimento nas consultas de controle (BRASIL, 2008).

São muitos os desafios para mensurar a conduta de adesão, pois ainda são escassos os instrumentos que validem com precisão a adesão ao tratamento em TB. Atualmente, o acompanhamento da tomada diária da medicação, conhecido como Tratamento Diretamente Observado (TDO) é a estratégia validada pelo Ministério da Saúde (MS), que preconiza ao menos 03 doses de medicação semanal diretamente observada pelo profissional da saúde (BRASIL, 2019a).

Já a continuidade do cuidado refere-se aos cuidados recebidos pelo usuário ao longo do tempo e engloba uma gestão de serviços de saúde que deve incluir ações de diagnóstico, prevenção, controle e tratamento, de forma que os cuidados em saúde sejam contínuos e promova troca de experiências e fortalecimento do vínculo entre pacientes e profissionais, pautada na subjetividade do sujeito e fatores que interferem no cuidado, como questões sociais e de ambiente, bem como a construção compartilhada de planos de cuidados individuais, e não somente o manejo da doença na fase de agudização (MENDES, 2012).

Logo, a adesão ao tratamento relaciona-se ao cumprimento das medidas terapêuticas específicas, enquanto a continuidade do cuidado engloba uma perspectiva mais ampla que busca assegurar que o usuário receba atenção contínua e coordenada progressivamente. Ambos são essenciais para o sucesso do manejo de condições de saúde crônicas (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019).

No presente estudo focaremos no conceito de continuidade, tendo em vista sua importância para a prevenção de complicações, redução da morbimortalidade, troca de saberes e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, tendo o indivíduo como centro do cuidado (SAULTZ, 2003).

É notório o desconhecimento pelo profissional de saúde dos elementos que interferem na continuidade do cuidado relativo à TB, na perspectiva do usuário, bem como do uso de álcool como fator interferente nesta continuidade (SILVA *et al.*, 2021).

Diante do exposto, investigar os elementos que os usuários de álcool em situação de rua e em tratamento de TB elencam como importantes para a continuidade ou não do tratamento se faz necessário, uma vez que contribui para proposição de novas estratégias para o enfrentamento da doença nesta população, além de contribuir para futuros estudos nesta temática.

A relevância social deste tema, está no fato de que o paciente com TB, que não adere ao tratamento, permanece doente e ainda mantém a cadeia de transmissão – o impacto é individual e coletivo. Além disso, a descontinuidade do tratamento conduz à resistência medicamentosa e à recidiva da patologia, impondo obstáculos ao processo de cura e aumento do tempo e dos gastos com o tratamento.

Estabelecer mudanças no estilo de vida e no manejo do quadro pode contribuir diretamente para o tratamento e cura da TB e para a redução ou abstinência de uso do álcool, haja vista que se objetiva auxiliar o indivíduo na mudança de comportamento, reduzindo a relação de ambivalência no uso do álcool e fortalecendo a sua motivação e comprometimento para com a mudança (MILLER; ROLLNICK, 2013).

Assim, a pergunta norteadora deste estudo é quais são os elementos que interferem na (des)continuidade do tratamento de TB em usuários de álcool em situação de rua atendidos em Centro de Saúde em Belo Horizonte? Dessa maneira, parte-se do pressuposto de que o uso de álcool interfere na continuidade do cuidado no tratamento de TB em pessoas que estão em situação de rua.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para esta dissertação, como lente de análise, utilizou-se o referencial teórico da Bárbara Starfield, com os conceitos de Cronicidade e Continuidade do Cuidado na Atenção Primária à Saúde, considerando a sua relevância para a prática clínica e contribuição na reorganização da APS mundial e visando garantir a integralidade do cuidado referente a TB. Esta fundamentação teórica está organizada considerando duas categorias que serão analisadoras do arcabouço teórico: a cronicidade da TB e a continuidade do cuidado na APS.

Além disso, serão exploradas as temáticas que constituem o objeto desse estudo e envolve a continuidade do cuidado de pessoas com TB: a vivência nas ruas e o uso abusivo do álcool e sua influência no manejo da Tuberculose

2.1 Cronicidade da Tuberculose

A TB é uma doença infecciosa crônica (BRASIL, 2019a) que abarca agravos à saúde de duração prolongada. O tratamento de escolha, conforme o MS, envolve quatro drogas: Rifampicina (150mg), Isoniazida (75mg), Pirazinamida (400mg) e Etambutol (275mg). É dividido em duas fases, que juntas compreendem, no mínimo, 6 meses de duração, podendo persistir por até 24 meses, nos casos em tratamento com esquemas especiais, com ingestão diária dos medicamentos (BRASIL, 2019a).

A primeira fase tem por finalidade diminuir bruscamente a população bacilar e eliminar os bacilos com resistência natural a algum medicamento, promovendo a redução da transmissão (BRASIL, 2019a). Também denominada como fase intensiva (ou de ataque), geralmente possui duração de dois meses, com uso das quatro drogas. A segunda fase é a de manutenção, que visa eliminar os bacilos latentes ou persistentes e reduzir a possibilidade de recidiva da doença (BRASIL, 2019a).

Em alguns casos, pode ser necessária a internação hospitalar, a exemplo dos doentes que apresentam hemoptise, mal-estar geral, presença de comorbidades, grave intolerância, hepatite medicamentosa, entre outros (BRASIL, 2019a). Não obstante o sucesso do tratamento curativo, uma parcela significativa de pacientes com TB é hospitalizada todos os anos; 1-3% necessitam de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para que sejam monitorados de perto ou para que recebam suporte orgânico e minimize sequelas permanentes a longo prazo, tendo em vista que após completar o tratamento prescrito se sucede uma longa fase de reabilitação (TIBERI *et al.*, 2019).

Na PSR, o tempo de tratamento pode ser ainda mais prolongado do que em outros grupos populacionais, em decorrência de fatores como irregularidade dos cuidados em saúde e baixas condições socioeconômicas, o que acaba por aumentar a complexidade da continuidade do cuidado, mas ainda são escassos os estudos relativos ao tempo médio de tratamento (BRASIL, 2019a). Considera-se abandono de tratamento quando o usuário não comparece ao serviço de saúde por mais de 30 dias subsequentes, após a data prevista para retorno. Se considerado o TDO, o prazo de 30 dias é contado a partir da administração da última dose supervisionada (BRASIL, 2019a). Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos em 2015 analisou o tratamento da TB na PSR na cidade de Nova York, que encontrou uma mediana de tratamento para essa população de 280 dias (9,3 meses) (BRAUNSTEIN *et al.*, 2019).

Todas essas questões relacionadas ao tratamento da TB são fundamentais para uma maior compreensão da complexidade envolvida, principalmente no que se refere ao tempo de tratamento que, por ser longo, depende do contato diário entre paciente e profissional de saúde (BRASIL, 2019a), além de ocasionar limitações inerentes ao modo de viver, se alimentar e nas formas de conviver em sociedade e em família, demandando cuidados de saúde ou de serviços relacionados de forma contínua (CASTELLANOS *et al.*, 2015).

As condições crônicas de saúde consistem em problemas que exigem monitoramento contínuo ou de longa duração, podendo persistir por no mínimo 03 meses, exigindo cuidados permanentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Os hábitos de vida e o comportamento são fatores determinantes para essas patologias, tendo em vista que podem prevenir, desencadear ou agravar tais transtornos de saúde e as complicações decorrentes destes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Em um estudo canadense que objetivou determinar a prevalência e fatores associados à não adesão medicamentosa entre a PSR, foi elencado que a falta de local seguro para armazenar a medicação e perder e/ou ter os medicamentos roubados contribuem para a descontinuidade do tratamento (HUNTER *et al.*, 2015). Além disso, relatou-se evitar efeitos colaterais indesejados, falta de profissional médico para fornecer receita, incapacidade de realizar autogestão ou uso da medicação conforme prescrito, abuso de substâncias e razões financeiras (HUNTER *et al.*, 2015).

A TB tem um grande impacto econômico na PSR, pois muitas vezes essa população não possui acesso adequado à saúde, o que pode levar a um agravamento da doença e a um maior custo no tratamento (SILVA *et al.*, 2021). Em um estudo publicado na *The Lancet*, em 2021, que avaliou o impacto econômico da mortalidade do TB em 120 países, incluindo custos diretos (como despesas médicas e funerais) e os custos indiretos (como perda de produtividade e

ganhos futuros) concluiu que a doença acarreta um impacto econômico significativo em todos os países avaliados, com um custo total de US \$ 48 bilhões por ano. Os autores destacam que o investimento em programas de controle da TB é essencial para reduzir o impacto econômico da doença (SILVA *et al.*, 2021).

Por sua natureza infecciosa, ainda que tenha cura, a TB tem a capacidade de persistir no organismo por um longo período, podendo requerer retratamento em alguns casos. Além disso, existe a chance de recidiva da doença, maior nos primeiros 5 anos após a cura. A cronicidade da TB pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas afetadas, especialmente em populações vulneráveis, como pessoas em situação de rua (MENDES *et al.* 2012).

Para se obter sucesso no tratamento da TB, assim como no manejo de outras condições crônicas de saúde, a PSR precisa superar obstáculos como falta de habitação, desemprego, além de vencer entraves relacionados à falta de acesso aos serviços de saúde (LIU; HWANG, 2021). Muitas vezes, contam com pouco ou nenhum suporte familiar, amparando-se nos cuidados oferecidos pela sociedade civil ou pelos profissionais da rede de serviços, que devem prestar cuidados embasados no manejo conjunto entre usuário e profissional, vinculando o usuário a outras esferas de cuidado que se façam necessárias, bem como envolver serviços multidisciplinares, a fim de combinar os cuidados de saúde com as demandas sociais (LIU; HWANG, 2021).

Na América Latina, o debate sobre a temática de adesão/não adesão referente aos cuidados relativos ao portador de comorbidades crônicas tem sido realizado de maneira inicial. Em estudo de revisão sistemática com 36 artigos foi recorrente a perspectiva de adesão relacionada a submissão do usuário em cumprir as orientações fornecidas pelo profissional, conferindo autonomia ao paciente para cumprir ou não a propedêutica proposta, isentando o profissional de quaisquer responsabilidades inerentes ao tratamento e, dessa maneira, minimizando o saber do indivíduo e sua co-participação em seu processo de adesão ao tratamento, o que pode influenciar ainda na instituição do vínculo (REINERS *et al.*, 2008).

2.2 Continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde

A pessoa acometida pela TB, além de compreender o diagnóstico, precisa realizar o tratamento de uma condição de saúde que irá acompanhá-la por no mínimo 06 meses, afetando suas atividades, planos de vida e relacionamentos (CASTELLANOS *et al.*, 2015). Faz-se necessário que ela se conecte com serviços e profissionais de saúde e efetue modificações nas

dinâmicas cotidianas, garantindo, dessa maneira, o processo de normalização de sua condição crônica, onde o sujeito é chamado a assumir uma postura mais participativa durante seu tratamento (CASTELLANOS *et al.*, 2015).

Um fator crucial para a continuidade do tratamento é o acompanhamento criterioso do usuário, desde sua chegada ao serviço e detecção como sendo sintomático respiratório, até o estabelecimento do diagnóstico (BUSS, 2000). Para concretização desse processo, é necessário considerar a condição social do doente e seu conhecimento acerca da doença, de forma a aplicar medidas de promoção à saúde, que propõe a articulação entre saberes técnicos e populares, além da mobilização entre recursos públicos e privados (BUSS, 2000).

Nesta ótica, a promoção à saúde se pauta numa esfera social, política e cultural onde os indivíduos devem estar habilitados a colocarem em prática seus saberes e aplicá-los no âmbito individual e coletivo (COSTA, 2013).

Para garantir a continuidade do cuidado, é fundamental que haja uma relação de confiança entre o usuário e a equipe de saúde. Isso demanda que a equipe seja disponível e aberta, mantendo uma comunicação de qualidade e considerando a opinião do usuário. É importante que o usuário entenda as propostas e recomendações da equipe e sinta-se seguro para aderir o plano de cuidados proposto (SILVA *et al.*, 2009).

Neste sentido, o plano singular terapêutico (PTS) demonstra-se importante ferramenta por oferecer um cuidado individual e integrado em saúde, considerando as necessidades e especificidades do indivíduo, atentando-se a sua realidade social e econômica, com construção colaborativa entre o usuário e profissional, de forma a trazer diversas potencialidades, como a promoção da autonomia e participação ativa do usuário no processo terapêutico, além de possibilitar um cuidado mais humanizado e efetivo (CARVALHO *et al.*, 2012). Para isso, faz-se necessário que se aprimore as condições de trabalho e formação dos profissionais de saúde, a fim de viabilizar a implementação do PTS como uma prática regular e efetiva no cuidado em saúde (CARVALHO *et al.*, 2012).

Para que a promoção da saúde seja eficaz, é necessário que se desenvolvam práticas de comunicação e, sobretudo, se aprimore a construção do vínculo (LACHTIM *et al.*, 2023).

Para a construção do vínculo, é imprescindível que o profissional acolha o usuário de forma ética e eficaz, garantindo fácil acesso ao profissional, bem como escuta qualificada, promovendo uma relação de acolhimento, que respeite as necessidades e singularidades do sujeito (LACHTIM *et al.*, 2023). Dessa forma, colabora para o fortalecimento de relação de confiança e compromisso mútuo entre usuário e profissional, o que favorece a longitudinalidade do cuidado, caracterizada pela continuidade do cuidado e acompanhamento do usuário ao longo

do tempo (LACHTIM *et al.*, 2023).

Em estudo de intervenção dinamarquês realizado entre uma população de idosos e profissionais de saúde que buscava evidenciar medidas de efetividade para se promover saúde foi demonstrado que profissionais de saúde, assim como os idosos, relacionaram a confiança, proximidade e presença no cotidiano da pessoa idosa como elementos essenciais para melhorar a aceitabilidade e acessibilidade aos serviços (SRIVARATHA; JENSEN; KRISTIANSEN, 2019).

Faz-se necessário a busca por modelos de cuidados integrados que busquem minimizar os problemas relativos aos cuidados fragmentados e gerenciados de forma inadequada nos sistemas de saúde atuais. Quanto maior for o conhecimento do profissional sobre o histórico do seu paciente, mais promissores serão os resultados. É dessa maneira que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado (VERAS, 2018).

Um dos primeiros registros sobre APS surgiu em 1920, em um documento inglês chamado de relatório Dawson, que descrevia a mesma numa perspectiva de organização sistêmica e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexibilidade, em contraponto ao modelo americano de cunho curativo. Esta concepção influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS, sendo a primeira a regionalização, onde os serviços de saúde organizam-se de forma a atender as diversas regiões, com distribuição amparada em bases populacionais e identificação das necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, consolidando a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (FAUSTO; MATTA, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) têm por princípios doutrinários a universalidade (deve garantir a todos acessos a serviços e saúde) a equidade (tratar desigualmente o desigual) e a integralidade (considera a pessoa como um todo, atendendo às suas necessidades individuais e coletivas), sendo fundamentais para garantir uma assistência adequada e efetiva à PSR (BRASIL, [2022a]).

A universalidade deve levar em conta a disponibilidade equitativa dos serviços, sem discriminação com base na posição social, econômica ou política, de forma integral ou gratuita (PAIVA *et al.*, 2016). Sendo assim, é necessário minimizar entraves burocráticos e vislumbrar a elaboração de políticas públicas específicas, como a criação de unidades móveis de saúde, que possam se deslocar até os locais onde essas pessoas se encontram, e a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as particularidades e demandas específicas dessa população (PAIVA *et al.*, 2016).

A equidade deve considerar oferta de serviços e ações que considerem as desigualdades

sociais e de saúde que afetam essa população, que encara diversos obstáculos no acesso à assistência à saúde, tais como falta de documentação, dificuldades de locomoção e estigma social (PAIVA *et al.*, 2016). Desse modo, a equidade implica em oferecer serviços de saúde que sejam acessíveis a essa população, incluindo atendimento em locais de fácil acesso, horários flexíveis e equipes de saúde que estejam capacitadas para atender a essa população (PAIVA *et al.*, 2016).

Já a integralidade deve ser aplicada de modo a se considerar as demandas específicas dessa população e enxergando o sujeito como um todo, incluindo sua condição de vida, hábitos e rotina, para além de suas necessidades em saúde (PAIVA *et al.*, 2016). Posto isso, é necessária uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, que abarque os aspectos biológicos, sociais, culturais e psicológicos que interferem diretamente na saúde (PAIVA *et al.*, 2016).

Esse último princípio tem importância fundamental no atendimento da PSR que enfrenta a TB, tendo em vista que a assistência envolve não apenas o tratamento medicamentoso, mas também o acompanhamento psicossocial e a abordagem das condições socioeconômicas que afetam a vida dos pacientes. Isso inclui a avaliação e o tratamento de condições como desnutrição, alcoolismo e outras doenças crônicas que possam agravar a TB (OLIVEIRA *et al.*, 2021a). A APS tem papel fundamental neste processo, tendo em vista que deve oferecer uma abordagem integral da TB, centrada nas necessidades do indivíduo, com ações que abarquem prevenção, diagnóstico e tratamento precoce da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2021a).

Considerando as várias interpretações, a APS também pode ser compreendida como o primeiro nível de atenção em saúde e se define-se como um grupo de atividades de saúde, na esfera individual e coletiva, que abarca a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2022b).

Ainda que exista consonância entre a importância da APS, evidencia-se diversos modos de organização e operacionalização deste serviço nos diversos países. Neste sentido, Starfield tem apresentado grande influência no contexto desse modelo assistencial, de maneira que permite a avaliação da qualidade do serviço. A continuidade do cuidado, na perspectiva de Starfield (2002), e seus princípios que impetram este estudo, está ligada ao acompanhamento realizado pela equipe de saúde ou médico das comorbidades crônicas ou eventos interconsultas. Engloba ainda o entendimento dos fatores físicos, psicológicos, sociais e econômicos do sujeito que está sendo acompanhado. Tais aspectos são fundamentais para a abordagem do sujeito em situação de rua e acometido pela TB. Além disso, essa relação, por consequência, gera vínculo,

responsabilização, confiança e otimização da resolubilidade, e, conseqüentemente, continuidade do cuidado.

Para Starfield (2002), não existe maneira única de delimitação da APS. No sistema de saúde, a APS engloba o primeiro nível de atenção, alicerçando os demais níveis do sistema de saúde e serve como direcionador e organizador de todo o modelo de saúde instituído. Tal modelo visa racionalizar e direcionar recursos básicos e especializados, gerando ações de promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Buscando avaliar as ações primárias de saúde, Starfield (2002) designa quatro atributos essenciais, que devem balizar a organização da APS ou associar-se ao processo da atenção neste âmbito. São eles:

- a. **Primeiro contato:** diz sobre a acessibilidade, a atuação da APS como porta de entrada do usuário. A acessibilidade integra a atenção empregada ao usuário e seus familiares, seja nas situações eletivas ou naquelas de urgência; a comodidade, que engloba o tempo de espera, conveniência dos horários ofertados, facilidade de contato com os profissionais, formas de agendamento, dentre outros e a aceitabilidade que relaciona-se a satisfação dos usuários quanto localização do serviço, sua estrutura, ao tipo de atendimento oferecido e aos profissionais que ofertam o cuidado.
- b. **Integralidade:** os serviços devem se organizar de maneira a oferecer ao usuário toda a atenção à saúde conforme sua necessidade, nos diversos níveis de complexidade.
- c. **Coordenação:** diz sobre as formas de gestão do cuidado, manter o acompanhamento do usuário ainda que ele esteja temporariamente sobre a cautela de outros serviços.
- d. **Continuidade:** prevê a existência de uma fonte regular de atenção entre usuário e profissional e seu uso ao longo do tempo. Faz-se necessário a delimitação da população às equipes de atenção primária. Associa-se a diversos benefícios, a exemplo da melhor prevenção e maior reconhecimento dos problemas existentes, sendo os maiores benefícios relacionados ao estreitamento do vínculo entre profissional e usuário, manejo clínico adequado e adoção de instrumentos de gestão clínica, com diretrizes clínicas e gestão de patologias.

Esses atributos são fundamentais para o manejo da TB na PSR, tendo em vista que a APS deve ser o lócus de cuidado para a doença (QUADROS, 2022). A PSR depara-se com dificuldades no diagnóstico precoce da TB, muitas vezes por obstáculos relacionado à acessibilidade, seja por distância geográfica ou burocratização do serviço, o profissional não é capacitado adequadamente de forma a atender as peculiaridades do sujeito não oferecendo um cuidado holístico, de maneira que atenda suas necessidades sociais, físicas, psicológicas e

sociais e possibilitando um cuidado longitudinal (QUADROS, 2022). Além disso, os serviços por vezes estão desarticulados entre si, dificultando a continuidade do cuidado (QUADROS, 2022).

A principal estratégia mundial para o controle da TB, “The End TB Strategy”, destaca a necessidade dos Programas de Controle da Tuberculose contribuírem para o fortalecimento dos sistemas de saúde, além de permitirem e promoverem a pesquisa. As metas globais são sustentadas por três pilares, sendo esses: cuidados e prevenção integrados e centrados no paciente; políticas ousadas e sistemas de apoio e suporte aos afetados pela TB; e intensificação da inovação e da pesquisa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O procedimento do TDO é protagonista no monitoramento e cuidado ao acometido pela TB e outras doenças crônicas na APS brasileira. A iniciativa é indispensável para a melhoria da adesão ao tratamento e diminuição dos níveis de abandono no país, através dos modelos singulares de fornecimento de medicações e métodos diagnósticos, tomada supervisionada da medicação, instauração de suporte e cuidado integrado centrado no usuário, melhoria dos programas permanentes de educação em saúde e monitoramento dos casos, além de favorecimento da consolidação do vínculo entre o profissional e o paciente (BRASIL, 2019a).

O vínculo é recurso eficaz no que tange os cuidados na APS, sendo essencial para modelos de atenção robustos e abrangentes, que se fazem necessários nos contatos iniciais do usuário, além de contribuir para a integralidade e gerenciamento do cuidado (STARFIELD, 2002).

2.3 A vivência nas ruas

A industrialização e urbanização na Europa resultaram em um aumento significativo da PSR, que se tornou uma problemática urbana distinta da pobreza rural. O êxodo forçado de camponeses das áreas rurais para as cidades é apontado como o principal fator para o crescimento da pobreza urbana. Muitos foram expulsos violentamente de suas terras, enfrentando dificuldades para arcar com os altos custos de moradia e encontrar emprego nas limitadas oportunidades industriais. Isso os levou a viver nas ruas e se tornarem pessoas em situação de rua (RESENDE; MEDONÇA, 2019).

No contexto brasileiro, durante a transição do sistema escravocrata para o capitalismo, houve um processo de empobrecimento e aumento da PSR semelhante ao observado na Europa. O Rio de Janeiro se destacou como um importante centro industrial, onde as populações

empobrecidas foram particularmente afetadas. Nesse cenário, práticas higienistas foram adotadas com a suposta intenção de modernizar e urbanizar o país, porém também visando obter lucro com aluguéis e rendas provenientes da exclusão dessas populações das áreas centrais (RESENDE; MEDONÇA, 2019).

A expansão urbana e as transformações no processo produtivo resultaram no surgimento do desemprego estrutural, na precarização do mercado de trabalho e no enfraquecimento dos direitos sociais a ele relacionados. Embora o desemprego não seja a única causa da situação de rua, o trabalho desempenha um papel importante nos vínculos sociais e na identidade. Ademais, é necessário compreender o desemprego não apenas como motivo para a vida nas ruas, mas também como um fator que perpetua essa condição, junto com a fragilidade dos laços familiares e comunitários (PINTO; GONDIM, 2017).

A construção de políticas públicas voltadas à PSR no Brasil foi um processo gradual e envolveu diversos atores sociais. A primeira legislação sobre o tema foi a Lei Municipal nº 12.316/1997 em São Paulo, que estabeleceu a responsabilidade do poder público em fornecer atendimento a essa população (PINTO; GONDIM, 2017). Em 2009, foram aprovados os princípios da Política Nacional para a PSR, destacando a dignidade, os direitos fundamentais e o combate a práticas discriminatórias (PINTO; GONDIM, 2017). O Decreto Presidencial nº 7.053/09 instituiu essa política, resultado do engajamento do Movimento Nacional de PSR. No campo da Assistência Social, a Resolução nº 109 de 2009 definiu os serviços socioassistenciais destinados ao atendimento da PSR, incluindo abordagem social, acolhimento institucional e acolhimento em repúblicas (PINTO; GONDIM, 2017).

É notório o poder das políticas públicas como instrumento efetivo na redução da PSR, por meio de ações integradas e coordenadas entre diversas áreas, como saúde, habitação, educação, direitos humanos, trabalho e cultura (COSTA, 2022). É crucial que tais políticas estejam direcionadas à garantia dos direitos fundamentais dessa população, incluindo acesso à moradia adequada, oportunidades de trabalho e uma renda mínima, mas ainda precisa-se avançar na criação dessas (COSTA, 2022). Além disso, é essencial que essas políticas sejam desenvolvidas com a participação ativa das pessoas em situação de rua e das organizações da sociedade civil que atuam nessa área (COSTA, 2022).

2.4 O uso abusivo do álcool e sua influência no manejo da Tuberculose

O consumo prejudicial de álcool é um crescente problema de saúde pública, que associa-se a altos custos para o sistema de saúde devido à mortalidade e limitações funcionais. Neste

contexto, é essencial implementar ações de promoção da saúde que abordem os determinantes do processo saúde-doença da população, considerando as diversas necessidades, territórios e culturas presentes no Brasil (MANGUEIRA, 2015).

