



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ALINE AZEVEDO VIDAL

**O MANEJO DA TUBERCULOSE NA PANDEMIA DE COVID-19: UMA ANÁLISE
SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO

2022

ALINE AZEVEDO VIDAL

**O MANEJO DA TUBERCULOSE NA PANDEMIA DE COVID-19: UMA ANÁLISE
SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em nome do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Karla Santa Cruz Coelho

Rio de Janeiro

2022

CIP - Catalogação na Publicação

VV648m Vidal, Aline Azevedo
O manejo da tuberculose na pandemia de COVID-19: uma análise sobre o processo de trabalho da equipe de consultório na rua no município do Rio de Janeiro / Aline Azevedo Vidal. -- Rio de Janeiro, 2022.
90 f.

Orientadora: Karla Santa Cruz Coelho.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2022.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Equipe de Consultório na Rua. 3. COVID-19. 4. Tuberculose. I. Coelho, Karla Santa Cruz, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE
JANEIRO PROGRAMA DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À



SAÚDE

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 14hs do dia 8 de Abril de 2022 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: “Atenção Primária à Saúde”, na Linha de Pesquisa: **Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS)**. A dissertação com o título: "**O MANEJO DA TUBERCULOSE NA PANDEMIA COVID-19: UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**". Foi apresentada pela candidata: **Aline Azevedo Vidal**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 120075440** (SIGA). A defesa da dissertação foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Karla Santa Cruz Coelho, Maria Paula Cerqueira Gomes e Clarissa Terenzi Seixas**, em sessão REMOTA, () PARCIAL (x) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 30 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção (X) **APROVADA** () **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Candidata aprovada, com recomendação para publicação.

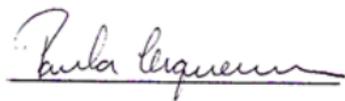
Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela aluna examinada. A gravação foi realizada e está disponível:

https://drive.google.com/drive/u/1/folders/19D1u_aMyfOoRwJmOOFCWbGxfMZg1guJ5.

Presidente/Orientadora

Karla Santa Cruz Coelho

1º Examinadora:



Maria Paula Cerqueira Gomes

2º Examinadora:



Clarissa Terenzi Seixas

Aluna/Examinada:



Aline Azevedo Vidal

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela realização deste trabalho.

Agradeço a minha família que sempre apoiou meus desafios acadêmicos.

Agradeço à minha equipe de Consultório na Rua da CAP 5.1, por todo aprendizado adquirido e que estiveram presentes na construção desse trabalho.

Agradeço a turma de mestrado, em especial ao grupo de estudo que fiz parte, constituído por profissionais apaixonadas pelo SUS.

Agradeço à minha orientadora Karla Santa Cruz Coelho pela disponibilidade ao longo deste percurso, por suas palavras e confiança no meu trabalho.

Grata a todos que de certa forma me ajudaram a chegar até aqui.

RESUMO

VIDAL, Aline Azevedo. **O manejo da tuberculose na pandemia de COVID-19: Uma análise sobre o processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2022. 90f. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O Consultório na Rua (eCR) tem sido uma oportunidade de inclusão e garantia de direitos à população em situação de rua realizando atendimento na perspectiva integral da atenção à saúde. A equipe de consultório na rua lida com os problemas clínicos mais comuns junto às pessoas em situação de rua, sendo o adoecimento por tuberculose de maior prevalência devido às condições sociais e de saúde. Além dos desafios no manejo e enfrentamento da tuberculose pela equipe de consultório na rua, a Organização Mundial da Saúde em março de 2020 declarou estado de pandemia da doença COVID-19. A pandemia de COVID-19 tem sido um desafio para Atenção Básica em especial para as equipes de consultório na rua, visto a necessidade de reorganização do serviço para combate à doença, bem como a manutenção e garantia das atividades assistenciais e de planejamento para manejo da tuberculose. **Objetivo geral:** Analisar o processo de trabalho da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 no manejo dos casos de tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro. **Objetivos específicos:** Analisar o processo de trabalho e produção de cuidado no manejo dos casos de tuberculose na população em situação de rua acompanhados pela equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 no município do Rio de Janeiro no contexto da pandemia de COVID-19; Identificar os principais desafios da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 na produção de cuidado junto à população em situação de rua com diagnóstico de tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro; Discutir as fragilidades e potencialidades da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 na reorganização do processo de trabalho para o manejo da tuberculose na população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Foram entrevistados sete profissionais da equipe de consultório na rua da área programática 5.1 do município do Rio de Janeiro - RJ no período de maio a dezembro de 2021. As entrevistas foram transcritas, organizadas, subsidiadas pela imersão e observação participante na prática dos sujeitos do estudo, obtido por meio dos registros do diário de campo da pesquisadora. A análise e a

discussão dos dados deram-se à luz da cartografia. **Contribuição:** Considerando o contexto da pandemia de COVID-19 é relevante investir no cuidado junto à pessoa em situação de rua com tuberculose de forma compartilhada localmente, no território, avançando na articulação e no fortalecimento das redes intersetoriais. E que para o compartilhamento do cuidado e o fortalecimento da rede intra e intersetorial tenham êxito, se faz necessário o alinhamento das ações e diálogo entre os dispositivos do território para melhor operacionalização das atividades integradas. A análise do processo de trabalho da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1, no município do Rio de Janeiro, aponta algumas singularidades das ações desenvolvidas para o manejo da tuberculose junto à população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19. A equipe de consultório na rua vem cumprindo seu papel institucional de cuidado em saúde à população em situação de rua numa abordagem multiprofissional e na lógica do cuidado integral. Realizar o cuidado a essa população, em especial os que possuem diagnóstico de tuberculose, é um desafio para a equipe, pois exige não somente o manejo dos protocolos clínicos, mas principalmente a construção do trabalho que seja compartilhado com a rede intra e intersetorial ficando mais evidente na pandemia de COVID-19. Entende-se que estar no território é fundamental, mas não é suficiente. Além da tarefa de estar no território e se construir pelo território da rua, a clínica no território tem que ser também uma clínica de rua principalmente no que tange ao manejo da tuberculose.

Palavras-chaves: Pessoas em situação de rua; Equipe de Consultório na Rua; COVID-19; Tuberculose

ABSTRACT

VIDAL, Aline Azevedo. **The management of tuberculosis in the COVID-19 pandemic: An analysis of the work process of the Consultório na Rua (medical appointments on the streets) team in the city of Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2022. 90f. Dissertation (Professional Masters in Primary Health Care) – Center for Health Sciences, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The Consultório na Rua (eCR) has been an opportunity for inclusion and warranty of rights to the homeless population, providing care in the integral perspective of health care. The street clinic team deals with the most common clinical problems with people living on the street, with tuberculosis being the most prevalent disease due to social and health conditions. In addition to the challenges in handling and coping with tuberculosis by the street office team, the World Health Organization in March 2020 declared the COVID-19 disease pandemic status. The COVID-19 pandemic has been a challenge for Primary Care, especially for street clinic teams, given the need to reorganize the service to combat the disease, as well as the maintenance and guarantee of care and planning activities for managing the disease tuberculosis. **General goal:** To analyze the work process of the office team on the street of the Programmatic Area 5.1 in the management of tuberculosis cases in the context of the COVID-19 pandemic in the city of Rio de Janeiro. **Specific goal:** To analyze the work process and care production in the management of tuberculosis cases in the homeless population accompanied by the street team of Program Area 5.1 in the city of Rio de Janeiro in the context of the COVID-19 pandemic; Identify the main challenges of the street team in Program Area 5.1 in the production of care for the homeless population diagnosed with tuberculosis in the context of the COVID-19 pandemic in the city of Rio de Janeiro; Discuss the weaknesses and strengths of the street team in Program Area 5.1 in the reorganization of the work process for the management of tuberculosis in the homeless population in the context of the COVID-19 pandemic in the city of Rio de Janeiro. **Methodology:** This is an exploratory research with a qualitative approach. Seven professionals from the team on the street of program area 5.1 of the city of Rio de Janeiro - RJ were interviewed from May to December 2021. The interviews were transcribed, organized, subsidized by immersion and participant observation in the practice of the study subjects, obtained through the records of the researchers field diary. Data analysis and discussion was due to cartography methodology. **Contribution:** Considering the context of the COVID-19 pandemic, it is relevant to invest in care for the homeless people with tuberculosis in a shared way locally, in the territory,

advancing in the articulation and strengthening of intersectoral networks. And for the sharing of care and the strengthening of the intra and intersectoral network to be successful, it is necessary to align actions and dialogue between the devices of the territory for better operationalization of integrated activities. The analysis of the work process of the office team on the street of the Programmatic Area 5.1, in the city of Rio de Janeiro, points out some singularities of the actions developed for the management of tuberculosis among the homeless population in the context of the COVID-19 pandemic. The street clinic team has been fulfilling its institutional role of health care for the homeless population in a multiprofessional approach and in the logic of comprehensive care. Caring for this population, especially those diagnosed with tuberculosis, is a challenge for the team, as it requires not only the management of clinical protocols, but mostly the construction of work that is shared with the intra and intersectoral network, becoming more evident in the COVID-19 pandemic. It is understood that being in the territory is fundamental, but it is not enough. Besides the task of being in the territory and building itself through the territory of the street, the clinic in the territory must also be a street clinic, especially concerning the management of tuberculosis.

Keywords: Homeless people; Street Team; COVID-19; Tuberculosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Risco de adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis em comparação ao risco da população geral.....	18
Figura 1 –	Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro.....	42
Figura 2 –	Área de Abrangência AP 5.1.....	43
Figura 3 –	Pontos de Concentração População em Situação de Rua.....	44
Figura 4 –	Rede de Apoio da equipe de Consultório na Rua da AP 5.1.....	44
Quadro 2 –	Elementos desafiadores/potencialidades/fragilidades do cuidado à Tuberculose na população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19.....	51
Quadro 3 –	Construção da Rede de cuidados e intersetorialidade para o acompanhamento da pessoa em situação de rua com tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19.....	57
Quadro 4 –	A rua como espaço de produção de cuidado: Processo de trabalho da eCR no manejo da tuberculose na população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AP	Áreas de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenação das Áreas Programáticas
CASDH	Coordenadoria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DC	Diário de Campo
eAB	Equipes de Atenção Básica
eCR	Equipes de Consultórios na Rua
EqSF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos Ampliado à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNIS	Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde

SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidades Básicas de Saúde
URS	Unidade de Reinserção Social

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
	CAPÍTULO 1	24
2	OBJETIVOS	24
2.1	GERAL	24
2.2	ESPECÍFICOS.....	24
	CAPÍTULO 2	26
3	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	26
	CAPÍTULO 3	29
4	REVISÃO DE LITERATURA	29
4.1	PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA.....	29
4.2	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	32
4.3	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E TUBERCULOSE.....	37
	CAPÍTULO 4	42
5	CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA	42
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	42
5.2	CAMPO DA PESQUISA – CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	43
5.3	ETAPAS DA PESQUISA E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	47
5.4	TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	49
5.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	50
5.6	RISCOS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DA PESQUISA.....	50
5.7	GARANTIA DE RETORNO DA PESQUISA.....	50
	CAPÍTULO 5	52
6	RESULTADO E ANÁLISE	52
6.1	TEMA 1 - ELEMENTOS DESAFIADORES / POTENCIALIDADES / FRAGILIDADES DO CUIDADO À TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	52
6.2	TEMA 2 - CONSTRUÇÃO DA REDE DE CUIDADOS E INTERSETORIALIDADE PARA O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA COM TUBERCULOSE NO	

	CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	58
6.3	TEMA 3 - A RUA COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE CUIDADO: PROCESSO DE TRABALHO DA ECR NO MANEJO DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	62
	CAPÍTULO 6.....	69
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICE - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	80
	ANEXO 1 - PARECER DO CEP.....	81
	ANEXO 2 - PARECER DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO GESTOR/TRABALHADOR.....	86
	ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO USUÁRIO.....	90
	ANEXO 4 - ORÇAMENTO DA PESQUISA.....	94

Aproximação com o tema

A **motivação** para construção da presente pesquisa envolvendo a questão do processo de trabalho, as práticas de cuidado, em especial o manejo da tuberculose em pessoas em situação de rua, ancora-se ao longo da minha trajetória profissional, atuando na Atenção Primária à Saúde (APS), sempre ligada ao trabalho com populações e territórios de grande vulnerabilidade social na Área Programática 5.1 (AP). Neste último cenário, participei da implementação em novembro de 2014 da equipe de Consultório na Rua da AP 5.1, vivenciando o processo de cogestão com a gerente da área técnica dos Consultórios na Rua (Superintendência de Atenção Primária), apoiador do consultório na rua (Coordenadoria Geral de Atenção Primária) e articulador (profissional da equipe), atuando em diferentes pontos da rede na busca da construção do cuidado longitudinal.

Em 2014 fui convidada para participar da implantação da eCR de Realengo, zona oeste do Rio de Janeiro, onde trabalho até os dias atuais. O conjunto de práticas da eCR se unia de forma inovadora à Estratégia de Saúde da Família para promover acesso e integralidade do cuidado à população em situação de rua (PSR). O desafio que enfrentaria a partir de então era a articulação do trabalho em equipe ampliada da Atenção Primária à Saúde (APS) para atender as necessidades do usuário e a atuação intersetorial com novo dispositivo de saúde no território.

O pensar sobre o processo de trabalho e práticas de cuidado baseia-se, mais especificamente, na trajetória como gerente em serviço de saúde, de unidade com equipe de consultório na rua. O perfil desta população sempre fez com que os profissionais de saúde repensassem suas práticas para atender demandas que, muitas vezes, não se apresentavam em protocolos clínicos, sendo também um dos desafios para o gerente que precisa realizar análise constante dos processos de trabalho para identificação dos nós críticos na produção do cuidado visando assistência integral efetiva e pelo compromisso em organizar o trabalho e práticas cuidadoras de forma a produzir aprendizagens no cotidiano e mobilizar criativamente os recursos para superar os problemas e fazer acontecer os resultados, atuando onde os processos de trabalho, as pessoas e os planos se encontram e se chocam.

Durante minha jornada com a equipe de consultório na rua pude observar que a população em situação de rua tem como singularidade uma dinâmica de itinerância que traz desafios a continuidade do cuidado e vem movendo a eCR no crescente trabalho de articulação e comunicação com os demais instrumentos do território para a construção de

novas formas de atuação para o cuidado e acompanhamento frente aos problemas desta população, tendo como característica a abordagem ao usuário no local onde se encontra, considerando suas condições de vida.

Em 2020 participei do segundo módulo do curso de extensão “Construindo Coletivamente a Perspectiva da Interprofissionalidade na Rede de Atenção à Saúde de Macaé”, trazendo como ementa a questão da tuberculose que permanece como problema de saúde pública, apesar dos avanços alcançados, através das intervenções tecnológicas de alta densidade material (tecnologias duras) e de saberes (leveduras), como a disponibilidade de medicamentos, diferentes meios diagnósticos e protocolos para o cuidado, ao longo do tempo.

A estreita relação entre tuberculose, condições de vida e de acesso aos serviços de saúde faz com que o processo saúde-doença e cuidado seja fenômeno multicausal que extrapola o campo biomédico. Considerando a complexidade em lidar com a saúde da população em situação de rua e a alta relevância para as condições de saúde dessa população, em especial o manejo da tuberculose e ao fato dessa população demandar um trabalho em redes institucionais (intra e intersetoriais), o processo de trabalho da eCR está extremamente articulado com as práticas de cuidado, ficando mais evidente no cenário atual da pandemia de COVID-19.

Nesta conjuntura, a possibilidade de aprimorar conhecimentos adquiridos durante a minha trajetória na gestão, de forma alcançar excelência na área de atuação é fator de grande motivação e permite vislumbrar impactos positivos no processo de trabalho, com vistas a melhorar a eficácia e a eficiência nas três dimensões: política, organizacional e técnica que é de suma importância para trabalho do gerente de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Consultório na Rua (eCR) tem sido uma oportunidade de inclusão e garantia de direitos à população em situação de rua. Como modalidade de equipe constituída no bojo da Política Nacional de Atenção Básica de 2011, e regulamentada pelas Portarias nº. 122 de 25/01/2011 e nº. 123 de 25/01/2012, visa atender às pessoas em situação de rua na perspectiva integral da atenção à saúde (SMS/RJ, 2016).

Essa proposta surgiu a partir das experiências de equipes de Saúde Mental, que trabalhavam no cuidado à população em situação de rua, alinhadas às equipes básicas de Saúde da Família. Por esta iniciativa, o Ministério da Saúde reconhecendo tal importância, buscou fortalecer a atenção, lançando as equipes de *Consultório de Rua*, numa perspectiva voltada para ações de redução de danos para usuários de álcool e outras drogas. No entanto, ao ser incorporada à atenção básica, afastando-se do olhar particularizado da saúde mental, passou a ser chamada de *Consultório na Rua*, visando atender às pessoas em situação de rua na perspectiva da integralidade da atenção em saúde (SMS/RJ, 2016).

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais que atuam de forma itinerante prioritariamente e, quando necessário, utilizam as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território adscrito ao qual se faz abordagem, desenvolvendo ações em parceria com as equipes das unidades. Levando-se em consideração as especificidades e diferentes tipos de agravos à saúde dessa população, além da circulação constante por diversos territórios, é de suma importância a articulação da rede de serviços no sentido de efetivar a coordenação do cuidado e fortalecimento do vínculo da pessoa em situação de rua não somente com a equipe de Consultório na Rua, como também pelas equipes das UBS, de modo que estas também sejam referência e se responsabilizem pelo usuário (BRASIL, 2012).

As equipes de Consultório na Rua desenvolvem um trabalho dentro da lógica de apoio matricial junto às equipes de Saúde da Família, compartilhando suas experiências e estratégias no modo de acolher e cuidar das pessoas em situação de rua (SMS/RJ, 2016). Essa troca entre as equipes visa aumentar a resolutividade, coordenação do cuidado, ampliando o acesso, e a adoção de novas estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção

Básica deve considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social (PNAB, 2017).

O Ministério da Saúde definiu as diretrizes para organização, funcionamento e capacitação das equipes de Consultório na Rua para atender de modo integral e oportuno às necessidades singulares dessa população que possuem estilo de vida que aumenta sua vulnerabilidade no que se refere ao processo saúde-doença (BRASIL, 2012). A equipe de consultório na rua lida com os problemas clínicos mais comuns junto às pessoas em situação de rua, sendo o adoecimento por tuberculose de maior prevalência devido às condições sociais e de saúde decorrente das deficiências nutricionais, uso de álcool e outras drogas, privação de sono, falta de segurança, infecção pelo vírus da AIDS, idade avançada e falta de cuidados com a saúde que prejudicam a função imunológica e elevam a probabilidade de desenvolvimento da Tuberculose (HINO et al., 2018).

A tuberculose configura-se como um problema de saúde pública no Brasil. Para o período de 2021 a 2025, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera três listas de países prioritários, indicando os 30 países com maior carga de TB, TB-HIV e TB-MDR/TB-RR. O Brasil figura em duas dessas listas, compondo o grupo de 20 países com maior número estimado de casos de TB e de coinfeção TB-HIV (WHO, 2021).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2021), no Brasil o coeficiente de incidência de TB diminuiu de 41,9 casos por 100 mil habitantes, em 2001, para 34,3 casos por 100 mil habitantes (-18,1%), em 2015. A partir de 2015, aumentou para 37 casos por 100 mil habitantes em 2018 (7,9%), com estabilização em 2019. O aumento observado a partir de 2015 está em investigação, e provavelmente está relacionado com questões sociais e com a incorporação de novas tecnologias diagnósticas mais sensíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). O coeficiente de mortalidade por TB passou de 3,1, em 2001, para 2,2 óbitos por 100 mil habitantes, em 2019, o que representou redução de 29%. No ano de 2019, do total de casos novos pulmonares diagnosticados com confirmação laboratorial no País, 71,8% foram curados, enquanto 12,3% interromperam o tratamento.

