

A longitudinalidade e o controle da tuberculose: Intervenções de equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo

Longitudinality and tuberculosis control: Interventions by Street Clinic teams in the city of São Paulo

Enver Lamarca Oliveira Santos^I, Suzana Kalckmann^{II}

Resumo

A literatura atual ressalta os esforços mundiais para a redução do coeficiente de incidência e de óbitos relacionados à tuberculose. Porém, estes indicadores ainda são elevados nas capitais brasileiras, com ênfase na população em situação de rua. Este artigo apresenta os resultados da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde de São Paulo, intitulado "A longitudinalidade e o controle da tuberculose: Intervenções de equipes de Consultório na Rua (eCnaR) no município de São Paulo". Objetivou identificar as práticas de cuidado de saúde desempenhadas por quatro eCnaR. Foram utilizadas duas ferramentas de coleta de dados direcionadas aos profissionais de saúde e pacientes acompanhados pelas equipes, correlacionando os atributos de longitudinalidade com a análise do conteúdo obtido. Foi evidenciada a atuação dos agentes de saúde como potente elo na construção do vínculo entre os pacientes e as eCnaR, bem como as estratégias usadas em negociações e construções de combinados com os pacientes. Também foi assinalada a importância da interface com profissionais nos centros de acolhida, em outras eCnaR e demais serviços parceiros para a conclusão do tratamento de tuberculose, constituindo efetivamente a rede de cuidado, diante da itinerância e das dificuldades enfrentadas pela população em situação de rua.

Palavras-chave: Controle da tuberculose; Pessoas em situação de rua; Consultório na Rua.

Abstract

The current literature highlights global efforts to reduce the incidence rate and deaths related to tuberculosis. However, these indicators are still high in Brazilian capitals, with emphasis on the homeless population. This article presents the results of the dissertation of the Professional Master's Degree in Collective Health by "Instituto de Saúde de São Paulo" (the São Paulo Health Institute), entitled "Longitudinality and tuberculosis control: interventions of Street Clinic teams (eCnaR) in the city of São Paulo". It aimed to identify the Healthcare practices performed by four eCnaR. Two data collection tools were used, aimed at health professionals and patients followed by the teams, correlating the attributes of longitudinality with the analysis of the content obtained. The role of the Health Agents as powerful links in building the bond between patients and eCnaR was evidenced, as well as the strategies used in negotiations and construction of agreements with patients. The importance of the interface with professionals in the Centers of Welcoming for the homeless population, other eCnaR and other partner services for the completion of tuberculosis treatment was also pointed out, effectively constituting the care network, given the itinerancy and difficulties faced by the homeless population.

Keywords: Tuberculosis control; Homeless people; Street Clinic Teams.

^I Enver Lamarca Oliveira Santos (enver.lamarca@gmail.com) é psicólogo, pós-graduado em Gestão Estratégica de Pessoas e Psicologia Organizacional e em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; mestre em Saúde Coletiva pelo programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – IS/SES-SP; e membro de uma equipe de Consultório na Rua no Município de São Paulo – Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (BOMPAR).

^{II} Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é bióloga pela Universidade de São Paulo (USP), mestre em Epidemiologia pela UNIFESP, doutora em Ciências na área de concentração de Infectologia em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças (SES/SP) e pesquisadora científica e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do IS/SES-SP.

A vida em situação de rua no município de São Paulo

A última pesquisa censitária¹, realizada no ano de 2019 no Município de São Paulo, mostrou 24.344 pessoas em situação de rua. Dentre elas, 11.693 relataram fazer uso de centros de acolhida/equipamentos sociais da prefeitura e 12.651 pessoas têm pernoitado nas ruas, praças e demais logradouros públicos do município. Na evolução destas pesquisas censitárias observa-se que a população em situação de rua, que outrora permanecia nas regiões centrais da cidade, nos últimos anos vem ocupando também outros territórios na capital.

A itinerância, ao longo de anos de uma vida em situação de rua, se faz presente por diversos motivos², como a busca por recursos para a subsistência, cuidado de saúde, afetos, garantia de acessos, de segurança, dentre outros. E também porque, às vezes, pernoitar em equipamentos sociais significa acessar uma oferta regular de refeições, um espaço para guardar a bagagem, banheiro, locais para a manutenção da higiene e repouso.