Essas ações devem visar a redução da vulnerabilidade, promoção da equidade e incentivar a participação e controle social na gestão das políticas públicas, tendo em vista que o uso crescente de álcool ao longo do tempo tem causado impacto global tanto em termos de cuidados de saúde como financeiros, afetando não apenas os usuários, mas também seus familiares e a sociedade em que estão inseridos (MANGUEIRA, 2015).

Além disso, o consumo excessivo de álcool influencia significativamente tanto a ocorrência quanto o desfecho da TB, favorecendo a imunossupressão e estando associado à modificação da maneira que os medicamentos utilizados no tratamento são processados no organismo (SILVA *et al.*, 2018). Adicionalmente, o uso abusivo de álcool está relacionado à marginalização social, taxas mais elevadas de reinfecção, maiores índices de interrupção do tratamento, deficiência nutricional e ao surgimento de cepas multirresistentes aos fármacos (SILVA *et al.*, 2018).

Estudo epidemiológico ecológico, que teve por objetivo descrever a tendência de morbimortalidade por TB no Distrito Federal, Brasília de 2006 a 2015, analisou 3.385 casos notificados neste período, observando que 14,1% dos participantes eram alcoolistas, o que reforça a prevalência da TB associada ao uso de álcool (RODRIGUES; TAUIL, 2019)

Estudos semelhantes de aumento da prevalência de TB em consumidores de álcool, foram desenvolvidos em outros países. Em Myanmar - Ásia, usuários de álcool demonstraram maior tendência em desenvolver TB ativa. Dentre 397 pessoas acometidas pela TB, 44,8% faziam uso nocivo de álcool (TUN; HONG, 2020) e o transtorno do abuso de álcool foi considerado um fator de risco para aquisição de TB multirresistente, na Nigéria – África e aumento da gravidade da doença (LASEBIKAN; IGE, 2020).

Tais dados reforçam a necessidade de se melhorar as estratégias adotadas para o manejo da TB em usuários em situação de rua e em uso abusivo do álcool.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os elementos que interferem na (des)continuidade do tratamento de tuberculose em usuários de álcool em situação de rua atendidos em um Centro de Saúde em Belo Horizonte/MG.

3.2 Objetivo específico

Identificar características sociodemográficas, clínicas e comportamentais em usuários de álcool em situação de rua atendidos em um Centro de Saúde em Belo Horizonte/MG.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva tem por objetivo descrever o perfil de determinado grupo populacional ou de um fenômeno (GIL, 2017). Objetivo que se alinha com a proposta do presente estudo que será complementada com as características do estudo exploratório, cujo uso justifica-se pela necessidade de se conhecer as características desse fenômeno, procurando explicações das causas e consequências destes, ampliando as perspectivas da compreensão do problema de pesquisa (RÉVILLION, 2003).

A abordagem qualitativa está coerente com esse estudo pois, por se basear na perspectiva de buscar em profundidade os significados, as crenças, os sentimentos e os valores, dentre outras características pertinentes ao comportamento humano (AUGUSTO *et al.*, 2013), permitirá compreender os elementos que interferem na continuidade do cuidado do tratamento de TB. Assim, o estudo qualitativo emprega o uso de categorias analíticas para pormenorizar e apresentar fenômenos, considerando a subjetividade, o significado e a intencionalidade presentes nas organizações sociais (MARTINS, 2004).

4.2 Local de pesquisa

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC) do Distrito Sanitário Centro-Sul, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH).

No momento de coleta de dados, a gestão da SMSA/BH se dava na perspectiva da territorialidade, por meio de nove Distritos Sanitários, com espaço geográfico, populacional e administrativo determinados. Em média, cada Distrito possuía 15 a 20 unidades ambulatoriais, distribuídos em unidades básicas ou Centros de Saúde (CS) e unidades secundárias como os Postos de Assistência Médica (PAM), além da rede hospitalar pública e contratada. Cada unidade básica tem um território de incumbência denominado: área de abrangência de Centro de Saúde (BELO HORIZONTE, 2021).

Esta unidade foi escolhida por ser representativa no contexto da população a ser pesquisada. O CSCC foi pioneiro nos cuidados com a PSR e no ano de 2002, a unidade se articulou e, aproveitando o movimento da Saúde da Família, conseguiu instituir a primeira

Equipe de Saúde da Família (ESF) para PSR do Brasil (BRASIL, 2012a). Além disso, se tornou referência no atendimento dessa população no município de Belo Horizonte, tanto pelos cuidados prestados, como também pela localização em área central do município, onde se encontra a maior parcela da PSR.

4.3 Participantes do estudo

No CSCC o número de indivíduos cadastrados como vivendo em situação de rua chega a 4187, o que corresponde a cerca de 11% da população cadastrada na unidade (EMPRESA DE INFORMÁTICA E INFORMAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE, 2020), mas faz-se necessário destacar que ainda existem muitas inconsistências relativas aos cadastros e, conforme os dados da equipe, esse número é ainda maior.

Tendo em vista o nomadismo da PSR e dificuldade de localização dos mesmos, optou-se por delinear uma amostra por conveniência (GIL, 2008). Essa amostra inicial dos participantes foi levantada por meio da identificação de usuários em situação de rua, que têm uma relação de dependência com o álcool, elucidado por registro de Código Internacional de Doenças (CID-10) e/ou uso registrado em anamnese no prontuário e que concluíram com cura ou abandonaram o tratamento de TB entre o período de outubro de 2015 a julho de 2021, em livro de Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e dados do prontuário. Havia 56 pacientes elegíveis a participar do estudo.

Após a identificação inicial desses participantes, foi solicitado junto aos profissionais atuantes na rede e que conheciam o grupo ou fenômeno a ser investigado, com levantamento de informações acerca dos indivíduos que realizaram tratamento prévio de TB e estão sendo assistidos em algum ponto da rede, sendo a coleta de dados interrompida no caso de saturação das informações coletadas (MINAYO, 2013).

Os critérios de inclusão adotados foram: PSR, acima de 18 anos, que concluíram com cura ou abandonaram o tratamento de TB no CSCC e possuíam histórico de uso de álcool, entre outubro de 2015 e julho de 2021. Os critérios de exclusão foram: pessoa com histórico de tratamento de TB encerrada por cura ou interrupção do tratamento, com condição cognitiva (consciência, atenção, memória, orientação) que impediam ou dificultavam o entendimento das perguntas realizadas.

Foram obtidos depoimentos de 11 usuários, porém dois foram excluídos por não contemplarem todos os critérios estabelecidos. Um dos participantes mostrou-se ansioso e pediu para que a entrevista fosse interrompida, pois precisava retornar ao seu local de residência para

cuidar de seus pertences e que não gostaria de participar do estudo em outro momento. Outro participante demonstrou claros lapsos de memória no decorrer do encontro, não conseguia elaborar respostas acerca dos questionamentos realizados, demonstrando desorientação em relação ao tempo e espaço, fatos que culminaram para a interrupção da entrevista. Ambos foram encaminhados para a avaliação médica, com breve discussão do caso com membros da equipe, para a realização do acompanhamento.

Dos 09 usuários que participaram do estudo, 08 encerraram como cura e 01 como abandono do tratamento.

4.4 Estratégias e instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foram empregadas as ferramentas metodológicas: coleta documental; diário de campo e entrevista semiestruturada, com a utilização do roteiro (APÊNDICE A), bem como entrega e orientações de material educativo sobre o uso de álcool (ANEXO A), com encaminhamento responsável do usuário aos serviços da rede.

4.4.1 Roteiro semiestruturado para caracterização dos participantes, monitoramento da continuidade e perspectivas do tratamento

Foi realizada entrevista guiada por roteiro semiestruturado, elaborado pela autora (APÊNDICE A), para obtenção de informações sociodemográficas (idade, sexo, raça, estado civil, religião, escolaridade, ocupação, renda mensal, tempo de vida em situação de rua); clínicas (antecedentes pessoais, tratamento farmacológico) e comportamentais (atividade física, padrão alimentar e de sono e uso de substâncias), dos participantes. Além disso, o instrumento trouxe questões abertas que permitiram conhecer os elementos que interferiram na continuidade ou não do tratamento, bem como as perspectivas do usuário em relação à TB, expectativas e consequências quanto ao uso de álcool, de se estar em situação de rua e possíveis estratégias para abordagens futuras.

Para fins de teste piloto, o roteiro foi previamente aplicado a um usuário que estava em tratamento de TB e que era dependente do uso de álcool, a fim de se realizar adequações que se fizeram necessárias para as entrevistas consecutivas. Houve ajustes mínimos na redação de algumas palavras e no formato de algumas perguntas, para facilitar a compreensão pelos entrevistados. Logo, a entrevista piloto foi incluída na amostra final da pesquisa.

4.5 Procedimentos de coletas de dados

Em decorrência da pandemia de Covid-19, a pesquisadora utilizou todas as medidas de segurança sanitária durante os atendimentos: máscara, distanciamento social e disponibilizou aos participantes álcool a 70%, bem como foi fornecido máscara, quando necessário, explicando acerca da proposta e os convidando para participar do estudo.

O primeiro momento desta etapa da pesquisa contemplou a fase de coleta documental, quando foi analisado o livro para registro e de acompanhamento de tratamento dos usuários com TB, que é um instrumento de informação oficial do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS, que pode ser utilizado como fonte de dados da unidade de saúde local e também como ferramenta para base de cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos (BRASIL, 2006).

O material consultado foi elaborado no intervalo de Outubro de 2015 a Julho de 2021, período em que existia um programa de monitoramento atuante junto ao Comitê Municipal voltado ao Combate da TB no CSCC. Nesse livro constavam dados relativos a cada usuário, como nome, data de nascimento, prontuário eletrônico, forma de apresentação da TB, início e fim do tratamento, bem como o desfecho de cada um (cura, abandono, transferência, mudança de diagnóstico, falência, óbito, dentre outros).

Desta amostra, foram levantados usuários aptos para participar do estudo que contemplam o critério de inclusão, bem como tabuladas todas as informações disponíveis no documento para posterior análise.

A pesquisadora realizou consulta ao prontuário eletrônico para verificar passagens mais recentes pela rede, bem como tentativa de encontrá-los com o auxílio de profissionais dos equipamentos e colaboradores da rede (Albergues, Consultório de Rua, Agente Comunitário de Saúde, equipe multiprofissional do Centro de Saúde), por meio de comunicação via telefônica, e-mail ou WhatsApp.

Quando houve sucesso na localização, o usuário foi convidado a participar do estudo e orientado quanto aos objetivos do mesmo e mediante aceite da participação, foi realizada a assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

As entrevistas aconteceram em ambiente presencial, mediante agendamento prévio, em consultório do CS ou em outro logradouro público em comum acordo entre participante e pesquisadora, preferencialmente acompanhada por um servidor da rede (Agente Comunitário de Saúde, Consultório de Rua, Colaborador do Albergue ou Centro POP) tendo em vista o contexto de vulnerabilidade da população e, ademais, da falta de acesso dos mesmos às

ferramentas de comunicação virtual. No entanto, foi oferecida a possibilidade de realização neste formato, caso o usuário tivesse ferramentas e acesso à internet.

A coleta de dados se deu em encontro único, com gravação de voz, mediante autorização do participante e sem uso de imagem, com aplicação do roteiro semiestruturado e registros pertinentes no diário de campo, como as atitudes, os fatos e os fenômenos percebidos no campo de pesquisa, como indicado por Minayo (2013), com posterior orientação sobre o resultado alcançado e entrega de material educativo, com duração média de 25 minutos.

O número de participantes do estudo foi determinado pelos critérios de repetição e relevância, utilizando-se o critério de saturação das informações, quando nenhuma informação relevante for acrescentada (MINAYO, 2013).

4.6 Análise de dados

Os dados sociodemográficos foram tabulados e analisados a fim de se realizar a caracterização dos participantes. As entrevistas qualitativas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas na perspectiva da análise de conteúdo, segundo Bardin (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo na temática segundo Bardin (2011), tem como objetivo analisar os “significados” trazidos pelos participantes deste estudo, referentes à experiência do tratamento de TB. A Análise do Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011), a operacionalização desta análise compreende três passos:

- a. Pré-análise: em que se organiza o material de forma a torná-lo operacional e sistematizando as ideias iniciais. Subdivide-se em 04 etapas, sendo essas: a leitura flutuante, que é o contato inicial com o material coletado e quando se começa a conhecer os textos; a escolha dos documentos em que será demarcado o conteúdo a ser analisado; a formulação de hipóteses e referencial dos índices e, por fim, elaboração dos indicadores, por meio de recortes de texto nos documentos em análise;
- b. Exploração do material: consiste na exploração do material com a definição de categorias por meio de codificação e identificação de unidades de significação, bem como a enumeração e escolha das categorias,

- c. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: etapa onde será realizada a validação dos significados e a confrontação sistemática dos resultados. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Para tanto, foi utilizado o software de análises qualitativas MaxQda, versão 22.5. As entrevistas foram importadas para o software, organizadas e criptografadas (E1 a E11). Os entrevistados codificados com E3 e E7 foram excluídos da pesquisa, não sendo inseridos no software, porém foram contabilizados na codificação, conforme modelo utilizado por Hino *et al.* (2022).

Realizou-se então, a pré-análise organizando as ideias iniciais a fim de operacionalizar e sistematizar os dados. Logo após, foi realizada a exploração do material, que consistiu de codificação e decomposição dos dados. Analisou-se cada questão individualmente, sendo que em cada uma foram separados os principais sentidos e significados que colaboraram para entender como os entrevistados compreendem as questões relacionadas ao seu tratamento da TB, no contexto de estar em situação de rua em algum momento do tratamento, e por fim, lidar com o alcoolismo e outras dependências. Partindo desta lista de sentidos e significados, fez-se o tratamento dos dados, de forma a terem sentidos e significados, por meio de associações indutivas para a criação das categorias (Quadro 1).

Quadro 1 - Categorias emergidas no estudo

Categoria 1: O serviço de atenção primária como dispositivo potente para a trajetória de cuidado
Categoria 2: Necessidades sociais, espirituais e em saúde: um olhar para além dos sintomas da tuberculose
Categoria 3: Referenciamento na rede assistencial para as pessoas em situação de rua e com dependência à substâncias psicoativas
Categoria 4: A dualidade na escolha entre o tratamento da TB ou a manutenção do uso de substâncias psicoativas
Categoria 5: O estar com tuberculose e em situação de rua: desafios para vencer o duplo preconceito e continuar o tratamento até a cura

Fonte: Elaborado pela autora

4.7 Devolutiva a sociedade acadêmica, assistencial e civil

Após o término da pesquisa e consequente defesa da dissertação, com possíveis ajustes sugeridos pela banca, a divulgação dos resultados acontecerá por meio da elaboração de artigo científico, bem como, devolutiva dos resultados para o cenário de pesquisa, por meio de reunião com os gestores e equipe de saúde. Além disso, será disponibilizada uma cópia escrita do trabalho desenvolvido para a unidade CSCC e para a Coordenação do Programa Municipal de Controle de Tuberculose.

4.8 Procedimentos éticos de pesquisa

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e da SMSA/BH, por meio da Plataforma Brasil e aprovado sob o parecer nº 5.205.829. Também foi obtido o Termo de Anuência Institucional (ANEXO B) junto à Assessoria de Educação em Saúde (ASEDS-SA) para realização do estudo.

Todo esse processo obedeceu às determinações da Resolução nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Carta Circular nº 1/2021- CONEP/SECNS/MS, que dispõe acerca dos procedimentos da coleta eletrônica dos dados, bem como à Lei Geral de Proteção de Dados, que dispõe sobre o tratamento dos dados pessoais.

Considerando os princípios éticos deste estudo, os participantes, que concordaram em participar do estudo, assinaram o TCLE em duas vias, bem como foram assegurados à garantia ao anonimato, sendo esclarecidos dos possíveis riscos e benefícios inerentes à pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Sujeitos do Estudo

(Continua)

Caracterização Sociodemográfica	Valor Absoluto (n)	Valor Relativo (%)
Sexo		
Masculino	09	100,0
Idade		
30 a 34 anos	01	11,11
35 a 39 anos	01	11,11
40 a 44 anos	02	22,22
45 a 49 anos	03	33,33
50 a 54 anos	02	22,22
Raça		
Parda	07	77,8
Preto	02	22,2
Religião		
Católico	06	66,7
Evangélico	01	11,1
Não tem religião	02	22,2
Estado Civil		
Casado	01	11,1
Solteiro	08	88,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	07	77,8
Ensino Fundamental Completo	02	22,2
Em situação de rua durante o tratamento de Tuberculose	09	100,0
Tempo em situação de rua		
Mais de 2 anos	09	100,0
Ocupação		
Programa de Transferência de Renda (PTR)	03	33,33
Trabalho Informal Agricultura	01	11,11
Trabalho Informal Artesão	01	11,11
Trabalho Informal Reciclagem + PTR	04	44,44
Vínculo Trabalhista com Carteira Assinada		
Não	09	100,0
Benefícios		
Auxílio Brasil	05	55,6
Auxílio Brasil + Auxílio Belo Horizonte	02	22,2
Auxílio Brasil + Auxílio Minas	01	11,1
Auxílio Brasil + Cartão Popular	01	11,1

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Sujeitos do Estudo

(Conclusão)

Caracterização Sociodemográfica	Valor Absoluto (n)	Valor Relativo (%)
Renda		
Abaixo de R\$500,00	02	22,22
Entre R\$500,00 e R\$1.000	05	55,56
Entre R\$1.000,00 e R\$1.500	01	11,11
Não soube informar	01	11,11
Residência Atual		
Casa de Passagem	06	66,7
Acolhimento Institucional de Adultos	02	22,2
Acolhimento Institucional de Famílias	01	11,1
Com quem mora atualmente		
Amigos dentro do ambiente institucional	06	66,7
Cônjuge	01	11,1
Sozinho	02	22,2

Fonte: Elabora pela autora

Do total de 09 participantes envolvidos no estudo, todos eram do sexo masculino. A maioria (33,3%) encontrava-se na faixa etária de 45-49 anos. Em relação à autodeclaração racial, 77,8% se consideravam pardos e 22,2% negros. Quanto ao estado civil, 88,9% eram solteiros. No que diz respeito à escolaridade, 77,8% tinham ensino fundamental incompleto, sendo que a escolaridade máxima era ensino fundamental completo. Tais dados corroboram com a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que revelou que a predominância da população masculina, de raça preta ou parda em situação de rua e de baixa escolaridade (DIAS, 2021).

Todos os participantes estavam vivendo nas ruas há mais de 02 anos, sendo que o que o menor tempo relatado foi de 08 anos e o maior há mais de 20 anos. A principal ocupação referida foi a reciclagem (44,4%), com renda complementada por programas de transferência de renda. Nenhum dos entrevistados possuíam emprego formal, com carteira assinada.

Tabela 2 - Caracterização Clínica e Comportamental dos Sujeitos do Estudo

Caracterização Clínica e Comportamental		
Encerramento do Caso		
Cura	08	88,88
Abandono	01	11,11
Média de tempo de tratamento da tuberculose (dias / meses)	244 dias / 8 meses	---
Sono		
Menos de 6 horas (abaixo do ideal p/idade)	04	44,44
7 - 9 horas (ideal p/idade)	04	44,44
Acima de 9 horas (acima do ideal p/idade)	01	11,11
Quantidade de refeições diárias		
menos de 3 refeições/dia	01	11,11
de 3 a 5 refeições/dia	07	77,78
acima de 5 refeições/dia	01	11,11
Tipo de atividade física realizada atualmente		
Caminhada	04	44,4
Não realiza atividade física	05	55,6
Presença de comorbidades		
Nenhuma	06	66,6
HAS	03	33,3
Uso de medicações		
Sim	04	44,4
Não	05	55,6
Uso de Alcool		
Sim	09	100,0
Uso de Tabaco		
Sim	05	55,6
Não	04	44,4
Uso de Maconha		
Sim	04	44,4
Não	05	55,6
Uso de Crack		
Sim	02	22,2
Não	07	77,8
Uso de Cocaína		
Sim	02	22,2
Não	07	77,8

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à caracterização clínica e comportamental apresentada na tabela acima, foi observado que 08 indivíduos obtiveram a cura da TB e 01 interrompeu o tratamento. A duração média do tratamento foi de 244 dias, o que corresponde a oito meses. Esse período excede em dois meses o esquema habitualmente recomendado, o que reforça a importância de se pensar em estratégias que promovam a continuidade do cuidado e implementar estratégias que considerem as necessidades específicas dessa população.

Dentre os participantes do estudo, constatou-se que 44,4% dormiam menos de 6 horas, o que está abaixo do recomendado pela National Sleep Foundation (2023) para a faixa etária, indicando a insuficiência do repouso adequado para a reabilitação do usuário acometido pela TB. Referente ao consumo de substâncias, 33,3% faziam uso de anti-hipertensivo, verificou-se que 55,6% dos participantes faziam uso de tabaco, enquanto 22,2% faziam uso de crack e cocaína e 44,4% uso de canabis. Esses dados evidenciam a presença de comportamentos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas entre os indivíduos estudados.

5.2 Categoria 1 - O serviço de atenção primária como dispositivo potente para a trajetória de cuidado

Essa categoria empírica emergiu pelo fato de a APS ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e possuir um papel fundamental na prevenção, identificação precoce e tratamento da TB na PSR.

Tendo em vista o risco elevado para TB nesta população em função das precárias condições de vida e alta vulnerabilidade social, a APS deve oferecer um serviço integral ao indivíduo que se encontra em situação de rua, incluindo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da TB, bem como de outras comorbidades. Tais ações devem ser realizadas por equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, assistente social, farmacêutico, dentre outros. É importante que a equipe de saúde esteja atenta às necessidades dessa população e oportunize a maior oferta de cuidados possível a cada contato, a exemplo de verificar necessidade e desejo de possível abrigo, oferecer a realização de testes rápidos e outros exames in loco, verificar o direito a benefícios, dentre outras necessidades em saúde.

É fundamental que o acesso seja desburocratizado, como oferecer agendas mais flexíveis e não restringir o atendimento somente se houver documentação de identificação, minimizando os entraves da assistência oferecida, bem como contar com profissionais humanizados e preparados para atender e garantir o acesso de forma digna e equânime às necessidades específicas dessa população. Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios com frequência em logradouros públicos ou em ações articuladas com outros equipamentos da rede assistencial, atividades frequentes de educação permanente entre os profissionais da rede e ações de conscientização pela sociedade civil, como maneira de garantir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, a fim de minimizar a cadeia de transmissão.

O contato com os entrevistados no decorrer desta pesquisa evidenciou que

frequentemente a PSR não possui uma rotina diária pré-definida para as atividades básicas, como comer, dormir, trabalhar, o que culmina numa diferença de noção de tempo nesta população. Além disso, a falta de acesso a equipamentos de comunicação como celulares e relógios podem dificultar ainda mais a organização dessa rotina diária. A análise dos registros em diário de campo, provenientes das observações realizadas durante a coleta de dados permitiram visualizar a falta de rigor para cumprir os horários previamente estabelecidos, tanto no que concerne a pontualidade do comparecimento para a entrevista quanto para outras atividades que informaram ter agendado no serviço.

Esta dificuldade de organização temporal pode trazer consequências para a saúde física e mental desses indivíduos, como agravamento de doenças crônicas, descontinuidade de tratamentos, baixo limiar de espera e maior dificuldade em estabelecimento de vínculos (MENDES, 2012).

Nessa perspectiva, é fundamental que os profissionais que assistem essa população, estejam atentos e sensíveis a essas peculiaridades e desenvolvam estratégias de cuidado que considerem sua noção de tempo bem como suas necessidades específicas, podendo incluir ofertas de serviços em horários flexíveis, trabalhando com maior tolerância a possíveis atrasos nos atendimentos agendados, a realização de tarefas que promovam a organização temporal e articulação multiprofissional, visando garantir maior autonomia do sujeito.

As falas, a seguir, evidenciam a relação dos participantes com relação ao tempo e acesso ao serviço:

Não demora muito não. É tudo agendado. Eu chego aqui, já sou atendido pela enfermeira e depois pela médica e vou embora. E1

A maioria era agendada, mas quando necessitasse não precisava esperar pra ir pra lá. Se você tiver sentindo alguma coisa, falta de respiração e tal, não precisa esperar não, você vem cá [no CSCC] e faz; aí eu ia e fazia...aí foi onde eu consegui terminar no prazo certo, de 6 meses de tratamento. E5

O acesso foi super bem! Só tenho que agradecer, viu? Ajudou bastante, foi fundamental mesmo pra mim não desistir. E8

Para garantir a assistência adequada à TB, é necessário trabalhar com o conceito da doença como condição crônica, requerendo habilidades específicas por ser um agravo de longa duração. O planejamento das ações deve incluir aspectos socioeconômicos e culturais da pessoa com TB e em trajetória de rua, bem como o estabelecimento de um vínculo entre o serviço de saúde e usuário (SOUZA; SILVA, 2010).

A falta de acessibilidade é um obstáculo enfrentado pela PSR em diferentes esferas,

como o acesso a serviços de saúde, transporte público, locais de alimentação, habitação, lazer e cultura. Este contexto acaba por agravar as condições de vulnerabilidade social deste grupo, atravancando o acesso a direitos básicos.