Algumas populações são consideradas prioritárias para o controle da doença, devido ao maior risco de adoecimento por tuberculose, como profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV/AIDS, privados de liberdade, indivíduos em situação de rua, povos indígenas e contatos de tuberculose resistente (BRASIL, 2019). Dessa forma, O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: Estratégias para 2021 – 2025, incorporou no pilar Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com TB, um objetivo específico voltado às populações mais vulneráveis ao adoecimento por TB, com o propósito de

intensificar e aumentar a visibilidade das ações estratégicas para a qualificação do cuidado a essas populações (BRASIL, 2021).

A população em situação de rua é colocada em prioridade de atenção devido às suas características e vulnerabilidade à TB, de acordo com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). O atendimento segue diretrizes específicas como as da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (PNIS), que preconiza estratégias para que essa população possa ser alcançada nas ações de saúde, sendo fundamental que os profissionais que atuam junto a esse público tenham sensibilidade em lidar com o contexto de exclusão, o preconceito e o estigma a que está sujeita essa população (BRASIL, 2008), além de ser capaz de estabelecer vínculos e assumir pressupostos como: despojamento, empatia, capacidade de compreender sem julgar, respeito, estabelecendo ações efetivas no controle da tuberculose (BRASIL, 2012).

Quadro 1 – Risco de adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis em comparação ao risco da população geral

Populações vulneráveis	Risco de adoecimento por tuberculose
Indígenas	3 x maior
Privados de liberdade (PPL)	28 x maior
Pessoas que vivem com o HIV/AIDS (PVHA)	28 x maior
Pessoas em situação de rua (PSR)	56 x maior

Fonte: BRASIL, 2019.

A tuberculose na população em situação de rua apresenta elevado coeficiente de incidência e de interrupção do tratamento. Quando se trata de população em situação de rua, a abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado, tendo em vista que esse grupo social é marcado por um processo de exclusão dos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

Além dos desafios no manejo e enfrentamento da tuberculose pela equipe de consultório na rua, a Organização Mundial da Saúde em março de 2020 declarou estado de pandemia da doença COVID-19. Diante desse cenário, temos assistido e experimentado um movimento de reorganização dos serviços de saúde em tempo real para atender a essa demanda tão intensa quanto não homogênea. São constantes os novos protocolos clínicos, estabelecimento de novos fluxos, fortalecimento de certas modalidades de atenção e estruturas para assistência em saúde, além da ressignificação de funções de diferentes espaços (SEIXAS

et al., 2021). No Brasil se faz necessário discutir o papel da Atenção Básica no enfrentamento desta pandemia e desafios impostos, uma vez que estudos indicam que aproximadamente 80% dos casos são leves e grande parte da população irá procurar a rede básica como primeiro acesso na busca de cuidados (DUNLOP, 2020).

No ano de 2020, em momento da pandemia de COVID-19, observou-se queda acentuada da incidência de TB em comparação com o ano anterior. Com o advento da pandemia de COVID-19, a eliminação da TB como problema de saúde pública mundial ficou ainda mais distante, em vista de diminuição de 25% no diagnóstico e de aumento de 26% da mortalidade por TB no mundo, segundo estimativas divulgadas pela OMS em 2020 (WHO, 2020). Para alcançar as metas de eliminação da TB no Brasil até 2035, será necessário fortalecer as estratégias para manutenção do diagnóstico, do tratamento e da prevenção da TB como serviços essenciais à população, e trabalhar de forma engajada para superar os impactos da pandemia e acelerar o progresso em torno dos compromissos assumidos (BRASIL, 2021).

Segundo dados de fevereiro de 2020 da Nota técnica nº 05/2020 do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único), há em torno de 146.802 pessoas que indicaram se encontrar em situação de rua em todo o país (BRASIL, 2020). Essa população possui características e especificidades tais que tornam de grande complexidade a viabilização da atenção às orientações de distanciamento ou isolamento social para mitigação das possibilidades de transmissão e contágio do vírus COVID-19. Entre elas, destacam-se: o contexto da vida na rua praticamente inviabiliza o isolamento ou o distanciamento social. As aglomerações são forma de proteção e manutenção do aquecimento corporal durante as noites e a orientação de isolamento social da maior parte da população, de diminuição da circulação de pessoas nas ruas e o fechamento do comércio, especialmente restaurantes, limitaram ainda mais o acesso a alimentos, água, uso de sanitários e espaços para higiene pessoal por esse público (BRASIL, 2020).

Considerando que o enfrentamento à pandemia de COVID-19 ultrapassa os muros hospitalares e que ele se faz também nos territórios de vida e de trabalho das pessoas, para além do já discutido em relação ao distanciamento social, há que se construir também outras ações para se cuidar de quem está e de quem não está doente. É preciso outras formas de cuidar que incorporem as tecnologias de cuidado em novos processos de trabalho, bem como as que combinem com novas formas de se encontrar no território com as antigas formas já conhecidas de vigilância epidemiológica. Trata-se de dispositivos que têm se proposto a estar, de modo ativo, perto dos problemas cotidianos do viver comunitário, aproximando-nos de

uma compreensão de “território” como um cenário dos agires humanos em relação (SEIXAS et al., 2021).

A Atenção Básica isolada, entendida como mera porta de entrada, não tem desenvolvido a necessária complexificação das tecnologias de cuidado, nem os dispositivos para sua construção em redes vivas. Apesar disso, há muita vida e potência acumulada e potencial de amplificação das conexões dos trabalhadores desses serviços com a vida que pulsa nos territórios. Localizadas nos lugares de maior precariedade material da produção da existência, as diversas modalidades de cuidado de proximidade poderiam ter um papel decisivo nesse momento, conectando-se com diferentes coletivos e organizações, com a vida das pessoas, para construir estratégias de proteção, identificando as situações de extrema precariedade, as aglomerações, e disparar articulações intersetoriais com outras entidades, movimentos e instituições, ações de solidariedade para prover estratégias de garantir segurança epidêmica, alimentar e de outras ordens, para contingentes populacionais cada vez mais empobrecidos (SEIXAS et al., 2021)

As pessoas em situação de rua são extremamente vulneráveis ao contexto da atual pandemia, com potencial risco à exposição, aquisição e transmissão; com desproporcionalidades sociais afetadas pelas precárias condições de vida, saúde física e mental, associadas a problemas diversos e complexos, tais como, a superlotação dos locais onde vivem e dormem; falta de higiene; inadequado descarte de resíduos; ambientes com temperaturas extremas; contaminação; aumento da prevalência de infecções; uso e abuso de substâncias; maior suscetibilidade a doenças físicas, sexuais, mentais e respiratórias. A prevalência de doenças respiratórias nessa população geralmente é elevada, e quando associada à pandemia, as chances de agravamento da doença e morte se tornam ainda maiores (ABEN, 2020).

O presente estudo é oriundo da pesquisa **“Interrupção do tratamento da tuberculose como analisador para a intervenção na rede de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro: uma estratégia de inovação tecnológica no cuidado de si e do outro e as “resistências” no contexto da pandemia de COVID-19”**, resultado da parceria do Observatório de Saúde UFRJ/Macaé da Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé e do Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ).

Neste contexto, a pandemia de COVID-19 tem sido um desafio para Atenção Básica em especial para as equipes de consultório na rua, vista a necessidade de reorganização do

serviço para combate à doença, bem como a manutenção e garantia das atividades assistenciais e de planejamento para manejo da tuberculose.

Questões de Pesquisa

Diante do exposto, esta dissertação tem como **questões de investigação:**

- a) Quais os desafios da equipe de consultório na rua para realizar ações integradas, fortalecendo os atributos da rede de atenção à saúde para o manejo da tuberculose frente a pandemia de COVID-19?
- b) Como a pandemia de COVID-19 tem alterado o processo de trabalho da equipe de consultório na rua para produção do cuidado junto ao paciente com diagnóstico de tuberculose?
- c) Quais são as consequências que a pandemia de COVID-19 pode acarretar no planejamento, gestão do cuidado e avaliação dos processos em saúde relativos a organização do serviço para o acompanhamento da população em situação de rua com tuberculose?

O trabalho do Consultório na Rua caracteriza-se pelo uso de tecnologias leves, como o acolhimento, o vínculo, o cuidado como maneira de se comunicar com o sujeito para produção de um projeto terapêutico (MERHY, 2002). A estratégia utilizada pela eCR com pessoas com TB deve contar com criatividade, horizontalidade e interdisciplinariedade, com destaque para o diálogo permitindo que a população em situação de rua compartilhe suas experiências, sentimentos, vivências e opiniões, visando o reconhecimento das potencialidades e limitações/fragilidades das ações diante da tuberculose.

A partir dessa problemática, definiu-se como **objeto de estudo** para esta pesquisa: o processo de trabalho da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 no município do Rio de Janeiro - RJ no manejo da tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19.

Capítulo 1

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O **objetivo geral** estabelecido neste estudo é analisar o processo de trabalho da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 no manejo dos casos de tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os **objetivos específicos** delineados são:

- a) analisar o processo de trabalho e produção de cuidado no manejo dos casos de tuberculose na população em situação de rua acompanhados pela equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 no município do Rio de Janeiro no contexto da pandemia de COVID-19;
- b) identificar os principais desafios da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 na produção de cuidado junto a população em situação de rua com diagnóstico de tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro;
- c) discutir as fragilidades e potencialidades da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 na reorganização do processo de trabalho para o manejo da tuberculose na população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro.

A prática do Consultório na Rua, com sua aposta em uma proximidade e atuação no território e a partir de suas singularidades, mostra que o processo de trabalho se dá através de subdivisões, a partir de planos de intervenção da equipe de Consultório na Rua. Por sua vez, esses planos exigem gestão dos processos de trabalho mais específicos (VARGAS; MACERATA, 2018). A complexidade do trabalho das eCR sugere a adoção de modelos centrados em uma visão ampliada de cuidado, considerando as singularidades das pessoas, suas necessidades e contextos de vida, o que implicaria a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) compartilhados e flexíveis (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, esta pesquisa pretende apresentar o processo de trabalho da equipe de consultório na rua, identificando e analisando os desafios, estratégias, potencialidades,

fragilidades e barreiras de acesso para coordenação do cuidado da população em situação de rua com diagnóstico de tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19.

Capítulo 2

3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Esta pesquisa **justifica-se** nos desafios ainda hoje encontrados no acesso e na adesão aos tratamentos por parte da população em situação de rua, em especial no manejo da tuberculose, e nas formas de trabalho que a equipe de consultório na rua vêm desenvolvendo junto às mesmas no contexto da pandemia de COVID-19, visto a necessidade da reorganização do processo de trabalho para o combate a COVID-19, tendo que readequar e/ou incorporar procedimentos para enfrentamento da doença, respeitando a realidade local, a identificação no território de locais com risco potencial para doença e trabalho em rede para garantia do cuidado oportuno, visando a segurança da população em situação de rua com diagnóstico de tuberculose.

O eixo estruturante do trabalho do Consultório na Rua é composto pela atenção integral à saúde, articulação inter e intrasetorial incluindo a redução de danos e abordagem biopsicossocial à população em situação de rua. O atendimento realizado a estas pessoas não é um atendimento exclusivo das equipes de Consultório na Rua, pode e deve também ser o mesmo realizado e compartilhado com as demais equipes e serviços de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde (SMS/RJ, 2016).

As equipes buscam auxiliar o acesso das pessoas que vivem em situação de rua à rede de serviços públicos de saúde e às ações de cidadania, com o objetivo de favorecer o cuidado integral conforme as necessidades singulares dos sujeitos. Na saúde, as ações devem ser integradas às Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde, e quando necessário, também com outros pontos de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de Urgência e Emergência, segundo a necessidade do usuário, constituindo uma rede para o cuidado. Inclui-se neste trabalho a articulação intersetorial, nesse contexto, o acesso ao sistema de abrigo/acolhimento (quando desejado pelo usuário), além da obtenção de documentação civil e demais benefícios sociais e atividades que se façam necessários para a garantia da cidadania (SMS/RJ, 2016).

O território de vida da população em situação de rua coloca uma série de desafios ao SUS no que diz respeito à concretização de seus princípios, entre os quais a construção da integralidade do cuidado. Cada vez menos o consultório na rua aparece como um serviço especializado. Ele figura também como um serviço analisador, ou seja, que coloca em análise as práticas em saúde (VARGAS; MACERATA, 2018).

O Plano Regional das Américas pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública dá ênfase nas populações mais vulneráveis e nos grupos de risco, sendo o ponto principal do plano, que considera o enfrentamento dos determinantes sociais da tuberculose como fundamental para melhoria dos desfechos clínicos em todas as formas da doença (BRASIL, 2017).

A Tuberculose na população vivendo em situação de rua consiste num grave problema de saúde, sempre com elevada taxa de incidência e interrupção do tratamento. Esta população é considerada pelo Ministério da Saúde como um grupo de elevada vulnerabilidade (BRASIL, 2011). As pessoas em situação de rua, podem apresentar outros agravantes associados, como o uso de substâncias psicoativas, coinfeção com HIV, falta de alimentação, configurando-se como um dos principais desafios da Equipe de Consultório na Rua. Além dos fatores relacionados ao sistema imunológico de cada pessoa e à exposição ao bacilo, o adoecimento por tuberculose, muitas vezes, está ligado às condições precárias de vida (BRASIL, 2019). A prevalência de doenças respiratórias como tuberculose e a falta de acesso à higiene e a serviços de saúde são problemas que fazem da população em situação de rua o grupo mais vulnerável ao COVID-19.

Devido a pandemia de COVID-19, de janeiro a dezembro de 2020, observou-se queda da notificação de casos novos de TB da ordem de 10,9%, em comparação com o mesmo período do ano anterior. Essa redução foi maior no mês de maio (-31,9%). O decréscimo no diagnóstico e na notificação dos casos de TB pode ser atribuído a uma combinação de fatores, como: redução do atendimento nos serviços de saúde, realocação de pessoal de saúde para as ações da COVID-19, menor procura da população sintomática pelos serviços de saúde e redução na execução dos testes laboratoriais. Somado a isso, devido à evolução clínica desfavorável de algumas pessoas com COVID-19, os serviços foram os mais sobrecarregados. Esse fato poderia explicar o maior impacto na redução de notificações de TB nos serviços (BRASIL, 2021).

Defronte deste cenário e considerando o momento atual em que medidas de prevenção, cuidado e combate ao COVID-19 vêm sendo diariamente indicadas para toda a população brasileira, bem como as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além de suas questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, recomenda-se que as equipes de Consultório na Rua, que por sua vez são formadas por multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde dessa população, de forma itinerante, fomentem o desenvolvimento de ações compartilhadas e integradas às Unidades de

Atenção Básica, ampliando a construção de novas formas de atuação frente à presente urgência (BRASIL, 2020).

A redução da notificação de casos e a diminuição da realização de exames para o diagnóstico da TB nos meses subsequentes à epidemia de COVID-19 no Brasil sugerem a emergência de desafios para controle da TB no País. Esforços integrados entre os programas de controle de TB e a rede laboratorial são necessários para a superação desses obstáculos e consequente retomada das atividades de controle da doença. O impacto da pandemia de COVID-19 é mencionado, uma vez que a descontinuidade dos serviços essenciais em TB pode acarretar aumento expressivo no número de casos e de mortes. Em face aos desafios apresentados, entre eles, as consequências da pandemia de COVID-19, é necessário avançar de maneira mais acelerada para o alcance das metas e dos compromissos por um Brasil Livre da Tuberculose (BRASIL, 2021).

Diante do exposto e compreendendo o potencial da equipe de consultório na rua como dispositivo de saúde capaz para contribuir com mudanças no modelo de atenção a esta população com a construção de práticas usuário-centradas nos traz reflexões importantes para a incorporação de novas práticas singulares de cuidado, destacando a compreensão do território na vida destas pessoas. Traz, ainda, que os profissionais vejam a si no ato de cuidar e possam se colocar em processos analíticos sobre seus modos de enfrentar a situação que vivem, no campo da tuberculose, adquirindo certo “manejo” com situações mais complexas como contexto da pandemia de COVID-19, sendo o conhecimento construído na prática, com reflexão e reelaboração dela mesma.

Capítulo 3

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

No Brasil, a industrialização teve seu maior impacto sobre a sociedade nos anos de 1930 a 1956, quando Getúlio Vargas adota uma política industrializante, a substituição de mão de obra imigrante pela nacional. Devido à crise do café e a ausência de políticas públicas agrícolas, ocorreu a grande vinda da população rural para a área urbana, constituindo um mercado consumidor e mão de obra barata. Um dos reflexos do sistema de industrialização no Brasil e no mundo, é a massa de desempregados na cidade e um intenso processo de exclusão social que gera a constância de uma pobreza extrema, pois aqueles que não têm como garantir sua renda para sobreviver, acabam sendo marginalizados e tendo as ruas como única possibilidade de moradia (CEOLIN et al., 2020).

A expressão *pessoa em situação de rua* no Brasil expõe a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas à ausência de casa. A população de rua abrange vários tipos de relações com a rua: pessoas com endereço fixo que passam a maior parte do tempo nos logradouros públicos; pessoas que moram na rua em tempo integral, que há muito perderam qualquer referência domiciliar ou familiar; imigrantes; desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico; pessoas que transitam de uma cidade a outra, entre outras situações que podem ou não ser definidas, mas que possuem em comum a condição de pobreza absoluta e a falta de pertencimento à sociedade formal (LOPES, 2014).

Trino, Machado e Rodrigues, 2015, apud Koopmans (2020, p.27), relatam que inicialmente, o conceito utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) define “população em situação de rua” como: desabrigados ou “shelterless”, como indivíduos que vivem na rua devido a tragédias naturais, guerras ou desemprego; ou “homeless”, como aqueles que não se enquadram como desabrigados.

O Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política nacional. A atual política considera população em situação de rua como:

[...] Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia

convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, p.1).

A definição de população em situação de rua permeia a multiplicidade de condições pessoais, a diversidade de soluções dadas à subsistência e a moradia, constituindo em milhares de pessoas, de famílias, que vivem na e da rua. Muitas vezes preferem a denominação de “pessoas em situação de rua”, caracterizando a transitoriedade deste processo de exclusão social. São sujeitos que não existem para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que por não possuírem moradia, não participam dos censos geográficos (ROSA, CAVICCHIOLI, BRÊTAS, 2013, apud KOOPMANS, 2020, p. 27).

Estudo realizado por Natalino (2016) estimava a existência de cerca de 101 mil pessoas em situação de rua no Brasil, concentradas em municípios de grande porte (acima de 100 mil habitantes). Em fevereiro de 2020, havia mais de 146 mil pessoas que se declararam nessa situação no Cadastro Único de programas sociais do governo federal (BRASIL, 2020). Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2020) no Brasil houve um aumento expressivo (140%) da população em situação de rua ao longo do período analisado (setembro de 2012 a março de 2020), sendo o crescimento mais intenso nos grandes municípios, sugerindo que a crise econômica e em particular o aumento do desemprego e da pobreza sejam fatores importantes. Cabe ressaltar, que a contagem oficial da população em situação de rua não consta nas estatísticas demográficas realizadas periodicamente pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (NATALINO, 2020).