“(...) os centros de acolhida são destinados à população adulta em situação de rua na cidade; tais centros são organizados e coordenados pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), administrados por Organizações Não Governamentais (ONGs) em parceria com a prefeitura municipal. Neste local, é oferecido aos acolhidos refeições, condições para realização de higiene pessoal, pernoite e recebimento da assistência de serviço social e psicológica”³ (p. 116).

Os ambientes de abrigamento também apresentam limitações, seja pelo número de vagas disponíveis ou pelo tempo da oferta de acolhimento institucional, ou ainda delimitações de horários e regras, surgimento de conflitos nos espaços de convívio coletivo e outras. Cabe ainda salientar que as configurações dos quartos são, em sua maioria, grandes galpões com

beliches separados entre si com pouca distância. Esta é uma peculiaridade importante sobre a exposição à tuberculose e a necessidade de busca ativa de sintomas respiratórios.

A tuberculose e a longitudinalidade no cuidado de saúde

A tuberculose (TB) tem se mantido como um grave problema de saúde pública no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a doença infecciosa de agente único que mais mata, superando o HIV4. A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium Tuberculosis*, que afeta com mais frequência os pulmões, mas pode infectar qualquer parte do corpo.⁵

Conforme a OMS, a bactéria se espalha pelo ar quando pessoas infectadas lançam gotículas ao tossir, espirrar ou falar. A transmissão aérea ocorre a partir da inalação de dispersões oriundas das vias aéreas das pessoas com tuberculose ativa, que lançam no ar partículas que contêm os bacilos. Os sintomas da tuberculose ativa incluem: tosse persistente por mais de duas semanas – que pode apresentar-se com sangue ou escarro - febre, apresentação de transpiração durante o sono, cansaço, dores no peito e emagrecimento.⁶

No estado de São Paulo, o coeficiente de incidência de tuberculose, em 2017, foi de 39,6 casos/100 mil habitantes e tem se mantido acima da média da Região Sudeste e da nacional. O município de São Paulo, no mesmo ano, apresentou coeficiente de incidência de 52,4/100 mil habitantes, tendo sido notificados 6.376 casos novos². O risco de adoecimento por tuberculose se apresenta 56 vezes maior na população em situação de rua.⁷

Quando a pessoa entra em contato com o diagnóstico de tuberculose, vê-se atrelada a uma série de procedimentos e rotinas, como a tomada diária de medicações, supervisionada por profissional de saúde, consultas médicas e exames periódicos. O tratamento de tuberculose dura cerca de seis meses.⁶

O controle da tuberculose tem sido construído como um caminho desenhado entre os serviços de saúde e outros parceiros. Neste caminho, são pensadas as

portas de entrada, a continuidade, os encaminhamentos e o encerramento do cuidado de saúde. Durante o tratamento, existe a possibilidade do surgimento de outras demandas de saúde como, por exemplo, as psicológicas, demandas por acolhimento em equipamento social, necessidade de atualização da documentação ou o pleiteio por benefícios.

Dada a relevância das práticas adotadas no controle da tuberculose pelas equipes de Consultório na Rua (eCnaR), com ênfase no diagnóstico oportuno, início, continuidade e conclusão do tratamento, estas práticas estão delineadas no documento norteador dos Consultórios na Rua do município de São Paulo.⁸

“O Consultório na Rua tem como objetivos ser porta de entrada da população em situação de rua ao SUS, ampliar o acesso à rede de saúde e intersetorial e buscar a integralidade no cuidado. Tais objetivos devem partir da escuta qualificada e do acolhimento das demandas trazidas pelas pessoas, portanto, a ‘porta de entrada’ é o encontro entre o profissional da equipe e a pessoa na rua. É desse encontro que surgem as articulações da rede e o planejamento das ações de prevenção, promoção de saúde e cuidado nos diferentes pontos de atenção à saúde e da rede intersectorial”⁸ (p. 29).

A identificação da equipe de saúde como fonte regular de cuidados se destaca como um atributo da longitudinalidade⁹. E esta dimensão é observada quando o paciente verifica na eCnaR a possibilidade de retorno para consultas com profissionais de saúde para tratar eventos externos ao controle da tuberculose.

“A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de Atenção Primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam

receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde”¹⁰ (p. 60).