Com relação à saúde, a falta de acessibilidade pode culminar em atrasos no diagnóstico e tratamento de doenças, elevando o risco de complicações e agravando o estado de saúde dessas pessoas. Durante a pesquisa, foi possível perceber que algumas vezes a acessibilidade aos serviços da rede é amalgamado à realização do tratamento da doença, como estratégia para a continuidade do cuidado e redução da cadeia de transmissão da doença.

Ademais, pode trazer obstáculos à adesão ao tratamento e continuidade dos cuidados de saúde, prejudicando a efetividade dos serviços oferecidos, como expressam as falas a seguir:

Quem tem carro é fácil, agora pra quem, tá a pé é difícil, e só não para o tratamento. Vim pro posto e vocês [os profissionais] estavam aí pra ajudar. E6

O posto de saúde era perto pra mim também, ajudou bastante também que eu não tinha que andar muito, em questão da falta de ar, entendeu? E8

[...] para mim frequentar o albergue, eu tinha que fazer o tratamento. Eles já tinham informado que eu estava com tuberculose. Só que aí falou que depois que eu começasse a fazer o tratamento, depois de... Não sei se foi dez dias, quinze dias. Não lembro muito bem, eu não transmitia mais, né, a tuberculose. E foi assim que eu comecei o tratamento aqui no posto do [CSCC]. E11

A PSR enfrenta diversas barreiras para acessar os serviços de saúde, o que pode afetar negativamente a qualidade do atendimento e contribuir para a perpetuação de problemas de saúde crônicos (OLIVEIRA *et al.*, 2021b). Algumas dessas barreiras incluem a falta de informação acerca de como acessar os serviços de saúde, preconceito por parte dos profissionais de saúde, dificuldade de locomoção até as unidades de saúde e falta de documentos (OLIVEIRA *et al.*, 2021b).

Além disso, observa-se a oferta de horários de consulta incompatíveis com os horários de sobrevivência na rua, prescrição de medicamentos inexistentes na rede e caros, por parte dos profissionais de saúde, serviços de suporte para usuários de álcool e drogas insuficientes e a falta de locais adequados para restabelecimento após alta hospitalar, bem como a exigência de presença de um acompanhante para atender pessoas em situação de rua nas esferas secundárias ou terciárias (BRASIL, 2012a).

Posto isto, as percepções das pessoas em situação de rua a respeito do acesso à saúde são influenciadas por suas experiências anteriores de atendimento e pela maneira como são tratadas pelos profissionais de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2021b). Assim, é fundamental destacar que a falta de confiança e de vínculo com os profissionais de saúde pode ser uma das principais

razões pelas quais essas pessoas têm dificuldade em buscar atendimento (OLIVEIRA *et al.*, 2021b).

Visando o enfrentamento desses entraves e a melhoria do acesso à saúde para a PSR, é necessário que sejam implantados serviços de saúde específicos para atendê-los, além de capacitar os profissionais de saúde para lidar com as especificidades desse público (OLIVEIRA *et al.*, 2021b). Adotar políticas públicas que visem à inclusão social e à redução da pobreza também pode ser uma estratégia importante para melhorar o acesso à saúde para a PSR, além de ser fundamental reconhecer que o acesso à saúde não é apenas uma questão de infraestrutura ou recursos, mas também envolve mudanças culturais e de atitudes em relação à essa população (OLIVEIRA *et al.*, 2021b).

Estudo Canadense que objetivou identificar barreiras e facilitadores para acessar cuidados de saúde percebidos por pessoas em situação de rua, demonstrou que dentre as barreiras relatadas incluíam dificuldades trazidas pela falta de documentação ou endereço fixo, a estigmatização por parte dos profissionais de saúde, a falta de transporte e a dificuldade em encontrar serviços que atendessem as necessidades específicas PSR, como doenças mentais e dependência química. Outro entrave importante identificado na pesquisa foi a falta de continuidade do cuidado em saúde, pois muitos usuários relataram dificuldades em manter o tratamento devido ao contexto instável da vivência nas ruas, bem como de manter contato efetivo com os serviços de saúde (RAMSAY *et al.*, 2019).

De maneira similar, estudo realizado em São Francisco, nos Estados Unidos da América, que objetivou identificar barreiras de acesso aos serviços de saúde, elencou: a falta de recursos financeiros para cobrir os custos dos serviços de saúde, a falta de transporte para chegar às clínicas e consultórios, a falta de conhecimento acerca dos serviços disponíveis e seus direitos, a falta de acesso a um sistema de saúde coordenado e contínuo e a estigmatização e julgamento por parte dos profissionais de saúde (SCHMIDT *et al.*, 2023). Em complementação, identificou que dificuldades no estabelecimento de uma relação de confiança entre o usuário e profissionais de saúde, pode prejudicar a oferta de cuidados adequados (SCHMIDT *et al.*, 2023).

Tais fatos reforçam a importância de abordar essas dificuldades, por meio de iniciativas que envolvam tanto a PSR quanto os profissionais de saúde e a sociedade em geral, incluindo a implantação de serviços de saúde específicos para atender as necessidades dessa população vulnerável e a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades desse público (RAMSAY *et al.*, 2019)

O acolhimento na saúde deve ir para além da recepção acolhedora, compreendendo as demandas do usuário e inserindo-o em uma rede de atenção básica (BRASIL, 2012a). Ademais, deve estabelecer vínculos de confiança com os usuários, para que eles se sintam confortáveis em buscar ajuda é imprescindível (DUARTE, 2019).

A assistência prestada deve ser pautada na integralidade, considerando as necessidades físicas, psicológicas e sociais, primando pelo respeito, a autonomia dos usuários, bem como orientando a respeito de seus direitos, garantindo a integração com a rede de serviços. O cuidado deve ser compartilhado com outros profissionais e serviços para garantir a continuidade do cuidado aos usuários (DUARTE, 2019).

É fundamental uma escuta qualificada e respeito aos diversos saberes e modos de vida das pessoas, para construir vínculos de confiança (BRASIL, 2012a). Para a PSR, este acolhimento é ainda mais importante, uma vez que enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde e muitas vezes são excluídos. São poucas as equipes de saúde específicas para o atendimento desta população e as equipes tradicionais nem sempre têm as portas abertas ou sabem manejar de forma assertiva esse grupo social (BRASIL, 2012a).

É importante salientar que as longas esperas para atendimento podem levar à perda de refeições e abrigo, enquanto processos de registro complicados que exigem identificação desencorajam a busca por ajuda. Ademais, a falta de simpatia e sensibilidade da equipe ou a inabilidade de um único local atender à variedade de problemas apresentados pelas pessoas em trajetória de rua, são barreiras adicionais (BRASIL, 2012a).

5.3 Categoria 2 - Necessidades sociais, espirituais e em saúde: um olhar para além dos sintomas da tuberculose

A análise dos dados demonstrou que além dos sintomas físicos, a TB traz consigo impactos sociais e emocionais à vida das pessoas por ela acometidas. Dentre as necessidades sociais e em saúde da pessoa com TB, incluem a necessidade de suporte emocional, de acesso às informações e de cuidados integrados. O apoio social pode ajudar as pessoas em tratamento de TB a lidarem com os desafios do tratamento e com as consequências sociais e econômicas da doença. Diante disso, faz-se necessário oferecer suporte psicológico e social, para que se minimize os impactos emocionais da doença, como evidenciado na fala a seguir:

[...] porque no caso da pessoa estar com tuberculose [...] para a pessoa que está em situação de rua é mais difícil, né? [...]. E11

Esta fala é complementada por outra que salienta a dificuldade que a pessoa em situação de rua tem para realizar suas necessidades fisiológicas como urinar e defecar:

Que muitas vezes o morador de rua não tem lugar tomar banho, nem fazer as necessidades. E5

A proteção social é um elemento crucial na interseção entre saúde e atividades sociais e desempenha uma tarefa fundamental na realização de metas ambiciosas de saúde, a exemplo do controle da TB. O suporte social ao usuário do SUS com TB é imprescindível, para garantir recursos que minimizem os custos financeiros diretos e indiretos associados à doença, reduzindo a pobreza e a vulnerabilidade social (ARAGÃO *et al.*, 2021). Embora o tratamento da TB seja disponibilizado de forma gratuita no Brasil pelo SUS, existem evidências de despesas relevantes com gastos referentes à saúde, como transporte para dirigir-se às consultas e alimentação (ORLANDI *et al.*, 2019).

Entre as formas de proteção social, os programas de transferência de renda se destacam, pois fornecem recursos financeiros às famílias vulneráveis, reduzindo o risco de pobreza crônica, vulnerabilidade e melhorando o capital humano (ARAGÃO *et al.*, 2021). Além disso, têm um impacto positivo na continuidade do tratamento de TB, minimizando a chance de interrupção do mesmo, bem como contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos usuários (ARAGÃO *et al.*, 2021).

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda, direcionado às pessoas em situação de vulnerabilidade econômica, que tem por objetivo integrar políticas públicas, com o intuito de fortalecer o acesso das famílias aos direitos básicos, tais como saúde, educação e assistência social. Atualmente o valor pago é de R\$600,00 (BRASIL, 2023).

Ao longo dos anos têm sido avaliada a contribuição do Bolsa Família para a redução da pobreza. Os resultados do estudo de Rudgard *et al.* (2018) indicam que o Bolsa Família pode ser benéfico para a saúde dos pacientes com TB resistente a medicamentos, uma vez que possibilita o acesso aos cuidados médicos necessários e promove a adesão ao tratamento completo, além de contribuir para a redução da pobreza. Em adição a isso, culminou no aumento de 10,38% da taxa de sucesso no tratamento de TB (CARTER *et al.*, 2019).

De maneira similar, um programa de apoio financeiro na Indonésia, com o objetivo de cobrir custos relacionados à perda de renda, transporte e suplementos alimentares, reduziu a incidência de gastos relacionados à TB em 25% (FUADY *et al.*, 2019).

Já em um programa de renda condicionado ao tratamento da TB em Buenos Aires - Argentina, no qual o usuário deveria manter a saúde monitorada pelo serviço de saúde, dentre outras condições estabelecidas pelo programa, os principais resultados foram taxas de sucesso significativamente maiores (82% versus 69%) e menor abandono do tratamento (11% versus 20%), do que aqueles que não estavam no programa (KLEIN *et al.*, 2019).

Em adição às necessidades sociais, observou-se nas falas dos participantes que a ocupação e a espiritualidade desempenham função primordial na construção de sentido de pertencimento e para a promoção da resiliência e promoção de bem-estar. Neste sentido, a fala de um dos participantes referiu a ocupação como fonte de significado e propósito de vida, o ajudando a sentir-se valorizado e integrados na sociedade, além de oferecer alternativas para desenvolver habilidades, aumentar a autoestima, estabelecer conexões com outras pessoas e afugentar os vícios. Já a espiritualidade revelou-se como motivo de esperança, conforto e sentido em momentos de tribulação.

Com certeza. Procuo ocupar meu tempo no serviço. Porque ocupando meus dias no serviço, não vou pensar em beber [...] certo. E2

A pastoral de rua atua de forma complementar às políticas públicas de assistência social, apesar de não ser vinculada a nenhum programa governamental. É uma iniciativa da Igreja Católica e tem por objetivo atender e acolher pessoas em situação de rua. Mostrou-se importante ferramenta de apoio ao suporte espiritual, psicológico e material, além de ser motivo de esperança, conforto e sentido em momentos de tribulação, como revela a fala a seguir:

[...] mas o tempo que eu já estou na pastoral, muitas pessoas chegam perto de mim dando auxílio, conversando, batendo papo e tudo, e muitos deles largam a rua. Eu levo eles pra trabalhar num tipo de serviço que eu aprendi, na rua, e hoje em dia eu exercito, que é mexer com reciclagem, é mexer com meus produtos que eu crio. Eu crio produtos, tanto para feira hippie, crio produtos pra outras pessoas que chegam pra mim e pedem pra eu criar um novo molde e tal. Eu e minha esposa trabalhamos nisso também, pela [ArcelorMittal], fazendo vários tipos de brindes e prêmios para [ArcelorMittal], para [Belgo-Mineira], desde quando eu morava na rua. Então isso tudo me ajudou! Na minha parte artística, na parte de inteligência que eu tenho, que minha esposa tem. Isto tudo me ajudou! Se não fosse esse tipo de benefício, a gente estaria na rua até hoje. Foi o apoio que eu tive que me tirou da rua! E5

De modo semelhante, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é um serviço do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que oferece novas oportunidades para pessoas em situação de vulnerabilidade social (MEDEIROS, 2021). O SCFV disponibiliza atividades artístico-culturais, esportivas e lúdicas para promover a convivência e

ressignificação de experiências conflituosas, violentas e traumáticas vivenciadas pelos usuários, fortalecendo sua autoestima, laços de solidariedade e pertencimento (MEDEIROS, 2021).

Um estudo japonês, que buscou mensurar o efeito do trabalho e do seguro saúde na sobrevivência de usuários com TB, em idade produtiva, demonstrou que a manutenção do emprego permanente ou a assistência pública, podem aumentar a sobrevivência de pessoas com TB em idade ativa. A pesquisa evidenciou ainda, que usuários com vínculo de trabalho permanente ou aqueles que receberam assistência pública, tiveram maior probabilidade de receber tratamento completo para a TB, o que culminou em melhores taxas de sobrevivência, sendo importantes fatores de apoio para pessoas com TB em idade ativa (UCHIMURA, *et al.*, 2015).

De maneira semelhante, a espiritualidade traz ressignificação à experiência de doença, gerando tranquilidade e esperança, contribuindo sobremaneira para a continuidade do cuidado. Ademais, oferece cuidado físico e espiritual, permitindo mudanças de pensamentos e crenças que trazem sofrimento, proporcionando bem-estar e reduzindo doenças psicológicas. Nota-se que profissionais que compreendem a espiritualidade têm uma postura mais empática com os usuários (SOUSA JUNIOR; TEIXEIRA, 2019). Tais dados são apresentados nas falas a seguir:

É, eu sou só. Só e Deus, que me ajuda, né? E1

[...] porque se não fosse Deus e eu mesmo, eu não estava nem aí não. Deus e eu tinha que vim [no CSCC], porque amigos na rua você sabe que você não tem [...]. E9

No que tange aos cuidados em saúde, ao analisar as falas dos entrevistados, constatou-se que as pessoas com TB carecem de informações claras e concisas acerca da evolução da doença, seus sintomas, efeitos adversos, manejo do tratamento e forma de inibir a transmissão da doença, sendo essas fundamentais para que possam tomar decisões assertivas a respeito de seus cuidados e tratamento. Observou-se, ainda, pelo relato de um dos participantes que é necessário ter um olhar integral e humanizado para com a pessoa, vislumbrando atender às diversas necessidades inerentes ao cuidado, tendo em vista que o diagnóstico de TB pode ser assombroso e estigmatizante, acarretando sofrimento psíquico.

Quando eu comecei a sentir dor, febre, dar fraqueza, tontura. Aí eu passei os primeiro 15 dias, eles me deram os remédios mais forte, aí parou. E1

Igual eu te falei, porque é uma doença que, no meu caso, estava achando que eu ia até morrer. Estava muito cansado, com fraqueza e também com problema psicológico. A gente entra em depressão, a gente fica achando assim ‘ah eu vou durar só uma semana!’ mesmo tomando medicação, que a gente não sabe o resultado, eu não sou médico, o médico entende. E4

Isso é [...] para quem não entende, ele não sabe o que que é tuberculose [...]. Ela é invisível! [...] Ninguém espera por nada não! Ela vem do nada [...]. Ninguém sabe o que é tuberculose não! Eu sei o que que é tuberculose! Tuberculose é uma doença, uma doença traiçoeira. Ela tira a fome, ela tira tudo! Tudo que você pensar ela tira! A pessoa começa a ter fraqueza nas pernas, começa a tossir, ela traz tudo, a pessoa começa a não enxergar, começa a ‘trapaiar’ a visão da pessoa. E10

As necessidades psicológicas da pessoa em tratamento TB podem variar ao longo do tempo, sendo fundamental reconhecer o impacto da doença na saúde mental e no bem-estar emocional do usuário (CAZABON *et al.*, 2020).

Em um estudo realizado na Etiópia, que teve por objetivo avaliar a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade e seus fatores associados, com usuários com TB atendidos em unidades de saúde, verificou-se a alta prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade. A cronicidade e o estigma percebido da doença foram significativamente associados aos sintomas de depressão (ASSEFA *et al.*, 2023).

O estudo evidenciou 2,36% maiores chances para desenvolver quadros significativos de depressão, quando a comorbidade delongava-se por mais de 12 meses, comparados aos que tiveram menor tempo de evolução da doença (ASSEFA *et al.*, 2023).

De maneira similar, se mostraram os resultados de pesquisa que objetivou estimar a prevalência de depressão em pessoas com suspeita de TB pulmonar no Rio de Janeiro, Brasil, indicando aumento em 35,2% da prevalência de depressão, entre as pessoas com suspeita da doença (CASTRO-SILVA *et al.*, 2019).

Ademais, os usuários que relataram uso de drogas ilícitas e aqueles que tinham uma história prévia de transtornos mentais apresentaram maior probabilidade de ter depressão (CASTRO-SILVA *et al.*, 2019), fatos que corroboram com a necessidade de maior atenção à saúde mental desta população.

Além do acometimento psíquico, os sintomas da TB podem evidenciar diferentes sentidos para a pessoa que está enfrentando a doença. Marcada por uma tosse persistente e um cansaço extremo, faz-se necessário reconhecer que a exaustão dos corpos pode ser acarretada por diversos fatores, como causas biológicas, sociais, psicológicas e culturais. A tosse, além de trazer incômodo físico, pode ocasionar sentimentos como frustração e vergonha, já que incomoda também quem está a sua volta. A perda de peso, nas falas dos participantes, pode ser encarada como um sinal de fragilidade e de deterioração do corpo, o que pode gerar preocupação e tristeza em relação à saúde. Já a sudorese pode trazer desconforto e distúrbios do sono, o que pode levar a sentimentos de cansaço e irritabilidade, como mostram as falas abaixo:

Porque eu já tava tossindo tava sentindo muito cansaço, tonteira, e por isso me conduziram pra lá [para o hospital] [...]. Perdi peso, foi o que eu mais perdi foi peso. E2

Tossindo mais de quinze dias, quase vinte dias tossindo. E6

Eu comecei sentindo dor, né? No pulmão [...] depois veio a tosse, aí juntou dor com tosse. Aí depois veio o catarro. Depois veio sudoeris que fala né? [...] É, sudorese. E várias outras cansaço, falta de ar. [...] eu que procurei o posto que eu [...] tava sentindo muita febre a noite. E8

[...] estava no banheiro tomando um banho, aí comecei a vomitar! Vomitei sangue, aí tem que ter alguma coisa aí foi e deu isso aí, eu não sabia [...]. E9

Eu tossia muito se sentia dor no corpo todo. [...] Não enxergava ou enxergava quase nada. [...] Ai eu tava que sentia fraqueza. [...] Não comia quase nada [...]. E10

Aí, eu cheguei lá passando muito mal, com febre, tossindo para caralho, e [...] a febre muito alta! Aí, a médica foi me avaliar e quando pôs aquele aparelhinho que eu não sei o nome [...] que escuta, né? Aquele aparelhinho, pôs de um lado [...] dos dois lados, aí desse lado aqui o pulmão [...] não estava... Como é que eu vou falar? Tava esquisito, não estava normal. E11

Com a análise dos dados, identificou-se que muitas vezes a inanição do participante era confundida a outras mazelas enfrentadas no contexto de vivência nas ruas, bem como resultado de um uso abusivo de álcool. Nota-se que a alimentação é encarada como um importante marcador de saúde. Um corpo frágil e mal nutrido pode ser consequência de uma dieta carente de nutrientes essenciais ou ingestão calórica insatisfatória. Em adição, um corpo minimamente saciado, ainda sim pouco nutrido, pode ser decorrente de uma ingestão calórica suficiente, mas com baixa qualidade nutricional, conforme relatado nas falas as seguir:

[...] mas depois que eu tava [fazendo o tratamento] não [perdeu peso]. Aí já alimentava na hora certa, não saía do quarto que tinha que ficar isolado né? Aí é isso daí. E2

[...] e até então nem sabia, entendeu? Nem sabia que eu tava, para mim eu tava outra coisa é... É falta de alimentação mesmo! Tava bebendo muito, não tava se alimentando, consequência do... Do álcool entendeu? Mas aí quando constou a tuberculose, como se diz, a minha ficha caiu que não tava aguentando nem... um caminhado. E4

Ah, isso aí melhorava muito, né? Alimentação, alimentação lá [no albergue] é comum, arroz, feijão, carne, não tem salada, muito difícil ter salada, cê chega depois de oito hora, não tem. Só arroz e feijão. Alimentação lá é péssima. Sábado e domingo é só é só macarrão. Não tem vitamina nenhuma, nenhuma nenhuma. É só macarrão. E6

Eu estava engordando... Entendeu? Eu estava alimentando direitinho... Entendeu? E10

Em suma, são diversos os motivos para ambos os cenários, seja a falta de acesso de alimentos adequados e relacionado aos problemas de saúde que afetem a absorção de nutrientes ou mesmo a falta de conhecimentos básicos acerca de uma nutrição balanceada.

É necessário vislumbrar políticas públicas de inclusão que facilitem o acesso adequado à alimentação daqueles usuários em tratamento TB, que se forneça orientações adequadas referentes à importância da dieta balanceada frente ao tratamento e que se levantem possibilidades de ofertas de alimentos ao usuário em tratamento de TB, dentre outras estratégias.

Neste sentido, verifica-se o fornecimento de incentivos alimentares vislumbrando a maior continuidade do tratamento. Em estudo realizado na cidade de São Paulo que objetivou apresentar a percepção profissional sobre usuários em situação de rua e em tratamento de TB e identificar ações de controle ofertadas sobre a patologia elencou o fornecimento de cesta básica como estímulo para se aderir ao tratamento. Todavia, muitas vezes verificou-se a inadequabilidade para o uso dele, tendo em vista a dificuldade do preparo de alimentos na condição de vida nas suas, tornando o benefício fornecido uma moeda de troca para atender outras necessidades do usuário. Levantou-se como alternativa a esse benefício o fornecimento de refeições por restaurantes credenciados (HINO *et al.*, 2018).

De modo similar, o município de Itaboraí, Rio de Janeiro, é pioneiro no fornecimento de cartão de incentivo alimentar aos usuários acometidos por TB acompanhamentos pelo programa de controle de TB municipal. Substituindo o fornecimento de cesta básica, o cartão garante maior autonomia para a escolha alimentar, contribuindo para maior qualidade de vida, além de movimentar a economia local. Dentre os pré-requisitos para o recebimento do benefício, o usuário deve comparecer às consultas mensais, manter o tratamento por seis meses, além de tomar a medicação conforme orientado pelo programa (CARTÃO..., 2023).

Em contrapartida às orientações alimentares, observou-se com o relato dos participantes, que a maioria recebeu orientações acerca do tratamento da doença, necessidade de se buscar o serviço caso apresentem algum sintoma durante o tratamento, além da importância da continuidade em se usar a medicação. Não mencionaram o desejo de desistir do tratamento e reforçaram a necessidade de se olhar integralmente as demandas do sujeito, demonstrando o valor atribuído à conclusão do tratamento.

[...] tenho recebido orientações sobre quando há piora do quadro sintomático, só aqui [no CSCC] mesmo. E1

Tratamento na época pra mim foi tranquilo, entendeu? O pessoal me orientou super bem. Eu tive um acompanhamento bacana do pessoal. [...] Recebi bastante informações. [...] Em questões disso [sobre os remédios] eu fui super bem orientado. E8

A educação em saúde consiste em um processo de construção de conhecimentos, no

qual o profissional aborda temas relacionados à saúde, com o objetivo de prevenir doenças e promover a saúde em indivíduos e populações (RAMOS *et al.*, 2018). Nesta conjuntura, a equipe da atenção básica tem o papel de identificar os problemas de saúde e fatores de risco da população para promover um processo dinâmico que alcance os objetivos desejados. Isso é realizado através da sistematização e autonomia dentro do cuidado integral do paciente. O profissional, por meio de estratégias educativas em saúde, pode conhecer o usuário acometido pela TB e direcioná-lo ao tratamento adequado, monitorando seu estado de saúde e evitando agravos (AMARAL; SILVA, 2021). É essencial incluir o usuário como sujeito ativo do tratamento, utilizando linguagem clara e adequada, de maneira a contribuir para o empoderamento, garantir a continuidade do tratamento da TB e melhor qualidade de vida (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Ademais, alguns informaram acerca da importância da redução de danos, com diminuição do uso de álcool e outras drogas, como aparato para manter o uso da medicação. O que reforçou a relevância de receber informações a respeito da doença e forma de prevenção de recaída, bem como de apoio profissional isento de julgamento de valor para a manutenção do mesmo e fortalecimento do vínculo. É crucial reconhecer a complexidade da recuperação, o que torna necessário considerar abordagens realistas e adaptáveis. A redução gradual do consumo, juntamente com terapias comportamentais, apoio psicológico, intervenções farmacológicas e suporte social, compõem uma estratégia realista para melhorar a qualidade de vida e minimizar os danos associados. como expressam as falas a seguir:

Eu levei à risca [as orientações] num tá bebendo, diminuindo o cigarro, tanto é que eu me curei! E4

[...] era um tratamento durante uns 6 meses. Elas me apoiaram de acordo, e tudo...eu aceitei o apoio. Aceitei a fazer o tratamento, diminui na bebida, diminuindo na minha droga que usava na rua [...]. Toda essa parte eles me orientaram em tudo [sobre os efeitos do remédio]. E5

[...] orientavam de acordo que eu tava tomando os remédios! Eu não podia nem beber e nem fumar [...]. E10

[...] Depois do cumprimento dos seis meses eu vim para cá e [a enfermeira] pegou e falou assim: ó, você já está recuperado e já você pode ficar tranquilo agora! Você já tá recuperado da tuberculose! Agora, você pode ficar tranquilo! [...] E aí, mais quatro meses sem beber [...]. Depois que eu fui começando a beber aos pouquinhos, mas bebendo moderadamente... E até hoje! Agora... Agora eu não bebo do jeito que eu bebia mais não. E10

Um estudo realizado em Minsk, Bielorrússia que avaliou programa de apoio psicossocial multidisciplinar centrado na pessoa e programa de redução de danos para pacientes

com uso nocivo de álcool e TB resistente a drogas, evidenciou que a redução de danos foi um dos principais componentes do programa. Por meio de atendimento de multidisciplinar, buscou-se atender às necessidades específicas de usuários de álcool por meio de uma abordagem centrada na pessoa, incluindo aconselhamento sobre redução de danos para uso prejudicial de álcool e drogas, além de fornecer suporte profissional como auxílio em lidar com seus problemas pessoais, por meio de uma abordagem holística após construir uma relação inicial baseada na confiança, o que contribuiu para a superação dos desafios e conclusão do tratamento da TB (HARRISON *et al.*, 2022).