O município do Rio de Janeiro considerando a Lei nº 6.350, de 4 de maio de 2018 Instituiu a Política Municipal para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua consoante os princípios, diretrizes e objetivos previstos nesta Lei. A Política Municipal para a População em Situação de Rua, em consonância com o Decreto Federal nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, tem por objetivo assegurar os direitos sociais da população em situação de rua, criando condições para promover a garantia dos seus direitos fundamentais, da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A resolução conjunta SMS/SMASDH nº 62 de 16 de agosto de 2019 dispõe sobre atribuições e fluxos operacionais no que diz respeito ao atendimento às pessoas adultas, em situação de rua, com agravos relacionados à saúde, inclusive aquelas com transtornos decorrentes do uso, abuso e/ou dependência em substâncias psicoativas, pelos diferentes órgãos envolvidos no Decreto Rio nº 46.314 de 02 de agosto de 2019 (PCRJ, 2020).

Em cumprimento ao Decreto Rio nº 46.483, de setembro de 2019, a Prefeitura do Rio realizou, no período de 26 a 29 de outubro, o Censo de População em Situação de Rua 2020, na Cidade sob a coordenação do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos e da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos. Em estudo recente, e realizado no Rio de Janeiro, o Censo de População de Rua realizado em 2020, no Rio de Janeiro, pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, o número total de pessoas em situação de rua é 7.272 pessoas (5.469 na rua e 1.803 em unidade de acolhimento), destas 81% são do sexo masculino, 79,6% declarou-se negro ou pardo, a maior parte das pessoas encontra-se na faixa etária de 31 a 49 anos, o principal motivo para a irem para as ruas foi conflito familiar, dos entrevistados a maioria informou estar nas ruas de 1 a 5 anos, das 752 pessoas entrevistadas informaram que foram para as ruas depois que a pandemia de COVID-19 começou e destacaram como motivo a perda do trabalho (34%) e perda da moradia (19%) e o bairro com maior concentração de pessoa em situação de rua é Centro (1.142), a maioria dos entrevistados informa que nasceu no município do Rio de Janeiro e ao serem perguntados sobre o que precisariam para saírem das ruas, a maior parte respondeu emprego (PCRJ, 2020).

Pessoas em situação de rua vivenciam inúmeras dificuldades, sendo a precária forma de viver a mais evidente delas. A vulnerabilidade social, entendida como uma dimensão tanto dos processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais quanto da capacidade de enfrentamento dessas condições. Não se restringe a suscetibilidades individuais, mas se refere ao plano coletivo (NAKAMURA et al., 2009), faz com que a população em situação de rua vivencie inúmeros problemas: desconforto em face da diversidade da rua, dificuldade de obtenção de documentos, ambiente sem condições de cuidados básicos, precariedade da vida (tendo em vista as condições de higiene), falta de local adequado para descanso, incômodo da insegurança e, principalmente, o olhar suspeito e preconceituoso que, muitas vezes, lhe dirige a sociedade que a cerca (SOTERO, 2011).

O surgimento da população em situação de rua também é um dos reflexos da exclusão social, que cada dia atinge e prejudica uma quantidade maior de pessoas que não se enquadram no atual modelo econômico, o qual exige do trabalhador uma qualificação profissional, embora essa seja inacessível à maioria da população. A condição de exclusão social é, fundamentalmente, reflexo do modo como a sociedade reconhece tais pessoas: um reconhecimento marcado intensamente pelos estigmas da marginalidade, da criminalidade e da miséria (SENAD, 2005).

A população em situação de rua, tem direito e livre acesso a todas as políticas públicas de saúde. No entanto, o acesso desses indivíduos não raro é limitado por fatores como

preconceito e exigências inadequadas (CARVALHO, 2013). Por exemplo, até 2011 a ausência de endereço constituía-se em impeditivo para emissão do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) e, muitas vezes, conseqüentemente o acesso ao sistema de saúde. Mesmo com a vigência de portaria disciplinando o atendimento a este público, os usuários ainda enfrentavam dificuldades de acesso, atribuídas ao desconhecimento da rede sobre a liberação do atendimento sem o cartão SUS ou mesmo pela falta de documentação individual (MIRANDA, 2017).

As pessoas em situação de rua são intensamente vulneráveis aos agravos de saúde, apresentando uma série de patologias inerentes às suas condições de vida (DANTAS, 2007). Segundo o manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua (BRASIL, 2012) a vida na rua pode precipitar problemas de saúde devido ao aumento da exposição a riscos de doenças, violências, ingestão de alimentos e água contaminados, variações climáticas extremas e muitos outros. As pessoas em situação de rua pouco procuram os serviços de saúde e quando o fazem procuram por serviços institucionalizados de caráter curativo-medicamentoso, pouco atentando para práticas preventivas em saúde, revelando dificuldades estruturais das políticas públicas em saúde (HALLAIS; BARROS, 2015).

O avanço da pandemia apresenta um enorme desafio adicional para as políticas de atenção à população em situação de rua, especialmente neste cenário de ampliação desse contingente. Além dos riscos inerentes à doença, que tem como medidas sanitárias prioritárias o isolamento, distanciamento social e higiene, aspectos distantes das condições dispostas para realidade desse grupo populacional, a ausência de circulação social nas ruas impõe obstáculos para a subsistência diária, dada a escassez das fontes de trabalho, renda e doações. Embora o governo federal tenha aprovado auxílio emergencial a ser pago para pessoas de baixa renda, ocupadas em atividades informais, as pessoas em situação de rua enfrentam dificuldades adicionais, por vezes, intransponíveis (como ausência de qualquer documento) para acessá-lo, bem como estão expostos a outros tipos de riscos que nem o valor nem a natureza desse recurso é capaz de suprir (NATALINO; PINHEIRO, 2020).

4.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A proposta de redes de atenção à saúde teve sua origem no Relatório Dawson, produzido em 1920, no Reino Unido. A partir dos anos 90 as redes de atenção à saúde foram revisitadas em função da crise da saúde nos países desenvolvidos e surgiram, então, várias propostas de superação dos sistemas de saúde fragmentados. A Organização Pan-Americana

da Saúde publicou um documento oficial propondo as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde prevalecente em seus países-membros (OPAS, 2011).

O SUS enfrenta muitos desafios que demandam ações governamentais em busca de caminhos que possam levar a mudanças na organização do sistema e dos serviços de saúde e na forma de cuidar dos usuários. O campo da saúde é construído a partir de tensões permanentes, que podem servir de alavancas e serem exploradas como potência para ações transformadoras. Pode-se dizer que o território da saúde é composto por 'terrenos minados', que nos forcem a agir ou permitem desenhar arranjos organizacionais para construir modos de produzir saúde. Mesmo quando há a "construção de um certo modo de agir em saúde, de um certo modelo de organizar os processos de trabalho, de uma certa forma de produzir o cuidado", as tensões permanentes não desaparecem. Dessa forma, as tensões podem servir como impulso para interferir no modelo constituído ou para manter o modelo dado (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em situações demográficas e epidemiológicas singulares. A situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Por isso, houve que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolveu a implantação das redes de atenção à saúde (RAS), uma forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

A necessidade de organizar rede de atenção à saúde no SUS fez-se necessário devido as dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado:

[...]a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;

(4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010, p.1).

As redes de atenção à saúde diferem dos programas verticais que são dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente, por meio de recursos especializados. Nas RAS, propostas tematicamente, a atenção primária à saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são comuns a todas as condições de saúde. Os únicos componentes especializados são os pontos de atenção secundários e terciários, o que é imposto pela divisão técnica do trabalho. As RAS consolidam, na saúde pública, um posicionamento que supera a dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, em que se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organiza, transversalmente, a atenção primária à saúde, os sistemas logísticos, os sistemas de apoio e o sistema de governança (OPAS, 2011).

Mendes (2009) conceitua as redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p.1).

A RAS tem por objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a

função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

Os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde são a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A fim de assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados como a economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos. Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal, que vêm da teoria econômica e estão associados às concepções relativas às cadeias produtivas (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde. A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

No contexto de uma política de saúde voltada para população em situação de rua que historicamente está à margem dos serviços de saúde, é importante considerar que as inúmeras situações graves apresentadas por essa população, associadas à atual fragmentação do trabalho em rede e à insuficiência de retaguarda clínica na atenção secundária e terciária, produzem a necessidade de o Consultório na Rua dispor de um espaço para resolutividade de questões específicas (VARGAS; MACERATA, 2018).

A construção das redes de atenção à saúde realça o peculiar trabalho realizado pela APS, que tem como prerrogativa a coordenação do cuidado e a ordenação das diferentes redes em seu território. As RAS devem ter missão e objetivos comuns, operando de forma cooperativa e interdependente, trocando recursos. Não devem ser estabelecidas hierarquias entre os diferentes componentes. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente. Devem focar-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde e têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população (MENDES, 2010). Em que pese a relevância de organização interna do seu funcionamento, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil não pode se apresentar como alternativa absoluta para atender a complexidade das demandas apresentadas pelas populações em situação de rua. Assim, a rede intersetorial também compõe esse plano de intervenção do Consultório na Rua (VARGAS; MACERATA, 2018).

O Consultório na Rua tem a função de tecer e aquecer a rede, criando relações, negociando, entendendo a lógica e a função de cada serviço, acolhendo suas dificuldades, mas também tensionando a acolhida da rua e suas especificidades. Na construção desse plano, está intrínseca toda a perspectiva do cuidado e de organização do processo de trabalho das eCR, que aponta para a urgência em se pensar práticas e políticas que atendam à necessidade da rua. Sobretudo, pensar sobre como construir uma rede intersetorial (VARGAS; MACERATA, 2018).

As redes se constituem em arranjos entre os diferentes serviços de saúde nos territórios para desconstruir a fragmentação das práticas de saúde sustentadas apenas pela lógica de atendimentos pontuais aos agravos, geralmente centrada na lógica orgânica-biológica. Experiências demonstram que a integração sistêmica prevista pelas RAS responde de maneira mais eficaz tanto à organização interna do sistema de saúde quanto aos desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário dos territórios. A constituição da rede fundamenta-se na concepção de que a APS deve resolver os problemas mais comuns de saúde, coordenando o cuidado dos usuários que estejam em todos os outros pontos de atenção. Sendo assim, a construção da rede é uma tarefa inseparável do cuidado e exige tempo na agenda dos trabalhadores das eCR para construí-la e para mantê-la aquecida (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 4.279 de 2010, evidencia um conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais o funcionamento da RAS: População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; Prestação de serviços especializados em lugar adequado; Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes

e das organizações; Participação social ampla; Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e Gestão baseada em resultado (BRASIL, 2010).

O Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta as RAS, define que cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atendimento psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde. Também define que, em relação à hierarquização, as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde, são: atenção primária; atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial e, ainda, especiais, de acesso aberto (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde apresenta as RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que apresentam diferentes densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, objetivando a garantia à integralidade do cuidado. Desta forma, a organização em redes propõe um arranjo organizacional que integra os diversos níveis de atenção à saúde de forma a buscar a otimização dos recursos em saúde. As RAS têm por fundamento buscar a produção de serviços de saúde com maior eficácia e a melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, além de contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS (BRASIL, 2014).

4.3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E TUBERCULOSE

A propagação da tuberculose (TB) está associada à pobreza e à iniquidade social. Dentre os grupos vulneráveis encontra-se a população constituída por pessoas em situação de rua (QUEIROGA, 2018). Populações mais pobres, socialmente desfavorecidas e marginalizadas são atingidas de forma intensa e desproporcionada por doenças como a TB, que tem se estabelecido nos países menos favorecidos (SANTOS et al., 2007).

No Brasil, as diretrizes de controle da TB são executadas a partir do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). A política de controle da TB é executada por padrões assistenciais e técnicos bem delimitados e em parceria entre a União, estados e

municípios, através da rede de serviços de saúde, desenvolvendo ações de controle e prevenção da doença e buscando garantir a toda população o acesso ao diagnóstico, medicamentos e insumos (BRASIL, 2006). Para tanto, o MS define algumas populações como prioritárias, que demandam uma maior cautela no cuidado à saúde, dentre estas se encontra a população em situação de rua (BRASIL, 2016).

O tratamento de pacientes com tuberculose em situação de rua é mais complexo e caro, pois demanda um maior cuidado e apoio profissional e de instituições de saúde, em comparação à população em geral (WHO, 2016). Os custos são mais elevados devido a diversos fatores, como a dificuldade de adesão ao tratamento, muitas vezes advinda da dinâmica da vida na rua, com dificuldade de alimentação e repouso, abuso de álcool, uso de outras drogas, baixa autoestima e autocuidado (ZENNER et al., 2013).

A importância da TB entre a PSR é notada desde o início do século XX. Estar nesta situação aumenta a probabilidade e risco de adoecimento, quando comparada a outras populações (BRASIL, 2011), além do aumento da probabilidade de incidência de desfechos negativos (abandono ao tratamento, falência do tratamento e óbito), sendo que, no Brasil, a não adesão ao tratamento é cerca de quatro vezes maior na PSR que na população em geral (BRASIL, 2008).

Silva (2021) caracterizou o perfil sociodemográfico da população em situação de rua inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) até 2019, e da morbidade por tuberculose nessa população notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período 2014-2018. Os resultados revelam que o perfil sociodemográfico dos casos de tuberculose na PSR, com predominância do sexo masculino e da raça/cor da pele negra (pardos e pretos), é similar ao perfil da PSR registrada no CadÚnico. Quanto à faixa etária, a maioria dos casos ocorreram entre pessoas de 25 a 54 anos, com predomínio entre indivíduos na faixa etária dos 35 aos 44 anos. Com relação à escolaridade da PSR com tuberculose notificada no SINAN, possuíam o ensino fundamental. Quanto a ser beneficiário de programas sociais do governo, observou-se que 46,2% não recebiam esses benefícios, senão apenas 4,0%; esta variável, entretanto, apresentou 49,8% de PSR sem essa informação.

Considerando os percentuais de desfecho do tratamento dos casos de tuberculose notificados no SINAN entre a PSR no Brasil, no período de 2014 a 2018, mesmo com a redução do abandono do tratamento estimada em 5,5 pontos percentuais, a proporção de indivíduos que alcançaram a cura declinou 5,1%, passando de 39,6% em 2014 para 34,5% em 2018. Houve um aumento nos percentuais de desfechos ‘ignorado/em branco’ e ‘transferência’. Os óbitos por tuberculose também apresentaram elevação, ao longo dos anos

estudados, oscilando de 5,8 a 7,5 pontos percentuais, precisamente o último ano do período analisado, 2018, foi o responsável pelo maior percentual de óbitos encontrado, 7,5% do total dos casos de tuberculose na população em situação de rua no Brasil (SILVA et al., 2021).

Segundo estudo de Santos (2021) que realizou uma análise comparativa dos desfechos do tratamento de tuberculose na população em situação de rua e na população geral do Brasil, observou-se que os casos de tuberculose pulmonar na população em situação de rua e na população geral corresponderam a 91,9% e 81,7% do total, respectivamente. A maior parte dos casos registrados na população em situação de rua e na população geral, respectivamente, ocorreu em homens (83,5% e 65,1%), com ensino fundamental completo (83,2% e 69,8%) e pardos (52,2% e 53,0%). As comorbidades na população em situação de rua, comparadas com as da população geral, foram significativamente distintas quanto a alcoolismo (58,4% vs. 16,8%), tabagismo (50,4% vs. 22,4%), AIDS (21,2% vs. 9,1%) e transtorno mental (7,3% vs. 2,3%). Quando analisadas as situações de encerramento, observou-se que a população em situação de rua teve aproximadamente a metade da probabilidade de obter sucesso no tratamento quando comparada à da população geral no país. Já as taxas de perda de seguimento e óbito foram 2,9 e 2,5 vezes maiores na população em situação de rua.

O Ministério da Saúde estima que aproximadamente 11% dos pacientes com tuberculose abandonam o tratamento antes do período recomendado (BRASIL, 2019). Esse número representa mais que o dobro da média tolerável pela OMS que é de 5% (WHO, 2019). Considerando a população em situação de rua, esse cenário se agrava, apresentando uma proporção cerca de três vezes maior (33%) de perda de seguimento que o previsto pelo MS e sete vezes maior do que o aceitável pela OMS.

No âmbito do município do Rio de Janeiro, a TB se mantém predominante no sexo masculino, correspondendo, em média, a 64,7% dos casos. Em relação à distribuição por faixa etária, a maioria dos casos ocorre na faixa entre 20 e 49 anos, portanto na idade produtiva. A maior parcela da população de rua no município do Rio de Janeiro pertence ao sexo masculino e está situada na mesma faixa etária na qual ocorrem a maioria dos casos da doença. As pessoas em situação de rua enfrentam sérios problemas em relação ao tratamento da TB já que os fatores que contribuem para o seu sucesso incluem uma boa alimentação, abrigo e condições de higiene adequadas (SMS, 2006).

São frágeis os dados disponíveis sobre a TB na PSR no Brasil, o que dificulta traçar com precisão o perfil de adoecimento e/ou de suas representações sobre os processos de saúde e doença (BRASIL, 2012). Há de se considerar a existência de subnotificação de casos de tuberculose no SINAN. Tais fragilidades podem ser potencializadas devido às peculiaridades

da população em situação de rua. Ressalta-se que a informação sobre tratar-se de pessoa em situação de rua foi acrescida à ficha nacional de notificação de tuberculose em 2015, por isso ainda não é possível ser preciso acerca do número de casos de TB que ocorrem nesta população (BRASIL, 2016).

Os problemas relacionados à dificuldade na realização do tratamento da TB na PSR e aos desfechos desfavoráveis estão associados com as características dessa população como baixa autoestima, alimentação inadequada, sintomas imperceptíveis, uso de álcool e outras drogas, transtornos mentais, dinâmica da rua, que não contribui para que o medicamento seja tomado com regularidade, e roubo dos pertences individuais e/ou seu recolhimento pelos órgãos públicos – entre eles os medicamentos. No entanto, ressalta-se também que há entraves relacionados à organização dos serviços de saúde. Tal realidade encontra-se fundamentada nos vários obstáculos existentes para a realização do tratamento na PSR, como a fixação de horários e dias de atendimento pelos serviços de saúde e a não disponibilidade de assistência no momento em que apresentam efeitos colaterais aos medicamentos (CANDIANI, 2012).

Por se tratar de uma doença de determinação social, seu controle depende do acesso a serviços de saúde de melhor qualidade e da implementação de ações que vão além dos fatores biológicos do problema, como melhoria das condições de vida e de trabalho, melhoria do estado nutricional, do nível educacional, além da redução da pobreza e de outros fatores que contribuem para a importante proporção dos casos de TB, especialmente nos grupos mais vulneráveis como na população em situação de rua (BERGONZOLI et al., 2016).

As pessoas em situação de rua são intensamente vulneráveis aos agravos à saúde, apresentando uma série de patologias inerentes às suas condições de vida. A tuberculose é uma doença frequente nesta população por se tratar de infecção facilmente transmissível. As infecções oportunistas trazem mais desafios e dificuldades na questão da prevenção. A co-infecção Tuberculose e Vírus da Imunodeficiência Humana é de grande prevalência nas populações mais pobres, especialmente nas formas extra pulmonares atípicas, frequentemente encontradas em usuários de drogas injetáveis (BASTOS, 1999).