A relação interpessoal entre profissionais de saúde e pacientes com tuberculose pode ser um fator decisivo na continuidade do tratamento até sua conclusão. As condutas prescritivas devem propor o diálogo com o paciente e sua opinião deve ser respeitada, destacando que sua contrapartida seria a confiança no profissional e a coparticipação no tratamento.¹¹

“(...) a continuidade informacional é a base para a garantia da continuidade do cuidado. Diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde”¹¹ (p. 90).

A continuidade da informação permite a conexão de dados entre diferentes provedores para a condução do cuidado, tanto a informação relativa à condição clínica quanto o conhecimento sobre as preferências, os valores e o contexto do paciente. Estes elementos mostram-se importantes para assegurar o atendimento às necessidades do indivíduo.¹²

Metodologia

O estudo¹³ foi realizado no período de 2018 a 2021, durante o curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

Foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e da Prefeitura Municipal de São Paulo. A Escola Municipal de Saúde – Regional Sudeste emitiu uma carta de

anuência para a realização da pesquisa. A coleta de dados ocorreu na Coordenadoria Regional de Saúde (CRS Sudeste) em São Paulo, em três etapas. Considerando que o pesquisador atua em uma eCnaR no município de São Paulo, a escolha do local, dos instrumentos de coleta de dados e da forma de análise buscou reduzir a ocorrência de conflitos de interesse.

Na primeira etapa, durante a reunião de cada uma das quatro eCnaR, os profissionais responderam a um questionário e assinaram o consentimento informado. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas individuais com as categorias profissionais que apresentaram maior contato com os pacientes em tratamento de tuberculose. E na terceira etapa, foram feitas entrevistas semiestruturadas com pacientes acompanhados pelas eCnaR, em tratamento de tuberculose ou que realizaram o tratamento há seis meses, no máximo.

No total, 72 profissionais vinculados às quatro eCnaR foram convidados a participar do estudo, sendo que 57 responderam ao questionário autoaplicado. Na segunda etapa, foram entrevistados os profissionais que apresentaram a maior frequência de atendimentos a um mesmo paciente no período de um mês, com questões destinadas a conhecer o perfil, a história de vida e a atuação nas eCnaR. Foram entrevistados 30 profissionais que ocupavam cargos com exigência de Ensino Médio, sendo eles: agentes de saúde, agentes sociais e auxiliares de enfermagem.

As quatro eCnaR do estudo encontram-se alocadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UBS que acolhem as eCnaR são referências para os profissionais de saúde e, geralmente, iniciam o expediente e realizam atividades administrativas, como preenchimento das folhas de ponto, evoluções em prontuários, agendamentos de exames, de consultas com membros da equipe e com especialistas via regulação.

Ainda no espaço das UBS, durante a rotina das equipes, são realizadas as reuniões e parte dos cadastros de pacientes que se dirigem até ela, bem como a retirada da medicação de tuberculose, quando assim acordado, entregue diariamente aos pacientes. Embora sediadas em UBS, as equipes de Consultório na Rua

desempenham boa parte de suas atividades diárias nas ruas, praças, pontes, viadutos e equipamentos sociais.

“O território de cada uma das equipes de Consultório na Rua não deverá estar circunscrito à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde ou Coordenadoria Regional de Saúde, mas sim baseado no diagnóstico local de permanência e itinerância das pessoas em situação de rua”⁸ (p. 30).

Na terceira etapa, foram entrevistados nove pacientes, acompanhados pelas quatro equipes de Consultório na Rua, sendo quatro deles em tratamento de tuberculose e cinco que haviam recebido alta por cura. As perguntas foram direcionadas para conhecer o perfil e a história de vida dos pacientes e a sua percepção quanto a longitudinalidade no controle da tuberculose e demais cuidados de saúde realizados pelas eCnaR.

As entrevistas foram realizadas individualmente após a explicação aos pacientes sobre a proposta do estudo e o esclarecimento das dúvidas. Foram feitas nos locais de permanência dos entrevistados e buscou-se coletar dados para obter a sua percepção sobre a eCnaR como fonte regular de cuidados, relação interpessoal com os profissionais de saúde e a continuidade informacional realizada.

Os dados coletados foram analisados conforme os atributos de longitudinalidade/continuidade do cuidado⁹ na Atenção Primária, usando como condição traçadora o controle da tuberculose e o reconhecimento pela população adscrita das eCnaR como fonte regular de cuidados, bem como as práticas relatadas pelos profissionais de saúde voltadas para o estabelecimento do vínculo duradouro nas relações interpessoais e a continuidade informacional.