Concomitante ao abuso do álcool e outras substâncias, a fala dos participantes revelam que o cenário de vida nas ruas é prejudicial à saúde, e conseqüentemente, propício ao adoecimento por TB, além de representar um obstáculo para a continuidade do tratamento. Os entrevistados salientaram que a falta de moradia os expõe às intempéries que culminam no agravamento do grau de vulnerabilidade.

Porque você tem que sair pra rua de manhã cedo, porque chova, que faça sol, que faça frio você tem que sair, você não tem onde ficar...aí você vai andar. Você não tem lugar. E1

Com certeza, né? No frio, né? Frio e calor, frio e calor. Igual nós tamo agora no mês de maio, de junho. Essa época propícia pra tuberculose, pessoal de rua aí ó, e lá tem muita gente tossindo. [...] É, vixe Maria. O que tem de gente tossindo lá, não tá no gibi. Lá no Albergue lá [...]. E6

Observou-se ainda que o fato da vivência nas ruas corresponde a maior chance para transmissão da doença, tendo em vista a limitação ou ausência de medidas de controle que permitam diagnóstico precoce ou tratamento da doença nos espaços destinados ao abrigo temporário, bem como não propiciam o repouso ideal para a recuperação do bem-estar. Um participante trouxe a superlotação do serviço e dos grupos aglomerados na rua para fazer uso de álcool, fator que propicia a contaminação pela TB, como revela a fala a seguir:

Eu saí fora! Eu não estou no tumulto. Eu tinha que sair fora do tumulto porque isso pega no tumulto de gente e onde é que tem muita gente isso é perigoso... Entendeu? Mas eu saí, eu mudei. Eu Mudei! Olha, eu não estou no meio de tumulto de gente mais. Mudou muita coisa na minha vida, entendeu? Sai fora de rua por causa disso, do tumulto, eu dou conselho para todo mundo sair fora do tumulto que isso pega. Isso pega no meio de bolinho, é onde é que tem cachaça e cigarro... Esse negócio... Isso pega! Você entendeu isso pega e... E mudou muito a minha vida. E10

Cabe ressaltar que a moradia é um direito previsto na Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 6º estabelece que é um direito social, juntamente a outros direitos, como a alimentação, trabalho, educação e saúde. Esse direito social pode ser interpretado como garantia

ao acesso a uma moradia digna e apropriada, que traga segurança e privacidade, não sendo somente um espaço físico, mas um local que propicie qualidade de vida e bem-estar (SARLET, 2003).

Evidenciou-se que acessibilidade e a qualidade da moradia demonstrou maior risco para a contaminação por TB, sendo necessário traçar intervenções de saúde pública que busquem minimizar o contágio, como fomentar programas de habitação destinados a pessoas em situação de vulnerabilidade acometidas pela TB, bem como implementar medidas de rastreamento da doença em ambientes coletivos.

5.4 Categoria 3 – Referenciamento na rede assistencial para as pessoas em situação de rua e com dependência à substâncias psicoativas

A coordenação do cuidado é um processo contínuo, que abrange a participação de diversos atores e instituições e, exige empenho constante para que seja prestado uma assistência qualificada. Para tanto, é necessária integração entre os serviços de saúde, bem como dispor de equipes multiprofissionais, de forma a manter a continuidade do cuidado, de forma efetiva e humanizada.

Neste sentido, nas falas dos participantes, quando interrogados sobre o que fora primordial para o sucesso do tratamento, emergiram a importância das equipes do consultório de rua e a necessidade de se aumentar o número de equipes volantes. É notória a relevância do serviço, como estratégia que busca garantir acesso à saúde e promover ações preventivas, considerando complexidade e as especificidades do contexto social e de vida da PSR. Com ações de redução de danos, acolhimento e atendimento humanizado, é uma ferramenta fundamental no suporte para a pessoa com TB, seja por meio da realização de ações de prevenção e para o diagnóstico precoce da TB, por meio de auxílio no TDO, no cuidado longitudinal, bem como encaminhamento aos serviços que se fizerem necessário.

Agora, a parte-chave que me ajudou e que pode ajudar muito mais pessoas, é se o nosso governo pudesse lançar mais pessoas, para poder fazer mais abordagem de saúde, não só abordagem de rua, mais abordagem de saúde, mais abordagem de medicamentos, outras pessoas pra poder acolher mais esse pessoal e levar para o consultório. E5

As políticas governamentais de cuidado à PSR são recentes e iniciaram-se com os Consultórios de Rua (CR) em 1999, como técnica de cuidado às crianças e adolescentes em situação de rua e uso de álcool e outras drogas (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Em 2004, em Salvador, se deu a implantação dos primeiros CR, em 2009, que existia

anteriormente como um projeto do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), para cuidado às pessoas em situação de rua. O MS reconheceu os CR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas em situação de rua e uso de substâncias psicoativas (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

A equipe multidisciplinar do Consultório na Rua oferece cuidados completos e humanizados para pessoas em situação de rua em uso abusivo de álcool e outras drogas, com a realização de diversas atividades, como visitas periódicas, avaliação da saúde física e mental, tratamento de problemas de saúde, suporte psicológico e social, prevenção de doenças, encaminhamento para outros serviços especializados e trabalho em equipe interdisciplinar. Além disso, busca desenvolver habilidades como o compromisso ético e político em defesa da vida, a empatia, a solidariedade e as competências clínicas e relacionais necessárias, para atuar com essa população vulnerável (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Um estudo de abordagem qualitativa realizado pela equipe “Consultório na Rua” em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, para pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas, discutiu acerca das práticas de cuidado e promoção da saúde implementadas, apresentou o desafio da estruturação do cuidado à PSR pela APS e a importância da promoção da saúde nesse contexto.

Os resultados mostraram que essas práticas tiveram resultados positivos, como a melhoria do acesso aos serviços de saúde e a redução do uso abusivo de álcool e outras drogas. Destacou-se ainda que os atributos essenciais da APS utilizados pela equipe “Consultório na Rua”, como o acolhimento incondicional, o respeito à autonomia das pessoas e a escuta ativa, além do trabalho em equipe interdisciplinar, são essenciais à continuidade do cuidado à PSR. São muitos os desafios enfrentados pela equipe, ao lidar com pessoas em situação de vulnerabilidade, assim, é de suma importância o cuidado integral e humanizado para garantir uma atenção equânime para todas as pessoas em situação de vulnerabilidade (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

A análise dos dados elucidou que estar em situação de rua traz dificuldades em manejar atividades do cotidiano, cuidados em saúde e para a manutenção da continuidade do tratamento, traz obstáculos para a manutenção qualidade de vida e aumenta a vulnerabilidade e, conseqüentemente, o consumo de álcool e/ou outras drogas. Neste ínterim, os abrigos de emergência e habitação de transição têm um papel primordial no que concerne à assistência da PSR. Estes, oferecem local protegido de intempéries, dispõem de alimentação e local para a

higiene pessoal, ainda que tenha restrições referentes aos horários de entrada e saída e não disponibilizem a permanência do usuário em tempo integral, sendo necessário o suporte dos Centros de Referência nestes casos.

Estes dispositivos, podem ainda funcionar como apoio de rede social e suporte psicológico, bem como ofertar programas de capacitação e oportunidades de trabalho, de forma a ser um aparato para deixar a vida nas ruas. É importante salientar que os abrigos de emergência e moradias de transição não são a solução definitiva para o problema da falta de habitação. As falas a seguir reverberam as respostas trazidas pelos usuários quando questionados se estar em trajetória de rua trazia alguma influência ao tratamento da TB:

[...] Ajudou, porque eu fiquei internado, né? Após a internação, fui direto pro albergue, aí eu não tava na rua direto né? Alguma vez ou outra, que eu ficava na rua, mas eu tomava meu remédio todos os dias. Não, não, não [não chegou a dormir na rua durante o tratamento]. Porque eu fiquei com medo de voltar ou ter uma recaída e a recaída é pior [...]. E2

Depois desses seis meses, fiquei mais um ano ainda, que desse intervalo todo foi onde eu vim pra cá, pro abrigo. Aqui eu ainda fiquei mais um ano sem usar nada. Sem beber, sem fumar, sem nada. Pra poder terminar o tratamento, que depois do tratamento ocê ainda fica...ocê ainda fica, de três a quatro ou mais seis meses. Eu completei um ano fazendo meu tratamento todo, por livre e espontânea vontade, porque eu queria me curar. Eu queria melhorar. E5

Dificultou [o tratamento] porque nas ruas, infelizmente, é [...]. Em questão do uso de drogas e alcoolismo é muito forte, entendeu? Então, meu tratamento começou a melhorar mesmo, depois que eu saí debaixo do viaduto e fui pro abrigo. Do abrigo eu fui pra república. [...] eu fui por minha conta [...]! Eu decidi que eu precisava melhorar. E8

[...] Se não fosse a república, eu estava na rua! Aí estava cheio de doença, você entendeu? Aí marcou muito a minha vida, foi isso. Eu não estou na rua mais [...]. É! Sai da rua, graças a Deus! E10

Então, nessa época aí, essa questão fez muita diferença, porque se eu tivesse um lugar na época, igual ao abrigo, eu tinha tido um tratamento melhor! Mas na verdade, todo dia eu tinha que às seis, sete horas da manhã, voltar para as ruas, né? É! Era complicado você ir para rua, porque tipo assim, querendo ou não, a rua te proporciona isso! Cê fica o dia inteiro! Não faz nada, não tem nada [...]. É porque albergue é só para dormir, jantar e tomar banho! Porque lá não é moradia, né? Então eu acho que é difícil essa questão. Tinha que ser levada mais a sério, por essas pessoas aí que faz parte da assistência social, entendeu? É isso que eu acho: que a pessoa com uma tuberculose ou outra doença mais seria tinha que ser encaminhada, ou vai deixar a pessoa na rua? Em situação de rua? Então, é difícil... É isso aí que mais me dificultou. A dificuldade maior foi essa! E11

A Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, aprovou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e trouxe diversos programas socioassistenciais para atender às necessidades da população em situação de vulnerabilidade social e ofertar proteção social. Dentre estes, estão os serviços da média complexidade (Serviço Especializado de Abordagem

Social e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua) e da alta complexidade: serviço de acolhimento institucional (abrigo institucional, casa-lar, casa de passagem, residência inclusiva), serviços de acolhimento em república, dentre outros (BRASIL, 2009c).

A particularidade desses serviços concerne na oferta da assistência integral, que garanta as necessidades em estadia, convivência e endereço de referência para acolhida de pessoas que se encontrem em situação de vulnerabilidade e necessite de reintegração social (BRASIL, 2009c).

O acolhimento institucional oferece um local seguro e adequado para abrigamento temporário, com suporte da assistência social. Já o Centro POP é um espaço onde realizar atividades de interação social, lavar roupas e receber alimentação. O Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) tem como objetivo identificar as necessidades da PSR e encaminhá-los aos serviços adequados. Todos esses serviços devem trabalhar com medidas de articulação em rede, visando a redução da violação dos direitos socioassistenciais e a melhoria da qualidade de vida, incluindo os cuidados em saúde (BRASIL, 2009c).

Observa-se que a falta de moradia e as condições dos abrigos de emergência, são fatores que refletem no sucesso do tratamento e na manutenção da cadeia de transmissão. A literatura traz que a ausência ou má ventilação em locais, com grande número de pessoas, num ambiente pequeno, aliado à falta de triagem adequada para o ingresso do abrigo, favorecem a propagação do bacilo e contaminação dos usuários (RANZANI *et al.*, 2016).

Muitas vezes os abrigos são ineficazes em acolher a PSR, tendo em vista sua capacidade limitada e que o modelo de atendimento não considera as necessidades peculiares dessa população. A falta de segurança que garantam o armazenamento dos pertences individuais, que muitas vezes são furtados; a regra de horários fixos que exige a saída matinal, muitas vezes sem ter para onde ir, bem como o horário estipulado para ingressar no serviço, acabam por tolher o direito de ir e vir.

Em complementação, o serviço é caracterizado pela falta de privacidade, onde o usuário divide o espaço restrito com desconhecidos, a proibição de se acolher animais de estimação, além de regras que restringem o uso de álcool e outras substâncias psicoativas. É necessário repensar a lógica de atendimento dessas pessoas, visando a garantia das necessidades individuais e considerando a complexidade do contexto da vida nas ruas (MELO, 2016).

Um participante expôs a necessidade de se investir em locais específicos para o tratamento adequado da TB, de populações vulneráveis. Neste sentido, seria interessante propor residências terapêuticas exclusiva para esta população, com promoção de um espaço de moradia e cuidados para pessoas com TB, que não possuam suporte social e familiar, ofertando um

suporte adequado para garantir a continuidade do tratamento, com oferta de medicação supervisionada, a prevenção de complicações e a melhora do quadro clínico geral.

É imprescindível explorar alternativas viáveis, tais como residências de apoio ou centros de acolhimento, caso o usuário acometido pela TB se recuse em permanecer albergado ou não houver vagas disponíveis no serviço (BRASIL, 2019a). Caso nenhuma dessas opções esteja acessível, o encaminhamento para internação em instituições hospitalares de longa permanência, direcionadas a indivíduos em situação de vulnerabilidade, deve ser considerado. Nestes hospitais, os pacientes permanecerão durante o período de tratamento e/ou estabilização do quadro clínico (BRASIL, 2019a).

A internação social gera impactos relevantes, notadamente em cenários com indivíduos em situação de extrema vulnerabilidade. Ao estabelecer um ambiente organizado e controlado, tal internação pode aprimorar a adesão a tratamentos médicos e terapêuticos. Adicionalmente, essa abordagem viabiliza o acesso a serviços de saúde e apoio psicossocial, de maneira que a rede de cuidados busque construir estratégias que vislumbrem a continuidade do cuidado, contribuindo para a reabilitação do usuário.

Então, era difícil, mas mesmo assim eu segurei a onda e fiquei sem beber, mas essa questão eu acho que eles deviam olhar a respeito, porque a pessoa com tuberculose tem que ter um lugar para ficar né! [...] tinha que ser encaminhado imediatamente, porque é difícil ficar na rua. Ainda mais com tuberculose ou outra doença, mais séria, né? Então, acho que eles tinham que olhar isso aí... Essa situação mais de perto, né, fazer isso aí para as pessoas que estão em tratamento da tuberculose. Eu acho que essa questão aí tem que ser levada a sério. Para as pessoas, né, que faz parte desse programa é [...] de habitação e de abrigo, a assistência social. [...] Porque é difícil, você tá com tuberculose e ter que ficar em situação de rua! Ainda mais o cara que tem uma dependência química e álcool, né? Então, acho que essa questão aí que faz a diferença. Na época eu não tive esse encaminhamento, para uma república igual que eu estou hoje. Então, eu acho que a pessoa que está em situação de rua e deu o diagnóstico de tuberculose, eu acho que tinha que ser encaminhado para um lugar desse, igual ao que eu tô, porque você em tratamento tuberculose todo dia e às sete da manhã, cê ir para as ruas, é difícil. E11

Os serviços de acolhimento institucional no município de Belo Horizonte são compostos por 03 equipamentos na modalidade casa de passagem (Albergue Tia Branca I e II, Abrigo São Paulo), 02 na modalidade de acolhimento institucional de famílias (Abrigo Pompéia e Abrigo Granja de Freitas), 07 na modalidade acolhimento institucional de adultos (Abrigo Maria Maria, Abrigo Reviver, Abrigo Fábio Alves dos Santos, Abrigo Anita Gomes I e II, Unidade de Acolhimento Institucional para Mulheres, Unidade de Gestantes e Puérperas) e 01 unidade de pós altas (BELO HORIZONTE, 2022). O tempo de permanência no serviço deve considerar o estudo caso a caso, mas tendo por referência o tempo de 03 meses no caso das casas de

passagem e até 18 meses no caso dos abrigos institucionais (BELO HORIZONTE, 2017).

Esses equipamentos visam a oferta de proteção integral a famílias e indivíduos adultos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados. Todos contam profissionais preparados para receber os usuários com um serviço de triagem pré-acolhimento, sendo as formas de acesso mediante a disponibilidade de vagas por demanda espontânea, por meio de encaminhamento da rede de proteção social, pela equipe do SEAS ou pela Central de Vagas da Subsecretaria de Assistência Social (SUASS) (BELO HORIZONTE, 2022). Dentre os serviços citados (BELO HORIZONTE, 2017, 2022), destacaremos alguns:

- a. Albergue Tia Branca: deve funcionar com limite máximo de 100 usuários e quatro usuários por quarto, oferece um acolhimento noturno para homens em situação de rua e migrantes, que são acolhidos para pernoite e recebem toalhas, kit de higiene, cobertores, jantar e café da manhã. Todos os ocupantes devem deixar o albergue às 7h do dia seguinte;
- b. Abrigo São Paulo: deve funcionar com limite máximo de 50 usuários e quatro usuários por quarto oferece abrigo noturno e diurno, bem como insumos para higiene, cama e banho, além da alimentação. Conta com profissional preparado para acolhimento 24h por dia e na recepção do usuário deve-se vislumbrar o estudo de um diagnóstico situacional do usuário, a fim de se realizar os encaminhamentos necessários na rede intersetorial;
- c. Abrigo Pompéia / Abrigo Anita Gomes I e II: oferece abrigo temporário, proporcionando a oportunidade de reorganização e planejamento de suas vidas, com o objetivo de alcançar a saída permanente das ruas. O usuário ou núcleo familiar deve receber atendimento personalizado e cuidadoso por profissional de nível superior no contato com o serviço, de maneira a esclarecer possíveis dúvidas, além de apresentar as instalações e normas de convivência do equipamento. Além disso, deve-se realizar a identificação das necessidades imediatas do núcleo familiar, com elaboração de plano de atendimento individual, com incentivo à autonomia e protagonismo do usuário, participação em atividades socioeducativas, culturais e laborais, realizando os encaminhamentos para rede intersetorial, quando necessário.
- d. Unidade pós-alta: oferta acolhimento para pessoas em situação de rua que recebam alta hospitalar, porém ainda demandam cuidados específicos. A solicitação de vagas é encaminhada pelo serviço hospitalar via Central de Vagas da SUASS e a equipe da unidade pós alta articula visita ao usuário ainda em condição de internação para avaliar condição de autocuidado prejudicada e possível inserção do usuário no serviço.

Observa-se a inadequação de alguns equipamentos para a garantia de local de repouso adequado, bem como garantia de permanência durante o dia e necessidade de contar com encaminhamentos da rede assistencial e disponibilidade de vagas para a acolhida. Além disso, não oferecem privacidade na recuperação do usuário acometido pelo TB.

É notório que a estabilidade proporcionada pela moradia, pode auxiliar as pessoas no enfrentamento de problemas e desafios. Além disso, a reabilitação de edifícios vazios pode beneficiar o acesso a moradia de qualidade, revitalizar áreas urbanas em situação de abandono e ser uma alternativa mais econômica e sustentável à construção de novos edifícios (CARVALHO, 2021).

A metodologia *Housing First*, é um programa americano que surgiu na década de 1990 e que prioriza o acesso à moradia individualizada, independente e permanente, como a primeira etapa de intervenção, para reabilitação social de pessoas em situação de rua, sem exigir o cumprimento de pré-requisitos como tratamento para dependência química ou saúde mental, para receberem a habitação (CARVALHO, 2021).

De maneira similar, um programa de habitação temporária em um abrigo de Bishkek, no Quirguistão, financiado pelo projeto Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)/Fundo Global e encabeçado pela *TB People Public Foundation*, auxilia pessoas em situação de vulnerabilidade acometidas pela TB a concluírem o tratamento e se reabilitarem em um ambiente seguro e adequado. O abrigo oferece assistência médica, alimentação balanceada, atividades de lazer e apoio psicológico aos habitantes, que também se beneficiam com a prática da troca de experiências e o apoio à autonomia. Além de garantir mais privacidade ao usuário, o programa ajuda a combater o estigma associado à TB e a promover a conscientização acerca da doença. Como resultado, o programa tem sido eficaz em aumentar as taxas de cura da TB e para melhorar a qualidade de vida dos residentes (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2021).

No Brasil, enquanto serviço residencial temporário, instituído pela Portaria nº 121/2012 do MS, existem as Unidades de Acolhimento Transitório (UAT) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2012b). O serviço oferece acolhimento provisório a pessoas em situação de dependência de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. A unidade de acolhimento para adultos deve contar com uma equipe qualificada, sendo no mínimo 01 profissional da área da saúde no período de 12h ao dia, com experiência ou capacitação na área de álcool e outras drogas, 04 profissionais de níveis médio em período integral diário, propiciando um ambiente seguro que auxilie a estabilização do quadro de saúde (BRASIL, 2012b).

Os usuários são acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) de cada usuário, que deve contemplar as necessidades individuais de cada usuário (BRASIL, 2012b).

Neste ínterim, as UAT podem desempenhar um papel importante no tratamento da TB, tendo em vista a oferta de ambiente seguro para a recuperação, acesso a profissional de saúde qualificado que coordene os cuidados de saúde de maneira conjunta a rede intersetorial, ofereça educação em saúde, considerando os desafios emocionais e sociais enfrentados por essas pessoas, bem como oferecendo suporte psicológico e emocional por meio de aconselhamento individual ou em grupo, atividades recreativas e programas educacionais sobre a doença, além de poderem auxiliar no TDO.

É imprescindível ressaltar que as UAT's, ainda que escassas, representam uma alternativa à abordagem de confinamento e abstinência trabalhada nas Comunidades terapêuticas (CT) cada vez mais crescentes, muitas vezes fundamentadas somente em interesses econômico empresarial, através do cunho lucrativo propiciado por longas internações ou reforço da abstinência empregada meramente por caráter religioso.

Além disso, reafirma a persistente lacuna assistencial no que tange aos serviços públicos destinados aos usuários de substâncias psicoativas, decorrente da falta de investimento e de políticas públicas efetivas nesse setor (ALMEIDA; CUNHA, 2021). Todavia, essas comunidades podem ser utilizadas para suprir as persistentes lacunas existentes na assistência à saúde mental. Podem oferecer um ambiente estruturado e acolhedor para indivíduos que enfrentam desafios psicológicos, preenchendo uma carência na abordagem convencional de cuidados de saúde mental, seja através de terapias especializadas, atividades terapêuticas ou suporte multidisciplinar.

O município de Belo Horizonte, desde 2015, conta com uma unidade adulto, a Casa da Travessia. Localizada no Barreiro, estrategicamente próximo ao Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CERSAM-AD) da região, do qual absorve a demanda. Tem capacidade para abrigar até 12 pessoas e conta com uma equipe multiprofissional. Foi viabilizada por meio de um convênio entre a Prefeitura, o Governo Federal e a instituição Cáritas Brasileira, com um investimento total de R\$ 69 mil na adaptação do espaço na ocasião (BELO HORIZONTE, 2015).

Também como local de suporte ao tratamento da TB, a fala dos participantes indicam as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA's) como dispositivos para atendimento médico de emergência, para os casos agudos ou de exacerbação dos sintomas durante o tratamento,

incluindo realização de exames diagnóstico, tratamento medicamentoso e acompanhamento clínico.

Em complementação, as UPA's funcionam como um recurso essencial na interlocução do cuidado com outros dispositivos da rede, sendo fundamental para o diagnóstico precoce quando a APS não captou o usuário, prevenindo dessa maneira complicações da doença e interrompendo a cadeia de transmissão. Também foi possível identificar o elo entre as UPA's e os hospitais de retaguarda, que constituem importante recurso no tratamento da TB em PSR, por oferecer um ambiente seguro e que possibilita o tratamento supervisionado.