A abordagem multidisciplinar que priorize os aspectos sociais pode estabelecer vínculos entre a pessoa em situação de rua e um serviço de saúde. Entretanto, às dificuldades de obtenção destes vínculos somam-se outras a enfrentar durante o longo tratamento da TB, como a impossibilidade de armazenar corretamente os medicamentos, fazer uso dos mesmos nos horários determinados e comparecer às consultas de revisão (CARBONE, 2000).

Devido à maior vulnerabilidade, a PSR é considerada como prioritária para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). As más condições de vida às quais

estas pessoas podem estar submetidas facilitam o desenvolvimento da forma latente para a forma ativa da doença. Além disso, as interrupções do tratamento podem resultar nas formas mais graves da doença como a TB multidroga resistente e a TB extensivamente resistente, com maior risco de levar o paciente a óbito, além dos elevados custos para o SUS (BRASIL, 2011).

Capítulo 4

5 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, com utilização do método cartográfico para analisar o processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua visando problematizar as práticas de cuidado no manejo da tuberculose operacionalizada à população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19. A pesquisa possibilitou compreender a prática dos profissionais a partir da obtenção dos elementos ligados ao cuidado, tornando factível pela imersão e observação participante na prática dos sujeitos do estudo, obtido por meio do diário de campo.

A pesquisa qualitativa parte da premissa de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, entre o sujeito e o objeto, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum (MINAYO, 2014).

O ato de pesquisar cartograficamente leva a movimentos por vários “mundos”, ou pelas conexões entre eles, ou ainda a inventar mundos de cuidado em saúde a cada momento em que se produz um novo campo de pesquisa, até porque essa metodologia não coleta dados, mas os produz em ato. Considera-se a relevância desta metodologia ao compreender que o esforço tem sido no sentido de acessar o plano relacional da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde, de tal modo que o corpo do(a) pesquisador(a) afeta e deixa-se afetar pelo campo de pesquisa, em uma interferência dobrada, porque a produção intensiva de encontros e afecções fluem livremente entre pesquisador e campo, processo que se constitui no próprio campo da pesquisa ou a principal “parte” do mesmo nesse modo de abordagem, aquela parte na qual o cartógrafo mais se esforça em “mergulhar” (SLOMP JUNIOR et al., 2020).

Nesse sentido, a observação participante permite uma inserção na realidade do grupo estudado, ajudando a vincular os fatos a suas representações e a desvendar as contradições entre as normas e regras e as práticas vividas diariamente pelo grupo observado. Segundo Minayo (2008), a observação participante é o processo pelo qual um pesquisador se coloca

como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário atual, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente.

Para Slomp Junior (2020) a estratégia cartográfica visando a produção dos registros empíricos do trabalho de campo de cada investigação, o que a princípio parecia relacionar-se ao formato “diário de campo” (DC). No decorrer das pesquisas, a produção de memória registrada nos DC mostrou-se fonte fundamental para a realização das análises processuais dos achados empíricos, mas percebeu-se que, independentemente das peculiaridades de cada situação de pesquisa, não se tratava de um DC “convencional”, mas sim que havia nisto de registrar os percursos cartográficos processos bastante peculiares de constituição de planos discursivos.

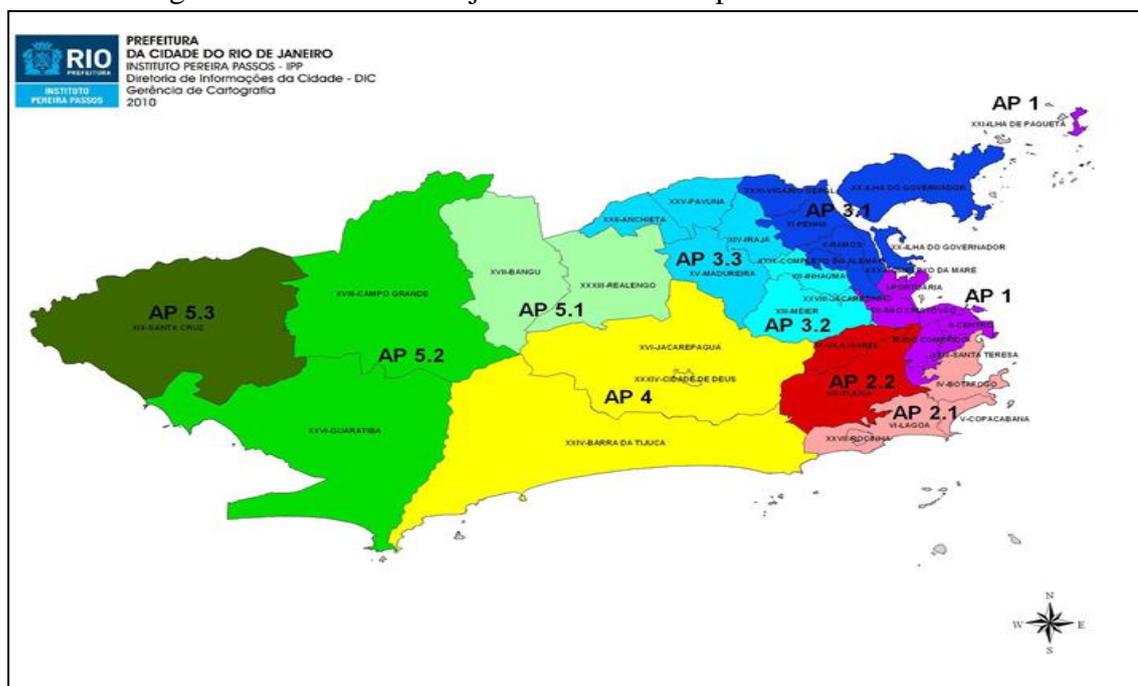
Trata-se, portanto, de refletir sobre o uso do DC em pesquisas que têm no encontro seu próprio “método”, se é que podemos simplificar assim, encontro que é intercessor porque produz em ato um “espaço” de múltipla interferência, um “entre” que acontece onde/quando há mútua produção, justamente porque o trabalho em saúde é vivo e o cuidado é um acontecimento (MERHY, 2004, 2010).

5.2 CAMPO DA PESQUISA – CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA

O **cenário** da pesquisa é o município do Rio de Janeiro, priorizando Unidade de Atenção Básica que atue com população em situação de rua e que tenha equipe de Consultório na Rua.

Para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do Estado do Rio de Janeiro. Com a mesma finalidade, no plano interno, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da Cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP) – Figura 1.

Figura 1 - Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro



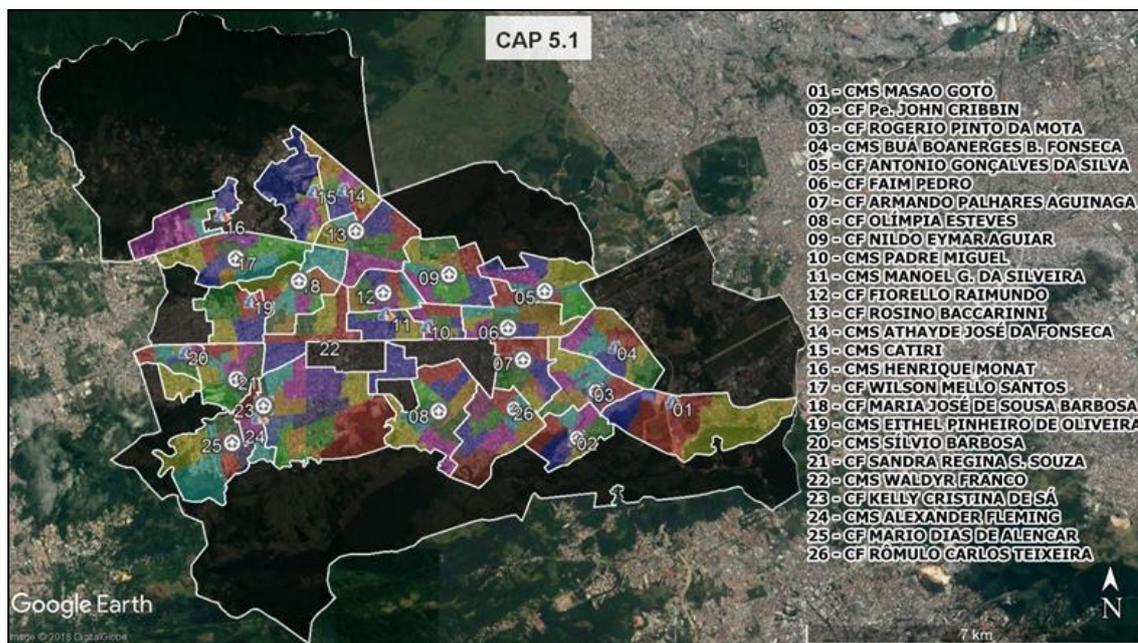
Fonte: SMS/RJ, 2020.

O município do Rio de Janeiro possui sete equipes ligadas à ABS que trabalham diretamente com a população em situação de rua, constituindo as equipes de Consultório na Rua. Desse número foi escolhida uma eCR para realização da pesquisa, localizada na área programática (AP): AP 5.1.

A pesquisa ocorreu com a eCR de Realengo, localizada na Clínica da Família (CF) Faim Pedro na Área Programática 5.1 (AP 5.1). A escolha desta equipe ocorreu por ser campo de atuação profissional da pesquisadora.

A cidade é bastante heterogênea, apresentando diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde. A equipe de consultório na rua da AP 5.1 possui atuação no seguinte território de abrangência: Deodoro; Vila Militar; Campos dos Afonsos; Jardim Sulacap; Magalhães Bastos; Realengo; Padre Miguel; Bangu; Gericinó e Senador Camará (Figura 2).

Figura 2 - Área de Abrangência AP 5.1

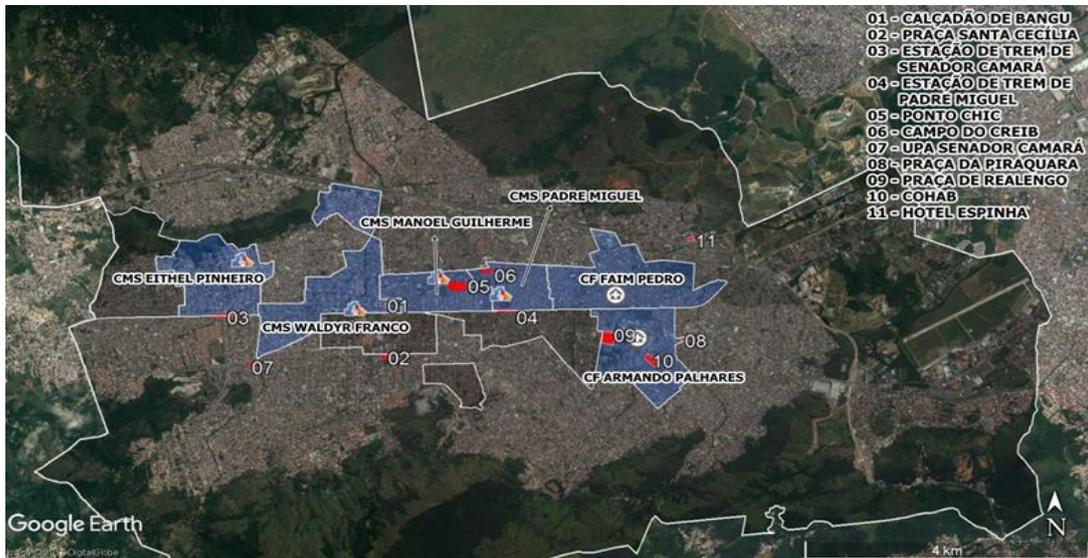


Fonte: DIVISÃO DE INFORMAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO, 2020.

A equipe de consultório na rua da AP 5.1 foi implementada em novembro de 2014, a partir de um diagnóstico situacional do território realizado pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) Aldaiza Sposati da 8ª Coordenadoria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (CASDH) que verificou que no período de janeiro a outubro de 2014, foi identificado um quantitativo de 313 pessoas cadastradas pela equipe em situação de rua e em grande vulnerabilidade social.

A partir desse diagnóstico, iniciou-se a construção do projeto de implantação da equipe de consultório na rua, seguindo os trâmites de aprovação no conselho distrital e municipal de saúde e de credenciamento pelo Ministério da Saúde (MS). Em 05 de julho de 2017, a equipe recebeu a habilitação pelo MS, consolidando sua importância no cuidado da população em situação de rua em nosso território de abrangência. Atualmente possui 1295 usuários cadastrados, sendo esse cadastro dividido em pessoas em situação de rua e abrigados em instituições formais e informais (Figura 3).

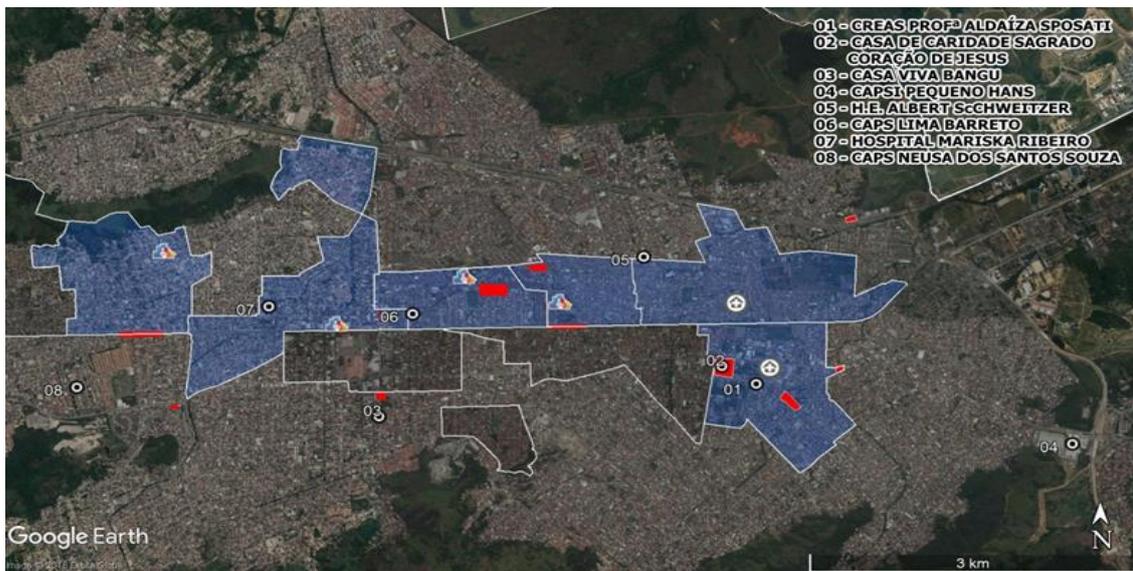
Figura 3 - Pontos de concentração da População em Situação de Rua AP 5.1



Fonte: DIVISÃO DE INFORMAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO, 2020.

Nesses anos de atuação, a eCR vem avançando na articulação com a rede, sendo esse um dos grandes destaques, o alinhamento com as Equipes de Saúde da Família (eqSF), os Núcleos Ampliado à Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial Adulto e Infantil (CAPS e CAPSi), os dispositivos da 8ª CASDH (CREAS e as Unidades de Reinserção Social - URS) e as entidades civis da localidade (Figura 4).

Figura 4 – Rede de Apoio da equipe de Consultório na Rua da AP 5.1



Fonte: DIVISÃO DE INFORMAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO, 2020.

Os **sujeitos** da pesquisa foram os profissionais da eCR e o profissional que apoia a equipe no desenvolvimento de suas práticas. **Os critérios de inclusão** foram: profissionais que faziam parte da equipe no momento do trabalho de campo e que atuavam com população em situação de rua, no período de pelo menos 12 meses. **E os critérios de exclusão:** profissionais que estavam afastados de suas práticas com população em situação de rua, por motivo de férias, licença médica ou afastamento por pertencer ao grupo de risco para COVID-19.

A equipe de Consultório na Rua é constituída por profissionais que atendem as características pré-determinadas na Portaria nº 1.029 de maio de 2014, que também define as diretrizes de organização e funcionamento para o cuidado da população de rua. A equipe da pesquisa, pertence a modalidade III que é formada, minimamente, por seis profissionais, dentre os quais três destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos no item “a” e os demais dentre nos itens “a” e “b” acrescido de um profissional médico:

- a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;
- b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/ professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

A equipe de consultório na rua da AP 5.1 é composta pelos seguintes profissionais: 3 agentes de ação social, 1 assistente social, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional e 1 psicólogo.

Além da equipe tradicional citada no site da prefeitura do Município do Rio de Janeiro, participou também o “apoiador” da equipe. O apoiador foi escolhido por participar de várias decisões nas práticas de cuidado e estratégias da equipe. O apoiador é profissional eleito pela Coordenação das Áreas Programáticas (CAP) para apoiar logisticamente e operacionalmente junto a equipe no desenvolvimento das suas práticas.

5.3 ETAPAS DA PESQUISA E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada após o projeto ter sido submetido ao Comitê de Ética, sob o protocolo CAAE: 40957020.90000.5699 atendendo assim a Resolução nº 510/2016, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (ANEXO 1).

A pesquisa foi realizada por meio de observação participante e roteiro de entrevista. A inserção no campo de pesquisa teve duração de oito meses e ocorreu nas “Abordagens”, ou seja, nas atuações na rua, nas práticas realizadas nos Consultórios nas Unidades de Saúde, na Rede de Apoio (formal e informal) e nas reuniões intersetoriais e de equipe.

A produção dos dados ocorreu por meio da realização do roteiro de entrevista semiestruturada concomitante com a observação participante e construção do diário de campo. A entrevista foi desenvolvida com aplicação de um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas permitindo que o sujeito da pesquisa pudesse expor seu pensamento sobre o tema livremente (APÊNDICE).

O período de coleta de dados compreendeu os meses de maio a dezembro de 2021, e contou com a participação de sete profissionais. Foram sujeitos da pesquisa: três agentes sociais, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e um apoiador do consultório na rua, que puderam e se dispuseram a participar da pesquisa e consentiram voluntariamente em colaborar com o estudo. Antes da realização da entrevista foi explicado individualmente o objetivo da pesquisa e o entrevistador leu Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para posterior assinatura do entrevistado.

A observação participante, técnica de investigação social, foi realizada no momento de imersão no cenário da pesquisa, com o acompanhamento da eCR, por todo momento. No processo de observação foi utilizado um roteiro guia construído pela pesquisadora contendo os elementos a serem observados e anotados no diário de campo.

A coleta de dados foi realizada através do registro no diário de campo da pesquisadora, que é instrumento para captura das observações e informações que emergiram do processo de trabalho e produção de cuidado da equipe de consultório na rua durante as abordagens e reuniões de equipe e que posteriormente foram utilizadas para fazer a análise dos dados.

O diário de campo cartográfico é mais que o registro da descrição do observável, mas uma narrativa da relação entre pesquisador-mundo pesquisado que opera uma interferência nos instituídos que organizam este mundo, interferência que por outro lado produz a exterioridade no corpo dos próprios cartógrafos, por vezes deslocando-os de seus próprios territórios. É o exercício dessa escritura que narra as afecções no encontro entre o que se dá a observar e o observador, problematizando-se a própria produção do olhar, que interessa às cartografias que temos desenvolvido (SLOMP JUNIOR et al., 2020).

Para melhor deslocamento e compreensão da realidade, se fez necessário a inserção da pesquisadora no grupo observado, interagindo com os sujeitos e partilhando o espaço da pesquisa. Desta forma, permitiu captar fenômenos que foram observados *in loco*, na situação concreta em que acontecem.