Resultados e Discussão

Nos relatos dos pacientes, foi apresentado o reconhecimento de explicações e condutas das eCnaR quanto às queixas apresentadas, porém, na fala

dos profissionais entrevistados, foi verificado o baixo reconhecimento dessas práticas. Conforme preconizado no protocolo de enfermagem sobre o tratamento diretamente observado (TDO), que menciona a importância da visita, das orientações e do encorajamento⁶, vale mencionar que o agente de saúde qualificado pode se transformar em um relevante instrumento de disseminação do conhecimento e do esclarecimento de dúvidas, motivando a continuidade do tratamento da tuberculose.

O acesso ao diagnóstico oportuno e o tempo de tratamento foram mencionados pelos participantes do estudo. O tratamento de tuberculose ainda se encontra envolto por tabus, como a vergonha por ter entrado em contato com a doença e o receio exacerbado de transmiti-la. Notou-se que nas três etapas do estudo os profissionais das eCnaR e os pacientes entrevistados mencionaram a ocorrência de incômodos causados por efeitos colaterais das medicações, como enjoo, dores no corpo e aumento no volume de urina.

Nas colocações dos pacientes entrevistados, foram apresentadas histórias de vidas e vivências de pernoites e de permanência nas calçadas e ruas, intercaladas por períodos de acolhimento em equipamentos sociais. O tempo de permanência relatado foi entre 2 e 35 anos, com narrativas de rotinas de alimentação insuficiente e desbalanceada, baixa qualidade de sono, exposição às intempéries, vivência de conflitos e agressões, relação de uso abusivo de álcool e outras drogas e a presença de outros fatores estressores.

Dos 30 profissionais de saúde entrevistados, sete afirmaram não ter pernoitado nas ruas e equipamentos sociais da prefeitura. Dos que vivenciaram a situação de rua, que afirmaram ter utilizado centros de acolhida e/ou terem pernoitado nas ruas, foi mencionado o tempo de permanência entre 6 meses e 5 anos.

Os profissionais de saúde entrevistados relataram terem passado por momentos breves em que utilizaram equipamentos sociais da prefeitura, por terem rompido vínculos familiares, vivenciando o luto de um familiar, desemprego e outros episódios. Em alguns casos, foi relatado o uso abusivo de álcool e drogas. Também ocorreram relatos de vivências em equipamentos de

acolhimento ou nas ruas por períodos maiores, iniciados na infância e adolescência. Um dos entrevistados pontuou que se encontrava nesta situação.¹³

A vivência pessoal nas ruas e em equipamentos sociais apareceu com frequência nas falas dos agentes de saúde, sendo esta uma condição relevante para a contratação desta categoria profissional, feita por uma das organizações sociais que administra as eCnaR. Esse critério para a contratação foi mencionado em mais de uma ocasião, em três das quatro equipes entrevistadas.

Alguma similaridade entre as características destes profissionais de saúde – em relação ao seu histórico de vida e vivência em situação de rua – com as dos pacientes foi evidenciada no comparativo dos perfis dos entrevistados, sendo este um potencial facilitador para a atuação do agente de saúde na construção de vínculos entre eles. Destacou-se nas narrativas dos profissionais de saúde, principalmente agentes de saúde, a intencionalidade da criação de relações interpessoais e de vínculos com os pacientes atendidos.

Os atributos de longitudinalidade apresentados

Na análise do conteúdo¹⁴ e na categorização das colocações dos participantes do estudo, conforme os atributos de longitudinalidade⁹, foram evidenciadas as práticas de cuidado de saúde da seguinte forma:

Fonte regular de atenção – a partir das respostas dos profissionais de saúde, foi criada a categoria: “*Cobertura e revezamento na entrega de medicação de tuberculose*”, com destaque para a necessidade da entrega diária da medicação aos pacientes e a apropriação dos casos por demais membros da equipe, com ênfase no vínculo entre agentes de saúde e os pacientes em tratamento de tuberculose.

Outra categoria relevante foi: “*Comunicação entre os serviços de saúde e da assistência social*”, mencionando a necessidade da manutenção do diálogo entre profissionais da saúde, responsáveis pelo tratamento de tuberculose, e profissionais da assistência social, responsáveis pela acomodação e estadia dos pacientes nos centros de acolhida. Também foi enfatizada a

gestão do caso e a entrega da medicação no contexto dos acompanhamentos dos pacientes em tratamento de tuberculose.