[...] Eles queriam mandar eu para uma outra unidade, mas como eu tinha bebido, me atrapalhou no bom sentido. O que aconteceu: eu tinha bebido, aí eu fui pra lá sentindo dor, aí foi fim de semana. Aí eu fui pra UPA né? Quando eu cheguei lá, eles queriam mandar eu pra outra unidade, mas tinha que fazer o escarro, mas eu não conseguia, eles pediam, pediam pra escarrar, colocavam aquele negócio [a nebulização] em mim, mas só saia a saliva, não saia o catarro. Aí aqui eu consegui, mas deu negativo, mas mesmo assim eu tenho que cumprir os remédios. E1

A única recaídinha que eu teve foi que eu bebi. Aí eu falei pra médica, que não adianta esconder né? Aí foi pouquinho também né? Foi de um dia pro outro. Mas eu senti...senti dor no rim... aí quando eu cheguei lá na, na UPA, precisaram usar alguma coisa, aí eu falei: eu bebi, na realidade, mas, não pode. E1

Analisando as falas dos participantes, quando interrogados com relação ao uso de álcool durante o seu tratamento, e se houve alguma abordagem para o caso de uso, observou-se que o Centro de Toxicomania, também conhecido como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), emergiu diversas vezes como equipamento fundamental para subsidiar o tratamento e acompanhamento daqueles que enfrentavam problemas relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Nestes serviços são realizadas diversas atividades, como terapias individuais e grupais, atendimento médico, psicológico e social e atividades culturais e de lazer, objetivando promover a recuperação e a reintegração social dos usuários, além da prevenção de recaídas e outras complicações (TREVISAN; CASTRO, 2019).

Fui encaminhado para o [Centro de Toxicomania] [...]. Que foi a parte de toxicomania e bebida alcoólica e tudo. Fiz meu tratamento durante três anos, enquanto tô aqui no abrigo [nome do abrigo]. A minha esposa também faz. Então, nós estamos fazendo, como agora tem também o tratamento daqui do posto [nome do posto]. Eles pegam e fazem o exame pra ver se a Tuberculose foi liberada e tal. E5

Cheguei a frequentar o [Centro de Toxicomania] ali fiquei acho que dois meses tomando os remédios também. E8

Eu tratei, o álcool, para tudo! [...] eu estava tomando os remédios, tudo direitinho. Foi aqui [no CSCC] também [o tratamento para o álcool]. E10

Sim! Como época eu estava ficando na região central, no albergue, aí eu ia todos os dias para o [Centro de Toxicomania]. Aí, eu me ajudava, ficando o dia todo lá. Ah, [o tratamento] é a base, é medicação... Oficinas de Terapia Ocupacional, essas coisas! Me ajudou bastante! O tratamento para o álcool ajudou a ficar longe das ruas, porque eu ficava andando para um lado para o outro! E todo lugar que eu andava tinha cachaça e tinha gente que eu conhecia, eu podia estar sem dinheiro que cachaça eu conseguia. Pô! Eu bebia o dia inteiro se eu quisesse. Sem dinheiro, e usava drogas! Aí eu resolvi ir para lá todos os dias, eu conversei com a minha técnica na época e ela me ajudou nessa questão, de ir para lá todos os dias. Aí à tarde eu ia para o albergue. E11

A princípio... Eu... Eu passei muito mal mesmo, né? Então foi isso, é... Se eu não tivesse ido pro [Centro Toxicomania]. Se a médica não tivesse me avaliado e viu que meu pulmão estava com algum problema, eu acho que eu tinha morrido, porque eu não procurava hospital, na época. Eu tava ficando mais era na rua mesmo, não ia para albergue, dormia na rua mesmo, né? Então, acho que foi o que me ajudou muito nessa questão, foi o [Centro Toxicomania], né? Que através de lá viu que eu estava... estava ruim, né? E me encaminhou para o hospital. Então, a princípio, primeiramente, quem me ajudou muito nessa questão da tuberculose que eu tive foi o [Centro de Toxicomania], né? A... A médica na época lá, e os médicos que cuidaram de mim lá e depois aqui né as... as profissionais daqui que me davam, me acompanhavam né, nessa questão, toda semana eu tinha que vir! E11

Apesar da relevância no tratamento da dependência química, notou-se que alguns usuários não foram encaminhados ao serviço, o que pode revelar desconhecimento da equipe de saúde ou resistência por parte dos usuários, por perceberem o serviço como local para portadores de sofrimento mental e temerem ficar ainda mais estigmatizados ou até mesmo “robotizados”. Assim sendo, é fundamental que os profissionais sejam capacitados para fazer a abordagem de forma assertiva e humanizada, livre de julgamentos, realizando o encaminhamento oportuno.

Não [não fui encaminhado para outro profissional especialista]. Quem tá me acompanhando é essa menina [a enfermeira] aqui ((mostra receita).) E ela colocou tudo aqui. E1

Não, não, não [não fui encaminhado para especialista em toxicomania]. E6

Óh! eles só me avisaram para ir ali, naquele ali em frente ao parque, mas eu nunca fui não. [...] E nem vou para falar com você a verdade. [...] Ah não, não! Não dá certo não. E9

Diante ao exposto, evidenciou-se que a intersetorialidade e o cuidado em rede são primordiais para a efetivação do cuidado na APS. A intersetorialidade possibilita a articulação entre diferentes setores da sociedade para articular ações integradas de cuidado, enquanto o cuidado em rede envolve diferentes profissionais e serviços de saúde, oportunizando uma abordagem mais ampla e integrada do cuidado, de maneira a garantir uma assistência mais qualificada e humanizada na APS (SOARES; MARTINS, 2017).

É primordial que o profissional envolvido na coordenação do cuidado da PSR esteja

atento e conheça os equipamentos disponíveis na rede assistencial, que busque estratégias que viabilizem a localização e monitoramento de cuidados com o usuário em trajetória de rua, seja através da realização minuciosa da anamnese no sistema de informações, com descrições claras de características físicas, serviços acessados pelo mesmo, possíveis pontos de fixação em horários variados, bem como articule junto à rede as medidas de cuidados singulares necessárias a esse usuário. Esse alinhamento pode ser feito através de discussão de casos semanal pela equipe, apoio multidisciplinar, reuniões entre serviços intersetoriais para ajustes periódicos, matriciamentos, trocas de experiências exitosas ou malsucedidas e até mesmo criação de listas de transmissão de e-mails para que toda a rede acompanhe o caso em tempo real, tendo em vista que o acesso ao sistema de informação ainda é limitado a muitos serviços.

5.5 Categoria 4 - A dualidade na escolha entre o tratamento da TB ou a manutenção do uso de substâncias psicoativas

Para Starfield (2002) a continuidade do cuidado refere-se ao modo como os serviços de saúde organizam-se para garantir ao usuário o atendimento integral e coordenado ao longo do tempo, independente do profissional ou local de atendimento. Esta está amalgamada em três dimensões, sendo elas:

- a. Continuidade da informação, que se refere ao compartilhamento e disponibilidade das informações a respeito dos usuários entre os profissionais e serviços que os atendem, de forma a garantir uma assistência contínua e promovam a tomada de decisões informadas acerca do tratamento;
- b. Continuidade do relacionamento, que diz respeito à manutenção de uma relação de confiança e vínculo entre o cliente e os profissionais de saúde ao longo do tempo, o que pode contribuir para o engajamento relativo às orientações recebidas, bem como aumentar a relação de confiança;
- c. Continuidade do cuidado, tocante à garantia dos pacientes em receber atendimento integrado e coordenado ao longo do tempo.

Na perspectiva da TB, a continuidade do cuidado é especialmente relevante, se considerarmos os desafios da dinâmica de vida nas ruas, que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento. É necessário lançar mão de estratégias, como a implementação de equipes multidisciplinares, a realização de visitas in loco, o uso de tecnologias de informação e comunicação, para o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde, além de encorajar os usuários e orientar com informações claras a

respeito da doença e seu tratamento, além do fortalecimento e engajamento da rede de serviços de saúde, para garantir o acesso e a continuidade do tratamento (BERALDO *et al.*, 2017)

Os resultados deste estudo evidenciaram que o diagnóstico da TB é permeado por incertezas, sofrimentos e necessidade de ressignificar a nova condição de saúde. A busca pelo atendimento é precedida dos sintomas, que trazem incômodo e desconforto.

Neste contexto, observou-se uma tendência por parte do usuário, de adiar a busca pelo serviço de saúde, recorrendo a ele apenas quando os sintomas da doença já estavam se manifestando. As declarações a seguir revelam uma perspectiva simplista do cuidado prestado pelo profissional de saúde, limitando-se à solicitação de exames e prescrição de medicamentos, sem considerar a subjetividade do paciente. Além disso, evidenciam o início de um longo processo de exames e consultas, sendo destacada em várias ocasiões a coleta de escarro como exemplo, que sinaliza a disponibilidade desse teste, porém também aponta maiores dificuldades na realização de radiografias.:

O meu diagnóstico foi aqui [no CSCC], aí eu fiz o exame, aí constou positivo. Aí lá na UPA tirou RX do pulmão e deu negativo. Mas antes eu já tinha feito o exame aqui e já tava tomando os remédios, né? E depois eu fiz o de sangue, deu tudo negativo. HIV, tudo negativo. Ela [a médica] pediu [exame de escarro] pro dia 30 agora, de maio. Aí eu venho, pego mais remédio e faço o exame. E1

Então, eu cheguei aqui e eles me mandaram fazer o exame. Chegando lá eu já fiz meu exame no [hospital], aí por lá mesmo eu fiquei internado. Porque aqui [no CSCC] não tinha o aparelho para tirar o raio-x. então porque lá [no hospital] é especializado. Então, eu já tava com sintomas e me mandaram direto pra lá. E2

[...]nesse período eu tava bebendo, não tava alimentando e tava com fraqueza absoluta. Aí eu tive aqui no [CSCC], aí me orientaram a fazer o exame de escarro e constou que eu tava com tuberculose. Aí eu comecei a fazer o tratamento. E4

Aí eu resolvi vir no centro de saúde. Fiz o exame de escarro. Aí no exame de escarro constatou. Constatou que era tuberculose mesmo aí eu dei o início no tratamento. Fiz vários exames, fiz raio X do tórax, fiz exame de sangue e fiz todos os exames exigidos [...]. E8

Pediu vários exames, de escarro e do sangue. Foi isso, o do escarro e o do sangue. E9

Aí eu descobri que eu estava com tuberculose! Descobriu porque eu fiz o tratamento de tosse [...] Da tosse, [o exame] do escarro. Deu positivo. E10

Ela [a médica] resolveu me encaminhar para o hospital e lá foi tirado, viu que eu estava com água no pulmão, né? E fez a cirurgia para pôr o dreno, para drenar a água e tirou um, eu acho que tirou um pedaço, né para mandar para o laboratório e viu que eu estava com tuberculose na pleura, né? E foi assim que eu fiquei internado lá, até retirar, fiquei uns dez dias internado lá, até retirar o dreno. E foi isso! E11

O tratamento medicamentoso desempenha um papel fundamental na assistência à saúde, sendo crucial para garantir a continuidade do cuidado. Para isso, é necessário ter atenção,

cuidado e sensibilidade, levando em consideração as características peculiaridades desse grupo populacional.

Para garantir o sucesso do tratamento da TB, é essencial estabelecer estratégias que promovam o uso contínuo da medicação e levem em consideração as singularidades da PSR. Um estudo conduzido por Hino *et al.* (2018) destaca a importância dessas estratégias. O estudo revela que, a despeito dos esforços realizados durante o horário de trabalho, a enfermeira não conseguia localizar o usuário em tratamento de TB. Como medida auxiliar, ela levava os medicamentos consigo, e caso encontrasse o usuário no retorno para casa, antes de embarcar no metrô, oferecia a dose supervisionada a ele.

A seguir, a fala do participante revelou a importância dada ao exame físico e ao toque, para construção do vínculo, quando cita que a pressão era aferida, bem como seu peso verificado nas consultas:

A enfermeira pesa e a médica pesa lá de novo, mede a pressão [...]. Acabei de tomar [o remédio] agora. [...] eu acho que não existe outros remédios para ser mais rápido. Então, eu tenho que manter esses seis meses. Tem que cumprir. [...] [Toma o remédio] depois do café, eu tenho medo, porque assim, a gente vai dormir, lembra em jejum, tomar esses remédios, ele é forte né? No início ele é forte, agora já tá mais fraco né? [...]As coisa vão melhorando... eu cheguei aqui pesando 60,5kg e agora eu peso 68kg. Aí, dia oito deste mês de abril, eu vim pegar meus remédios. [...] Aí eu fiz um exame de escarro, ela olhou lá, deu negativo. E1

O papel dos profissionais de saúde revelou-se fundamental para o sucesso do tratamento. A fala dos participantes apontou que eles desempenham funções que vão além de avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças, mostrando-se imprescindível como apoiadores de desafios emocionais e psicológicos que possam estar enfrentando.

O atendimento humanizado, com uma abordagem que valoriza a individualidade, a dignidade e a empatia ao usuário mostrou-se eficaz para fortalecimento do vínculo, que foi visualizado com notória importância, para se estabelecer uma conexão emocional baseada na confiança, respeito e comunicação aberta, favorecendo a continuidade do cuidado.

A oferta de assistência personalizada, conforme a necessidade da pessoa, como exemplificado pela visita dos profissionais até o ponto de fixação, quando necessário e, chamar atenção quando não faziam o uso da medicação, foi apontado como marcador de interesse pelo usuário e forma de cuidado, que mais uma vez favoreceu o vínculo, a qualidade dos cuidados e a satisfação do usuário.

[...] seu apoio [apoio profissional], que eu vi que você [a enfermeira] estava dedicada a ajudar, mas não é que eu sou uma pessoa diferente das outras, entendeu? É o seu

trabalho e o que que acontece é eu fui me reabilitando [...] através do acompanhamento [...] Através do tratamento, da ajuda [da enfermeira], eu fui me recuperando. E4

Pra mim foi o tratamento dos próprios médicos e o interesse deles por mim, que faziam questão de sair lá do [CSCC] pra poder vir até mim, na minha barraca, foi tudo. Para me lembrar, trazer para mim o remédio, ou então, para me lembrar de ir lá fazer os exames, pra ver como é que tava ficando o tratamento e tudo. O diferencial foi o tratamento que os próprios médicos lá do [CSCC] me deram. [...] eu faço, eu faço terapia, até hoje pelo [Centro de Toxicomania]. E5

Mas foi fundamental pra mim achar os remédios, porque quando eu parava de tomar [os profissionais] realmente chamava minha atenção, porque eu também senti que fazia mal pra mim entendeu? Foram ótimos! Me ajudaram muito [os atendimentos com os profissionais]. E8

A criação do vínculo com o usuário é ferramenta fundamental para o estímulo de práticas de autocuidado e promoção da continuidade da assistência. Observa-se que profissionais de saúde que adotam práticas assistenciais mais humanizadas e acolhedoras, que prestam atendimento das necessidades em saúde, realizando uma boa anamnese e um exame físico qualificado, constroem relações mais respeitadas, o que influenciam positivamente na construção do cuidado (RÊGO; RADOVANOVIC, 2018; SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Além disso, as intervenções realizadas por meio de orientações a respeito das medicações e o tratamento, podem aumentar estatisticamente o conhecimento da população acerca da doença, como também, favorecer a adesão à terapia medicamentosa e revelar maior satisfação do usuário, com relação à assistência prestada (RÊGO; RADOVANOVIC, 2018).

Durante a coleta de dados, prevaleceu os relatos dos participantes acerca da importância do compromisso pessoal para com a realização do tratamento, principalmente ao reconhecerem a necessidade do tratamento longo da TB, apesar de muitas vezes evidenciarem a ausência de noção temporal. Ademais, a medicação foi reconhecida como fator primordial para o alcance da cura, pela maioria dos participantes do estudo, ainda que tenha sido relatada como forte, geradora de efeitos adversos e que o tamanho do comprimido dificultava a deglutição.

Lá [no hospital] eu fiquei seis meses tomando os remédios, aí me deram alta e mandaram os remédios pra cá [no CSCC], igual eu te entreguei que eu vinha pra cá todos os dias tomar ele. Éh! comecei a tomar cinco comprimidos e, passando por último fiquei tomando quatro comprimidos [...]. Porque já tava bem relevada a doença, já tava bem curada, né? Por eu tá lá seis meses tomando medicação todos os dias aí já tava sendo combatida [...]. Aí eu tive alta lá, mas tive que continuar a tomar um remédio. [...] então, eu tinha por obrigação vir todos os dias tomar o remédio. Só no final de semana que não abria e você me dava o remédio pra tomar no lugar que eu tivesse. E2

Toda semana que você havia combinado comigo que eu tinha que falar com você pegar o remédio da Tuberculose. Era um prazo de uma semana. Por exemplo, hoje é

quarta-feira, na próxima quarta-feira você vem de novo. [...] porque fez um exame de sangue, fez um bocado de exame e constou a tuberculose, no exame de escarro. Para ter o acesso à medicação que [a enfermeira] me passou [...]. Igual tô te falando, aí comecei o tratamento e comecei a me recuperar. E4

O tratamento foi seis meses e eu cumpri e graças a Deus estou livre da tuberculose. E5

É imprescindível ao usuário acometido pela TB, a superação de desafios diários para a busca por ajuda profissional, evitando a desistência precoce da continuidade do tratamento. Reforça-se a necessidade da criação de uma rede eficiente de informações acerca dos serviços e recursos disponíveis, minimizando a cronicidade imposta pela doença, considerando as adversidades trazidas pelo contexto de vida nas ruas. Observou-se com a análise das falas, que a abordagem profissional que considerou a peculiaridade do usuário ao oferecer um atendimento em horário flexível, contribuiu para adesão aos cuidados em saúde.

Diversas estratégias são utilizadas pelos profissionais para combater a discriminação no trato à PSR, incluindo vigilância nos serviços de saúde de forma a garantir a assistência aos usuários, debate sobre as políticas vigentes que preveem a garantia de assistência mesmo quando na ausência de documentação, atitudes sensíveis dos profissionais da rede e estabelecimento de vínculo de confiança. O cuidado empático, de maneira a mitigar o preconceito existente na sociedade, entre os profissionais e entre o próprio grupo em trajetória de rua, é fundamental para garantir a continuidade do tratamento de doenças com consequências graves quando interrompidas, a exemplo da TB (BRITO; SILVA, 2022). As falas dos usuários revelam, quando interrogados a respeito do tratamento da TB, a periodicidade que compareciam ao serviço bem como revelam a possibilidade de manutenção do vínculo durante os atendimentos.

Acho que toda semana, [...] tomava um comprimido. Comprimido vermelho. Seis meses [tomando a medicação]. [...] e eu melhorei. Eu fiquei bom. E6

Em respeito do tratamento que tive foi super dez, eu acho. Tomava remédio era primeiro eu comecei tomando dois daqueles dois mais forte né, aqueles dois maiores, depois pulou pra aqueles quatro. Vinha uma vez na semana. Toda vez na semana. Toda segunda-feira eu buscava meus remédios. Qualquer hora agendado mesmo, eu praticamente gostava de vim na parte da manhã. Meu tratamento durou seis meses. E8

Eu vinha toda semana, que eu pegava a medicação toda semana. No início eu até assustei com os comprimidos grandão, era até difícil de engolir os comprimidos. [...] eu pegava medicação para a semana, sete dias, né? Aí eu vinha toda semana. Um tempo assim. Acho que foi isso mesmo, seis meses, um ano. Não lembro muito bem, não, acho que foram seis meses. Eles me davam as medicações certinhas. Eu vinha nos dias combinado e tomava as medicações certinho! Tem nada a reclamar não! E11

Construir um bom relacionamento com o usuário é essencial para a continuidade do cuidado. Para tanto, faz-se necessário cumprimentá-lo pelo nome, ouvir atentamente suas preocupações, coletar dados relevantes e considerar fatores psicossociais (CERON, 2010). É fundamental que o profissional desenvolva uma compreensão compartilhada da situação vivenciada, permitindo a fala livre do usuário, de modo a evitar interrupções e utilizando técnicas não verbais que encorajem o relato (WENCESLAU *et al.*, 2020).

Além disso, é pertinente que o momento de interação entre usuário e profissional oportunize a exploração das experiências do adoecimento, bem como de comportamentos prejudiciais à saúde, como o uso do álcool. Por fim, o fornecimento de informações claras, que beneficiem o encorajamento e motivação, pode repercutir em mudanças de comportamento e fortalecimento do vínculo, sendo importantes estratégias para obter o sucesso do tratamento (WENCESLAU *et al.*, 2020).

Também foi relatado que alguns usuários apresentaram a persistência dos sintomas da doença no início do tratamento medicamentoso. No entanto, isso não os motivaram a abandonar o tratamento, e observou-se uma melhora progressiva ao longo do tempo. Vale ressaltar que a manutenção de um acompanhamento regular e que receber orientação profissional foram apontados como fatores que contribuíram para a continuidade do cuidado, conforme as declarações a seguir:

Quando eu comecei [o tratamento], eu comecei a sentir dor, febre, fraqueza, tontura. Aí eu passei os primeiro 15 dias, eles me deram os remédios mais forte, aí parou. E1

[...] igual eu te falei porque é uma doença que, no meu caso, eu tava dando assim que eu achei que eu ia até morrer, muito cansado, com fraqueza e entra também problema psicológico, a gente entra em depressão, a gente fica achando assim ‘ah eu vou durar só uma semana’, mesmo tomando medicação que a gente não sabe o resultado, porque eu não sou médico, o médico é que entende. E4

Não, o tratamento foi o remédio mesmo. Fora isso não tem outros fatores que eu vejo não. Foi o remédio mesmo. Foi o remédio que me fez eu melhorar. E6

Esse começo foi estranho, né? Que eu não imaginava que tinha isso aí, e aqueles remédios são fortes demais... Aqueles remédios [...] eu achei estranho na hora que eu fui urinar uma cor diferente e tal, mas melhorou bastante. Eu gostei. Se tratou bem... Gostei. A [médica] falou assim comigo: ‘é um tratamento de seis meses’. Só que eu tava dando umas faiada, né? Aí foi para 9 meses, ai melhorou! E9

O TDO foi reconhecido como uma estratégia eficaz para o sucesso do tratamento, destacando a importância do vínculo e da preocupação com a pessoa em tratamento. Neste sentido, a equipe se deslocava para locais públicos a fim de fornecer a dose supervisionada e reforçar a importância do tratamento, fortalecendo assim o compromisso com o cuidado.

[...] você me dava os remédios, eu já tinha os remédios que eu tomava de manhã cedo, os quatro remédios você me orientou, todo dia de manhã cedo de jejum, eu vinha cá e tomava uma dose com você. E4

[...] na época eu não morava no abrigo. Na época eu morava debaixo do viaduto. Então pessoal às vezes quando eu falhava de vim buscar o remédio eu ia atrás de mim entendeu? E8

Eu vinha no dia de quinta feira! Toda quinta. Toda quinta eu vinha pegar os remédios. Só era para tomar mesmo e pronto. Eram dois por dia eu acho... Um de manhã e um de noite. Eu acho, porque eu não lembro, não! Só sei que foi muito remédio. E9

Eu tratava direitinho [...]. Cumpri meus horários de tomar os remédios... Tomava direitinho, entendeu? Aí eu fui tratando... Eles foram e me deram os remédios, receitaram os remédios para mim, e eu fui tratando... Eu vinha no posto e [a enfermeira] pegava os remédios para mim tomar! [...]Eles agendavam para mim vir no dia. Tomava no dia a dia, né?. E10

[...] Tomava! Tomei [o remédio na frente do profissional]. Toda vez que eu vim eu tomei, acho que foi na frente [da enfermeira] [...]. A princípio todas as vezes que eu tive que vir pegar a medicação eu vinha certinho em todas as vezes! [...] E foi assim, mas eu fiz o tratamento todos os meses certinho! Não lembro, acho que foi de seis meses ou um ano, sei lá, não lembro mais, eu não lembro que minha cabeça está meio... Mas acho que foi seis meses. E11

O TDO é mundialmente percebido como uma abordagem que aumenta a adesão ao tratamento, fornecendo suporte e monitoramento direto por parte dos profissionais de saúde. A estratégia permite a identificação precoce de problemas e ações corretivas imediatas, garantindo a eficácia do tratamento. Além disso, o TDO proporciona o fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e usuário, promovendo a confiança e o engajamento (TÁVORA *et al.*, 2021).

Estudo realizado em Portugal, que objetivou conhecer a percepção dos enfermeiros relativas ao TDO, identificou a prática como garantia da tomada integral da medicação e adesão ao regime terapêutico. Observou-se a necessidade de melhoria da assistência com abordagem centrada no usuário e da formação dos profissionais relativos aos cuidados com a TB, bem como a necessidade de melhorar os sistemas de informação e reorganizar os serviços para facilitar a implementação TDO (COSTA, 2022).

Para fins operacionais, é importante identificar um profissional responsável pelo TDO, reconhecido tanto pela equipe de saúde quanto pelos usuários. O atendimento oferecido deve ser flexível, considerando a conveniência do usuário e evitando longos períodos de espera, bem como é essencial fornecer copo, água potável e um local confortável e privado (BRASIL, 2019a).

Ademais, a descentralização do TDO é fundamental para facilitar o acesso aos cuidados,

permitindo que os usuários recebam a medicação na unidade de saúde mais próxima de sua residência, domicílio ou local de trabalho, respeitando a autonomia do usuário e oferecendo um cuidado com postura acolhedora (BRASIL, 2019a).

Pesquisa realizada em João Pessoa, Paraíba, investigou acerca da transferência da política estadual do TDO da TB, para o âmbito municipal. A transferência ocorreu de forma voluntária e negociada entre as gestões de saúde estadual e municipal (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Os principais resultados do estudo mostraram que a descentralização das ações do TDO para a Atenção Primária contribuiu para a redução de interrupção do tratamento; o aumento das taxas de cura e encerramento dos casos; o fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários e a melhoria na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, que foram fatores importantes para o controle da TB. Esses resultados forneceram *insights* aos gestores e profissionais de saúde a respeito das estratégias eficazes para enfrentar a doença (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Também no Brasil, pesquisa realizada em Belo Horizonte, evidenciou que o TDO foi eficaz em reduzir o risco de abandono do tratamento de TB, quando associado a outras medidas de suporte social (NAVARRO *et al.*, 2021).