O diário de campo foi realizado logo após as observações e impressões da pesquisadora, com o intuito de reduzir a perda das informações relevantes. Como o diário de

campo alude às especificidades das práticas, este teve na 1ª página de cada conjunto de anotações um cabeçalho, contendo título, data, hora, local, atividades/situações vivenciadas (identificação), nome do observador e o número do conjunto.

O registro do diário de campo se deu em diferentes dias da semana, nos períodos da manhã, tarde e noite, conforme cronograma de atividades da equipe de consultório na rua. Foi descrito também as facilidades e desafios expressos para realização da coleta de dados, dentre outras observações captadas sobre o cotidiano das práticas.

Em função do território da equipe de consultório na rua da AP 5.1 não apresentar uma região específica de grande concentração de população de rua, mas sim diversos grupos de pequenas aglomerações espalhadas pela área, foi realizado o mapeamento dos locais de maior concentração de usuários, sendo estes os locais prioritários de intervenção pela equipe eCR. Esta metodologia de trabalho possibilitou grande capilaridade de atuação por toda a área programática da AP 5.1.

Como nessa modalidade de pesquisa nem sempre há o momento definido da apreensão, da “coleta de dados” no campo, também não há um só momento para o registro escrito, e o mesmo vale para outras “etapas” da pesquisa, como por exemplo a “análise dos dados”, sendo que a passagem de uma etapa a outra passa a não ter um mais momento definido: já dissemos que esta escritura vai sendo composta em camadas que, ao se sobreporem, vão criando novas escrituras, em uma atemporalidade. A “análise”, talvez seja preciso dizer, não é uma etapa necessariamente avançada, já começou lá no início, e não termina com as primeiras publicações sobre uma mesma pesquisa (SLOMP JUNIOR et al., 2020).

5.4 TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No primeiro momento, que corresponde a análise inicial do material, foi realizada a organização do mesmo para a posterior interpretação qualitativa. Todo este material foi transcrito pela pesquisadora. Para conseguir uma análise destes dados, as transcrições foram realizadas com algumas observações: cada entrevistado recebeu um código, seguido por um número. Para garantir o anonimato, todos os depoimentos foram transcritos na íntegra e os nomes mencionados receberam as iniciais para, assim, garantir o anonimato.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e a Comissão Nacional de Ética de Pesquisa (CONEP), pela Plataforma Brasil, atendendo as Resoluções 466/2012 e a 510/2016, que regem as pesquisas com seres humanos e a Norma Operacional 001/2013.

Este estudo é fruto da Pesquisa **“Interrupção do tratamento da tuberculose como analisador para a intervenção na rede de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro: uma estratégia de inovação tecnológica no cuidado de si e do outro e as “resistências” no contexto da pandemia de COVID-19”**, a qual pretende analisar a produção de redes de cuidado das pessoas com tuberculose. Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, considerando e respeitando as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para realização de pesquisa com seres humanos em dezembro de 2020, com parecer de aprovação em abril de 2021 (ANEXO1).

Os dados foram coletados após o projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética, atendendo assim à Resolução nº 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

A proposta de pesquisa foi apresentada ao apoiador da equipe de consultório na rua e Coordenação da Áreas de Planejamento 5.1.

Os sujeitos da pesquisa participaram após assinatura do TCLE - gestor/trabalhador (ANEXO 2) e usuário (ANEXO 3) que contém informações dos procedimentos executados. A participação da pesquisa é livre e aconteceu após conhecimento do projeto, e o não aceite da participação não implica em nenhum tipo de constrangimento ou represália.

5.6 RISCOS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DA PESQUISA

Em consonância com as diretrizes e normas do CEP\CONEP para proteção dos participantes de pesquisa, os sujeitos da pesquisa não foram submetidos a nenhum dano físico, desconforto ou estresse psicológico. Caso ocorresse qualquer risco ou dano, os sujeitos poderiam desistir da pesquisa e poderiam informar a pesquisadora para assegurar os cuidados necessários.

5.7 GARANTIA DE RETORNO DA PESQUISA

Subsequente a realização da pesquisa, todos os benefícios resultantes do projeto retornarão também aos sujeitos da pesquisa através do acesso a dissertação e artigo produzido

ao final da pesquisa.

Capítulo 5

6 RESULTADO E ANÁLISE

Em concordância com a metodologia adotada para esta dissertação, os dados são apresentados de acordo com a proposta de “Temas de Análise”, que apresentam segmentos textuais da transcrição das entrevistas com os profissionais da equipe de consultório na rua.

As entrevistas foram transcritas, organizadas, e, após leitura, foram extraídas e agrupadas falas que estavam diretamente ligadas ao objeto da pesquisa, em especial, as recorrentes, de modo que construísse uma leitura compreensiva e crítica, subsidiada pelos registros do diário de campo da pesquisadora.

Por fim, houve o agrupamento em temas. O método analítico consistiu em dar visibilidade às relações que constituem uma dada realidade, na qual a pesquisadora encontrasse enredada. E, com a análise dos discursos à luz da cartografia, viabiliza movimentos por vários “mundos”, pelas conexões entre eles.

Os temas foram:

- a) **tema 1** - Elementos desafiadores/potencialidades/fragilidades do cuidado à Tuberculose na população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19;
- b) **tema 2** - Construção da Rede de cuidados e intersectorialidade para o acompanhamento da pessoa em situação de rua com tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19; e
- c) **tema 3** - A rua como espaço de produção de cuidado: Processo de trabalho da eCR no manejo da tuberculose na população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19

6.1 TEMA 1 - ELEMENTOS DESAFIADORES/POTENCIALIDADES/FRAGILIDADES DO CUIDADO À TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

A COVID-19 chega ao Brasil! A (in)visibilidade das pessoas em situação de rua... O enfrentamento das vulnerabilidades cotidianas... O desemprego crescente... A pobreza aumentando... As práticas de saúde reduzidas... O enfraquecimento do SUS... Onde tudo isso vai chegar? (Diário de Campo, 2021)

Na zona oeste do município do Rio de Janeiro, março de 2020, a equipe de Consultório na Rua da Área Programática 5.1, iniciava o processo de readequação dos fluxos

e processos de trabalho da Atenção Básica para enfrentar a pandemia de COVID-19 que assustava pelo seu ineditismo. O medo tomava conta da eCR ao pensar nas estratégias a serem implementadas para lidar com a parte mais vulnerável do território, a população em situação de rua, em especial, com diagnóstico de tuberculose, além daqueles que residem em abrigos formais e informais.

No início da pandemia de COVID-19 a equipe ficou dividida: um lado, aqueles que indicavam a intensificação das abordagens nas ruas, e de outro, os que pensavam em abordagens estratégicas, além de teleatendimento e monitoramento dos abrigos e instituições parceiras. Havia a necessidade de capacitar a equipe com as medidas de precaução, de prevenção individual e coletiva, o respeito às singularidades da população em situação de rua.

Cabe destacar a forma como os entrevistados chamam a atenção de como a pandemia de COVID-19 acarretou impactos diretamente nas atividades dos serviços de saúde tanto nos atendimentos ambulatoriais de rotina quanto nas atividades no território, e equipamentos sociais e de promoção da saúde que ficaram suspensos em respeito às medidas de isolamento sendo um dos destaques de desafios no manejo da tuberculose junto à pessoa em situação de rua.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) o impacto negativo nos indicadores da tuberculose pode ser explicado, em partes, pelas altas demandas de saúde geradas pela pandemia nos serviços de saúde. Isso porque em muitos países, os recursos humanos, financeiros e outros recursos foram realocados da TB para a resposta à COVID-19 o que levou a interrupções nos serviços de saúde e a mais retrocessos no controle da tuberculose.

Quadro 2 - Elementos desafiadores/potencialidades/fragilidades do cuidado à Tuberculose na população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19

Tema	Segmentos Textuais
Desafios	<p><i>“[...]quando teve o lockdown mesmo com tudo fechado, eles ficaram com muita fome, eles não tinham para onde recorrer, não tinha como gerar o dinheiro, todas as coisas estavam fechadas, não tinha para quem pedir. Então o problema da fome foi complicado. Ter que dar TDO e o usuário sem comer há dias, acho que foi um dos maiores desafios da gente”. (L10)</i></p>

<p style="text-align: center;">Desafios</p>	<p><i>“A dificuldade foi de ter poucos profissionais dentro da equipe e ter que dar conta de todas as demandas. De ter conhecimento maior sobre a doença, de como pegar, transmitir, o que fazer e isso foi bem difícil na questão da tuberculose. Tivemos redução de abordagens na rua”. (R10)</i></p> <p><i>“Articulação com a rede. As unidades ficaram com um olhar muito voltado para a COVID-19, houve uma mudança no funcionamento das unidades e isso dificultou bastante”. (D10)</i></p> <p><i>“Um dos desafios é fortalecer a rede intersetorial [...]. O entendimento da tuberculose é algo que alguns dispositivos de atenção social desconhecem como é o acompanhamento / tratamento. A equipe do consultório na rua faz essa interseção junto aos dispositivos não somente da saúde mais como também da assistência. Sensibilizar os profissionais que não sabem o manejo da tuberculose na população em situação de rua pelo fato de ser uma população estigmatizada e com tuberculose fica pior ainda. Potencializar o acompanhamento de uma forma desestigmatizada pelas instituições”. (K12)</i></p> <p><i>“Problema todo é que os outros serviços também estavam com receio de ir para a rua devido COVID-19, não só o serviço formal como o informal também onde a população em situação de rua tem mais acesso a comida, vestimentas, estavam todos fechados [...]. Foi um dos desafios no sentido de alimentação para eles tomarem a medicação, sem se alimentar, medicação forte, tomar a medicação com fome”. (R12)</i></p>
<p style="text-align: center;">Potencialidades / Fragilidades</p>	<p><i>“A fragilidade no contexto da pandemia no início era não saber o que era a COVID-19, como tratar, como manejar[...]. Sobre potência a equipe começou a repensar estratégias de abordagem. A população começou a buscar informações do que estava acontecendo e a equipe oportunizou esse momento de pacientes que antes não</i></p>

<p style="text-align: center;">Potencialidades / Fragilidades</p>	<p><i>aceitavam cuidado para ofertar os serviços e estreitar vínculo da equipe com algumas pessoas do território”. (K11)</i></p> <p><i>“A potencialidade e a articulação dentro do território e de sempre pontuar esses casos como prioridade na agenda. A fragilidade é ficarmos muito no limite do nosso território e não conseguir avançar nisso”. (D11)</i></p> <p><i>“A fragilidade foi que a gente perdeu profissional. O profissional teve que ficar afastado por doença, comorbidade. Tinha hora que algum profissional estava doente por COVID-19. Uma equipe grande ficou reduzida e para fazer todas essas abordagens realmente ficou um pouco complicado. Potencialidade porque já estamos estruturados e com muito vínculo com os usuários, isso foi um ponto positivo. Se a gente não conseguia fazer abordagem por conta da quantidade de pessoas, de profissionais do consultório na rua, eles vieram muito até a gente, isso é positivo, o vínculo que já temos construídos com eles”. (L11)</i></p> <p><i>“Fragilidade no contexto da tuberculose na época de pandemia foi mesmo os poucos profissionais que estavam e tínhamos que dar conta de tudo, a falta da van, o desconhecimento da doença e alguns usuários saíram dos locais onde ficavam atrás de comida porque o comércio estava todo fechado. Potencialidade e a questão do nosso trabalho com a tuberculose e o trabalho compartilhado. Compartilhamos com as outras clínicas e às vezes até mesmo perto onde o usuário fica”. (R11)</i></p>
--	--

Nota: Equipe de Consultório na Rua AP 5.1, Rio de Janeiro, 2021.

Fonte: A autora, 2022.

Nesse contexto, a pandemia de COVID-19 tem sido um desafio exponencial para toda a Atenção Básica, em especial para as equipes de eCR, visto a necessidade de reorganização do serviço para o combate à doença, além de manter as atividades de rotina que precisam ser asseguradas, apesar da readequação e incorporação de novos procedimentos. O enfrentamento à pandemia traz a necessidade da adequada proteção dos profissionais de saúde,

oportunizando ambientes de trabalho em condições seguras para sua realização, evitando que sejam meio de transmissão. Para isso, mudanças na organização do processo de trabalho devem acontecer em conformidade com a realidade local, sendo necessária a promoção da educação permanente com/nas equipes multidisciplinares, e o potencial de identificação do risco para a doença e a garantia do cuidado oportuno (FERREIRA et al., 2020).

Uma outra dimensão é entender que cuidar no território não é só intervir no quadro clínico: é circular nos territórios com a devida proteção e com uma agenda de trabalho para o período de pandemia construída com diferentes atores locais. Então, é possível construir uma capacidade operativa de outra modalidade de cuidado da pandemia, através de uma ampla rede de cuidados de proximidade capilarizada com profissionais potentes, evitando o abandono de sintomáticos e contatos, atuando com maior consistência no controle da transmissão comunitária, e construindo outras possibilidades para o distanciamento social. Cabe, então, construir redes de cuidado que se desdobram em uma multiplicidade de tecnologias de cuidado baseadas nos territórios da vida e do trabalho das pessoas, usando ferramentas muito mais manejáveis do ponto de vista do custo, mas principalmente com uma capacidade de interferir de maneira efetiva na contenção do contágio comunitário, assegurando uma oferta suficiente de testes, EPI, informação, apoio articulado com capacidade de acolhimento, diálogo e compartilhamento de ações (SEIXAS et al., 2021).

Outro ponto, foi o cronograma de atividades da equipe se reorganizou, tendo em vista, a necessidade do reequilíbrio entre as ações nos abrigos, nas ruas, nas unidades do território da área programática e na unidade base da equipe. O ponto de fragilidade foi quando os profissionais, no auge da pandemia, momento este que a população mais precisava dos cuidados da equipe, começaram a adoecer. Houve uma redução brusca da equipe por contaminação de COVID-19, e outra parte ficou afastada pela Resolução que definia grupo de risco, diminuindo o efetivo nas abordagens.

O estudo de Honorato e Oliveira (2020) reforça a orientação de que a equipe de saúde deve ir ao encontro das necessidades, e não as deixar se apresentar pela demanda. Além dos atendimentos in loco no território durante as abordagens, houve aumento da procura da população em situação de rua na unidade base, todos com muito receio de serem contaminados, solicitando documentação para receber auxílio do governo, questões de saúde diversas e pacientes que já não se encontravam mais em nosso território de abrangência. As solicitações eram variadas: falavam sobre a dificuldade em conseguirem alimentação, e até mesmo os “garimpos” para conseguir algum dinheiro, pois a rede de apoio deles, como alguns estabelecimentos comerciais e instituições religiosas que entregavam comida, tinham suas

atividades reduzidas e/ou encerradas devido quarentena decretada decorrente da pandemia de COVID-19.

A pandemia de COVID-19 durante os últimos anos evidencia que o panorama atual dos determinantes sociais da tuberculose como pobreza, desnutrição, desemprego e más condições de moradia foram se deteriorando nas populações em situação de marginalidade e vulnerabilidade social, o que pode facilitar o desenvolvimento da doença (OPAS, 2021).

As relações de proximidade e organicidade com a rede e a população em situação de rua são pontos de evidência nas entrevistas, assim como a importância da segurança alimentar para a tomada da medicação de tuberculose. Em conformidade com a Resolução SES n.º 2580, a Gerência de Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro publicou as orientações sobre a utilização de recursos para o auxílio alimentação às pessoas em tratamento de tuberculose no Estado do Rio de Janeiro visando a implementação de ações de segurança alimentar e nutricional (SES/RJ, 2021).

Quando perguntado sobre a potencialidade da equipe no manejo da tuberculose junto à população em situação de rua no cenário da pandemia de COVID-19, a fala dos entrevistados demonstra a importância do trabalho compartilhado, o vínculo e as estratégias de abordagem no território. A eCR desenvolve ações à população em situação de rua in loco, de forma itinerante e compartilhada com outros pontos de atenção à saúde, sendo um dispositivo da rede que faz a ponte entre a rua e os serviços, assim como faz a costura dessa rede de atendimento e busca qualificar e garantir o acolhimento das necessidades desses indivíduos (MARTINEZ, 2016).

A eCR dentre as ações desenvolvidas como abordagem e acolhimento durante a pandemia de COVID-19 retomou o "Café Cultural" que se consolida como uma estratégia importante de redução de danos e de construção de vínculo entre os profissionais e as pessoas em situação de rua. É uma estratégia de cuidado e fortalecimento de vínculo com a população que vive em áreas marcadas por diversas vulnerabilidades, onde a interação cotidiana na localidade enquanto serviço de baixa exigência, vem proporcionando o acesso destes usuários a rede de assistência assim como facilitando a detecção e acompanhamento exitoso de diversos agravos complexos como a tuberculose.

A equipe não encontra dificuldades, por parte dos usuários, em acessar os locais de maior concentração da população em situação de rua visto que a vinculação com os usuários já em acompanhamento de tuberculose facilita a identificação e o acesso aos demais. Assim a eCR traz como principal instrumento o relacionamento pessoal, pois este possibilita uma

aproximação cuidadosa com o usuário, adaptando as ações a serem desenvolvidas a partir do estabelecimento de vínculos de confiança, na busca de uma interlocução possível.

O transporte próprio é um dispositivo importante para as intervenções, assim como aumenta a segurança, agilidade e acessibilidade da equipe durante as abordagens, mesmo com a redução do número de profissionais no veículo respeitando as exigências sanitárias da pandemia de COVID-19.

A abordagem noturna tem sido uma estratégia importante para a identificação de novos usuários e de maior compreensão do diagnóstico situacional, uma vez que durante a noite o território apresenta uma população que não conseguimos acessar durante as ações diurnas.

A vista disso, um dos desafios do trabalho na eCR diz respeito a integridade das pessoas em situação de rua afetadas pela extrema desigualdade, e ainda mais depauperada pelas precárias condições de vida. Há um conjunto de fatores que comprometem a saúde física e mental, que dizem respeito aos modos de viver em aglomerados, a inadequação alimentar, do sono, de repouso e higiene, a suscetibilidade ao adoecimento e ao uso e abuso de substâncias psicoativas (REINALDO et al., 2020). Oferecer um suporte às necessidades humanas básicas aqui destacadas como alimentação, abrigo e oportunidade do descanso e sono, aliadas à preservação da dignidade e dos direitos universais são atitudes essenciais que possibilitam e aproximam o diálogo.

6.2 TEMA 2 - CONSTRUÇÃO DA REDE DE CUIDADOS E INTERSETORIALIDADE PARA O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA COM TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

...cada local com os seus desafios ...desarticulação da rede de apoio... a crise chega nas ruas... uma realidade ainda mais difícil!!! (DIÁRIO DE CAMPO, 2021)

Considerando o contexto da pandemia de COVID-19, é relevante investir no cuidado junto à pessoa em situação de rua com tuberculose de forma compartilhada localmente, no território, avançando na articulação e no fortalecimento das redes intersetoriais. O vínculo das pessoas em situação de rua deve levar em consideração a proximidade geográfica com a unidade básica de saúde, e não apenas o vínculo com a equipe do consultório na rua. É imprescindível o cuidado compartilhado e implicado em rede dada a complexidade dessa população.