Neste atributo, a partir das falas dos pacientes, foram destacadas duas categorias: “*Início do acompanhamento de saúde com a eCnaR, com o diagnóstico e início do tratamento de tuberculose*” e “*Início do acompanhamento de saúde com uma eCnaR e continuidade com outra eCnaR*”, ressaltando as equipes como referência para o tratamento de tuberculose, a itinerância dos pacientes e a continuidade do cuidado pela comunicação entre as eCnaR.

“Eles (outra eCnaR) traziam o remédio para mim, eu não conseguia andar. Aí me trouxeram para cá, eles que me arrumaram a vaga. Eu comecei na eCnaR 01, quando eu vim para essa área desde 2014. Tenho um problema de úlcera e depois foi acrescentando outros problemas, na eCnaR 01 foi só a úlcera, aí depois no tratamento de saúde na eCnaR 02, deu tuberculose ano passado” (Paciente acompanhado pela eCnaR 02).

Relação interpessoal entre profissionais de saúde e pacientes – Neste atributo, destaca-se a categoria: “*Conscientização da importância do tratamento até o final*”. A composição desta categoria assinala a busca por constantes sensibilizações dos pacientes quanto ao cuidado de si e continuidade do tratamento. Foi mencionada a necessidade do monitoramento clínico e ressaltada a importância da manutenção das relações interpessoais.

Os profissionais de saúde realizaram apontamentos sobre a importância do acolhimento e de ações de educação em saúde, sendo mencionada a oferta de orientações aos pacientes sobre o tratamento de tuberculose e de atendimento psicológico. Pontuaram ainda a necessidade de monitoramento do andamento dos tratamentos por meio de exames periódicos e ressaltaram a necessidade da continuidade da busca ativa por casos novos.

A categoria “*Itinerário Terapêutico*” foi mencionada como um instrumento criado para monitorar os locais de permanência das pessoas em tratamento de tuberculose. Segundo os profissionais, nesta ferramenta são coletadas informações sobre o cotidiano dos pacientes, ressaltando os ambientes geográficos frequentados. Com isso, busca-se conhecer mais profundamente a forma de interação dos sujeitos com o município e regiões, além de viabilizar futuras abordagens em caso de abandono do tratamento.

Também foi criada a categoria “*Garantia de Direitos*”, na qual foi mencionada a necessidade de cuidado integral em saúde dos pacientes em tratamento de tuberculose, ressaltando a importância da reinserção social, da facilitação da retomada dos vínculos familiares, documentação pessoal e fortalecimento da autoestima.

Finalizando este atributo, na categoria “*Internação Hospitalar*”, foi apontada a importância do tratamento de tuberculose, realizado durante o período de seis meses, ocorrer, em alguns casos, em ambiente hospitalar. Também foi ressaltada, nas colocações de alguns profissionais entrevistados, o desejo pela obrigatoriedade do tratamento, sendo a internação hospitalar uma forma de garantia da continuidade.

As eCnaR, frente às demandas apresentadas pelos pacientes no atendimento diário, viam-se impelidas a desenvolver estratégias, técnicas e procedimentos, buscando dar respostas a essas necessidades¹⁵. Esta categoria, assim como outras apontadas no estudo, mostra a possibilidade da construção de parcerias com demais serviços de saúde na proposta do atendimento em rede.

Apesar disso, o direcionamento para a obrigatoriedade da adesão dos pacientes ressalta um desvio no atributo de longitudinalidade das relações interpessoais entre profissionais de saúde e pacientes acompanhados. A longitudinalidade¹² requer uma relação terapêutica pautada por corresponsabilização e confiança. De acordo com a autora, a longitudinalidade é baseada na constituição de vínculos, no desenvolvimento de uma relação de cuidado ao longo do tempo, conforme as abordagens e interações com a eCnaR.

Nas entrevistas com os pacientes, a partir dos questionamentos sobre a relação interpessoal, foram destacadas as seguintes categorias: “*Afirmar ter falado do seu histórico de vida*”, “*Ressalta como positivo o atendimento que lhe é destinado*” e “*Sente que houve espaço para perguntas e que as respostas foram adequadas.*”

“Sim, pelo fato de eu trabalhar, eles colaboraram comigo, porque sabiam que eu trabalhava, aí eu passava lá e eles me entregavam os comprimidos para eu não chegar atrasado no serviço” (Paciente acompanhado pela eCnaR 04).