No entanto, existem também limitações associadas à prática, a exemplo do relato acerca da invasão de privacidade e a perda de autonomia decorrentes do monitoramento constante do profissional de saúde durante a administração dos medicamentos, relação verticalizada que não permite a participação do usuário no processo de cuidado, evidenciando a prática como imposição e reforço do modelo biomédico (BERALDO *et al.*, 2017), aumento do absenteísmo ao trabalho, que muitas vezes culmina em dispensa por parte do empregador e aumentos dos gastos relativos ao tratamento (transporte, alimentação) (TÁVORA *et al.*, 2021). É necessário, portanto, o fornecimento de informações claras, que instrumentalizem o usuário, como peça fundamental para o sucesso do tratamento, permitindo o esclarecimento de dúvidas e pactuações que permitam a continuidade do cuidado (TÁVORA *et al.*, 2021).

Um estudo qualitativo realizado na Etiópia, teve por objetivo avaliar a implementação do TDO em usuários com TB. A pesquisa abordou as dificuldades relativas ao cumprimento da dose diária supervisionada, que incluía as seguintes questões: o quadro de saúde do usuário, que limitava sua capacidade física e exigia repouso; a distância entre o serviço de saúde e o usuário, que não recebia incentivos que custeassem o transporte até o serviço de saúde. Além disso, muitos usuários enfrentavam dificuldades devido à necessidade de faltar ao trabalho, resultando em perda de renda para comparecer ao serviço de saúde (FISEHA; DEMISSIE, 2015).

Todavia, a maioria dos participantes revelou o desejo de cura e relatou que as

informações recebidas pelos profissionais motivaram a continuidade do tratamento, bem como oportunizou a obtenção de informações acerca da doença, os efeitos adversos da medicação e orientações alimentares. Já os profissionais, relataram que o serviço não contava com um profissional permanente, designado para o acompanhamento longitudinal, sendo que o TDO era realizado somente na fase intensiva do tratamento, bem como não recebiam treinamento para o manejo da TB, o que comprometia o vínculo e a qualidade da assistência prestada (FISEHA; DEMISSIE, 2015).

Como um obstáculo à manutenção do tratamento da TB e ao cuidado em saúde, as falas do presente estudo revelaram que a maioria dos participantes enfatizaram que a experiência de vida nas ruas contribuiu fortemente para o consumo de álcool e outras drogas. Além disso, reforçou a TB como uma doença fortemente impactada por determinantes sociais, a exemplo da falta de moradia, condições precárias de sono, repouso e alimentação, abuso de álcool e outras drogas, luta pela sobrevivência e dificuldade em autocuidado (HINO *et al.*, 2021).

Apenas um usuário mencionou que o fato de estar vivendo nas ruas não afetou seu tratamento, embora tenha enfatizado as dificuldades enfrentadas e os efeitos adversos dos medicamentos.

[estar na rua] dificultou bastante [o tratamento]. Demais da conta! E8

Não, não! [estar na rua não trouxe dificuldade para se tratar] tinha [lugar para guardar os remédios]. Essa onda aí eu aguentei. [...] Foi bacana, foi legal, esse tratamento foi bom. Até que não atrapalhou em nada não [estar na rua]. [...] O remédio era forte, por isso dava tontura, estômago vazio, mas fora isso aí não deu nada, problema nenhum não. E9

O álcool foi elencado gatilho para uso das demais drogas e reforçou a vivência nas ruas, como precursora de stress físico, emocional e abusos mentais, corroborando com o uso abusivo de substâncias.

Bastante [dificuldade em lidar com o vício]. Porque aí eu não ia querer saber de nada. Ia só encher a cara [embriagar] no álcool, não ia caçar um posto [de saúde] igual eu cacei aqui. Aí ia ficar, eu poderia ter até morrido, não podia nem estar aqui conversando com vocês. Tudo comigo acontece através do álcool. Porque se eu usar o álcool, me dá vontade de usar o crack. Agora se eu fumar maconha, eu não uso nada, porque ela já me acalma. Aí eu não tenho vontade de beber, não tenho vontade de usar crack [...]. Trabalhar, já trabalho com mais disposição [...]. E2

[...] na rua não tem como você ficar sem droga nenhuma, não tem como você ficar sem beber, sem fumar, por causa do stress emocional, do stress físico, o abuso mental que a gente tem na rua, como morador de rua [...]. Gerou um impacto. Assim, como você tá fazendo o tratamento todo, e você tá vivendo na rua, então você sente vontade e tudo. Aí muitos amigos chegam: - 'toma, toma' [a bebida]. Aí cê tem que falar: - 'não, que eu não posso não. Tô tomando remédio'. Aí eles: - 'ah, que nada, toma'. Aí

eu: - 'não. Eu quero me curar, eu quero. Vou parar'. Aí eu fiquei 6 meses sem beber.
E5

Os fatores que levam à vida nas ruas incluem rupturas, conflitos, fragilização dos laços afetivos e familiares, dependência química, questões socioeconômicas e de saúde. É observado que a dinâmica das ruas se baseia no imediatismo e na resposta a demandas emergentes. Durante a pandemia de COVID-19, foi relatado que obter internação para tratamento da TB se tornou um obstáculo, mesmo em casos de saúde frágil. Isso ressalta a importância da determinação para manter a continuidade do tratamento. A necessidade de enfrentar uma realidade difícil e o fácil acesso a álcool e outras drogas revelam a influência da vida nas ruas, que é marcada pelas dificuldades enfrentadas no combate ao vício.

[...] em situação de rua tudo é difícil, principalmente problema de saúde, porque igual no meu caso, eu acreditava até que eu ia ser internado quando começou o tratamento, mas como começou o trem da covid e tal eu tava com problema de tuberculose e podia até [piorar] por causa da covid. Mas por estar em situação de rua eu acredito que eu fui até forte. Porque em situação de rua muitos abandonam, não chegam nem nos primeiros dois meses. A verdade é essa e você sabe disso, entendeu? Mas eu fui, segurei o toco, firmei o toco, e segui assim pelo menos, Graças a Deus! E4

No contexto das pessoas em trajetória de rua, há desafios constantes para suprir necessidades básicas, como moradia, alimentação e cuidados médicos (GRAMAJO *et al.*, 2023). Adicionalmente, é comum o relato de discriminação e violência sofridas por esses indivíduos.

Nesse sentido, a presença de uma rede de serviços desempenha um papel crucial, ao fornecer suporte imediato para as demandas emergentes da PSR (GRAMAJO *et al.*, 2023), que também acabam por contribuir para a melhoria dos cuidados em saúde e reforça a urgência de repensar estratégias que viabilizem o tratamento da TB.

Em um estudo realizado em Belo Horizonte, Brasil, com usuários acometidos pela TB e acompanhados pela APS, foi investigado o impacto do instrumento chamado “Estratificação por Grau de Risco Clínico e de Abandono do Tratamento da Tuberculose” (ERTB) (NAVARRO *et al.*, 2021).

Os resultados desse estudo demonstraram que o uso do ERTB reduziu significativamente o risco de abandono do tratamento, proporcionando uma chance quinze vezes menor de abandono, independentemente do número de fatores de risco identificados (NAVARRO *et al.*, 2021).

O ERTB é composto por duas partes, divididas de acordo com o grau de risco clínico (que considera as diferentes formas da doença, comorbidades e intercorrências clínicas) e o

grau de risco de abandono (que engloba características que aumentam a probabilidade de abandono, como estar em situação de rua). O instrumento é de fácil e rápida aplicação, podendo ser adaptado a diferentes realidades, levando em consideração as capacidades da rede de saúde local e os recursos disponíveis, além de direcionar o usuário para o nível adequado de assistência (NAVARRO *et al.*, 2021).

Ao realizar a estratificação, é importante considerar os diferentes aspectos relacionados ao grau de risco clínico e de abandono. No caso específico da PSR e com problemas de abuso de álcool, é identificado um alto risco para abandono do tratamento, sendo primordial envolver a equipe de assistência social e os serviços de saúde mental, para fortalecer a continuidade e efetividade do tratamento (NAVARRO *et al.*, 2021).

Ainda relativo às dificuldades impostas pela vida nas ruas, o conteúdo das falas a seguir, evidenciaram a dificuldade de armazenar a medicação, decorrente da restrição de horários estabelecidos para o acesso aos abrigos institucionais. Isso reforça a necessidade da abordagem multidisciplinar e de se repensar formas singulares para o cuidado da pessoa em situação de rua acometida pela TB na rede de serviços.

Sim [estar na rua dificultou]. [...] Aí eu tenho que guardar [os remédios] no centro POP [Centro de Referência da População de Rua], que é um lugar que tem lá do lado do [albergue], porque igual, se você guardar no abrigo, hoje mesmo, só abre 20:30h, mas eu tenho que tomar hoje cedo. Ai eu já deixo no POP, porque por exemplo, a tarde eu entro para pegar minhas coisas, aí eu já pego os remédios, igual tá aqui comigo. E1

[...] na época, como depois de um tempo, você não transmite mais, tomando as medicação, aí eu tinha que ficar na rua, né? Então, [...] à época eu não tinha esse trem de república, não tinha o abrigo. Então, pra mim era muito difícil tá com tuberculose e ficar na rua o dia inteiro e com um monte de coisas para te oferecerem: álcool e drogas, né? E11

Os resultados revelaram ainda, a importância dada ao auxílio profissional e o autocuidado, por meio da realização de exames preventivos e medidas curativas, necessários para a continuidade do cuidado. Alguns participantes apontaram os medicamentos como fator imprescindível para o sucesso do tratamento. Todavia, apontaram o período de tratamento como sendo longo, além dos efeitos adversos das medicações.

As falas a seguir expressam as respostas fornecidas quando interrogados sobre possíveis sugestões para a melhoria do tratamento da TB e para implementar novas abordagens de cuidado, caso fosse acometido por uma recidiva da doença:

Mas não tem [nada para melhorar]. Eles não explicam, tipo assim, uma forma de melhorar o que? Não tem outro tratamento, os remédios que eles já me dão, não tem

outro. E1

Não, nada. Só que doeu eu ter pegado né, mas a partir do momento que eu passei a medicação, a me tratar, aí que eu fui melhorando. E2

O conselho que eu posso dar é procurar tratar. Cuidar da saúde, procurar o hospital [...]. Tem que olhar o que tem, entendeu? Fazer um check-up, fazer do jeito que eu fiz, entendeu? Fazer um check-up do corpo todinho, para ir procurar o que que ele tem no corpo, entendeu? Eu acho que a pessoa tem que fazer isso do jeito que eu fiz, entendeu? Procurar um hospital, posto de saúde, urgente! O mais rápido possível que a pessoa não sabe, pode estar tossindo, e não sabe o que que tem. Mas procurar um posto de saúde o mais urgente o possível, mais rápido! Para poder saber o que que tem, porque isso mata! E10

Os resultados revelaram também a ambivalência entre a manutenção do tratamento da TB ou do consumo de álcool e outras drogas, corroborando com os achados de outros estudos nacionais (JUSTO *et al.*, 2018; RODRIGUES; TAUIL, 2019) e internacionais (MOTTA-OCHOA *et al.*, 2023; TUN; HONG, 2020), evidenciando os motivos que levam ao uso de álcool, bem como o aumento da incidência de TB nos usuários de álcool e outras drogas, o que ressalta a importância de implementação de estratégias que minimizem esses danos.

No Brasil, estudo transversal realizado em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, revelou associação significativa entre a TB e o consumo de álcool, além de evidenciar maiores índices de abandono de tratamento (JUSTO *et al.*, 2018).

Estudo Canadense realizado em Montreal, buscou explorar a associação do uso de álcool com a vivência nas ruas, revelou diversos motivos, sendo o mais comum: enfrentar a difícil condição do contexto da rua, seja pela exposição a intempéries, poluição sonora ou fator de proteção, para manter-se alertas, quando misturavam álcool a outras substâncias estimulantes, a fim de evitar os perigos ao que as pessoas eram expostas. Outros disseram que faziam uso, para lidar com memórias dolorosas do passado e fugir da realidade vivida, marcada pela pobreza e estigma social. Por fim, foi relatado como uso recreativo, busca por diversão, como substância de socialização e para fortalecer relações de apoio mútuo (MOTTA-OCHOA *et al.*, 2023).

As falas dos participantes evidenciaram o compromisso com o tratamento como uma ferramenta para mudar padrões negativos de pensamento e criar resiliência emocional, o que contribuiu para a continuidade do cuidado. Quando questionados sobre o uso do álcool e suas implicações para a saúde, seja para a evolução da doença, para a adesão ao tratamento ou por seu efeito social, a maioria revelou ter ficado abstinente ou ter reduzido o consumo. Isso demonstrou o reconhecimento de como o consumo de álcool pode debilitar o organismo, interferir na eficácia da medicação ou causar efeitos adversos, principalmente se utilizado de

forma concomitante aos medicamentos. Reconheceram a dificuldade do processo de manutenção da abstinência, que também é revelada como vital para a cura da doença.

Além disso, o álcool também foi identificado como um elemento que contribui para a socialização. Alguns participantes relataram evitar o uso do álcool por medo de complicações e até mesmo da morte. A minoria dos participantes admitiu ter feito uso de álcool durante o tratamento ou ter sofrido recaídas. Um participante mencionou que, quando consumia álcool, não fazia uso do medicamento.

Eu fiz [uso do álcool] só um pouquinho, depois que comecei o tratamento. Eu só usei uma vez. [...] Eu senti a recaída, porque começou a doer os órgãos, rim, uma dor assim embaixo do lado esquerdo do peito. Eu creio que foi isso, porque depois que eu parei [de usar álcool durante o tratamento] eu não senti mais. Então, não combina [álcool e medicação para tuberculose]. E1

Porque tá todo mundo ali bebendo, tá todo mundo tirando gosto. Então, eu tô ali no meio também, aí também vou. Mas aí depois que a gente começa a beber, ainda não tem o controle, não tem um controle, o álcool já dominou tudo [...] uma coisa boa já se tornou a ser ruim. E2

Aí foi por isso [pelo uso do álcool] que o vírus também pode ter me pegado. E o meu intestino fraco também por causa da bebida, por causa das drogas, então, acho que isso aí veio a influência mesmo. Nessa ocasião [de internação hospitalar e depois tratamento no CSCC] eu não tava não [usando álcool]. Tava fazendo o uso da maconha. E2

Eu fazia [uso do álcool durante o tratamento]. [...] Olha, afetar não afetou não, porque no dia que eu ia beber, eu não tomava o remédio não para não misturar, mas eu acho que não deu problema nenhum para mim não. E9

O consumo excessivo de álcool influencia sobremaneira tanto a incidência quanto o desfecho da TB. Favorece a imunossupressão e está associado à modificação da maneira que os medicamentos utilizados no tratamento são processados no organismo (SILVA *et al.*, 2018). Além disso, o uso abusivo de álcool está relacionado à marginalização social, taxas mais elevadas de reinfecção da doença, maiores índices de abandono do tratamento, deficiência nutricional e ao surgimento de cepas multirresistentes aos fármacos (SILVA *et al.*, 2018). Tais fatos, são evidenciados nas falas a seguir:

Não, nada [não fazia o uso do álcool durante o tratamento]. [...] Foi com certeza porque 6 meses eu tava internado e os outros 3 meses que eu não podia beber, porque eu sabia que ia cortar o efeito do remédio. Eu sei a gravidade do que é que eu passei, a saber qual que era a gravidade da tuberculose, que se não tratasse direito podia vir aparecer, igual já apareceu amigos meu aí na rua, aí por isso eu segurei a onda. E2

Não [não teve recaída durante o tratamento]. [...] Porque [a enfermeira] me falou: [E4], tem tratamento, mas depende de você [...]. E eu parei com o álcool só me alimentando, tomando os suplementos que [a enfermeira] me passava, é fosfato de ferro, porque eu tava todo debilitado e pus [colocou] o pé no freio, com relação ao

álcool. [...] sabe, com força de vontade mesmo e também medo da consequência da tuberculose é, provavelmente, é a morte, né? E4

A seguir, as declarações destacam a necessidade de utilizar instrumentos que auxiliem na manutenção do tratamento e na redução do consumo de álcool e outras substâncias, em conjunto com o manejo da TB.

Então, hoje em dia eu tô tentando ver se eu consigo tirar agora, um pouquinho do vício do cigarro. Como eu parei com o tratamento, aí o cigarro piorou, aí eu tenho bronquite crônica, por causa do fumo do cigarro. Fumaça de cigarro né. Aí hoje em dia eu tô tentando diminuir o máximo possível. [...] Agora meus clientes que moram aqui no abrigo não gostaram muito não [...] Mas aí eu falo: ‘eu tenho que parar, tenho que cuidar da minha saúde, se eu vender como é que eu continuar fazendo meu tratamento?’. E5

Parei porque estava tomando remédio e aí os dois juntos não dava jeito não, uai. Bebia uma vez ou outra. E6

Numa parte do tratamento sim, uma parte do tratamento eu cheguei a fazer o uso de álcool, cheguei a fazer uso de droga também, mas depois eu vi que tava tendo reações bastante [...] [o uso do álcool durante o tratamento] me ajudou a piorar, né! Porque eu tinha os efeitos, o catarro parecia que dobrava, a dor parecia que dobrava. E8

Eu não bebia e nem fumava! [...] Foi doído porque, é o seguinte: eu não aguentava ficar sem o álcool e nem sem o cigarro! Mas eu tava tratando direitinho! Melhorou porque eu tinha que parar de beber eu fiquei quase um ano sem beber. Quanto eu tava tratando não tive recaída nenhuma! Tratei certinho! E10

Por causa das medicações que eu tava tomando [álcool] eu recebi orientação. E eu mesmo quis, né? Eu, eu mesmo quis dá um tempo da bebida. [...] Não [não teve recaída] porque, a princípio, a coisa foi séria, né? Então, eu fiquei grilado de tomar o remédio e tomar a cachaça! Então, eu tive medo depois que eu soube que eu estava com tuberculose e falou o perigo que ela causava e que causa até a morte, né? Aí eu fui, resolvi parar de beber nessa época que eu estava fazendo tratamento. E11

Neste sentido, seria relevante a aplicação da Intervenção Breve (IB), que é um método de fácil aplicabilidade e baixo custo que objetiva reconhecer e ajudar os usuários no método de tomada de decisão e nos esforços para diminuir ou interromperem o consumo, como medida de prevenção de graves problemas físicos, psicológicos ou sociais (PEREIRA, *et al.* 2013).

Na tentativa de compreender as razões e processos de mudança, Prochaska e DiClemente e Norcross (1992) propuseram uma série de estágios que ocorrem durante a alteração de comportamentos. Eles destacaram a importância de aplicar as estratégias corretas (processos) no momento apropriado (estágios) para alcançar mudanças bem-sucedidas por conta própria. Essa abordagem baseia-se na avaliação da disposição para a mudança, em cada fase do tratamento.

Corroborando com o elucidado, estudo de revisão sistemática avaliou 11 estudos realizados em diferentes países, incluindo África do Sul, Inglaterra, Estados Unidos, Suíça e

Canadá, teve como objetivo sintetizar as evidências sobre os efeitos das intervenções breves na redução do consumo de álcool em adultos. Os resultados mostraram que as intervenções breves foram eficazes na redução do consumo de álcool em adultos em diferentes contextos e populações (LIMA *et al.*, 2022).

A estratégia baseia-se na aplicação de quatro sessões focalizadas e simples, que busca auxiliar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas (PEREIRA *et al.*, 2013).

Frente ao exposto, é recomendável que os profissionais de saúde reflitam a respeito da incorporação desta ferramenta em suas práticas de saúde, visando os benefícios que podem ser obtidos, como a modificação do consumo de álcool e a redução dos danos associadas a ele (LIMA *et al.*, 2022).

5.6 Categoria 5 – O estar com tuberculose e em situação de rua: desafios para vencer o duplo preconceito e continuar o tratamento até a cura

A análise dos dados revelou a cruel dualidade entre estar em situação de rua e com TB. As falas dos participantes evidenciaram a TB como uma doença fortemente marcada pelo estigma, seja da sociedade civil ou dos próprios profissionais de saúde, que deveriam oferecer um tratamento digno e humanizado. A falta de respeito, consideração e empatia aliada aos sintomas de emagrecimento e queda do estado geral de saúde, acabam por se confundir aos sintomas de outras doenças também estigmatizantes, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Isso contribuiu para o aumento da discriminação e isolamento social, o que por sua vez aumenta o risco de abandono do tratamento.

Estar em situação de rua está frequentemente associado a estereótipos negativos, especialmente em relação à falta de moradia. Esses estereótipos podem prejudicar a empregabilidade e reforçar falsas crenças de que pessoas nestas condições são preguiçosas, dependentes químicas ou criminosas. Isso, por sua vez, contribui para a exclusão social e aumenta os riscos de adoecimento físico e mental, como expressa a fala a seguir:

[...] como você está em um albergue, se você apresentar um comprovante de residência de um lugar desse, nenhuma empresa quer pegar pra trabalhar, entendeu? Então, aí você fica na rua o dia inteiro e mesmo o cara, fazendo o tratamento querendo ou não, o cara pode começar a tomar cachaça e cortar o efeito da medicação, entendeu? Então, acho que o na época, o que foi mais difícil nessa situação, foi que eu tá com a tuberculose, fazendo o tratamento de tuberculose e morando nas ruas! E11

É fundamental reconhecer o impacto do estigma em relação às pessoas em situação de rua que são acometidas pela TB. Faz-se necessário empenhar esforços para reduzir esses estereótipos negativos, de maneira a se promover uma abordagem mais compassiva e inclusiva a essa população vulnerável.

Erving Goffman, um sociólogo canadense, cunhou o termo “estigma” em seu clássico trabalho de 1963, “Stigma: notes on the manipulation of spoiled identity”, no qual ele discutiu como a sociedade rotula e marginaliza indivíduos com características “anormais”. Este autor foi um teórico chave da interação social e da construção da identidade social, investigando o conceito de estigma social e como isso afeta a vida das pessoas (GOFFMAN, 2009).

O estigma da TB é um dos exemplos que Goffman abordou em seu livro. A TB, uma doença infecciosa que afeta principalmente os pulmões e no início do século XX estava disseminada e, frequentemente, associada à pobreza e à falta de higiene. Como resultado, as pessoas com a doença eram estigmatizadas e consideradas socialmente inferiores.

Segundo ele, a TB é um exemplo de estigma físico, que é uma característica corporal percebida como diferente e desviante (GOFFMAN, 2009). Além disso, Goffman afirmava que o estigma da TB também podia ser considerado um tipo de estigma “tribal”, além de se manifestar por meio de sinais e sintomas físicos. Isso significa que a doença está associada a grupos sociais específicos, como pobres, imigrantes e pessoas em situação de rua e, como resultado, esses grupos são estigmatizados. Tal tipo de estigma é especialmente prejudicial, porque é difícil para essas pessoas o evitarem, devido à construção sociocultural interposta (GOFFMAN, 2009), como exemplifica as falas a seguir, que trazem as devolutivas da entrevista referente a indagação do que deixou marcas negativas durante o tratamento de TB:

O que me marcou, na parte negativa, em primeiro lugar, foi os maus tratos que a gente recebe. Que muitas vezes a gente chega no hospital, aí você descobre que você está com tuberculose, a maioria das pessoas afasta de você. Apesar de ser uma doença que pode ser transmitida, se você já tá fazendo o tratamento, ela não é tão transmissível. Agora a falta de respeito, a falta de consideração, isso machuca mais. Por isso, que muitas pessoas que estão fazendo o tratamento, desiste de fazer. E5

Ah, lembro de preconceito de algumas pessoas. Ah, você não chega perto desse cara não que ele tá com tuberculose. [...] Não foi profissional não! [...] Falo de outras pessoas. Isso aí eu sofri um pouco de preconceito. E8

Ah digo assim, na verdade, a gente teve uns espinhos [dificuldades] assim também, né? Emagreci demais! O pessoal achou que eu estava era com HIV! E nada a ver! É vou pegar peso de novo uai, estava com 75 kg e eu cheguei em 52 kg. Falei: ‘nó, esse negócio é estranho mesmo!’ Às vezes eu tossia e o peito doía e até hoje dói um pouquinho, mas é quando eu bebo demais, e uso droga aí dá isso, mas fora isso não dá nada não. Tranquilo! E9

Olha, eu confesso para você [...]agora eu estou menos preocupado, mas na época,

qualquer pessoa que tossisse perto de mim eu já achava que estava com tuberculose.! É eu peguei medo dessa tuberculose. Eu tomei medo, porque toda pessoa que tossia perto de mim eu já achava que estava com tuberculose, entendeu? Então eu tampava o nariz, a boca e saía de perto. Nó! [...]. E11

Apesar do livro “Stigma” de Erving Goffman ser uma obra clássica da sociologia e não se basear em referências científicas particulares, podemos citar dados empíricos que apoiam suas crenças em relação ao estigma da TB (GOFFMAN, 2014). Pesquisa publicada na revista “Social Science & Medicine” em 2020, analisou a ligação entre TB e pobreza em Bombaim, na Índia. O estudo descobriu que a TB era mais difundida em regiões empobrecidas, o que resultou na estigmatização social da doença e das pessoas afetadas por ela (PARDESHI *et al*, 2020).