Ao abordar a existência de uma rede hierarquizada, articulada e organizada para o compartilhamento do cuidado, na tentativa de garantir a continuidade do cuidado, a integralidade e a resolutividade da atenção, um dos objetivos da equipe é ampliar o acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde e da rede intersetorial, integrando e articulando as ações com os diferentes serviços, sendo porta de entrada articuladora e cuidadora para o SUS, além de dar visibilidade às demandas dessa população. Deste modo, fica colocada a necessidade de que o setor saúde constitua parcerias com outros setores, fato que aponta que a produção de intersetorialidade será determinante do grau de resolutividade do sistema de saúde (MACHADO, 2021).

Outro elemento importante que emergiu do campo da pesquisa, e que para o compartilhamento do cuidado e o fortalecimento da rede intra e intersetorial tenha êxito, se faz necessário o alinhamento das ações e diálogo entre os dispositivos do território para melhor operacionalização das atividades integradas. É preciso preservar o espaço de troca de experiência como reunião, colegiado e supervisão de eixo de cada caso com a rede de pessoas, equipamentos e serviços respeitando a singularidade da pessoa em situação de rua de forma individualizada. No que diz respeito à articulação com as unidades básicas de saúde para acompanhamento, é premente investir na formação das equipes para oferecer suporte ao trabalho da equipe do consultório na rua, para que o cuidado seja construído localmente.

Quadro 3 - Construção da Rede de cuidados e intersetorialidade para o acompanhamento da pessoa em situação de rua com tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19

Tema	Segmentos textuais
Trabalho em rede	<p><i>“Nós temos na área a assistência representada pelo CREAS, instituições civis e a sociedade civil de uma forma organizada”. (K1)</i></p> <p><i>“As clínicas da família que fazem parte do nosso território, O hospital de Atendimento à população, UPAS do território”. (L1)</i></p> <p><i>“Os equipamentos que temos são as unidades básicas de saúde, as clínicas da família. Outro dispositivo é o CREAS, por vezes também os abrigos informais e formais e agora a gente também tem a segurança presente”. (L1)</i></p> <p><i>“A Unidade de Saúde/Clinica da Família, com o agente comunitário que tem no território. Outro equipamento social que geralmente trabalha com a gente nesse mesmo território é o CREAS aí faz o atendimento às pessoas nos mesmos locais</i></p>

Trabalho em rede	<p><i>que a equipe de consultório na Rua faz”. (L2)</i></p> <p><i>“Com a pandemia COVID-19 algumas parcerias ficaram um pouco fragilizadas, porém num contexto a gente vê os espaços que são potentes. Restaurante popular também é um dos dispositivos até pouco tempo. As doações de igrejas”. (K5)</i></p> <p><i>“Com a rede que o usuário traz no relato dele, ele vai dizendo quais suportes que eles têm e vamos fazendo contato”. (D5)</i></p> <p><i>“Quando o paciente precisa ser internado tanto por questões sociais quanto por piora clínica, a vaga sai para os hospitais de referência de tuberculose do Rio (L6).</i></p>
-------------------------	--

Nota: Equipe de Consultório na Rua AP 5.1, Rio de Janeiro, 2021.

Fonte: A autora, 2022.

Parte essencial e um dos objetivos do trabalho das eCR, é o de ativar os territórios existenciais nos encontros que vão se produzindo cotidianamente entre a equipe e os usuários, saindo de lógica da UBS e encontrando com a vida e sua complexidade nas ruas, sobretudo com o trabalho dos agentes sociais (MAGALHÃES, 2018).

A interlocução com os equipamentos da Assistência Social se faz presente no manejo da tuberculose com a população em situação de rua, bem como as unidades básicas de saúde da Área Programática 5.1. Todavia, a rede da equipe não deve ser restrita a uma região, tendo em vista que os usuários acompanhados são provenientes de outros locais, sendo uma das atribuições dos profissionais da eCR auxiliar na reinserção numa nova rede social e de atenção à saúde num novo território.

A relação intersetorial entre a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social e Secretaria Municipal de Saúde, tem evoluído muito, pois atualmente existe uma disposição das gestões para esse entendimento, sendo os problemas sociais sempre pautados em reuniões de território (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Desta forma, a eCR tem que intentar a junção da rede, sendo responsável por articular todos os pontos de atenção necessários para o caminhar da pessoa em situação de rua na rede para cuidado integral, tentando solucionar as dificuldades e matriciar com o tema.

Segundo Barata et al. (2015):

...o desafio que se coloca para a formulação de política de saúde é incorporar as representações e as práticas de cuidados para as pessoas em situação de rua, como também de todos os serviços de saúde, como ponto de partida da organização da assistência. Incluindo também os serviços sociais como o resgate da cidadania.

A construção de redes é uma tarefa complexa que exige a implementação de ações que qualificam os diferentes serviços, especialidades e saberes para que haja um processo de atenção e gestão mais eficiente e eficaz para os usuários. É importante que a atuação da eCR seja centrada no usuário, seja feita em rede, com articulação junto aos diversos equipamentos de saúde e de outros setores (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Cabe destacar, que o trabalho da eCR na busca por tecer articulações intersetoriais no contexto da pandemia de COVID-19 se fez presente de forma mais intensificada em diversos momentos, em especial dos pacientes em acompanhamento de tuberculose que demandavam questões como regulação assistencial ou internação hospitalar. A importância das ações intersetoriais, a articulação com outros equipamentos de saúde é imprescindível para a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção, mas, ao mesmo tempo, causadora de tensões, dificuldades e barreiras no processo de trabalho das eCR por não considerar critérios como a gravidade, a situação de vulnerabilidade da pessoa em situação de rua e a oportunidade daquele usuário que opera na lógica do ‘aqui-e-agora’, ou seja, na noção de que “o tempo é o aqui e agora”, reflete o imediatismo das respostas da eCR, as demandas dos usuários (ENGSTROM et al., 2019).

Recapitulando os pontos comuns entre os entrevistados quando em referência à construção do trabalho em rede para o manejo da tuberculose junto à população em situação de rua fica visível que a atuação no território é orientada por uma proposta intersetorial e pela identificação das possíveis redes formais e informais disponíveis para que o cuidado seja integral envolvendo não somente a saúde, mas outros setores.

Nesse sentido, as ofertas de cuidado de proximidade têm uma potência para a gestão dessa crise, como possibilidade de se enfrentar a pandemia na produção micropolítica dos encontros cotidianos, ultrapassando os limites da subjetivação do modelo biomédico que tem marcado também as ofertas de base comunitária. O chamado “cuidado de proximidade”, tem sido definido, como o cuidado realizado o mais perto possível dos usuários de um dado território. Esse conceito, na prática, vai além de uma noção de proximidade em termos geográficos, de delimitação física de áreas de abrangência. Trata-se de dispositivos que têm se proposto a estar, de modo ativo, perto dos problemas cotidianos do viver comunitário, aproximando-nos de uma compreensão de “território” como um cenário dos agires humanos (SEIXAS et al., 2021).

A potência dos cuidados de proximidade, em suas diversas modelagens locais, decorre de uma aposta de que as equipes são tão mais capazes de pensar soluções adequadas, de forma compartilhada com os diversos atores, quanto maior a sua proximidade e o seu conhecimento

dos problemas que as pessoas daquela comunidade específica enfrentam, suas necessidades, demandas, mas também potencialidades. Decorre igualmente da possibilidade real de formação de vínculo, permitindo a produção de projetos de cuidado comunitário compartilhados com os moradores e, portanto, com mais sentido para a vida daquelas pessoas. Isso porque há a potência de construir tecnologias de cuidado em suas várias dimensões, ampliando muito o proveito que o uso das tecnologias leves relacionais abre na construção de vínculo, responsabilização e compartilhamento horizontal na produção do cuidado de si e do outro (SEIXAS et al., 2021).

É na intersetorialidade que existe a possibilidade de abordar amplamente as questões e dificuldades mais complexas da população em situação de rua em suas múltiplas dimensões. Apesar das dificuldades para tornar a intersetorialidade uma prática cotidiana, a articulação intersetorial tem sido uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização e acesso da população em situação de rua às políticas públicas (LOPES, 2014).

Por conseguinte, é necessário atuar de forma intersetorial e coletiva, articulando com dispositivos locais para potencializar o cuidado oferecido. O cuidado deve ser realizado de forma integral, envolvendo não só a saúde, mas outros setores. Estar sensível para o espaço (Território e Redes) onde a vida de quem reside na rua acontece, refletir sobre esse lugar vivo, observar como a rede de cuidado está articulada para poder inserir as ações no território vivo, a Rua é indispensável para manejo da tuberculose na população em situação de rua.

6.3 TEMA 3 - A RUA COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE CUIDADO: PROCESSO DE TRABALHO DA ECR NO MANEJO DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Abordagem e acolhimento ... cuidado integral à pessoa em situação de rua... transformação do plano de queixas em circuito de demandas ... ser referência e aproximação para território de vida ... cartografia móvel dos modos de vida da pessoa em situação de rua! (DIÁRIO DE CAMPO, 2021)

A rua como espaço de cuidado deve levar em conta que as demandas da população em situação de rua apresentam níveis diferenciados e que precisam ser acolhidas em espaços diferenciados, desta forma, a rua, rede, unidade de saúde, serviços e espaços devem ser articulados para o acompanhamento. A organização da Rede tem sido um tensionamento constante para prática dos profissionais do consultório na rua ficando mais acentuado no contexto da pandemia de COVID-19.

De forma muito frequente, durante as abordagens e discussão de caso, a rede informal ou "territórios afetivos" tiveram grande importância no acompanhamento dos usuários com

tuberculose na pandemia de COVID-19, dando apoio a equipe para a realização do tratamento junto a pessoa em situação de rua. Faz-se necessário que os usuários, enquanto redes de existências, produzem-se ‘em-mundos’, ‘in-mundizam-se’ constituindo certos modos de conduzir a produção de cuidado. As ruas são, entre tantos territórios existenciais, um lugar onde as existências atuam e se produzem como Redes Vivas, onde os usuários constroem suas próprias redes com diferentes conexões (MERHY, 2014).

Diante da observação no campo de pesquisa e através das semelhanças nas percepções dos entrevistados referentes ao processo de trabalho, fica evidente que a prática de cuidado é sustentada pela lógica de ir às ruas através das abordagens, realizando processo contínuo entre rua e unidade sede, não somente para identificar ou realizar busca ativa do usuário em tratamento de tuberculose, mas para abrir possibilidades e construir processo de cuidado no qual a pessoa em situação de rua ocupe a posição de protagonista. O trabalho não apenas como um conjunto de intervenções, mas em apostas de acompanhamento sequencial de acordo com cada circunstância pactuada no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O Projeto Terapêutico Singular é a opção utilizada para o caso de saúde a ser discutido na reunião para sua elaboração, que busca ações direcionadas à produção de cuidado e à redução de vulnerabilidades, entendido como um modo de dar maior resolutividade para a eCR. O PTS deve ser baseado nas histórias de vida das pessoas, em suas condições de vida, nas suas necessidades e nos seus desejos, reforçando também que as orientações e a construção de estratégias de cuidado propostas pelos PTS devem ocorrer por meio de conversas em consultas na UBS ou nas ruas (MACEDO; MACHADO, 2016).

Quadro 4 - A rua como espaço de produção de cuidado: Processo de trabalho da eCR no manejo da tuberculose na população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19

Tema	Segmentos textuais
<p>Processo de trabalho</p>	<p><i>“Nós temos reunião semanal e mediante aos casos positivos esse caso/paciente é criado ou pelo menos conversado um plano para as doses observadas e qual rotina que a gente vai ter para estar sempre presente com ele não somente para levar a medicação mais naquilo que ele precisar”.</i> (K7)</p> <p><i>“A abordagem e a construção do vínculo, procuramos no território, acionamos a rede</i></p>

<p style="text-align: center;">Processo de trabalho</p>	<p><i>informal com aqueles que estão ali nos dando apoio para avançar nesse tratamento. Quando o usuário está com dificuldade, que vai acontecer mesmo esse rompimento no tratamento, solicitamos a interação social porque muitas das vezes ele até sinaliza quando não vai conseguir”. (L9)</i></p> <p><i>“Tentamos fazer tratamento diretamente observado todas as vezes que saímos para as abordagens. Durante todas as nossas idas, o que pode acontecer dele não estar devido ao movimento itinerante, pode não estar no local. Então a gente anda sempre com remédio desse morador no nosso carro. Se um dia a gente não achar no próximo a gente faz o tratamento supervisionado dele. A gente se organizou na COVID-19, nós íamos em duas ou três pessoas dentro do carro, profissionais do consultório na rua e a gente fazia a busca ativa. Nos dias que o carro saía com os profissionais separados porque somos em dez a gente não poderia ir no carro todos juntos pelo fato da COVID-19, de contaminação e todas as vezes que saiu a gente deixava o profissional que estava nesse dia, já sabia o que tinha de fazer para fazer a busca ativa do morador”. (M7)</i></p> <p><i>“A nossa acolhida junto ao morador de rua é o instrumento que a gente usa para estreitar o vínculo. E com isso a gente vai avaliando cada morador e fazer a coleta do escarro”. (M3)</i></p> <p><i>“A gente tenta sempre fazer supervisionado, diário. Fazemos um acordo com o paciente para ver o que fica melhor para ele. Então esse paciente vai vir até a equipe quando ele fica próximo da unidade base ou nós vamos até ele e às vezes a gente usa os equipamentos, alguém que possa nos ajudar, com qual rede de apoio a equipe conta para auxílio no tratamento supervisionado da tuberculose tanto apoio formal, quanto informal. Às vezes fica próximo de um comércio, de uma igreja”. (L4)</i></p> <p><i>“Com a questão da COVID-19 a gente</i></p>
--	---

<p>Processo de trabalho</p>	<p><i>notou que houve uma procura maior de muitos usuários, com preocupação mesmo em relação à doença COVID-19 e através disso consegui descobrir pessoas com tosse, fazer escarro e descobrir pessoas com tuberculose. Organizar essa agenda para realizar o acompanhamento deles ou eles vinham na unidade”. (L7)</i></p> <p><i>“Ampliou olhar da equipe para cuidado do paciente em situação de rua com tuberculose. A tuberculose em meio a pandemia acabou fazendo desacelerar e ter olhar mais criterioso dentro da pandemia para este paciente. Já que a COVID-19 vulnerabiliza muito a pessoa e ainda mais uma pessoa com tuberculose e COVID-19 a equipe resguardou muito mais o paciente mesmo estando em situação de extrema vulnerabilidade. A equipe apertou o vínculo, processo de trabalho para dar atenção maior para as pessoas que estão na condição da tuberculose”. (K13)</i></p> <p><i>“A população com tuberculose acaba tendo um pouco mais de cuidado mesmo com movimento pelo território, sumindo às vezes. Entendemos a dinâmica do território onde a população em situação de rua está inserida. A equipe se fortaleceu no processo de trabalho para que não houvesse abandono e nem que essa pessoa com tuberculose acabe adoecendo por COVID-19. Processo amarrado, práticas de cuidado e orientações com escuta qualificada com promoção da saúde.” (K14)</i></p>
------------------------------------	---

Nota: Equipe de Consultório na Rua AP 5.1, Rio de Janeiro, 2021.

Fonte: A autora, 2022.

Durante as abordagens compreendeu-se que a rua deve ser considerada como ferramenta de aposta clínica e não apenas como território físico, mas como território de vida dessa população. A eCR deve estar sensível às ferramentas que a rua dá para a produção de cuidado, a partir dos arranjos construídos. As estratégias de acompanhamento devem ser individualizadas para cada caso.

Para Vargas e Macerata (2018), as dimensões invisíveis, entendidas como as dinâmicas relacionais que usuários ou grupos estabelecem num determinado território e quais

os lugares que estas dinâmicas ocupam nas vidas dos sujeitos, devem ser consideradas para a organização de um processo de trabalho da eCR mais resolutivo, entendendo as tecnologias relacionais (construção de vínculo) como elemento na ampliação da resolutividade que contribui para driblar as carências estruturais do cuidado na rua.

Observou-se que estar na rua, vivenciar uma proximidade com as pessoas em situação de rua, lidar com suas condições de vida, estabelecer empatia, escuta e prática com enfoque em encontrar potencialidades em suas falas fortalece o vínculo, possibilitando construir em conjunto um plano de cuidados, repactuando-os com o usuário conforme suas possibilidades e necessidades estabelecidas por eles como também do aspecto dos profissionais envolvidos no manejo da tuberculose em tempos de COVID-19.

O processo de trabalho da equipe do consultório na rua apresenta como foco de atuação a rua e interligada as ações da atenção básica trabalha na lógica da promoção do cuidado, o que exige a construção de uma rede mais ampla e construída na prática diária dos profissionais. A equipe visita as instituições e busca realizar ações conjuntas, atua de forma dinâmica seja através das abordagens, escuta qualificada, devolutiva e acompanhamento dos usuários as instituições envolvidas, procurando garantir cuidado responsável e eficaz favorecendo cuidado compartilhado (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Do ponto de vista assistencial, a equipe durante sua prática diária organiza os fluxos para o manejo da pessoa em situação de rua com tuberculose, realizando o acompanhamento compartilhado com a unidade básica de saúde de referência do usuário, tendo responsabilidade sobre o cuidado, entendendo-se como gestor do Projeto Terapêutico Singular, acompanhando o usuário em tratamento de tuberculose, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, bem como a contra referência para manutenção do vínculo do usuário com serviço desenvolvendo o cuidado de forma longitudinal.

Estudo de Granja e Lima (2020), descreve que um dos disparadores do Consultório na Rua é acompanhar os usuários encaminhados para os serviços de alta complexidade, sendo uma estratégia de ampliação da resolutividade da equipe. Essa disponibilidade é descrita pelos autores como positiva, porém ela é fruto de situações negativas, tais como a preocupação da eCR com o tratamento que será dado à pessoa em situação de rua e com a dificuldade do usuário em expressar as suas demandas e necessidades (GRANJA; LIMA, 2020).

Conforme segmentos textuais dos entrevistados, os usuários em acompanhamento de tuberculose face o contexto de pandemia de COVID-19 fez com que o processo de trabalho da equipe de consultório na rua tivesse papel fundamental de vinculação da população em situação de rua em todo o território da AP 5.1, buscando produzir atenção integral, com

atendimento humanizado e universal, visando potencial de vida, cuidado e educação para autonomia. Entende-se que a rua tem movimento próprio e a população em situação de rua ante a pandemia de COVID-19 convoca os profissionais a repensar o manejo da tuberculose visto que a produção do cuidado não deve se limitar a ações protocolares.

Segundo as Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua – Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro, 2014, o processo de trabalho das eCR é o acompanhamento longitudinal; a construção de vínculo; a promoção de autonomia; a cartografia constante do território/atuação na rua; a construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; a criação de referência; a escuta ampliada; a construção e a promoção de espaços de atendimento diversos; tensionar da rede; e ocupar e pautar os espaços políticos na cidade (MACHADO, 2017).

A respeito do espaço de discussão do processo de trabalho, a equipe entrevistada possui uma organização para o desenvolvimento do seu trabalho, com planejamento prévio de todas as ações programadas com a construção da agenda de atividades. O planejamento foi revelado como sendo semanal visando um cronograma de ações específicas para os membros da equipe de acordo com a necessidade de cada caso, sendo apontado como importante ferramenta para o processo de trabalho no manejo da pessoa em situação de rua em acompanhamento de tuberculose. A reunião de equipe é entendida como uma estratégia de ampliação da resolutividade. Ainda, é mencionada como um espaço de convergência de diferentes discussões sobre o processo de trabalho da equipe, a sistematização das ações da eCR no cotidiano para o planejamento da equipe antes e depois das atividades nas ruas, o monitoramento e a avaliação das ações das equipes, além de ser um espaço de educação permanente (MACHADO, 2021).