“Eu queria parar de tomar o remédio, não estava mais aguentando tomar o remédio. Comentava com a equipe, eles falavam que é desse jeito mesmo. O que facilitou foi o tratamento, para mim aqui, foi o pessoal ser legal comigo” (Paciente acompanhado pela eCnaR 01).

Continuidade informacional no cuidado de tuberculose – Foram geradas categorias como: “*Comunicação entre os sistemas de informatização*”, “*Registro em prontuário e livro ATA nas reuniões de equipe*” e “*Registro em prontuário e banco de dados eletrônico*”, indicando a importância da comunicação e do registro de informações no enfrentamento diário dos desafios do tratamento de tuberculose.

A partir das colocações dos pacientes, foram tecidas as seguintes categorias: “*Acredita que as queixas e dúvidas são registradas*”, “*Paciente menciona o seguimento da informação no diagnóstico e tratamento*” e “*Paciente aponta o momento de reunião da eCnaR como uma forma de troca de informações sobre o seu caso.*”

Sobre as dúvidas durante o tratamento de tuberculose: “(...) ou na hora ou depois e na reunião deles. Eles debatem lá e me respondem” (Paciente acompanhado pela eCnaR 01).

Estratégias desenvolvidas

A partir dos relatos dos pacientes, foram criadas três categorias com relação à entrega da medicação de tuberculose no TDO, conforme os combinados entre os pacientes e as eCnaR, sendo elas: “*Paciente se deslocava diariamente até UBS para retirar a medicação*”, “*Medicação levada ao paciente nos primeiros meses e, posteriormente, ele se deslocava até a UBS*” e “*Medicação levada ao paciente durante todo o tratamento*”. Foi observada a construção de combinados com os pacientes¹⁶, em um movimento de flexibilização do tratamento, pois a tuberculose se mostra diferente para cada sujeito e estratégias individualmente customizadas aumentam as chances de sucesso ao longo do tratamento.

“Entre os sentidos do cuidado para o controle da tuberculose presentes nos discursos passíveis de destaque estão as habilidades dos profissionais em conhecer o território que atuam, realização da clínica de modo acolhedor, disposição em estabelecer vínculo, atenção às necessidades individuais do sujeito como cidadão de direitos e a capacidade de persistir investindo no cuidado mesmo diante das adversidades”¹⁶ (p. 76).

Foram observados apontamentos referentes a formas de abordagem, oferta de serviço e tentativa de vinculação com os pacientes no território, sendo mencionadas também ações em que as equipes realizam grupos de educação em saúde, o “Café sem TB”, testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis e ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios. As ações de busca ativa, nas ruas e nos equipamentos sociais, apareceram nos relatos dos profissionais de saúde como ferramentas de verificação contínua, atividade realizada na prática diária dos agentes de saúde.

Também foram evidenciadas articulações com serviços parceiros, na tentativa de construir redes de apoio. Por exemplo, na solicitação de vaga fixa em centros de acolhida, com o objetivo de garantir o repouso,

a alimentação e a manutenção da higiene, bem como aumentar as chances de permanência do paciente no local e da continuidade ao cuidado. Também foram apresentadas outras soluções aos problemas diários desses pacientes, com grande relevância para a adesão e para o sucesso do tratamento de tuberculose.⁶

“(...) é primordial um trabalho de equipe que repercute em discussões de casos e no trabalho em rede para fundamentar o planejamento e a continuidade das ações. São destacadas a realização indiscriminada de exames de baciloscopia e cultura a todos os cadastrados, busca ativa de faltosos e supervisão do trabalho”¹⁶ (p. 78).

Uma das ações recorrentes, apontada no relato dos profissionais, foi o “Café sem TB”, evento em que as equipes oferecem um café da manhã ou café da tarde aos pacientes acompanhados em tratamento de tuberculose e pacientes que obtiveram alta recentemente. O café é ofertado a partir do repasse de doações, após a captação de recursos realizada pelos profissionais de saúde e uma das organizações sociais que administra as eCnaR.

Durante o café, os profissionais de saúde buscam acolher queixas e responder as dúvidas dos pacientes. Também ocorrem depoimentos de pessoas que concluíram o tratamento de tuberculose e receberam alta por cura, que partilham a sua trajetória, destacando as adversidades enfrentadas e os pontos que auxiliaram na conclusão do tratamento.

Considerações finais

A presença dos três atributos de longitudinalidade nas práticas adotadas pelas eCnaR destaca os avanços no cuidado de saúde das pessoas em situação de rua, com ênfase nas estratégias de comunicação direcionadas ao cuidado de pessoas expostas à tuberculose. Vale ressaltar que, diante do desafio da itinerância dessas pessoas, a longitudinalidade tem sido agregada à prática das eCnaR, com destaque para

a troca de informações nas reuniões de equipe, nos registros em prontuário, por mensagens eletrônicas, telefonemas e a comunicação entre as eCnaR. Estes recursos apresentaram evidências sobre a diminuição do retrabalho, do desgaste dos pacientes e da descontinuidade no fluxo de informações.

Também foram apresentados conteúdos sobre a comunicação com hospitais de pronto atendimento e de especialidades, e o desenvolvimento do cuidado compartilhado com demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), abordando o vínculo exemplificado no acompanhamento realizado por um agente de saúde levando um paciente em consulta de especialidade médica, o monitoramento da internação e a articulação para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Reforçando o importante papel desempenhado pelos agentes de saúde nas eCnaR e no cuidado com os pacientes em tratamento da tuberculose, verificou-se que parte significativa desses profissionais mencionou não possuir nenhum curso ou formação sobre TB. Considerando as atribuições do cargo do agente de saúde, foi destacada a relevância de formações que proporcionem a esses profissionais a apropriação de informações gerais sobre a tuberculose.

A prática do cuidado envolve o encontro entre os sujeitos – o profissional de saúde e o paciente – no acolhimento das intenções e expectativas apresentadas por ambos³; vale salientar que os resultados encontrados no estudo sobre a atuação das eCnaR explicitou a necessidade de formar, capacitar e de atualizar constantemente os profissionais de saúde em educação permanente e continuada.

Por fim, os três atributos de longitudinalidade se apresentaram nas práticas e na atuação das equipes de Consultório na Rua, sendo verificado o impacto positivo das ações diante dos desafios do cuidado de saúde da população em situação de rua. Notou-se que as eCnaR do município de São Paulo têm utilizado os avanços do aparato para a prevenção, diagnóstico oportuno e o tratamento da tuberculose, e em algumas ocasiões, têm acrescentado estratégias e ferramentas para encontrar, sensibilizar e motivar os pacientes acompanhados até o momento da alta por cura.

Referências

1. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (SP). Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua [internet]. Qualitest. 2019 [acesso em 14 abr 2023]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieYzY2MDJmNTAtNzhIMiOONzliLTk4MzYtY2MzN2U-5ZDE1YzI3liwidCI6ImEOZTA2MDVjLWUzOTUtNDZIYS1iMmE4LThiNjE1NGM5MGUwNyJ9>
2. FIPE - Fundação Instituto de Pesquisa Econômica. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo: 2015. São Paulo; 2015.
3. Noronha A, Fonseca PMM, Carneiro AMC, Neri ECFP. Centro de Acolhimento para Adultos: Impacto na Sociedade. São Paulo: Unicastelo; 2011. v.2
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Brasília (DF); 2018. (Boletim Epidemiológico; 11) v. 49.
5. WHO - World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2022 [internet]. Geneva; 2022 [acesso em 14 abr 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>.
6. Ministério da Saúde (BR). Tratamento Diretamente Observado - TDO da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília (DF); 2011.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Brasília (DF); 2019. (Boletim Epidemiológico; 9). v. 50
8. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP). Documento Norteador dos Consultórios na Rua [internet]. 2016 [acesso em 14 abr 2023]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/norteadorconsultoriona%20ruabaixa23122016.pdf>
9. Cunha EM, Andrade GRB, Oliveira CCM, Marques MC, Vargens JMC, O'Dwyer G. Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: processo de validação por especialistas. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Coletiva. 2017; 25(2): 249-258.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
11. Cunha EM. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009.
12. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade, continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(sup 1):1029-1042.
13. Santos ELO. A longitudinalidade e o controle da tuberculose: intervenções de equipes de Consultório na Rua no Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES; 2021 [acesso em 04 jul 2023]. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/4dsd5>
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
15. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde debate. 2015;39 (esp):246-256.
16. Alecrim TFA. A rua que acolhe, a rua que cura: equipe de Consultório na Rua como Estratégia para atenção à pessoa com tuberculose. São Carlos: UFSCar; 2016.