A promoção da igualdade de oportunidades, a implementação de políticas públicas para reduzir a falta de moradia e a educação a respeito da doença e promover uma cultura de inclusão e empatia para com as pessoas afetadas, são algumas das medidas que podem ajudar a mitigar o estigma e suas consequências, conforme expressam as falas abaixo:

Eu sou morador de rua, mas se eu ver uma pessoa que tá descalço e tudo, e seu eu tenho mais de dois par de chinelo na minha mochila, eu faço questão de tirar e oferecer pra ele. [...]. E5

Hoje em dia, portanto, depois disso tudo eu vou fazer trabalho na pastoral de rua. Eu aprendi muito mais a respeito disso, você tratar um ser humano do jeito que ele tem que ser tratado: com amor, carinho, força de vontade, não ter preguiça para conversar, não ter falta vontade de conversar com ele. E5

Pros profissionais, [...] quando for tratar um ser humano, não é porque ele tá todo sujo, tá imundo, fedendo, não tomou banho. É tratar ele como ser humano normal. Que muitas vezes o morador de rua não tem lugar tomar banho, nem fazer as necessidade. E5

Segundo Goffman (2009), uma condição social, como a pobreza ou a situação de rua, cria e reforça o estigma de que essas pessoas estão “perdidas” ou “marginalizadas”, pois carecem de um lar e estão frequentemente associadas a problemas sociais, como o uso de drogas e criminalidade. Esse estigma faz com que essas pessoas tenham dificuldades para encontrar trabalho, moradia e acesso a serviços básicos, dificultando ainda mais a saída dessa condição (GOFFMAN, 2009).

Em pesquisa qualitativa realizada em Belém do Pará, Brasil, que objetivo investigar o impacto da TB na vida dos pacientes e seus familiares, evidenciou a associação do estigma da doença com alterações no cotidiano dos usuários, incluindo o afastamento das atividades laborais e dificuldades de convívio social. Foi relatado o afastamento de pessoas do círculo de

convívio, tão logo tomaram conhecimento que o usuário estava acometido pela TB O afastamento também foi revelado como forma de se proteger entes queridos (TEIXEIRA *et al.*, 2023).

Além disso, a falta de conhecimento sobre a doença demonstrou a associação com pensamentos negativos e medo, o que pode contribuir para a falta de adesão ao tratamento. Em contrapartida, evidenciou-se a importância da educação em saúde, ao se orientar o usuário sobre formas de transmissão e autocuidado, o que corroborou para a continuidade do cuidado (TEIXEIRA *et al.*, 2023).

De maneira similar, uma pesquisa realizada em Gana, na África Ocidental, explorou as percepções e experiências do estigma relacionado à TB na comunidade. Constatou-se que os indivíduos e famílias afetados pela TB enfrentaram discriminação significativa, o que resultou em isolamento social. O estigma foi alimentado por equívocos sobre as causas e a transmissão da doença, além do medo de contágio. As mulheres foram especialmente vulneráveis ao estigma devido aos seus papéis como cuidadoras e às responsabilidades relacionadas à higiene doméstica. A estigmatização da TB se mostrou uma barreira para o acesso ao tratamento adequado, resultando em atrasos no diagnóstico e redução das chances de cura. Foi ressaltada a importância de campanhas educativas e de conscientização na comunidade como ferramentas essenciais para reduzir o estigma e melhorar os resultados relacionados à adesão ao tratamento (HUQ *et al.*, 2022).

É notório que o estigma é absorvido por essas pessoas, que passam a se perceber como inferiores e inadequadas, o que afeta sua autoestima e autoimagem, dificultando sua reintegração na sociedade e perpetuando sua exclusão e marginalização. As pessoas em situação de rua são associadas a viciados em drogas ou álcool ou psicologicamente instáveis. Esses estereótipos, também desfavoráveis, reforçam o isolamento social e dificultam a obtenção de emprego, moradia e outras necessidades básicas (GOFFMAN, 2009).

Estudos têm mostrado que o estigma social enfrentado por quem vive na rua, pode trazer sérias consequências para sua saúde mental e física. Os resultados de estudo realizado por Vallesi *et al.* (2021) revelou que mais da metade possuíam condições crônicas de saúde física, condições de saúde mental e transtorno de álcool e drogas. Quase metade tinha comorbidade de saúde mental e uso de álcool e drogas, e mais de um terço era trimórbido (condição crônica de saúde, física, mental e álcool e drogas). Tal estudo, revela ainda que a discriminação e o preconceito enfrentados pelas pessoas em situação de rua levam a um aumento do estresse, depressão e ansiedade (VALLESI *et al.*, 2021). Além disso, o estigma pode levar à evasão e isolamento social, o que pode exacerbar problemas de saúde mental e

física.

Outra investigação, analisou a percepção de pessoas em situação de rua com acesso aos serviços e cuidados de saúde, obtendo como resultado as experiências vividas de forma desagradáveis, ditas pelos sujeitos como hostis e desumanizadas, sem escuta ou local de fala. Tais experiências influenciaram negativamente, na busca por serviços de saúde no futuro (WEN; HUDAK; HWAND, 2007).

A fala a seguir exemplifica o exposto acima:

Agora, o que me deixou meio para baixo é o jeito que muitas vezes, o próprio funcionário da prefeitura trata a gente, quando tem problema de saúde na rua. E isso me marca demais até hoje. [...] Ah, eles tratam a gente como se fosse um cachorro. Que o morador de rua é um cachorro, vagabundo, ladrão escondido, traficante, muitas vezes julgam a gente como esturprador e tudo. Então, isso não é verdade. [...] ele só não teve oportunidade na vida, que por causa da escolha que ele fez da vida, ele passou a não ter oportunidade. Se eles apoiassem mais o lado, e tentassem descobrir cada um, um por um, para saber o que pode melhorar, o que pode ajudar nele, hoje em dia não teria tanto morador de rua. E o tratamento, tratar a pessoa como ser humano normal, não porque do jeito que ele quer saber, do jeito que eles pensam que tem que ser. E5

Frente ao exposto, evidenciou-se se que as necessidades sociais e de saúde das pessoas em situação de rua com TB são múltiplas e complexas, o que reforça que somente a disponibilidade de medicamentos e de acesso a serviços de saúde são insuficientes para um tratamento eficaz e com perspectivas de mudança das condições de vida. Com isso, a proposta de fortalecimento da pessoa nos vários aspectos da vida, pode favorecer fortemente o tratamento e diminuir recidivas. O fortalecimento da pessoa, como sujeito de direito à moradia digna e à cuidados em saúde, devem advir de estratégias políticas, por capacitações de profissionais de saúde, por ações sociais em abrigos e pensões, onde esse público se encontra, entre outras propostas (NATHAVITHARANA *et al.*, 2017).

Em complemento às necessidades sociais e de saúde, a análise dos dados mostrou que a força de vontade teve papel fundamental para a continuidade do tratamento. A força de vontade ou volição, refere-se à capacidade em se manter focado em um objetivo, de se persistir mediante às dificuldades enfrentadas. Envolve resistir à gratificação imediata, em favor de um objetivo de longo prazo. Requer autodisciplina, autogerenciamento e capacidade de adiar recompensas (IBIAPINA; MONTEIRO, 2022).

As falas dos participantes revelaram, quando indagados acerca de um conselho que poderiam deixar para novas pessoas, que fossem acometidas pela TB, que a força de vontade é imprescindível e essa foi motivada pelo reconhecimento da gravidade da doença, que poderia levar à morte, além de reforçar a necessidade do autocuidado e amor-próprio, bem como da

importância de medidas efetivas de educação em saúde.

Óh, eu falo para as pessoas que teve o mesmo problema que eu, primeiro tem que ter força de vontade mesmo! Porque os profissionais [...] estão aqui para ajudar a gente, entendeu? Mas a pessoa que tem que se ajudar, porque se não se ajudar não tem como! Cê sabe disso! Então eu dou esse conselho, essa orientação. [...] mais com força de vontade mesmo e também medo da consequência da tuberculose, que é provavelmente a morte, né? E4

[...] [conselho] para os moradores de rua: se ame mais, corra mais atrás e aceita sair da rua, que é fácil pra sair. É fácil, só basta ter força de vontade! E5

É não parar. Não para não, que é rabo [difícil]! Não para não! É continuar o tratamento. É não parar o tratamento. Começou não para não! Porque não adianta cê começar o tratamento e não continuar. Vá até o final! É seis meses o tratamento de tuberculose. E6

Olha, é ter paciência, e vir fazer o resultado, porque é para o próprio bem, da pessoa, né! Se não pode pegar uma pneumonia, agravar e ir embora pro além, então, é melhor tratar. E9

Eu compreendi, porque eu vi que tuberculose mata! Se não tratar mata mesmo! Você entendeu? Por isso que eu tomei providência da minha pessoa mesmo! Que se não tratar, ela mata. Mata! É horrorosa! E eu passei por isso duas vezes. [...] Eu sei que isso mata! Se não tratar óh, mata! É seis meses direto, sem beber e sem fumar. Se não tratar, morre! Isso é para qualquer um mesmo! [...] Isso aí se não tratar, mata! E10

Bom, primeiro eu acho que a pessoa tem que tomar as medicação, né! Medicação certinha, né! Tomar todos os dias a medicação e não beber, não usar álcool, né? E11

Diante das falas apresentadas, ressalta-se a importância da educação em saúde, que tem como propósito, promover a construção de conhecimentos na área da saúde pela população, visando o aumento da autonomia das pessoas em relação aos cuidados necessários para o seu bem-estar. Além disso, busca fomentar o diálogo entre indivíduos, profissionais de saúde e gestores, com o objetivo de garantir uma atenção à saúde adequada às necessidades individuais (FALKENBERG *et al.*, 2013).

Um estudo chinês objetivou avaliar a influência da intervenção de enfermagem na emoção negativa e qualidade de vida de usuários acometidos por TB pulmonar, através da comparação entre um grupo de pacientes que recebeu cuidados de enfermagem convencionais e outro grupo que recebeu intervenção de enfermagem baseada em educação em saúde, orientação psicológica, mudança cognitivo-comportamental e suporte social. Os resultados mostraram que a intervenção de enfermagem trouxe melhorias à qualidade de vida dos usuários, bem como reduziu a emoção negativa e melhorou a adesão ao tratamento. A educação em saúde foi embasada na explicação detalhada de conhecimentos acerca da doença e seu tratamento, o que contribuiu sobremaneira na compreensão sobre a TB e no aumento da adesão ao tratamento (FEI, 2013).

O desejo de melhora do quadro de saúde e perspectiva de novos projetos de vida também contribuíram para a continuidade do tratamento. Em contrapartida, as narrativas elucidaram a necessidade de resistir às possibilidades de recaída, quanto ao uso de álcool durante o tratamento, reforçando a necessidade do suporte profissional efetivo, no manejo da TB e uso abusivo do álcool.

[...] a questão é a seguinte: crise de abstinência de vício, para quem tem esses problemas de alcoolismo, drogas e outras coisas, a pessoa têm que ter primeiro força de vontade [...] poxa se tem pessoas que querem me ajudar, eu também tenho que me ajudar! Aí eu peguei, pus o pé no freio mesmo em questão ao álcool, entendeu? Eu fiquei aqui óh, uns quatro meses sem crise nada! Mas igual eu contei, eu não tô bebendo igual eu bebia, eu bebia todo dia. Hoje [depois do tratamento] é uma coisa mais moderada, mesmo porque eu não tô aguentando também, eu já estou em uma certa idade, eu tive uns problemas de saúde e agora é tentar melhorar. Pra sabe, para ter uma condição melhor de vida. E4

E mais ainda, a vontade própria de querer mudar e querer crescer. E5

Deve ir no posto, é simples! É vir no posto. É não ter preguiça de vir no posto. Dá uma preguicinha de vim lá de baixo pra cá, porque é difícil gente! E6

Um estudo brasileiro em um CAPS-AD, investigou acerca dos fatores que levam à recaída de usuários em tratamento para dependência de álcool e outras drogas. Os resultados indicaram que a principal dificuldade foi lidar com os problemas diários, além de estados emocionais negativos e positivos. A falta de vontade de parar o consumo e fazer o tratamento, foi um motivo comum para a recaída. A pesquisa enfatizou a importância da força de vontade para evitar a recaída e destacou a necessidade dos profissionais em promover estratégias para aumentar a motivação e o comprometimento dos usuários. Os resultados mostram que feedback positivo e encorajamento são essenciais quando há progresso no tratamento ou conseguem lidar com as recaídas. Grupos de apoio e metas realistas também podem ajudar no tratamento (FERREIRA *et al.*, 2016).

A fala a seguir, expressa o que o participante considerou essencial para a conclusão do tratamento, bem como qual foi a experiência mais difícil que enfrentou ao longo do mesmo:

Então, achei que me ajudou [os medicamentos] e fiz uma força de vontade para chegar até o final, porque se não fizesse também a minha parte, não tinha nem como, porque lá no hospital mesmo, eu vi uma pessoa, aquela mulher! O pessoal levava o cigarro pra ela, [...] a medicação dela debaixo do colchão. Não demorou nada ela começou por sangue pela boca. O pessoal naquele corre, ela teve no CTI, mas aí não voltou mais pro quarto, no CTI ela morreu. Então, isso aí é uma coisa que às vezes me ajudava, porque eu sabia que se eu fizesse aquilo também, ia acontecer a mesma coisa comigo. E2

A experiência negativa de perder uma pessoa conhecida devido à interrupção do

tratamento reforçou o desejo de buscar um resultado diferente. É importante reconhecer que a TB pode afetar a força de vontade devido aos sintomas como fadiga e perda de apetite, levando à desmotivação. É necessário integrar as atividades de controle da doença com a promoção da saúde, entendendo que elas estão ligadas ao combate à pobreza e à desigualdade social, para oferecer um atendimento integral à pessoa.

Considerando os elementos que interferem na (des)continuidade do tratamento da TB, os profissionais de saúde, em parceria com os usuários acometidos pela doença, necessitam desenvolver um mapeamento dos possíveis obstáculos que possam vir a surgir durante ao tratamento e traçar estratégias para encará-los de formas mais assertivas. É imprescindível o suporte da rede intersetorial e a adoção de políticas públicas mais efetivas, a fim de mitigar os entraves relacionados ao manejo da TB nesta população.

6 CONCLUSÃO

Ao retomar o objetivo geral do estudo - analisar os elementos que interferem na (des)continuidade do tratamento de TB em usuários de álcool, em situação de rua atendidos em um Centro de Saúde em Belo Horizonte/MG, evidenciou-se os aspectos que contribuem para a (des)continuidade do cuidado ao usuário em situação de rua, sendo esses divididos em cinco categorias.

Na categoria 1: O serviço de atenção primária como dispositivo potente para a trajetória de cuidado, identificou-se como principais elementos dificultadores: ausência de rotina diária pré-definida para as atividades básicas; dificuldade de organização temporal; dificuldade na acessibilidade aos serviços da rede; serviços de suporte para usuários de álcool e drogas insuficientes. Como aspectos facilitadores: acesso assegurado sem agendamento, conforme necessidade.

A categoria 2: Necessidades sociais, espirituais e em saúde: um olhar para além dos sintomas da TB trouxe como obstáculos prevalentes: os impactos emocionais acarretados pela doença; incômodo ocasionado pelos sintomas da TB; falta de moradia e exposição a intempéries e falta de local para repouso e recuperação do bem-estar. Já como elementos facilitadores: ter uma ocupação; integração social; espiritualidade; apoio de equipamentos complementares às políticas públicas vigentes; educação em saúde e medidas de redução de danos.

Na categoria 3: referenciamento na rede assistencial das PSR e em relação de dependência às substâncias psicoativas, os principais empecilhos elencados foram: dificuldades no manejo de atividades cotidianas por estar em situação de rua; o espaço das ruas como gatilho para consumo de álcool e outras drogas; desconhecimento da equipe de saúde e/ou resistência dos usuários para encaminhamento aos serviços de referência no tratamento de álcool e outras drogas. Os aspectos favoráveis foram: existência das equipes de consultório de rua; oferta de medicação e cuidados em logradouro público; serviços de referência em toxicomania; atendimento humanizado e oferta de assistência personalizada.

A categoria 4: A dualidade na escolha entre o tratamento da TB ou a manutenção do uso de substâncias psicoativas. Os elementos apontados como dificultadores foram: acesso facilitado do álcool e outras drogas no espaço das ruas; vivência nas ruas como precursora de estresse físico e emocional; restrição de horários de acesso estabelecido pelo acolhimento institucional e efeitos adversos da medicação. Os pontos facilitadores consistiram em: tratamento diretamente observado, auxílio profissional e autocuidado.

Por fim, a categoria 5: O estar com TB e em situação de rua: desafios para vencer o

duplo preconceito e continuar o tratamento até a cura, trouxe como os principais elementos dificultadores: o estigma relacionado à TB e à vivência nas ruas e, como moderadores: a força de vontade; existência de amor-próprio; desejo de melhora do quadro de saúde; perspectivas de novos projetos de vida e apoio profissional.

Considerando o pressuposto assumido de que o uso de álcool interfere na continuidade do tratamento de TB, em pessoas que estão em situação de rua, pode-se afirmar que isto foi corroborado pelos dados.

A continuidade do cuidado ficou comprometida pela condição de vulnerabilidade e socioeconômica desfavorável, vivenciada pelo usuário com TB e em trajetória de rua, fazendo uso abusivo do álcool. Corroboram ainda, para a manutenção desse quadro, a falta de moradia, de locais adequados para acolhida e repouso desse usuário, bem como que promovam a reinserção na sociedade, amparem as pessoas em dependência do álcool e visem mitigar o estigma relacionado à doença e à condição de vida nas ruas.

Além disso, faz-se necessário minimizar os entraves burocráticos existentes na rede intersetorial, que reafirmam a urgência em se repensar ações assertivas e direcionadas para essa população específica, com uma rede de cuidados bem articulada, provida de profissionais capacitados e com olhar sensível às necessidades dessa população.

Em complementação, é imprescindível a presença de gestores comprometidos e que vislumbrem a melhoria do cuidado da PSR, bem como a implementação de políticas públicas estaduais, municipais e locais apropriadas para atender a pessoa acometida pela TB, em suas necessidades básicas.

O estudo permitiu reconhecer diversos desafios enfrentados pela PSR, acometidos pela TB e em uso abusivo de álcool; evidenciou o papel primordial da APS na prevenção, identificação precoce, tratamento e manejo da TB, bem como, que os usuários enfrentam desafios referentes ao acesso na rede de cuidados, o que acaba por prejudicar a resolutividade da atenção à saúde prestada.

Este trabalho apresentou como limitação a não aplicabilidade de ferramentas que buscassem reduzir o uso de álcool, pela dificuldade de localização e acompanhamento desses usuários. Ademais, os dados não possibilitam generalização, pelo fato do estudo ter sido realizado apenas em uma unidade de saúde da APS e da maior parte dos participantes do estudo terem encerrado o caso como cura.

Reconhece-se a necessidade da adoção de uma abordagem, que considere a cronicidade da TB e a subjetividade da pessoa acometida por ela, exigindo do profissional habilidades específicas no manejo de sua duração prolongada, bem como planejamento de ações que

considerem os aspectos socioeconômicos e culturais, buscando estabelecer uma conexão sólida entre a rede de cuidados e o usuário.

O estudo viabilizou uma abordagem da temática no contexto da Atenção Primária, fomentando um novo prisma para a prática da enfermagem, encorajando mudanças no manejo clínico e na maneira de se acolher PSR com TB que também enfrentam problemas de abuso de álcool. Essa ótica estimula uma atuação centrada nas necessidades dos usuários, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e redução de danos. Isso contribui para a melhoria e continuidade do cuidado de PSR que fazem uso de álcool e outras drogas acometidas pela TB, intervindo no tratamento, cura da doença e redução do consumo dessas substâncias. É primordial que se repense na retomada de equipes de saúde da família específicas para o atendimento dessa parcela vulnerável da população, de maneira a garantir o atendimento integral, humanizado e pautado na equidade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, F. H. S. *et al.* Perfil da tuberculose em populações vulneráveis: pessoas privadas de liberdade e em situação de rua. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 20, n. 2, p. 253-258, maio/jun. 2021.
- ALMEIDA, A. L. M.; CUNHA, M. B. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 105-117, jan./jun. 2021.
- AMARAL, I. B. S. T.; SILVA, A. L. A. Nurses consultation in the family health strategy: a cut-off in Rio de Janeiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 227-233, jan./dez. 2021.
- ANDRADE, A.G. (org.) **Álcool e a saúde dos brasileiros: panorama 2020**. São Paulo: Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2020.
- ARAGÃO, F. B. A. *et al.* Impacto dos programas de proteção social em pessoas adultas com diagnóstico de Tuberculose: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 3, p. e20190906, 2021.
- ASSEFA, S. *et al.* Depression, anxiety and their associated factors among patients with tuberculosis attending in Gondar city health facilities, North West Ethiopia. **BMC Psychiatry**, London, v. 23, n. 1, p. 91, Feb. 2023.
- AUGUSTO, C. A. *et al.* Pesquisa qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 745-764, dez. 2013.
- BARBOSA, A. D. **Tuberculose na população em situação de rua: desafios para o cuidado em saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/332/TCC%20Alice%20Duarte%20Barbosa%20.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Belo Horizonte ganha mais um serviço de saúde mental. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, ano 21, n. 4832, 30 jun. 2015. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/1562>. Acesso em 17 maio 2023.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **PBH e UFMG apresentam resultados preliminares do censo da população de rua de BH**. Belo Horizonte: PBH, 2023a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-e-ufmg-apresentam-resultados-preliminares-do-censo-da-populacao-de-rua-de-bh>. Acesso em 14 ago. 2023.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Prefeitura apresenta plano para moradores em situação de rua**. Belo Horizonte: PBH, 2017. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-apresenta-plano-para-moradores-em-situacao->

de-rua. Acesso em 20 mar. 2021.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Distritos sanitários**. Belo Horizonte: PBH, 2021. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>. Acesso em 17 maio 2023.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Total de casos de tuberculose, por situação de encerramento 2019**. Belo Horizonte: SINANNET/MS- DPVS/GVIGE-SMSA-BH, 10 abr. 2023b.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Unidades de acolhimento institucional (pop rua)**. Belo Horizonte: PBH, 2022. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/assistencia-social/equipamentos/acolhimento>. Acesso em: 17 jun. 2023.

BERALDO, A. A. *et al.* Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. e20170075, 2017.

BOTTI, N. C. L. *et al.* Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. spe. p. 536-555, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 15 mar.2021.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2022a]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em 13 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**: nota técnicas. Equipe técnica: Marco Natalino. Rio de Janeiro: Ipea, 2020a. (Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, 73). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo. **SUPERA**: sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. Organização de Sandra Rejane Soares Ferreira, Rosane Glasenapp e Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_tuberculose11.pdf. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 06 fev. 2023.

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. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10136>. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O que é Atenção Primária?**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 50, n. 09, Brasília, mar. 2019b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em 19 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Tuberculose 2021**. Brasília, DF, n. esp., mar.2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-tuberculose-2021_24.03. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose**: Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/registro_pacientes_acompanhamento_casos_tuberculose.pdf. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/wpcontent/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf. Acesso em: 06 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social. Família e Combate à Fome. **Cartilha do Programa Bolsa Família**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social. Família e Combate à Fome, 2023. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Bolsa_Familia/Cartilha/Cartilha_Bolsa_Familia.pdf. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação nacional de serviços socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 225, 25 nov. 2009c. Disponível em: https://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arq_pdf/cdedica/conanda/Resolucao_109.2009.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre população em situação de rua**. Brasília, DF: MDS, 2009b.

BRAUNSTEIN, S. L. *et al.* Tuberculosis in people experiencing homelessness in the United States, 2009-2015. **Public Health Reports**, Washington, v. 134, supl. 2, p. 66S-73S, 2019.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 151-160, jan. 2022.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARTÃO de incentivo alimentar de R\$250 começa a ser entregue a pacientes com Tuberculose em Itaboraí. **O Gonçalense Notícias**, Niterói, 2023. Disponível em: <http://jornalgoncalense.com.br/cartao-de-incentivo-alimentar-de-r250-comeca-a-ser-entregue-a-pacientes-com-tuberculose-em-itaborai/>. Acesso em: 14 maio 2023.

CARTER, D. J. *et al.* The impact of a cash transfer programme on tuberculosis treatment success rate: a quasi-experimental study in Brazil. **BMJ Global Health**, London, v. 4, n. 1, p. e001029, Jan. 2019.

CARVALHO, G. S. **Housing first**: reabilitação de um edifício vazio para população em situação de rua. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Centro Universitário AGES, Paripiranga – BA, 2021.

CARVALHO, L. G. P. *et al.* A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, jul./set. 2012.

CASSIANO, J. G. M. **Tuberculose pulmonar e o uso de drogas ilícitas**: entre a cura e o abandono. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

CASTELLANOS, M. E. P. *et al.* **Cronicidade**: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: EdUECE, 2015. *E-book*.

CASTRO-SILVA, K. M. *et al.* Prevalence of depression among patients with presumptive pulmonary tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 316-323, Jul./Aug. 2019.

CAZABON, D. *et al.* User experience and patient satisfaction with tuberculosis care in low- and middle-income countries: a systematic review. **Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases**, London, v. 19, p. 100154, Feb. 2020.

CERON, M. **Habilidades de comunicação**: abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNASUS: UNIFESP, 2010.