Desta forma, para o manejo da tuberculose em tempos de pandemia de COVID-19 na população em situação de rua, é preciso adaptar o protocolo técnico assistencial para se produzir o cuidado. A interação entre a eCR e a pessoa em situação de rua é determinante para a qualidade da resposta do cuidado e está intimamente ligada à abordagem, ao vínculo, ao acolhimento, à escuta qualificada, relevante para os diferentes saberes técnicos e das experiências de vida, visto que a interação com o usuário em situação de rua, depende dos resultados desse processo de trabalho (CECCIM; FEUERWREKER, 2004).

Portanto, é fundamental ampliar as reflexões sobre cuidados relacionais como uma ferramenta potente para o processo de trabalho da equipe de consultório na rua no manejo da tuberculose junto à população em situação de rua no cenário da pandemia de COVID-19, além de ponderar nos espaços de reunião/discussão o modo como eCR está conduzindo o

cuidado, a estrutura e organização da rede visando avançar no apoio articulado com aplicabilidade de acolhimento, diálogo e compartilhamento das ações com os diversos dispositivos do território.

Capítulo 6

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do processo de trabalho da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1, no município do Rio de Janeiro, aponta algumas singularidades das ações desenvolvidas para o manejo da tuberculose junto à população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19.

A equipe de consultório na rua vem cumprindo seu papel institucional de cuidado em saúde à população em situação de rua numa abordagem multiprofissional e na lógica do cuidado integral. Realizar o cuidado a essa população, em especial os que possuem diagnóstico de tuberculose, é um desafio para a equipe, pois exige não somente o manejo dos protocolos clínicos, mas principalmente a construção do trabalho que seja compartilhado com a rede intra e intersetorial ficando mais evidente na pandemia de COVID-19.

A pesquisa considerou relevante que a intersetorialidade é pré-requisito básico para conseguir melhores resultados no manejo da tuberculose, sobretudo no contexto da pandemia de COVID-19. O processo de trabalho quando se dá de forma compartilhada com a rede seja ela formal ou informal favorece na articulação para a realização do tratamento diretamente observado, na rotina da eCR para identificação e avaliação de sintomáticos respiratórios, na realização de exames como o teste rápido molecular, raio-x de tórax e teste rápido para HIV, bem como registro clínico qualificado para a condução dos casos de usuários com tuberculose.

A tuberculose traz para os profissionais que cuidam das pessoas em situação de rua desafios, reflexões, mudanças na prática do cuidado, construção e articulação de rede, trabalho em equipe, estratégias criativas e flexibilização nos processos de trabalho. A implementação de estratégias de cuidado que reconheçam a rua como espaço de vida dessas pessoas é essencial para o manejo da tuberculose frente a pandemia de COVID-19.

A complexidade do trabalho da eCR sugere a adoção de modelos centrados em uma visão ampliada de cuidado, considerando as singularidades dos usuários, suas necessidades e contextos de vida, o que implica na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) compartilhados e flexíveis para que o manejo da tuberculose seja realizado com planos realísticos e individualizados.

A eCR promoveu estratégias educativas que vislumbraram ações de promoção da saúde junto à população em situação de rua ante a pandemia de COVID-19, envolvidas em

processos dialógicos de troca de informações e esclarecimentos sobre a doença e suas formas de prevenção, além da realização da articulação intersetorial. Entende-se que estar no território é fundamental, mas não é suficiente. Além da tarefa de estar no território e se construir pelo território da rua, a clínica no território tem que ser também uma clínica de rua principalmente no que tange ao manejo da tuberculose. Tal fator está ligado a capacidade de ampliação ou variação dos modos de cuidado, habitando e acompanhando os territórios de vida dos usuários, de forma a operar por meio do vínculo, da experiência desses territórios, produzindo suas intervenções a partir das experiências neles vividas.

Acerca das abordagens, a equipe manteve a regularidade de visitas no território, se fazendo presente e mostrando-se acessível, decisivo para manter a aproximação e a construção de vínculos terapêuticos diante da pandemia de COVID-19, orientando sobre a possibilidade do cuidado tanto na rua quanto na unidade base visando permitir o acesso e resolutividade da atenção à pessoa em situação de rua portadora de tuberculose.

A pesquisa realçou também a importância da qualidade do relacionamento interpessoal entre usuário e profissional e o grau de engajamento do usuário no processo terapêutico. A eCR devem ter um olhar aplicado ao outro, construindo uma relação baseada no diálogo e na valorização das diferenças, não eliminando a experiência da rua, mas compondo com ela a possibilidade de outros modos de vida, lidando com a complexidade das questões de saúde apresentadas e construindo outras formas de organização das estratégias do território.

A despeito da construção do vínculo como ferramenta de potencialização do cuidado, mantendo o foco na pessoa e buscando garantir acesso à saúde, a medida em que o vínculo se estabelece, é possível construir caso-a-caso os projetos terapêuticos para pessoa em situação de rua com tuberculose, respeitando a singularidade de cada história de vida e a complexidade dos processos de saúde e doença, de forma a favorecer adesão às terapêuticas pactuadas.

Dessa forma, essa pesquisa possibilitou, por meio da reflexão derivada das experiências dos profissionais, dar visibilidade às ações de cuidado com base na corresponsabilidade, o estabelecimento da escuta, possibilitando pactuações diversas, alternando o plano de cuidado, repactuando de acordo com as possibilidades e necessidades estabelecidas, saindo da doença para o sujeito, centrado no território de vida (o sujeito e suas relações) e lidar com os desafios que o território traz, construindo processo de trabalho a partir de espaços de compartilhamento e de produção de decisões coletivas, abrindo o espaço para rua na Rede.

Nisso, o lugar da pessoa em situação de rua portadora de tuberculose com seus saberes e fazeres torna-se base para o processo de trabalho e construção de novas possíveis estratégias

de cuidado da equipe de consultório na rua diante da pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**. Brasília: ABEn/DEAB, 2020.

BARATA, R.B. et al. Desigualdade social em saúde na população de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, v. 24, p. 219-232, 2015. (Supl. 1).

BASTOS, F. I. et al. A epidemia de AIDS no Brasil. In: MINAYO, M.C. (Org). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

BERGONZOLI, G. et al. Determinants of tuberculosis in countries of Latin America and the Caribbean. **Rev. Panam Salud Publica**, v.39, n. 2, p. 101–5, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. v.50, n.9, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. (Edição especial).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde 2021. (Número Especial).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estadual de Vigilância e Controle da Tuberculose 2018/2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Nota Técnica N.º 5/2020/CGRIS/DEPEDH/SNPG/MMFDH de 3 de abril de 2020**. Orientações Gerais sobre Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia do Covid-19. Brasília, DF. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-da-orientacoes-para-acolhimento-da-populacao-emsituacao-de-rua-durante-pandemia/SEI_MDHNotaTcnicaOrientaesPopRuaCovid19.pdf. Acesso em: 13 mar 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de rua, um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras microbactérias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública**. Boletim Epidemiológico, v. 47, n. 13, p. 1-15, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama da tuberculose no Brasil Indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia covid-19. Recomendações para os Consultórios na Rua e a Rede de Serviços que Atuam Junto com a População em Situação de Rua**. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para os profissionais no âmbito das equipes de consultório na rua referentes ao COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 122, de 25 de janeiro de 2014. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Ed. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. **Tuberculosis en las Américas, 2018**. Washington: OPS, 2018. (Número de documento: OPS/CDE/18-036).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

BRASIL. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011e.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Sumário Executivo. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 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. **Diário Oficial da União**, 2009.

BRASIL. SENAD: **Secretaria Nacional Antidrogas**. Fórum Nacional sobre Drogas, 2005.

CANDIANI, C. **Os problemas clínicos mais comuns junto a população em situação de rua**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, S. M. C. DE. Pessoas em situação de rua: acesso universal às políticas sociais? **Ciênc. Human. Educ.**, v. 14, n. 1, p. 57-64, 2013.

CARBONE, M. **Tísica e rua: os dados da vida e seu jogo**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

CECCIM, R.B; FEUERWREKER, L.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

DANTAS, M. **Construção de políticas públicas para população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: Limites, avanços e desafios**. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio

de Janeiro, 2007.

CEOLIN, B.; TERRA, I. C.; CARMONA, R. População em situação de rua: estudo da realidade vivida. **Cad Humanem Perspectivas**, v. 4, n. 8, p. 117-126, 2020.

DUNLON, C.H.A; LID, A.L.N. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. V. 4, n.1, 2020, bjgpopen20X101041. Doi: 10.3399/bjgpopen20X101041.

ENGSTROM, E.M. et al. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde Debate**, v. 43, n. 7, p. 50-61, 2019.

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 e Saúde Coletiva**, v.21, n. 6, p.1839-1848, 2016.

EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO. Universidade Federal Fluminense. **Diretrizes, metodologias e dispositivos do Pop Rua**. 2014.

FERREIRA, S.R.S. et al. O processo de trabalho da enfermeira, na atenção primária, frente à pandemia da Covid-19. In: TEODÓSIO, S. S. C. S; LEANDRO, S. S. (Orgs.) **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**. Brasília, DF: ABen/DEAB, 2020.

GRANJA, M. C. L. M; LIMA, F. L. T. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 224 66, n. 2, p. e-09816, 2020

HALLAIS, J. A. S; BARROS, N. F. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, v.3, n.7, p.1497-1504, 2015.

HINO, P. et al. Tuberculosis control from the perspective of health professionals working in street clinics. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3095, 2018.

HONORATO, B.E.F; OLIVEIRA, A.C.S. População em situação de rua e COVID-19. **Rev de Admin Pública**, v.54, n.4, p.1064-1078, 2020.

LOPES, L. E. (Org.). **Caderno de atividades: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de Consultórios na Rua**. Rio de Janeiro: EAD/ESP, 2014.

MACHADO, M. P. M. **As práticas dos consultórios na rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo**. Doutorado (Tese) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2021.

MACHADO, M. P. M. **Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua**. 2017. 98f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

MACEDO, F. S. de; MACHADO, P. S. Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 34-46, 2016.

MAGALHÃES, J. Clínica do consultório na rua. *Rev. de Psicologia da Unesp*, v. 17, n. 1, p. 14-33, 2018.

MARTINEZ, M. O Consultório na Rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: O caso de São Bernardo do Campo. In: MARTINEZ, M. **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos: Edufscar, 2016.

MENDES, E. V. (org). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297–2305, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola Nacional de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MEHRY, E. E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Saúde para Debate**, n. 52, p. 153-164, 2014

MERHY, E. E; ONOKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MERHY, E.E. Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. **Saúde em Debate**, v.34, n.86, p.433-435, 2010.

MERHY, E.E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MIRANDA, F.A. **Direito à saúde para a população em situação de rua de Salvador: Cartão SUS e Pop Rua**. Salvador, 2017. Disponível em: https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/38615/Fabiana_Almeida_Miranda.pdf. Acesso em: 14 mar 2022.

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

NATALINO, M.A.C.; PINHEIRO, M.B. **Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia: algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial**. Ipea: Disoc, 2020. (Nota Técnica, nº 67).

NATALINO, M.A.C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Ipea, 2016. p. 36. (Texto para Discussão, n^o. 2246).

NATALINO, M.A.C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. Ipea: Disoc, 2020. (Nota Técnica, n^o. 73).

NAKAMURA, E. et al. **The potential of an instrument to identify social vulnerabilities and health needs: collective health knowledge and practices**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 17, n. 2, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Organização Mundial da Saúde**, 2021. Disponível em: www.paho.org/pt/brasil. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Nota Informativa da OMS COVID-19: Considerações sobre cuidados com a tuberculose (TB)**, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54856>. Acesso em: 14 mar 2022.

QUEIROGA, R.P.F. **Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua: Fatores associados e desempenho de profissionais da Atenção Primária à Saúde**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2018.

REINALDO, A.M.S; PILLON, S.C; WAGSTAFF, C; SILVEIRA, B.V; GOMES, N.M.R; PEREIRA, M.O. População em Situação de Rua: maior vulnerabilidade e invisibilidade durante a pandemia de covid-19. In: ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B. (Orgs.) **Enfermagem em saúde mental e COVID-19**. Brasília: ABEn, 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado do Rio de Janeiro). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Boletim Epidemiológico**. A tuberculose na população em situação de rua, 2021 (Edição especial).

RIO DE JANEIRO (Rio de Janeiro). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. **Diretrizes Norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro**. 2016. Disponível em: [subpav.org > download > prot > Diretrizes CnaR_2016](http://subpav.org/download/prot/Diretrizes_CnaR_2016). Acesso em: 14 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO (Rio de Janeiro). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos e da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos. **População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. Censo, 2020**. Disponível em: <https://psr2020-pcrj.hub.arcgis.com>. Acesso em: 14 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO (Rio de Janeiro). Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Controle da Tuberculose do Município do Rio de Janeiro. **Boletim Epidemiológico anual do Programa de Controle da Tuberculose do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 14 mar. 2022.

ROSA, A. S; CAVICCHIOLI, M. G. S; BRETAS, A. C. P. O processo saúde-doença cuidado e a população em situação de rua. In: **Enfermagem e saúde: Olhares sobre a situação de rua**. Curitiba: Editora CRV, 2013.

SANTOS, A. C. E. et al. Análise e comparação dos desfechos do tratamento de tuberculose na população em situação de rua e na população geral do Brasil. **J Bras Pneumol**. v. 47, n. 2, 2021.

SANTOS, M.L.S.G. et al. **Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 15, n. spe, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700008>. Acesso em: 14 mar 2022.

SEIXAS, C.T; MERHY, E.E; FEUERWERKER, L.C.M; SANTOS, T.B.E; JUNIOR, H.S; CRUZ, K.T. **A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19**. Interface (Botucatu). v. 25, (Supl. 1): e200379, 2021. Doi:10.1590/interface.200379.

SILVA, T. O. et al. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.30, n.1, :e2020566, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000100029

SILVA, K.L; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enfermagem**, v.63, n.5, p.762-9, 2010.

SLOMP JUNIOR, H. et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea digital: Revista de pensamento e investigación social**, v. 20, n. 3, p. 2617, 2020.

SOTERO. M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão de ética. **Rev. Bioét.** v. 19, n. 3, p. 799-817, 2011.

TEIXEIRA, M; FONSECA, Z. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

TRINO, A. T; MACHADO, M. P. M; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: FONSECA, Z.; TEIXEIRA, M. (Orgs). Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2015.

VARGAS, E.R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Rev. Panam Salud Publica**. 2018; p

WERNECK, G.L.; CARVALHO, M.S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**. v.36, n.5, e00068820, 2020. doi: 10.1590/0102-311X00068820.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report**. Executive Summary. Geneva: World Health Organization; 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis**. Fact Sheet, Genebra, n. 104, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>. Acesso em: 14 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020**. Geneva: World

Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2021**. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Overview: Progress towards achieving global tuberculosis targets and implementation of the UN Political Declaration on Tuberculosis**. Geneva: WHO, 2020b. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/tuberculosis/overview-progress-towards-achievingglobal-tuberculosis-targets-and-implementation-of-the-un-political-declaration-on-tuberculosis0e0390d4-087a418e-8035-8238f7b8793d.pdf?sfvrsn=e8ad804d_1&download=true. Acesso em: 14 mar 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global lists of high burden countries for tuberculosis (TB), TB/HIV and multidrug/rifampicin-resistant TB (MDR/RR-TB), 2021-2025: Background document**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/who_globalhbcliststb_2021-2025_backgrounddocument.pdf?sfvrsn=f6b854c2_9. Acesso em: 14 mar 2022.

KOOPMANS, F. F. **O campo e o habitus nas práticas de cuidado de equipes de consultório na rua: notas etnográficas**. 2020. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

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

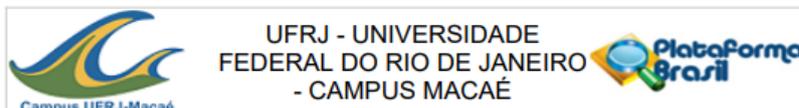
APÊNDICE

Roteiro de Entrevista

Nome: _____

- 1- Quais equipamentos ou instituições acionam a equipe consultório na rua para atender ou investigar caso de sintomático respiratório? Como o usuário chega até a equipe?
- 2- Como é realizada a busca ativa dos casos de sintomático respiratório no território? Existe busca ativa individual? Existe busca ativa coletiva com os equipamentos sociais?
- 3- Que instrumento/ferramenta a equipe utiliza para investigação e identificação de sintomático respiratório?
- 4- Há priorização do tratamento supervisionado para os usuários com tuberculose em situação de rua?
- 5- Com qual rede de apoio a equipe (formal e informal) conta para auxílio no tratamento supervisionado da tuberculose?
- 6- Nas situações de piora clínica dos casos de tuberculose como é a articulação com a rede hospitalar e acompanhamento compartilhado?
- 7- Como a equipe do consultório na rua organiza a agenda de consultas/abordagem na rua para usuários com tuberculose ao longo do tratamento? Como a equipe se organizou para realizar o acompanhamento do usuário com tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19?
- 8- De que maneira a equipe realiza o monitoramento/acompanhamento para controle das faltas na tomada da medicação para tuberculose?
- 9- Quais estratégias/ações a equipe realiza para aumento da taxa de cura e redução da interrupção do tratamento de tuberculose?
- 10- Quais os principais desafios que a equipe enfrentou para acompanhamento do usuário com tuberculose no cenário da pandemia de COVID-19?
- 11- Quais as fragilidades e potencialidades da equipe frente ao manejo da tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19?
- 12- Quais os desafios da equipe de consultório na rua para realizar ações integradas, fortalecendo os atributos da rede de atenção à saúde para o manejo da tuberculose frente a pandemia de COVID-19?
- 13- Como a pandemia de COVID-19 tem alterado o processo de trabalho da equipe de consultório na rua para produção do cuidado junto ao paciente com diagnóstico de tuberculose?
- 14- Quais são as consequências que a pandemia de COVID-19 acarretou no planejamento, gestão do cuidado e avaliação dos processos em saúde relativos a organização do serviço para o acompanhamento da população em situação de rua com tuberculose?

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Interrupção do tratamento da tuberculose como analisador para a intervenção na rede de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro: uma estratégia de inovação tecnológica no cuidado de si e do outro e as resistências no contexto da pandemia de COVID-19

Pesquisador: Emerson Elias Merhy

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40957020.9.0000.5699

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.647.771

Apresentação do Projeto:

Ressubmissão do Protocolo de Pesquisa intitulado "Interrupcao do tratamento da tuberculose como analisador para a intervencao na rede de atencao a saude do estado do Rio de Janeiro: uma estrategia de inovacao tecnologica no cuidado de si e do outro e as resistencias no contexto da pandemia de COVID-19"

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a centralidade da dimensao tecnologica leve no desenvolvimento de praticas de cuidado em saude que favorecam a "desinterrupcao" dos processos de tratamento e cuidado em tuberculose, atraves da estrategia de educacao permanente realizada junto as equipes dos servicos e usuarios-cidadaos guias, abrindo-se para novas intervencoes no ambito dessa pesquisa-intervencao.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os mesmos apresentados na submissão anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As listas de pendências e inadequações relativas a documentos e instrumentos de coleta de dados foram corrigidas.

Endereço: Av. Aluzio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAE
Telefone: (22)2141-4006 **E-mail:** cepufrjmacae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.647.771

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nessa segunda versão, todos os documentos postados estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações. Desta forma, este CEP delibera pela aprovação do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Vale lembrar que a interação com os participantes de pesquisa só pode ser iniciada a partir da aprovação desse protocolo no CEP. Os cronogramas de geração/coleta de dados devem acompanhar o relatório final de pesquisa.
2. Cabe enfatizar que, segundo a Resolução CNS 510/16, Art.28 Inciso IV, o pesquisador é responsável por "(...) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa".
3. O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. (Res.510/16, Cap.III, Art.9, inciso II)
4. A responsabilidade de obtenção de registro de consentimento, bem como o de sua guarda, é de inteira responsabilidade da equipe de pesquisa. Tais documentos podem ser solicitados a qualquer momento pelo sistema CEP-CONEP para fins de auditoria, bem como servem de proteção para os próprios pesquisadores em caso de eventuais denúncias por parte dos participantes.
5. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa.
6. Relatório final deve ser apresentado ao CEP via notificação ao término do estudo.
7. Caso a pesquisa seja realizada ou dependa de dados a serem observados/coletados em uma instituição (ex. empresas, escolas, ONGs, entre outros), essa aprovação não dispensa a autorização dos responsáveis. Caso não conste no protocolo no momento desta aprovação, estas autorizações devem ser submetidas ao CEP em forma de notificação antes do início da pesquisa.
8. Vale também ressaltar o Art. 3o, inciso VIII da Resolução 510/16:
"São princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais: VIII - garantia da não utilização, por parte do pesquisador, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes;"
9. O papel do CEP é proteger e garantir os direitos do participante de pesquisa. Está além das

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAÉ
Telefone: (22)2141-4006 **E-mail:** cepufrjmacae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.647.771

funções e das capacidades técnicas do CEP a validação jurídica de documentos como termos de cessão de uso/reprodução de imagem e voz e demais tipos de autorizações.

10. As declarações preenchidas na Plataforma Brasil são feitas sob pena da incidência nos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro sobre a falsificação de documento público e falsidade ideológica, respectivamente.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1676863.pdf	14/02/2021 20:11:10		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromissodoPesquisadorProfEmersoneequipeRevisado.docx	14/02/2021 20:09:52	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	ProjetaoVersaonov2020InterrupcaodotratamentocomoanalisadorInovacaoTecnologicanoCuidadoRevisado.docx	14/02/2021 20:09:26	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoentregarelatorioparcialefinalRevisado.docx	14/02/2021 20:08:34	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CurriculolattesCleoLimaRevisado.pdf	14/02/2021 20:08:20	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	FormulariodeRespostasasPendenciasTBRevisado.odt	14/02/2021 20:07:52	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaSESJRRevisado.pdf	14/02/2021 20:07:05	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaSaquaremaRevisado.jpg	14/02/2021 20:06:20	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaSaoJoadoMeritiRevisado.docx	14/02/2021 20:06:01	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeanuenciaSaoGoncalog2Revisado.jpeg	14/02/2021 20:05:35	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaSaoGoncalog1Revisado.jpeg	14/02/2021 20:05:20	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeanuenciaRiodeJaneiroRevisado.pdf	14/02/2021 20:05:00	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeanuenciaNovaFriburgoRevisado.jpg	14/02/2021 20:04:37	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaPETSaudeRevisado.docx	14/02/2021 20:04:03	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeAnuenciadeNovalgacuRevisado.pdf	14/02/2021 20:03:10	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Cronograma	AtualizadoCRONOGRAMACEPPesquisaTBRevisado.docx	14/02/2021 20:02:24	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	APENDICECRoteirodeAnalisedeDados	14/02/2021	KARLA SANTA	Aceito

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAE
Telefone: (22)2141-4006 **E-mail:** cepufrjmacae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.647.771

Outros	SecundariosPesquisaTB.docx	20:02:04	CRUZ COELHO	Aceito
Outros	APENDICEBCARACTERIZACAOPROFISSIONALPesquisaTB.docx	14/02/2021 20:01:24	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anexo2CartadeAnuenciadosPesquisadoresRevisado.docx	14/02/2021 20:00:46	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	APENDICEARoteiroEntrevistaSemiEstruturadoparaTrabalhadoresdeSaudeTB.docx	14/02/2021 19:58:39	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Orçamento	AtualizadodeOrcamentoPesquisaCuidadonaTuberculoseRevisado.xlsx	14/02/2021 19:57:42	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoFinal.pdf	07/12/2020 19:48:28	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuariosTuberculose.pdf	07/12/2020 19:39:14	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CurriculolattesCleolima.pdf	07/12/2020 19:26:49	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFRJDeclaracaodaInstituicaoCoparticipante.pdf	07/12/2020 19:25:41	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TermodeCompromissodoPesquisadorPrófEmerson.pdf	07/12/2020 19:25:23	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	TermodeAutorizacaoColetadeDadosSES RJ.pdf	07/12/2020 19:23:54	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	TermodeautorizacaocoletadedadosSaquarema.pdf	07/12/2020 19:23:19	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	TCLUusuariosPesquisaTuberculose.docx	07/12/2020 19:22:56	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	TCLGestorestrabalhadoresTuberculos e.docx	07/12/2020 19:22:36	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	SMSRIOTermodeautorizacaoparacoletadedados.pdf	07/12/2020 19:22:02	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	SMSRIODeclaracaocoparticipante.pdf	07/12/2020 19:21:36	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	SESRJCartadeanuenciaestadodoRJ.pdf	07/12/2020 19:21:11	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Orçamento	OrcamentoPesquisaCuidadonaTuberculose.xlsx	07/12/2020 19:20:41	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	Declaracaoentregarelatoriofinal.docx	07/12/2020 19:19:45	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CurriculoLattesReginaZuim.pdf	07/12/2020 19:18:43	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CurriculoLattesMAIRAGUAZZI.pdf	07/12/2020 19:18:19	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAÉ
Telefone: (22)2141-4006 **E-mail:** cepufrjmacae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.647.771

Outros	CurriculoLattesLeticiaLourenco.pdf	07/12/2020 19:17:45	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CurriculolattesKarlaSantaCruzCoelho.pdf	07/12/2020 19:17:03	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CurriculoLattesEmerson112020.pdf	07/12/2020 19:16:19	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CurriculoLattesAlineAzevedoVidal.pdf	07/12/2020 19:15:50	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMACEPPesquisaTB.docx	07/12/2020 19:15:18	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Outros	CartadeanuenciaSaquarema.pdf	07/12/2020 19:14:53	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anexo2CartadeAnuenciadosPesquisadores.docx	07/12/2020 19:14:09	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anexo1TermodInstituicaoUFRJMacaé.pdf	07/12/2020 19:13:25	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetaoVersaonov2020InterrupcaodotratamentocomoanalisadorInovacaoTecnologicanoCuidado.docx	07/12/2020 19:13:00	KARLA SANTA CRUZ COELHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAÉ, 13 de Abril de 2021

Assinado por:

Thiago da Silveira Alvares
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAÉ
Telefone: (22)2141-4006 **E-mail:** cepufrjmacaé@gmail.com



ANEXO 2

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AO GESTOR/TRABALHADOR**



Título do Projeto: O manejo da tuberculose na pandemia de COVID-19: Uma análise sobre o processo de trabalho da equipe de consultório na rua no Município do Rio de Janeiro

Pesquisador Responsável: Aline Azevedo Vidal

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ/ Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA.

Contato do Pesquisador: Tel.: (21) 97665-6396. e-mail: alineavidal86@gmail.com

Orientadora: Karla Santa Cruz Coelho.

Contatos: Tel.: (21) 99889-3228. e-mail: karlasantacruzcoelho@gmail.com

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **O Manejo da Tuberculose na Pandemia de COVID-19: Uma Análise sobre o Processo de Trabalho da Equipe de Consultório na Rua no Município de Rio de Janeiro** realizada pela mestrandia Aline Azevedo Vidal, tendo como orientadora Prof.^a Karla Santa Cruz Coelho. A pesquisa será utilizada como trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/FM/UFRJ). O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de trabalho da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 no manejo dos casos de tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro. Iremos realizar registro em diário de campo obtido através da captura de fenômenos observados *in loco* que irão emergir do campo de trabalho. O convite para sua participação se deve ao fato de ser profissional de saúde vinculado (a) à equipe de Consultório na Rua da AP 5.1 do município do Rio de Janeiro – RJ. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações por você prestadas na divulgação dos resultados. Ao aceitar participar da pesquisa, você não terá nenhum tipo de gastos e remuneração. Este estudo possui como benefício a análise do processo de trabalho para identificação dos nós críticos na produção do cuidado da equipe de consultório na rua no manejo da tuberculose visando assistência integral efetiva à população em situação de rua durante a pandemia de COVID-19. Os riscos desta pesquisa são mínimos e estão relacionados a reação de cunho emocional. A pesquisadora estará atenta para evitar e contornar possíveis desconfortos entre os participantes no decorrer da pesquisa no campo de trabalho. No entanto, caso o participante se sinta desconfortável, poderá se negar a continuar participar da pesquisa. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade física e bem estar dos participantes da pesquisa. Outro risco desta pesquisa está atrelado a possibilidade de desvinculação trabalhista devido alguma exposição acerca da instituição. No entanto, reforçamos que todos os dados coletados serão mantidos em sigilo, garantindo a confidencialidade e fatos que possivelmente possam comprometer moralmente e eticamente

os participantes. Nenhum dos procedimentos usados oferece risco a sua dignidade. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e do sigilo. Possui atribuições relativas à emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisa em seres humanos, no âmbito das Resoluções CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, uma cópia será entregue a você e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo será destruída. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome, ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Todos os dados apreendidos durante a pesquisa de campo estarão sob a responsabilidade do pesquisador que os guardarão sigilosamente e, somente ele, poderá utilizá-los para fins científicos de publicação e apresentação em eventos científicos. E o seu descarte, também é de responsabilidade do pesquisador e acontecerá com incineração após o prazo de cinco anos. A participante não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“O manejo da tuberculose na pandemia de COVID-19: Uma análise sobre o processo de trabalho da equipe de consultório na rua no Município do Rio de Janeiro”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de autorizar minha participação. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante:

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Aline Azevedo Vidal
Enfª COREN/RJ 000.253.028

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br; cepsmsrj@yahoo.com.br; Tel.: (21) 2215-1485 (SMSDC). O contato também poderá ser realizado com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (CEP EEAN/HESFA/UFRJ), localizado na Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ, 21211-110; Tel.: (21) 3938-0962; E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br/cepeeanhesfa@gmail.com



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Campus UFRJ-Macaé



T

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE

Interrupção do tratamento da tuberculose como analisador para a intervenção na rede de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro: uma estratégia de inovação tecnológica no cuidado de si e do outro e as “resistências” no contexto da pandemia de COVID-19

Nome do(a) Voluntário(a): _____

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“Interrupção do tratamento da tuberculose como analisador para a intervenção na rede de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro: uma estratégia de inovação tecnológica no cuidado de si e do outro e as “resistências” no contexto da pandemia de COVID-19”**, sob a responsabilidade do pesquisador Emerson Elias Merhy, a qual pretende analisar a produção de redes de cuidado das pessoas com tuberculose. Sua participação é voluntária, e se você concordar em participar da pesquisa, será convidado a falar sobre as suas experiências de gestão e/ou trabalho na rede de cuidado às pessoas com tuberculose e sobre os eventos mais significativos que ocorrem em sua experiência. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder às perguntas do pesquisador. A conversa será realizada em momento, condição e local mais adequado para você, preservando sua privacidade. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, podendo haver um possível constrangimento em responder alguma questão ou desconforto em relação ao tempo gasto para responder à pesquisa. Caso tenha algum constrangimento, faremos a interrupção da entrevista ou você poderá não responder à determinada questão que causou o constrangimento. Em relação ao desconforto, poderemos continuar a entrevista em outro momento mais apropriado. As perguntas e suas respostas serão registradas por meio de gravação de voz somente. O material das entrevistas será arquivado por um período de cinco anos. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição de gestor e/ou trabalhador da Rede de Cuidado à Pessoa com Tuberculose e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhoria e avanços das políticas de saúde voltadas à atenção à saúde da pessoa com deficiência. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço R. Marquês de Abrantes, 16, apto 603. Flamengo. CEP: 22230-061, pelo telefone (019) 98181- 9243, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ–Macaé (CEP, UFRJ-Macaé), através do e-mail: cepufrjmaca@gmail.com.

Consentimento Pós–Informação:

Eu, _____, fui

informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

(Assinatura do voluntário)

____/____/____

(dia mês ano)

Impressão do dedo polegar Caso não saiba
assinar

(Nome do voluntário – letra de forma)

____/____/____

dia/mês/ano

(Assinatura do pesquisador)

____/____/____

dia/mês/ano

(Nome do pesquisador – letra de forma)

(Assinatura da Testemunha, se necessário)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao voluntário indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir por ele.

(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento)

____/____/____

dia/mês/ano



UFRJ

ANEXO 3



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AO USUÁRIO**

Título do Projeto: O manejo da tuberculose na pandemia de COVID-19: Uma análise sobre o processo de trabalho da equipe de consultório na rua
 Pesquisador Responsável: Aline Azevedo Vidal
 Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ/ Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA.
 Contato do Pesquisador: Tel.: (21) 97665-6396. e-mail: alineavidal86@gmail.com
 Orientadora: Karla Santa Cruz Coelho.
 Contatos: Tel.: (21) 99889-3228. e-mail: karlasantacruzcoelho@gmail.com

Prezado participante,

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada **O manejo da tuberculose na pandemia de COVID-19: Uma análise sobre o processo de trabalho da equipe de consultório na rua** realizada pela mestrandia Aline Azevedo Vidal, tendo como orientadora Prof.^a Karla Santa Cruz Coelho. A pesquisa será utilizada como trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/FM/UFRJ). O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de trabalho da equipe de consultório na rua da Área Programática 5.1 no manejo dos casos de tuberculose no contexto da pandemia COVID-19 no município do Rio de Janeiro. Iremos realizar registro em diário de campo obtido através da captura de fenômenos observados *in loco* que irão emergir do campo de trabalho. O convite para sua participação se deve ao fato de ser usuário vinculado (a) à equipe de Consultório na Rua da AP 5.1 do município do Rio de Janeiro – RJ. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações por você prestadas na divulgação dos resultados. Ao aceitar participar da pesquisa, você não terá nenhum tipo de gastos e remuneração. Este estudo possui como benefício a análise do processo de trabalho para identificação dos nós críticos na produção do cuidado da equipe de consultório na rua no manejo da tuberculose visando assistência integral efetiva à população em situação de rua durante a pandemia COVID-19. Os riscos desta pesquisa são mínimos e estão relacionados a reação de cunho emocional. A pesquisadora estará atenta para evitar e contornar possíveis desconfortos entre os participantes no decorrer da pesquisa no campo assistencial. No entanto, caso o participante se sinta desconfortável, poderá se negar a continuar participar da pesquisa. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade física e bem estar dos participantes da pesquisa. No entanto, reforçamos que todos os dados coletados serão mantidos em sigilo, garantindo a confidencialidade e fatos que possivelmente possam comprometer moralmente e eticamente os participantes. Nenhum dos procedimentos usados oferece risco a sua dignidade. Em caso de dúvida quanto à

condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e do sigilo. Possui atribuições relativas à emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisa em seres humanos, no âmbito das Resoluções CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, uma cópia será entregue a você e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo será destruída. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome, ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Todos os dados apreendidos durante a pesquisa de campo estarão sob a responsabilidade do pesquisador que os guardarão sigilosamente e, somente ele, poderá utilizá-los para fins científicos de publicação e apresentação em eventos científicos. E o seu descarte, também é de responsabilidade do pesquisador e acontecerá com incineração após o prazo de cinco anos. A participante não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“O manejo da tuberculose na pandemia de COVID-19: Uma análise sobre o processo de trabalho da equipe de consultório na rua”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de autorizar minha participação. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante:

Assinatura do Pesquisador Responsável
Aline Azevedo Vidal
Enfª COREN/RJ 000.253.028

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br; cepsmsrj@yahoo.com.br; Tel.: (21) 2215-1485 (SMSDC). O contato também poderá ser realizado com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (CEP EEAN/HESFA/UFRJ), localizado na Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ, 21211-110; Tel.: (21) 3938-0962; E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br/cepeeanhesfa@gmail.com



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Interrupção do tratamento da tuberculose como analisador para a intervenção na rede de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro: uma estratégia de inovação tecnológica no cuidado de si e do outro e as “resistências” no contexto da pandemia de COVID-19

Nome do(a) Voluntário(a): _____

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**Interrupção do tratamento da tuberculose como analisador para a intervenção na rede de atenção à saúde do estado do Rio de Janeiro: uma estratégia de inovação tecnológica no cuidado de si e do outro e as “resistências” no contexto da pandemia de COVID-19**”, sob a responsabilidade do pesquisador Emerson Elias Merhy, a qual pretende estudar como ocorre o cuidado às pessoas com tuberculose. Sua participação é voluntária, e se você concordar em participar da pesquisa, será convidado a falar sobre as suas vivências na rede de cuidado às pessoas com tuberculose e sobre os eventos mais significativos que ocorrem nessas vivências. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder às perguntas do pesquisador. A conversa será realizada em momento, condição e local mais adequado para você, preservando sua privacidade. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, podendo haver um possível constrangimento em responder alguma questão ou desconforto em relação ao tempo gasto para responder à pesquisa. Caso tenha algum constrangimento, faremos a interrupção da entrevista ou você poderá não responder à determinada questão que causou o constrangimento. Em relação ao desconforto, poderemos continuar a entrevista em outro momento em que você estiver descansado. As perguntas e suas respostas serão registradas por meio de gravação de voz somente. O material das entrevistas será arquivado por um período de cinco anos. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição de usuário da Rede de Cuidado à Pessoa com Tuberculose e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhoria e avanços das políticas de saúde voltadas à atenção à saúde da pessoa com deficiência. Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) Sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Assis Brasil nº 81, apto 301, Copacabana. CEP: 22030-010, pelo telefone (21) 97119-0634, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ–Macaé (CEP, UFRJ-Macaé), através do e-mail: cepufjrjmacae@gmail.com.

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

(Assinatura do voluntário)

_____/_____/_____
(dia/mês/ano)

(Nome do voluntário – letra de forma)

_____/_____/_____
(dia/mês/ano)

(Nome do pesquisador – letra de forma)

(Assinatura da Testemunha, se necessário)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desse estudo ao voluntário indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir por ele.

(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento)

_____/_____/_____
(dia/mês/ano)

ANEXO 4

ORÇAMENTO DA PESQUISA

Título do Projeto: O manejo da tuberculose na pandemia de COVID-19: Uma análise sobre o processo de trabalho da equipe de consultório na rua no município do Rio de Janeiro.

Pesquisadora Responsável: Aline Azevedo Vidal

Fonte (e) recursos (instituição ou pessoa): Os recursos serão arcados pela própria pesquisadora.

	Valor em R\$
MATERIAL PERMANENTE	
Laptop	R\$ 3.000,00
Impressora	R\$ 500,00
Caderno	R\$ 20,00
Caneta	R\$ 5,00
MATERIAL DE CONSUMO	
Cartucho de tinta	R\$ 100,00
Folha A4	R\$ 50,00
Aquisição de livros	R\$ 100,00
Xerox e encadernações	R\$ 100,00
DESPESAS COM TRANSPORTE E ALIMENTAÇÃO	R\$ 300,00
TOTAL	R\$ 4.175,00