CORALINA, C. **Ofertas de Aninha (aos moços)**. [S. l.]: Tudo é poema, 2018. Disponível em: <https://www.tudoepoema.com.br/cora-coralina-ofertas-de-aninha-aos-mocos/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

COSTA, C. S. S. **A toma de observação direta em doentes com tuberculose**: um contributo para os cuidados centrados no doente. Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (Mestrado) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, 2022. Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/3220/1/Carla_Soledade_Costa.pdf. Acesso em: 28 maio 2023.

COSTA, M. M. **Os desafios do tratamento da tuberculose na Atenção primária**: reflexões a luz da literatura. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2013.

DIAS, A. L. F. (org). **Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil: relatório técnico-científico**: Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: Marginália Comunicação, 2021.

DUARTE, A. H. C. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. e34306-e34306, 2019.

EMPRESA DE INFORMÁTICA E INFORMAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE. **Extrator de relatórios**: sistema saúde em rede/GTIS/SMSA-BH. Belo Horizonte: PRODABEL, 2020.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, jun. 2016.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2013.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FAZEL, S. *et al.* The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. **PLoS Medicine**, San Francisco, CA, v. 5, n. 12, p. e225, Dec. 2008.

FEI, W. The influence of comprehensive nursing intervention on the negative emotion and quality of life of patients with pulmonary tuberculosis. **Journal of Nursing**, [s. l.], v. 2, n.1, p. 14-17, 2013.

FERREIRA, A. C. Z. *et al.* Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, p. e1144, 2016.

FISEHA, D.; DEMISSIE, M. Assessment of Directly Observed Therapy (DOT) following tuberculosis regimen change in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 15, p. 405, Sep. 2015.

FUADY, A. *et al.* Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: eight simulated scenarios. **Infectious Diseases of Poverty**, London, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Stigma**: notes on the management of spoiled identity. New York: Simon and schuster, 2009.

GOFFMAN, E. **Stigma**: über techniken der bewältigung beschädigter identität. Frankfurt: Suhrkamp, Frankfurt am Main e 2014. v. 22, p. 156-171.

GRAMAJO, C. S. *et al.* (Sobre) viver na Rua: Narrativas das Pessoas em Situação de Rua sobre a Rede de Apoio. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 43, p. e243764, 2023.

HARRISON, R. E. *et al.* Patient and health-care provider experience of a person-centred, multidisciplinary, psychosocial support and harm reduction programme for patients with harmful use of alcohol and drug-resistant tuberculosis in Minsk, Belarus. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1217, p. 1-12, Sep. 2022.

HIJJAR, M. A.; CAMPOS, H. S.; FEITOSA, J. V. P. Tuberculose. *In*: COURA, J. R. **Dinâmica das doenças Infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, v. 2. cap. 121, p. 1424-1463.

HINO, P. *et al.* Percepção de pessoas em situação de rua sobre o tratamento da tuberculose. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 55, n. 4, p. e-191161, 2022.

HINO, P. *et al.* Tuberculosis control from the perspective of health professionals working in street clinics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeiro Preto, v. 26, p. e3095, Nov. 2018.

HINO, P. *et al.* Tuberculosis in the street population: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03688, Apr. 2021.

HUNTER, C. E. *et al.* Barriers to prescription medication adherence among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. **Journal of Primary Care & Community Health**, Thousand Oaks, CA, v. 6, n. 3, p. 154-161, Jul. 2015.

HUQ, K. A. T. M. E. *et al.* Perceptions, attitudes, experiences and opinions of tuberculosis associated stigma: a qualitative study of the perspectives among the Bolgatanga Municipality people of Ghana. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, p. 14998, Nov. 2022.

IBIAPINA, W.; MONTEIRO, C. E. F. Will in Vygotsky's perspective: a study of literature. **Scielo Preprints**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3562>. Acesso em: 21 maio. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Minas Gerais**: panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 19 maio 2023.

JUSTO, M. T. *et al.* Associação entre tuberculose e consumo de drogas lícitas e ilícitas. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 17, n. 5, p. 460-470, 2018.

KLEIN, K. *et al.* Evaluation of a social protection policy on tuberculosis treatment outcomes: A prospective cohort study. **PLoS Medicine**, San Francisco, CA, v. 16, n. 4, p. e1002788, Apr. 2019.

LACHTIM, S. A. F. *et al.* Vínculo e acolhimento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios para o cuidado. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 87-97, abr. 2023.

LASEBIKAN, V. O.; IGE, O. M. Alcohol use disorders in multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) patients and their non-tuberculosis family contacts in Nigeria. **Pan African Medical Journal**, Kampala, Uganda, v. 36, p. 321, Aug. 2020.

LIMA, L. A. A. *et al.* Efeito de intervenções breves na redução do consumo de álcool em adultos: revisão sistemática. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, p. e80768, 2022.

LIU, M.; HWANG, S. W. Health care for homeless people. **Nature Reviews Disease Primers**, London, v. 7, n. 1, p. 5, Jan. 2021.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, abr./jun. 2014.

MANGUEIRA, S.O. *et al.* Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia & sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, p. 157-168, jan./abr. 2015.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MEDEIROS, J. SCFV: Tudo o que você precisa saber sobre o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos. **Blog GESUAS**, Viçosa, 5 jul. 2021. Disponível em: <https://blog.gesuas.com.br/scfv/>. Acesso em 06 maio 2023.

MELO, D. O QUE AFASTA a população de rua dos albergues? **Carta Capital**, São Paulo, 17 jun. 2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/o-que-afasta-a-populacao-de-rua-dosalbergues>. Acesso em: 13 maio 2023.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interview: helping people change**. 3. ed. New York: The Guilford Press, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOREIRA, A. S. R.; KRITSKI, A. L.; CARVALHO, A. C. C. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 46, n. 5, p. e20200015, Nov. 2020.

MOTTA-OCHOA, R. *et al.* Motives for alcohol use, risky drinking patterns and harm reduction practices among people who experience homelessness and alcohol dependence in Montreal. **Harm Reduction Journal**, London, v. 20, n. 1, p. 22, Feb. 2023.

NATHAVITHARANA, R. R. *et al.* Agents of change: The role of healthcare workers in the prevention of nosocomial and occupational tuberculosis. **Presse Médicale**, Paris, v. 46, n. 2, pt. 2, p. e53-e62, Mar. 2017.

NATIONAL SLEEP FOUNDATION. **How much sleep do we really need?**. Washington, DC: National Sleep Foundation, 2023. Disponível em: <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>. Acesso em 15 Mar. 2023.

NAVARRO, P. D. *et al.* O impacto da estratificação por grau de risco clínico e de abandono do tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 47, n. 4, p. e20210018, 2021.

NEVES, K. C.; TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286- 291, abr./jun. 2015.

OLIVEIRA, A. H. *et al.* Necessidades de saúde das pessoas com tuberculose pulmonar. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, n. 11, p. e11, 2021a.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03744, 2021b.

OLIVEIRA, R. C. C. *et al.* Transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose: discursos de profissionais da atenção primária. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. e-1158, jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2003.

ORLANDI, G. M. *et al.* Incentivos sociais na adesão ao tratamento da tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1247-1253, 2019.

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

PARDESHI, P. *et al.* Association between architectural parameters and burden of tuberculosis in three resettlement colonies of M-East Ward, Mumbai, India. **Cities & Health**, Abingdon, v. 4, n. 3, p. 303-320, 2020.

PEREIRA, M. O. *et al.* Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 420-428, maio/jun. 2013.

PINTO, R. M. P.; GONDIM, A. B. C. Trabalho e população em situação de rua: uma análise à luz da questão social no Ceará. *In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS*, 8., 2017, São Luis, Maranhão. **Anais [...]**. São Luis, Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/trabalhoepopulacaoemsituacaoderuaumaanalisealuzdaquestaosocial.pdf>. Acesso em 30 maio 2023.

PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. **American Psychologist**, Washington, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, Sep. 1992.

QUADROS, J. D. *et al.* Tuberculose na Atenção Primária: desafios e potencialidades identificados pelas coordenações regionais de Atenção Básica do Rio Grande do Sul. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, ago. dez. 2022.

RAMOS C. F. V. *et al.* Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1144-1151, maio/jun. 2018.

RAMSAY, N. *et al.* Health care while homeless: barriers, facilitators, and the lived experiences of homeless individuals accessing health care in a Canadian regional

municipality. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, CA, v. 29, n. 13, p. 1839-1849, 2019.

RANZANI, O. T. *et al.* The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. **BMC Medicine**, London, v. 14, p. 41, Mar. 2016.

RÊGO, A. S.; RADOVANOVIC, C. A. T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1030-1037, maio/jun. 2018.

REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2299–2306, dez. 2008.

RESENDE, V. M.; MENDONÇA, D. G. População em situação de rua e políticas públicas: representações na Folha de São Paulo. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. e2019350413, 2019.

RÉVILLION, A. S. P. A utilização de pesquisas exploratórias na área de marketing. **Revista Interdisciplinar de Marketing**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 21-37, 2003.

RODRIGUES, J. L. S. Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, nov. 2019.

RODRIGUES, O. M. M.; TAUIL, P. L. Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose no Distrito Federal (2006 a 2015). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. E190055, dez. 2019.

RUDGARD, W. E. *et al.* Uptake of governmental social protection and financial hardship during drug-resistant tuberculosis treatment in Rio de Janeiro, Brazil. **European Respiratory Journal**, Copenhagen, v. 51, n. 3, p. 1800274, Mar. 2018.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, abr. 2011.

SARLET, I. W. O direito fundamental à moradia na Constituição: algumas anotações a respeito de seu contexto, conteúdo e possível eficácia. **Revista de Direito do Consumidor**, [s. l.], v. 46, p. 193-244, 2003.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **The Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 1, n. 3, p. 134-143, Sep./Oct. 2003.

SCHMIDT, C. N. *et al.* Patient and provider perspectives on barriers and facilitators to reproductive healthcare access for women experiencing homelessness with substance use disorders in San Francisco. **Women's Health**, London, v. 19, p. 17455057231152374, Jan./Dec. 2023.

SIEMION-SZCZEŚNIAK, I; KUŚ, J. Impact of social risk factors on treatment outcome in patients with culture positive pulmonary tuberculosis (CPPTB). **Pneumonologia i Alergologia Polska**, Poland, v. 80, n. 5, p. 412-421, 2012.

SILVA, D. R. *et al.* Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018.

SILVA, F. O. *et al.* Percepções de enfermeiros sobre gestão do cuidado e seus fatores intervenientes para o controle da tuberculose. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210109, 2021.

SILVA, I. J. *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009.

SOARES, D. A. M.; MARTINS, A. M. Intersetorialidade e interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 41, n. 2, p. 508-523, abr./jun. 2017.

SOUSA JUNIOR, P. T. X.; TEIXEIRA, S. M. O. A importância da espiritualidade no tratamento de pacientes oncológicos: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 2, n. 1, p. 61-9, 2019.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 636-643, out./dez. 2010.

SRIVARATHAN, A.; JENSEN, A. N.; KRISTIANSEN, M. Community-based interventions to enhance healthy aging in disadvantaged areas: perceptions of older adults and health care professionals. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 1, p. 7, Jan. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 28 maio 2023.

TÁVORA, M. M. *et al.* Percepções de enfermeiros e doentes sobre a adesão ao tratamento diretamente observado em tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, p. e69930, 2021.

TEIXEIRA, L. M. *et al.* Concepções sobre tratamento e diagnóstico da tuberculose pulmonar para quem a vivencia. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e20220156, 2023.

TIBERI, S. *et al.* Tratamento da tuberculose grave e suas sequelas: da terapia intensiva à cirurgia e reabilitação. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 45, n. 2, p. e20180324, 2019.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. Centros de Atenção Psicossocial-álcool e drogas: perfil dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 450-463, abr./jun. 2019.

TUN, K. H.; HONG, S. A. Patterns of tobacco and alcohol misuse among presumptive TB

Patients in Myanmar: prevalence and sociodemographic associations. **Nagoya Journal of Medical Science**, Nagoya, v. 82, n. 4, p. 685-695, Nov. 2020.

UCHIMURA, K. *et al.* Permanent employment or public assistance may increase tuberculosis survival among working-age patients in Japan. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 19, n. 3, p. 312-318, Mar. 2015.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **A place to finish treatment**: how a unique shelter is helping patients beat TB. Washington D.C.: UNDP, 2021. Disponível em: <https://www.undp.org/kyrgyzstan/news/place-finish-treatment-how-unique-shelter-helping-patients-beat-tb>. Acesso em: 13 maio 2023.

VALLESI, S. *et al.* Multimorbidity among people experiencing homelessness—insights from primary care data. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 12, p. 6498, Jun. 2021.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, 2017.

VERAS, R. Caring senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 360-366, maio/jun. 2018.

WEN, C. K.; HUDAK, P. L.; HWANG, S.W. Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 7, p. 1011-1017, Jul. 2007.

WENCESLAU, L. D. *et al.* Um roteiro de entrevista clínica centrada na pessoa para a graduação médica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2154-2154, jan./dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Digital health for the end TB Strategy**: an agenda for action. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.21>. Acesso em: 10 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em: 10 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2022**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>. Acesso em: 10 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report**, 2019. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714>. Acesso em: 10 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) version 2010**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>. Acesso em: 14 ago. 2023.

**APÊNDICE A - Roteiro para caracterização dos participantes, monitoramento da
continuidade e perspectivas do tratamento**

PARTE 1:

01. Quantos anos você tem?

02. Sexo:

Masculino (1)

Feminino (2)

Prefiro não dizer (3)

03. Raça/Cor:

Branca (1)

Parda (2)

Amarelo (3)

Preto (4)

Índio (5)

Não quis declarar (6)

04. Religião:

Católico (1)

Evangélico (2)

Espírita (3)

Umbandista (4)

Não tem (5)

Não respondeu (6)

05. Qual é o seu atual estado civil?

Solteiro (1)

Casado ou vive c/ companheiro (2)

Separado (3)

Divorciado (4)

Viúvo (5)

Outro (especificar) _____

06. Qual o mais alto grau de escolaridade que você concluiu?

1º grau incompleto (1)

1º grau completo (2)

2º grau incompleto (3)

2º grau completo (4)

Superior incompleto (5)

Superior completo (6)

Não respondeu (7)

07. Como você se sustenta?

1 Trabalho formal Especifique _____

2 Trabalho informal Especifique _____

3 Doações

4 Programa de transferência de renda Especifique _____

5 Outros Especifique _____

08. Renda Mensal que mantém: _____

09. Há quanto tempo você vive / viveu em situação de rua:

Menos de 1 ano (1)

1 a 2 anos (2)

Mais de 2 anos. (3) Especifique: _____

10. Considerando que durante o tratamento de Tuberculose você estava em situação de rua, explique que tipo de moradia você tem atualmente:

Casa/apartamento próprio (1)

Casa/apartamento alugado por você mesmo (2)

Casa dos pais ou outros familiares (3)

Casa de amigos (4)

Abrigo de emergência (5)

Hospital ou instituição (6)

Pensão (alimentação e moradia) (7)

Rua (8)

Outro Especifique (9) _____

11. Com quem você vive atualmente?

Sozinho (1)

Cônjuge (2)

Com filho/a (3)

Outros membros da família (4)

Amigo(s), fora do ambiente institucional (5)

Amigo(s), dentro do ambiente institucional (6)

Mãe, Pai (7)

Outro (8) Especifique _____

12. Você faz(ia) uso de bebidas alcoólicas, tabaco ou outro tipo de droga? Se sim, qual(is) você usa e em média quantas doses por dia/semana? Há quanto tempo?

13. Você faz algum tratamento de saúde e/ou uso de alguma medicação ?

Sim (1) Especifique: _____

Não (2)

Não respondeu (3)

14. Você pratica alguma atividade física?

Sim (1) Especifique: _____

Não (2)

Não respondeu (3)

15. Quantas refeições diárias você faz? Especifique: _____

16. Quantas horas de sono por noite você tem? Especifique: _____

PARTE II:

1. Por favor, conte-me a respeito do seu tratamento para a tuberculose no Centro de Saúde Carlos Chagas.

2. Conte-me um pouco a respeito do uso de álcool durante seu tratamento.

3. Por favor, fale-me a respeito dos fatores que o senhor considera que foram muito importantes para que conseguisse concluir seu tratamento (ou que não te ajudaram a terminar o tratamento).

4. O senhor acredita que estar em situação de rua teve influência no seu tratamento? Conte-me sobre isso.

5. Cite o que poderia melhorar para a próxima experiência e o que mais te marcou.

6. Gostaria de acrescentar algo além do que foi abordado?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “ELEMENTOS INTEFERENTES NA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM SITUAÇÃO DE RUA.

O estudo será desenvolvido por aluna do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da UFMG e tem como objetivo identificar os elementos que os usuários de álcool em situação de rua e em tratamento de Tuberculose (TB) atendidos em centro de saúde em BH/MG, relacionam como importantes para a (des)continuidade do tratamento.

A pesquisa será realizada em Centro de Saúde de Belo Horizonte. Sua participação é importante, pois os resultados do estudo apontarão fragilidades e dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua relacionadas ao tratamento de TB e trarão benefícios, oferecendo melhorias no cuidado e mais visibilidade para a população em situação de rua em nosso município. Além disso, espera-se também que a pesquisa contribua para as propostas de políticas públicas voltadas para a área da saúde e da assistência social, a fim de possibilitar mais inclusão da população em situação de rua no Sistema Único de Saúde e da Assistência Social.

Assim, pedimos a sua autorização para participar dessa pesquisa, bem como para que se possa gravar a sua entrevista, para utilização de informações colhidas para trabalhos científicos para serem apresentados em Congressos e artigos científicos, que serão publicados em revistas científicas.

O estudo será desenvolvido por meio de um questionário semiestruturado, com perguntas acerca de sua experiência no tratamento de tuberculose no Centro de Saúde. A entrevista será conduzida pela mestrandia Alice Duarte Barbosa e terá duração média de 30 minutos.

As gravações gerarão dados eletrônicos, que serão arquivados pela pesquisadora responsável em pasta eletrônica do Google Drive (serviço de armazenamento e sincronização de arquivos digitais ou eletrônicos), por um período de 5 (cinco) anos e após este período serão descartados.

Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e, de acordo com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 466/12 e n° 510/16, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Conforme os objetivos do presente estudo, os riscos a que você estará sujeito são: riscos psicológicos que envolvem modificação nas emoções, stress, culpa, perda da autoestima, estresse emocional, constrangimento ou desconforto com a exposição de dados. Desta forma, se o senhor(a) se sentir cansado (a) ou incapaz de responder, a entrevista será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja de seu interesse.

Também está garantido que seu nome verdadeiro não irá aparecer em qualquer documento e garantimos também o anonimato das informações fornecidas pelo senhor(a), uma vez que serão utilizados códigos em substituição aos nomes em cada entrevista. Então, o que o(a) senhor(a) nos disser

será utilizado somente para essa pesquisa.

Quando terminarmos a pesquisa, o resultado poderá ser publicado em revistas ou apresentado em eventos científicos, sem que seu nome ou endereço apareça.

Os dados de identificação, neste termo de consentimento, serão usados apenas para fazer contato posteriormente, caso haja dúvidas ou necessidade de esclarecimento de ambas as partes. As perguntas serão feitas da forma mais simples possível, para evitar desconfortos e o senhor(a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, entre outros.

Sua participação é voluntária, não haverá qualquer despesa, bem como, recebimento de gratificação ou benefício. No entanto, é garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. O(A) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa no momento que desejar, sem que seja prejudicado (a), ficando garantida a sua liberdade de retirada do consentimento. A sua desistência ou recusa em participar da pesquisa não interfere no seu acesso aos serviços de saúde.

Este documento será impresso em duas vias e, ao aceitar participar desta pesquisa, é preciso que assine em duas vias. O(A) senhor(a) receberá uma das duas vias, assinada pelo pesquisador.

Em caso de não concordância ou irregularidades que ocorram por parte da mestranda que coletará os dados, relacionadas a questões éticas, o(a) senhor(a) poderá consultar a Subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e os pesquisadores responsáveis. Os dados de telefones, e-mails e endereços encontram-se listados abaixo.

Agradecemos sua colaboração.

Assinatura do Coordenadora da Pesquisa

Pesquisador Responsável: Alice Duarte Barbosa

e-mail: alice.duarte@pbh.gov.br

Endereço: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia; CEP 30130-100

Telefone (0XX31) 99701-1000

Orientadora e Coordenadora Responsável: Maria Odete Pereira

e-mail: m.odetepereira@gmail.com

Endereço: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia; CEP 30130-100 Telefones: (31) 99808-0474)

Coorientadora e Sub-coordenadora Responsável: Giselle Lima de Freitas

e-mail: gisellelf@yahoo.com.br

Endereço: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia; CEP 30130-100
Telefone (31) 3409-9868

Subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte

Diretoria de Gestão do SUAS – DGAS / Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente - GGTEP

Endereço: Avenida Afonso Pena, 342 - 3º andar - Centro-BH/MG

e-mail: pesquisasuas@pbh.gov.br

Telefone: (31) 3277-4853

Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901

Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005

Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00

Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/SMSA-BH

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02, Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG – CEP: 30.130-007

Telefone: (031) - 3277-5309 - E-mail: coep@pbh.gov.br

Horário de atendimento: 9h às 15h (exceto em dias de reunião do colegiado, quando não há atendimento)

Após ter conhecimento a respeito de como posso colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Assim sendo, eu, (Nome do participante) concordo em participar no estudo e estou ciente de que estou livre para desistir de colaborar em qualquer momento, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia assinada deste documento e tive a oportunidade de discutir com o pesquisador.

PARTICIPANTE

Caso o participante não assine, inserir digital.

Digital

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO A - Orientações sobre o uso de álcool

Conseqüências do Beber de Alto-Risco

Comportamento agressivo e irracional. Discussões. Violência. Nervosismo.

Dependência do álcool. Perda da memória.

Envelhecimento precoce "Nariz de bêbado".

Restrições frequentes. Baixa resistência a infecções. Risco elevado de pneumonias.

Câncer da boca ou da garganta.

Fraqueza muscular do coração. Problemas cardíacos. Anemia. Problemas do sangue. Câncer mamário.

Doenças do fígado.

Úlcera.

Inflamação grave do pâncreas.

Deficiência de vitaminas. Sangramentos. Inflamações graves do estômago. Gastrite. Diarreia. Má nutrição.

Mãos trêmulas. Dormências. Nervos dolorosos.

Nos homens: Problemas de desempenho sexual. Nas mulheres gestantes: Risco de má formação do feto. Bebês com deformidades. Filhos com retardo mental.

Sensação de fraqueza. Quedas.

Pés dormentes ou latejantes. Nervos dolorosos.

O Beber de Alto-Risco pode levar a problemas diversos: sociais (família, amigos, sociedade), legais (processos, violência, polícia), médicos (doenças físicas e mentais), domésticos (separação, filhos), no trabalho (desemprego, rebaixamento, salários baixos) e financeiros (dívidas).
Também pode reduzir seu tempo de vida e produzir acidentes com lesões ou morte devido a embriaguez no trânsito ou em acidentes domésticos ou de trabalho.

Limite de Baixo Risco

Homem Adulto com boa saúde:
Não mais que duas doses por dia ou três doses em uma ocasião por semana.

Mulher Adulta com boa saúde e não grávida:
Não mais que uma dose por dia ou duas doses em uma ocasião por semana.

Idoso Saudável: Não mais que uma dose por dia ou duas doses em uma ocasião por semana.

* Ficar sem beber pelo menos dois dias por semana.
* Pessoas que já tiveram problemas com álcool não devem beber nunca.

Não se deve beber

- Quando operando máquinas, dirigindo veículos, portando armas, ou quando se é responsável pela segurança de outros
- Se há alguma condição médica em que beber é contra-indicado (doenças do fígado, do estômago, do pâncreas, diabetes, cardiopatia, epilepsia, doença mental, dependência ao álcool, etc...)
- Após tomar medicações, como sedativos, analgésicos, alguns anti-hipertensivos, e medicações psiquiátricas (sedativos, anti-convulsivantes)

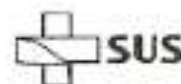
Você deveria parar de beber se:

- Você tentou diminuir o consumo antes, mas não conseguiu.
- Você sofre de tremores das mãos pela manhã quando bebe muito.
- Você tem pressão alta, doença no fígado ou em caso de gravidez.
- Você está tomando remédios que reagem com o álcool.

PAI-PAD
Programa de Ações Integradas para
Prevenção e Atenção ao Uso de Alcool e Drogas na Comunidade
Avenida Santa Luzia, nº 383, Jardim Sumaré
Ribeirão Preto - SP - CEP: 14025-090
Tel: (16) 3604-9474 paipad@fmrp.usp.br - www.fmrp.usp.br/paipad

USP - RIBERAÇÃO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE FACULDADE
DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ANEXO B - Termo de anuência institucional



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa 'ANÁLISE DE ELEMENTOS QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDOS EM CENTRO DE SAÚDE', sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Odete Pereira, CPF 057.944.038-96, cujo objetivo é 'identificar os elementos que interferem na adesão ao tratamento de tuberculose de usuários de álcool em situação de rua atendidos em centro de saúde em Belo Horizonte/MG', e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 27 de dezembro de 2021

Fabiana Ribeiro Silva

BM 76.874-3

Gerência de Integração Primária à Saúde
Diretoria de Assistência à Saúde/SMSA

Fabiana Ribeiro da Silva

Gerência de Integração do Cuidado à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Claudia Fidelis Barco BM 1147106

Assessoria de Educação em Saúde
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Claudia Fidelis Barco

Claudia Fidelis Barco
Assessoria de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA