Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

População em Situação de Rua e Tratamento Diretamente Observado (TDO) para Tuberculose (TB) – A Percepção dos Usuários

Eduardo Sodré de Souza

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Departamento de Prática em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Fabíola Zioni

SÃO PAULO
2010

População em Situação de Rua e Tratamento Diretamente Observado (TDO) para Tuberculose (TB) – A Percepção dos Usuários

Eduardo Sodré de Souza

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Departamento de Prática em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Fabíola Zioni

SÃO PAULO
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

À minha mãe, meus irmãos e sobrinhos com muito amor e carinho.

Ao Joca, companheiro e amigo

A todos os guerreiros que lutam dia a dia pela sobrevivência nas ruas de São Paulo

Agradecimentos

Primeiramente a Deus que, sempre presente, me conduziu e me ajudou a concretizar essa nova conquista.

A Professora. Doutora Fabíola Zioni que orientou este trabalho de forma a possibilitar que este conhecimento fosse produzido de forma prazerosa. Obrigado pelo convívio e pela confiança.

A minha mãe Adelaide que me ensinou na prática a lutar pelos meus objetivos, a ter coragem, fé e humildade, esta última busco constantemente.

Aos meus irmãos Fábio, Ariane, Silas e Sarah pela paciência e pelos importantes momentos de crescimento que me possibilitaram. Obrigado por me ajudarem a perceber coisas “invisíveis” aos olhos.

Aos meus lindos sobrinhos Mayara, Júlio, Guilherme, Gabriel, Juninho e Kauã, pela alegria e carinho constantes.

Ao José (o Joca) pela demonstração de respeito, paciência e tranqüilidade. Obrigado pela segurança e confiança. Aprendi que não basta ser amigo, companheiro, tem que compartilhar...

A tia Inês e aos primos Carla, Juan, Lucas e Tiago pelo convívio saudável e indispensável.

Aos colegas das UBSs Sé, República e Santa Cecília e aos profissionais do NASF, em especial a Adriana, por proporcionarem trocas importantes e me ensinarem a trabalharr em equipe.

A Supervisora de Saúde da Sé, Dra. Susana Gualga Rodrigues.

A Professora Doutora Maria Rita Bertolozzi e a pesquisadora Camila Giorgetti pelas importantes críticas e sugestões no examde de qualificação.

A Professora Doutora Ana Cristina Passarella Brêtas e Professora Doutora Cleide Lavieri Martins pelas considerações na pré-banca.

Aos colegas e amigos do Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais da UNIFESP.

A UBS Santa Cecília, principalmente a enfermeira Edja, auxliares de enfermagem Alzira e Aparecida, a gerente Lúcia, auxiliar de gerência Lígia e a toda equipe do ESF especial, pelo acolhimento e auxílio indispensável.

A Sra.Fabianne Mendes Toffano e Sra. Rosângela Hodas pelas revisões do inglês e espanhol.

A Marisilda Silva, pelo carinho e importante trabalho de revisão do relatório final.

Aos amigos Mara Galletti, José Moura, Andréia Betinas e Michele Barra da Silva.

A Fernanda Bruni Queiroz e Ana Bredan por compartilhar informações.

Aos funcionários da Biblioteca em geral pela atenção e apoio de valor inestimável.

Aos funcionários do Departamento de Prática de Saúde Pública e Secretaria de Pós Graduação.

A CAPES que patrocinou parte desse estudo.

Aos participantes das entrevistas, por nos ecolher para ouví-los.

E finalmente, a todos que contribuíram direta e indiretamente para que esse trabalho se realizasse.

SOUZA, E. S. **População em Situação de Rua e Tratamento Diretamente Observado (TDO) para Tuberculose (TB) – A Percepção dos Usuários.** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

No Município de São Paulo é significativo e crescente o número de pessoas em situação de rua acometidas por tuberculose, fato que representa um problema de saúde pública relevante. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) pode ser uma estratégia importante para o enfrentamento da doença, mas não suficiente para garantir sua adesão. O objetivo deste trabalho foi Identificar significados e percepções sobre a tuberculose (TB) e o Tratamento Diretamente Observado (TDO) junto à população em situação de rua da região central do Município de São Paulo. Participaram desta pesquisa qualitativa, sete pessoas em situação de rua em TDO na UBS Santa Cecília, sendo seis homens e uma mulher. Posteriormente uma entrevista adicional foi realizada com uma auxiliar de enfermagem da mesma unidade de saúde. Todos responderam as entrevistas semi estruturada, com perguntas abertas, que foram gravadas e posteriormente transcritas. A partir da leitura exaustiva e flutuante definimos algumas categorias que nos auxiliaram na interpretação, análise e discussão dos dados obtidos. Dados quantitativos utilizados para caracterizar a UBS, o TDO e os usuários foram obtidos por meio do livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose, Planilha Diária de Tratamento Supervisionado – DOTS; Ficha E; e Relatórios do SIAB. Os resultados mostram que a trajetória de vida nas ruas, as percepções do corpo em relação à doença, a experiência estigmatizante e de violência física e moral, a qualidade da assistência prestada no TDO e o uso de drogas lícitas e ilícitas, interferem no processo de adesão ao tratamento. Por um lado, essa modalidade de tratamento pode assumir caráter estigmatizante e excludente, se apoiado em diretrizes normativas e/ou caritativas; por outro, se garantir um espaço para emancipação e respeitar as diferenças, pode contribuir para o fortalecimento dos usuários para enfrentar o problema e se tornarem responsáveis pela sua própria vida. Criticamos a forma como são organizadas algumas equipes para o atendimento a essa população, que embora necessárias, dependendo da forma como trabalham, podem reforçar ainda mais a exclusão que sofre essa população. Concordamos que o Estado deve prover tais iniciativas focalizadoras, devido à inferiorização que esse sistema produz, mas também deve fazer provisões para políticas universalistas, para incluí-los e torná-los autônomos dentro desse sistema. Assim o TDO possibilitará a mudança do quadro epidemiológico e garantirá um espaço de exercício ou até mesmo de resgate da autonomia e cidadania.

Descritores: Corpo; Estigma; Percepção; Pessoas em situação de rua; Tratamento Diretamente Observado; Tuberculose;

SOUZA, E. S. **Homeless population and and Directly Observed Treatment (DOT) in Tuberculosis (TB) - Perception of the Users**. [Dissertation. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

In São Paulo is significant and growing the number of homeless peoples in the street suffering from tuberculosis (TB), a fact which represents a significant public health problem. Directly Observed Treatment (DOT) can be an important strategy for coping with the disease, but not enough to ensure their adherence. The objective was to identify meanings and perceptions about TB DOT in people living in the streets of the central region of São Paulo. Seven homeless people participated in this qualitative study, in DOT at UBS Santa Cecília, six men and one woman. Subsequently an additional interview was conducted with a nursing assistant in the same health service. All responded semi-structured interviews with open questions, which were recorded and later transcribed. From the exhaustive reading and floating were defined some categories that helped us in the interpretation, analysis and discussion of results. Quantitative data used to characterize the UBS, the DOT and the users were obtained through the registry book of Control and Treatment of Cases of Tuberculosis, Spreadsheet Daily DOT; Form E, and Reports of SIAB. The result shows the trajectory of life on the streets, the perceptions of the body in relation with the disease, and stigmatizing experiences of physical and moral quality of care in the DOT and the use of licit and illicit drugs, interfere in the accession process treatment. On the other hand this kind of action may take stigmatizing and exclusionary character, if supported by policy guidelines and / or charities, second, to ensure a space for empowerment and respect differences, can contribute to the strengthening of the users to address the problem and become responsible for their own life. We criticized the form some teams are organized to take care for this population, which although necessary, depending on how they work, can further reinforce the exclusion that this population suffers. We agree that the state must provide such targeted initiative because of the inferiority that this system produces, but also should make provisions for universal policies, to include them and make them autonomous within that system. So, the DOT will give possibility to a change in this epidemiologic situation and ensure a space for exercise or even to rescue the concept of autonomy and citizenship.

Keywords: Body; Stigma and Perception; People on the street; Directly Observed Treatment, Tuberculosis;

SOUZA, E. S. Población en la calle y Tratamiento Directamente Observado (DOT) en la tuberculosis (TB) - La percepción del usuario. [Tesis] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

RESUMEN

En la ciudad de São Paulo es significativa y creciente el número de personas en las calles que sufren de tuberculosis, lo que representa un importante problema de salud pública. El tratamiento Directamente Observado (TDO) puede ser una estrategia importante para hacer frente a la enfermedad, pero no lo suficiente para asegurar su adherencia. El objetivo fue identificar significados y las percepciones sobre la tuberculosis (TB) y el Tratamiento Directamente Observado (TDO) con la población en las calles de la región central de la ciudad São Paulo. Participaron del estudio cualitativo, siete personas en las calles de TDO en la Santa Cecilia UBS, seis hombres y una mujer. Posteriormente una entrevista adicional se llevó a cabo con un auxiliar de enfermería en la misma unidad de salud. Todos respondieron una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, que fueron grabadas y transcritas posteriormente. A partir de la lectura exhaustiva y flotante fue posible definir algunas categorías que nos han ayudado en la interpretación, análisis y discusión de los resultados. Los datos cuantitativos utilizados para caracterizar la UBS, el TDO y los usuarios se obtuvieron a través del libro de Registro de Control y Tratamiento de Casos de Tuberculosis, Hoja de cálculo diario de la Terapia de observación - DOTS, el formulario E, y los informes del SIAB. Los resultados muestran que la trayectoria de la vida en las calles, las percepciones del cuerpo en relación con la enfermedad, la estigmatización y la experiencia de la calidad física y moral de la atención en el TDO y el consumo de drogas lícitas e ilícitas, interfieren en el proceso de adhesión al tratamiento. Por un lado, esta modalidad de tratamiento puede asumir un carácter de estigmatización y excluyente si es compatible con las directrices de política y/o asociaciones, por otra, si garantizar un espacio para la emancipación y respetar las diferencias, pueden contribuir al fortalecimiento de los usuarios para resolver el problema y convertirse en responsables por su propia vida. Se critica la forma en que algunos equipos están organizados para atender a esta población, aunque necesaria, dependiendo de cómo funcionan, podrá reforzar la exclusión que sufre esta población. Estamos de acuerdo en que el Estado deba proporcionar dicha iniciativa debido a la inferioridad que este sistema produce, sino también debe establecer las disposiciones para las políticas universales, para incluirlos y hacerlos autónomos dentro de ese sistema. Así el TDO permitirá el cambio de la epidemiología y asegurará un espacio del ejercicio o incluso el rescate de la autonomía y la ciudadanía.

Palabras claves: Cuerpo; estigma; percepción; la gente en la calle; Tratamiento Directamente Observado,Tuberculosis;

SUMÁRIO

RESUMO 8
APRESENTAÇÃO 4
1. INTRODUÇÃO 8
1.1. A TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 10
1.2. A TB ENTRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 11
2. CONCEITOS E PROBLEMATIZAÇÃO 16
2.1. CORPO E TUBERCULOSE 16
2.1.1. Percepção do Corpo e Abandono do Tratamento 19
2.2. TUBERCULOSE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA VIVÊNCIA ESTIGMATIZANTE? 21
2.3. O CONCEITO DE ADESÃO 24
2.4. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO – TDO 25
2.5. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA 28
2.6. SOBRE PERCEPÇÃO 29
3. OBJETIVOS 31
3.1. OBJETIVO GERAL 31
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 31
4. PERCURSO METODOLÓGICO 32
4.1. TIPO DE ESTUDO 32
4.2. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO 33
4.3. LOCAL DO ESTUDO 35
4.3.1. A UBS Santa Cecília “Dr. Humberto Pascale” 36
4.4. SUJEITOS DA PESQUISA 37
4.5. COLETA DE DADOS 40
4.5.1. Entrevista 41
4.6. ANÁLISE DOS DADOS 46
4.7. PRECEITOS ÉTICOS DA PESQUISA 48
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 49
5.1. DADOS SECUNDÁRIOS 49
5.1.1. Caracterização das Famílias e Pessoas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) para População em Situação de Rua 49
5.1.2. Caracterização do Atendimento às Pessoas em Situação de Rua 50
5.1.3. Tuberculose e População em Situação de Rua na UBS Santa Cecília 52
5.1.4. TDO na UBS Santa Cecília 55
5.2. APRESENTANDO OS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS 58
5.3. AS ENTREVISTAS 70
5.3.1. Como é que eu fui pá rua? 70
5.3.2. Mas quando elis passa (...) O RAPA (...) elis leva tudo 81
5.3.3. (...) sou leigo no aspecto dela porque pra mim é até uma gripe (...) 84

5.3.4. A gente é tratado como animal 93
5.3.5. Si ucê bebi cachaça infraqueci u remédiu né, i usanu crack ainda. 100
5.3.6. (...) peguei e olhei no espelhu, falei: caramba, eu só tô o ossu. 104
5.3.7. (...) u Celsu qui mi chamou pá vim. (...) Celso é u agenti di saúdi (Kauã). 107
5.3.8. O que eu isperu du tratamentu?... é sê curada 117
5.3.9. (...) quandu ta chuvenu é ruim da gente vim né(...) 119
5.3.10. (...) que é bom é, o atendimentu é bom; também a equipi 123
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 126
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 132
Anexo 1. Autorização para utilização de dados 141
Anexo 2. Autorização STS-Sé e UBS Santa Cecília 142
Anexo 3. Ficha E - Específica para ESF Especial (FRENTE) 143
Anexo 3. Ficha E - Específica para ESF Especial – (VERSO) 144
Anexo 4. Roteiro Entrevista 145
Anexo 5. Inventários das entrevistas 146
Entrevista 1 - Júlio 146
Entrevista 2 - Guilherme 155
Entrevista 3 - Juninho 162
Entrevista 4 - Gabriel 167
Entrevista 5 - Mayara 172
Entrevista 6 - Joca 178
Entrevista 7 - Kauã 187
Entrevista 8 – Adelaide (Auxiliar de Enfermagem) 191
Anexo 6. Aprovação CEP Secretaria Municipal de Saúde - SP 198
Anexo 7. Aprovação do CEP Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP 199
Anexo 8. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE 200
Anexo 9. Currículo Lattes Pesquisador (Eduardo Sodré de Souza) 201
Anexo 10. Currículo Lattes Orientadora (Fabíola Zioni) 202

Siglas Utilizadas

AA – Auto administrado (modalidade de tratamento para Tuberculose)

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMA – Assistência Médica Ambulatorial

BK – Bacilo de Koch

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/AIDS

COVISA – Coordenadoria de Vigilância em Saúde

CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

MS – Ministério da Saúde

NIR – Núcleo Integrado de Reabilitação

NISA – Núcleo Integrado de Saúde Auditiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAR – Programa A Gente na Rua

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PS – Pronto-Socorro

PSF – Programa Saúde da Família

SMS-SP – Secretaria Municipal da Saúde do Muncípio de São Paulo

SR – Sintomático Respiratório

SRF – Sem Residência Fixa

SUS – Sistema Único de Saúde

SUVIS – Supervisão de Vigilância à Saúde

TB – Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TS – Tratamento Supervisionado (modalidade de tratamento para Tuberculose)

UBS – Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de constantes indagações e inquietações que fizeram (algumas ainda fazem) parte da minha vida pessoal e profissional, principalmente após o ano de 2005, quando iniciei o curso de Especialização em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública, na Universidade de São Paulo, mesmo período em que comecei a trabalhar como enfermeiro no Programa “A Gente na Rua - PAR”.

Cabe ressaltar que estudar em uma universidade pública e poder acessar a variedade de conhecimentos disponibilizada, além de ser um sonho da adolescência, foi também a superação de uma condição de “quase impossibilidade” determinada por situações econômicas, sociais e culturais sempre restritivas e pelo convívio, desde muito cedo, com desigualdade, exclusão e estigmas de várias ordens.

O contato com as pessoas em situação de rua e com condições de extrema pobreza, mas também de “grandes riquezas”, a partir da experiência profissional (a primeira em São Paulo), possibilitou o olhar presente nas entrelinhas deste trabalho.

Falo de privações que, e por esse fato, mesmo que em menor intensidade e com menor efeito, proporcionou uma sensibilidade maior, principalmente por saber sobre o que e sobre quem se fala. Quero dizer que reconheço que escrever sobre a população em situação de rua sem a vivência, quer seja pessoal ou profissional, pode ser um processo ainda mais difícil.

O PAR, que resultou da mobilização da população em situação de rua e de organizações sociais em prol da acessibilidade com dignidade aos recursos e

serviços públicos de saúde, despertou-me o interesse pelos desafios e novidades que apresenta.

Presente em três regiões do Município de São Paulo – Sé, Lapa/Pinheiros e Mooca – após sua primeira expansão, o projeto contava, em cada região, com uma equipe composta por enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - estes últimos, para ser contratados, deveriam ter vivenciado a situação de rua (albergues, casa de convivência, entre outros). Cada enfermeiro respondia por um grupo de ACS que ficavam alocados em diferentes unidades nas três regiões.

Quando atuei na região da Sé, por quase dois anos, até o ano de 2007, o trabalho previa visita semanal a cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região: Humaitá, Nossa Senhora do Brasil, Santa Cecília, Cambuci e Centro de Saúde Escola Barra Funda (um dia em cada unidade). Em cada uma dessas unidades existiam profissionais (referências) que, na presença ou não do enfermeiro, davam suporte à equipe (enfermeiro e ACSs), bem como ajudavam a conduzir o atendimento às pessoas que eram levadas ou encaminhadas pela equipe.

Cabe anotar que, o PAR, é uma iniciativa pública - resultado de mobilização e reivindicação social - que contou com a parceria do Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto[1], agora Bom Par. A coordenação do programa era feita por uma profissional da assistência social, que também contava com outras profissionais da mesma área para subsidiar as equipes.

---

[1] Instituição que se responsabiliza "pela estrutura de recursos humanos do Programa, pela organização e pagamento do pessoal técnico e de apoio necessário para o bom desenvolvimento das ações contidas no Plano de Trabalho (...)" (SÃO PAULO, 2002, p.32)

Atualmente, com a ampliação do programa para outras unidades, novas parcerias foram contratadas para o desenvolvimento desse tipo de atendimento e o Bom Par conta agora com equipes completas (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS). Há também interlocutores enfermeiros e outros profissionais como psicólogos e assistentes sociais que oferecem apoio às equipes.

Embora ainda incipiente, o diálogo que pude experimentar nesse processo experimentado pelo pesquisador com as Ciências Sociais ganhou importância neste trabalho, contribuindo para a melhor compreensão de alguns dos processos envolvidos com a problemática abordada. Porém, não se pretende aqui um olhar de cientista social; antes, buscou-se o diálogo mencionado para que o olhar sob o prisma biológico não fosse tão reducionista.

Além disso, importou para o trabalho o contato com estudos realizados sobre o tema. A revisão bibliográfica, que apoiou o pesquisador na discussão dos dados encontrados, está apresentada na Introdução.

A seguir é apresentado o Percurso Metodológico adotado para a obtenção dos resultados: o levantamento de dados secundários e entrevistas semi estruturadas com perguntas abertas foram cruciais para se atingir os objetivos inicialmente propostos. As exigências acadêmicas e éticas foram rigorosamente observadas em todas as fases da pesquisa.

Em Resultados e Discussão, a caracterização da UBS, do Tratamento Supervisionado (TS) ou Tratamento Diretamente Observado (TDO) [2] e dos usuários

---

[2] Recentemente os serviços de saúde adotaram o Tratamento Diretamente Observado (TDO) para se referir à modalidade de tratamento também denominada TS (BRASIL, 2010a). Em inglês é chamado de DOT (Directly Observed Treatment). Foram utilizadas neste trabalho tanto TDO como TS, sendo o primeiro nome usado para fins de definição do tipo de tratamento e o segundo para fins de entrevista

em situação de rua foi possível a partir da coleta dos dados secundários citada acima. Por sua vez, dados qualitativos, coletados a partir das oito entrevistas realizadas, sendo uma delas com uma auxiliar de Enfermagem e as outras sete com pessoas em situação de rua em tratamento para Tuberculose (TB), foram a base para a análise e a identificação das percepções individuais e coletivas dos usuários sobre a doença e sobre o TDO, que constituem o objetivo desta pesquisa. Nessa parte do trabalho é feita a discussão do tema a partir do referencial teórico escolhido. As entrevistas sintetizadas, que se chamou de inventários, assim como todos os documentos que fizeram parte da pesquisa são apresentados em Anexos.

O trabalho é finalizado com considerações que podem contribuir para o aperfeiçoamento da modalidade de tratamento para TB.

---

com os usuários, acreditando-se que, sendo a denominação mais corrente no serviço, seria mais familiar aos usuários. Ressalta-se que, para este trabalho, ambos os termos têm o mesmo significado.

1. INTRODUÇÃO

É alarmante, nos dias de hoje, o número de casos novos de Tuberculose (TB) no Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos, onde os avanços tecnológicos parecem não contribuir para minimizar o sofrimento humano e para o desenvolvimento socioeconômico da população, processos estes bastante influenciados pela doença.

"A tuberculose não apenas resulta dos problemas econômicos e sociais, como, também, pode ser fator agravante ou mesmo gerador dos mesmos" (BRASIL, 2002a; p.11).

No que se refere à população em situação de rua, tais avanços tecnológicos não parecem contribuir para a resolução ou redução do sofrimento humano, visto que na maioria das vezes, não têm os mesmos acessos em relação a uma parcela da sociedade.

Em 2008 foram estimados cerca de nove milhões de casos novos de TB no mundo, sendo que a maior concentração da doença encontra-se nos continentes asiático e africano. Os países com maior incidência da doença são: Índia, China, África do Sul, Nigéria e Indonésia (WHO, 2009).

A região das Américas responde por cerca de 3% do total de casos do mundo. (WHO, 2009). Nesse contexto, o Brasil ocupa a 18ª posição entre os 22 países com maior quantidade de casos novos da doença (WHO, 2009).

O problema da tuberculose no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde os determinantes do estado de pobreza, as fraquezas de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão limitam a ação da tecnologia e, por conseqüência, inibem a queda sustentada das doenças marcadas pelo contexto social. (BRASIL, 2006, p.6)

Torna-se, portanto, um problema de grande importância universal, dada sua magnitude e associação com outros fatores: condições precárias de vida, infecção por HIV e multiresistência às drogras (WHO, 1998, 2004).

Considerando-se que a TB está intimamente relacionada com as condições de vida das pessoas, resulta das desigualdades existentes e apresenta-se com maior intensidade nos extratos mais pobres da sociedade (SANTOS et. al., 2007), é possível dizer que ela representa um grande risco à população em situação de rua, que totaliza no Município de São Paulo 13.666 pessoas, segundo pesquisa da FIPE (2009).

Esta e outras pesquisas apontam uma população predominantemente adulta, do sexo masculino e de cor não branca (FIPE 2003 e 2009; BRASIL, 2008).

As estratégias e os circuitos de sobrevivência desenvolvidos por essa população se inserem num contexto de oposição aos mecanismos de apartação social e rompimento dos vínculos familiares. A precariedade e insalubridade das ruas culminam em vulnerabilidade cumulativa que requer intervenções de saúde orientadas segundo sua especificidade (VARANDA e ADORNO, 2004).

BUARQUE (2000) adverte que em relação a essas pessoas pode ocorrer um processo que denomina dessemelhança entre os humanos, no qual sua imagem aparece com alguém que não pertence à espécie humana.

A seguir serão apresentados dados sobre a TB no Município de São Paulo e principalmente entre a população em situação de rua, que constitui o grupo de interesse para este estudo.

1.1. A TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A incidência de todas as formas de TB no Município de São Paulo atingiu em 2008 o total de 5.783 casos, o que representa um coeficiente de 52,9/100 mil habitantes. Em 1998 esse coeficiente era de 54,2/100.000 (SÃO PAULO, 2009a).

Em relação ao tipo, do total de casos identificados em 2008, 84,8% eram novos, 6,5% recidiva, 7,7% retratamento após abandono e 1% retratamento após falência (SÃO PAULO, 2009a).

A cobertura do TDO ou Tratamento Supervisionado (TS) obteve aumento gradativo no período de dez anos, saltando de 32 em 1998 para 2447 casos em 2008. Nesse mesmo período, a taxa de cura também aumentou enquanto a de abandono diminuiu. Houve queda da mortalidade, porém, os índices registrados estão aquém das metas estipuladas pelo Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2009a; BRASIL, 2005).

Dados da Coordenadoria de Vigilância da Saúde (COVISA) do Município de São Paulo mostram que, no período de 1998 a 2006, a maioria dos casos de TB, foi

descoberta em pronto-socorros (PS) ou hospitais. O número de casos descobertos nos ambulatórios foi maior que os registrados pelos PS ou hospitais apenas nos três primeiros anos do período (1998, 1999, 2000). Mesmo assim, tratava-se de números muito próximos (SÃO PAULO, 2008).

Ressalta-se que os mesmos dados apontam um número elevado de notificações sem informações quanto ao local de descoberta da doença, embora sejanotável uma queda considerável do número dessa ocorrência no decorrer dos anos apresentados (SÃO PAULO, 2008).

1.2. A TB ENTRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Assim como ocorre com a população em geral do Município de São Paulo, há também entre a população em situação de rua da cidade o predomínio de descobertas de casos de TB nos PS e hospitais. Dados da COVISA para o período já citado destacam que em todos os anos, exceto 1999, o número de diagnósticos de TB entre a população em situação de rua realizados em hospitais e PS foi muito maior em comparação com o número dos feitos nos ambulatórios (SÃO PAULO, 2008).

O fato de procurarem os serviços de saúde na maioria das vezes em situações-limites, quando o corpo não mais responde às demandas do dia-a-dia, pode ser um dos motivos para a superioridade do número de diagnóstico de TB feitos em atendimentos de emergência como os PS.

Ainda, de acordo com os dados da COVISA, a região central do Município de São Paulo alberga o maior em número de casos de TB entre a população em situação de rua da capital (SÃO PAULO, 2008).

Os dados apontam a concentração de 50 casos, dos 139 de TB do município, na Supervisão de Vigilância de Saúde da Sé (SUVIS-Sé). Em seguida aparecem as regiões Aricanduva, com 22 casos, e Lapa/Pinheiros, com 12 casos. As outras regiões comportam um número pequeno se comparado aos apresentados pelas três áreas citadas (SÃO PAULO, 2008). Ressalta-se que nas regiões da Sé e Lapa/Pinheiros existem equipes de saúde específicas para essa população, o que pode facilitar a identificação dos doentes.

Em relação ao tratamento, os dados mostram, ainda para o período de 1998 a 2008, que tanto entre a população geral do município com diagnóstico de TB, quanto entre a população em situação de rua também acometida pela doença, houve aumento de TDO e redução do tratamento autoadministrado identificado pela sigla AA (SÃO PAULO, 2008).

O aumento da cobertura do TDO também pôde ser observado entre as pessoas em situação de rua, que a COVISA denomina Sem Residência Fixa (SRF). Tal cobertura oscilou de 3,6% em 1999 para 45,8% em 2008 (SÃO PAULO, 2009a).

Em consequência desse incremento na cobertura do TDO, observou-se também que, no mesmo período, houve aumento da cura e diminuição da taxa de abandono entre a população em situação de rua, embora esta última tenha apresentado oscilações importantes durante esses anos, além de ser quase três vezes maior que a taxa apresentada pela população geral no ano de 2008 (SÃO PAULO, 2009a).

Considerando as taxas de cura em relação à extensão do TDO, é possível observar a distância ainda separa tais números das metas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que estipula a inclusão de 100% dos casos no tratamento e uma taxa de cura de 85% (BRASIL, 2005).

As co-morbidades existentes - doenças mentais, alcoolismo, drogadição, entre outras -, além de questões do âmbito social e econômico, podem estar associadas ao índice de abandono apresentado.

Segundo a COVISA (SÃO PAULO, 2008), o alcoolismo representa 34,5% das co-morbidades identificadas entre as pessoas em situação de rua acometidas pela TB, enquanto a AIDS representa 19,4%.

Esses percentuais podem representar dificuldades para a adesão ao tratamento, além de sugerir a necessidade de um trabalho integral que contemple todas as dimensões que abarcam a situação de se estar na rua.

Nesse sentido, ANIBARRO et al. (2004) alerta que pacientes com fatores sociais de risco, de um modo geral, têm uma maior probabilidade de apresentar um resultado insatisfatório no que se refere ao tratamento de TB.

Assim, compreender a percepção dessas pessoas sobre a TB e sobre o tratamento é importante para a cura e de grande relevância para saúde pública e principalmente para a elaboração de programas públicos que visem o controle da doença.

Segundo VARANDA e ADORNO (2004),

> *A vinculação do tema população de rua e a saúde pública pode se evidenciar, não somente devido às precárias condições de saúde em que estas pessoas vivem, mas no tocante à articulação de políticas públicas integradoras das populações com necessidades especiais tendo em vista os princípios da universalização, equidade e integralidade preconizados pelo SUS.*

Nesse contexto, o TDO pode ser uma estratégia importante para redução da morbi-mortalidade por TB. Mas, para o sucesso de qualquer tratamento é indiscutível a necessidade de adesão ao mesmo.

Para BERTOLOZZI (2005) “a adesão sempre se vincula a um projeto de vida, a uma perspectiva de inclusão da própria pessoa e/ou família” e contribui, através da valorização das pessoas em tratamento, para “trazer-lhes” de volta para a vida (p.173).

MUNIZ e VILLA (2002) destacam que o TDO possibilita mudanças na organização dos serviços, as quais contribuem para alterações positivas no perfil epidemiológico.

Quanto à população em situação de rua, espera-se que o TDO não assuma um caráter normativo, prescritivo, disciplinar, ou então caritativo ou de compaixão, que de certa forma passa a ter caráter coercitivo. Antes, pretende-se um tratamento pautado na solidariedade e na ética, que objetive a não aceitação ou tolerância da violência contra o ser humano (BERTOLOZZI, 2005).

Por outro lado, sabe-se que outros fatores podem estar envolvidos no processo de adesão dessa população ao TDO. Segundo BERTOLOZZI (1998) aderir ao tratamento contempla além dos limites relacionados aos comportamentos e atitudes

individuais, a estruturação dos serviços, a qualidade da assistência prestada, as condições de vida e de saúde, bem como as possibilidades de enfrentamento da doença, que são dadas de acordo com as especificidades de cada grupo.

2. CONCEITOS E PROBLEMATIZAÇÃO

Para compreender os fatores que estão imbricados no processo de adesão ao TDO para TB entre a população em situação de rua, foi inevitável o diálogo com as Ciências Sociais, das quais, a Antropologia e a Sociologia foram essenciais.

A seguir, serão apresentados os conceitos utilizados neste trabalho, bem como uma problematização acerca do que se pretendeu estudar.

2.1. CORPO E TUBERCULOSE

O sociólogo Boltanski, com seu livro “As classes sociais e o corpo”, traduzido para a língua portuguesa, contribuiu para favorecer a compreensão da representação do corpo para os moradores de rua.

O autor mostra que quanto menos favorecido[3], ou seja, quanto mais pobre o indivíduo é, menor o interesse e atenção dado ao seu corpo, à sua aparência física e às sensações mórbidas que sente (BOLTANSKI, 2004).

Destaca que o indivíduo percebe e identifica as sensações mórbidas a partir do conhecimento que obteve no seu meio social; nessa relação com o corpo, prevalece um “código de boas maneiras”, que é comum ao grupo, mas que é incorporado por seus membros de forma inconsciente (BOLTANSKI, 2004)

---

[3] O termo “menos favorecido” utilizado por Boltanski (2004) será substituído nesse trabalho por “mais pobres” por acreditarmos que se aplica melhor à situação estudada.

Assim, a forma como são representadas a saúde e a doença, bem como a forma como os indivíduos se relacionam com seu próprio corpo, estão relacionadas à sua posição social (BOLTANSKI, 2004).

Essa leitura permite refletir sobre como a população em situação de rua se comunica com seu próprio corpo e que significado ele tem para ela. São pessoas que se submetem e/ou são submetidas às mais diversas situações de insalubridade e de violência contra os próprios corpos e parecem não reconhecer tais situações como ameaçadoras à própria sua saúde.

BOLTANSKI (2004) ainda afirma que pessoas dos grupos mais pobres só percebem a doença quando ela os impede de realizar seu trabalho, cujo instrumento é o próprio corpo. Resistem mais à dor, não por princípio moral, mas por perceberem diferentemente a doença, que é considerada somente quando são impedidos de realizar suas atividades laborais.

Discutindo a questão do trabalho, numa perspectiva da moral e em relação ao gênero masculino, NARDI (1998) em seu artigo “O *Ethos* Masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho”, discute o quanto o papel de provedor, atribuído ao homem, está revestido de valores morais. Ficar doente, nesse caso, significa um sofrimento em relação aos papéis que se espera dele (pai, provedor, trabalhador). É um processo também estigmatizante, porque a doença é tida como sinônimo de incapacidade. Assim, vislumbra-se retornar o quanto antes, ao estado de completa saúde, pois retomar o trabalho significa reocupar o espaço de Homem, tanto no espaço público, como no privado.

Para a população em situação de rua, que vivencia extrema pobreza e que sobrevive nas e das ruas das grandes cidades, o papel que o corpo assume dimensão diferenciada. Esse grupo tende a se definir a partir de uma lógica na qual a construção simbólica do corpo satisfaz interesses outros, que não, exclusivamente, os do trabalho (do trabalho formal, muito menos).

Assim como ocorre na população em geral (LIMA, et. al 2001; GONÇALVES et al., 1999 e GONÇALVES, 1998), entre a população em situação de rua a percepção dos sinais e sintomas da TB "remeteu à presença de uma concepção própria e situacional de saúde, segundo a qual sinais e sintomas sentidos só têm significado de doença quando advém a incapacitação física" (LIMA et al., 2001, p.880)

Daí pode-se pensar que, para esse grupo, uma forma de perceber a doença é quando a limitação física denuncia um estado de saúde comprometido, impedindo a locomoção e, portanto, a realização de atividades diárias. Nesses casos, é muito comum a mobilização dos pares para o encaminhamento aos serviços de emergência.

Isso provavelmente explica o fato de grande parte dos diagnósticos de Tuberculose pulmonar na população em geral e entre as pessoas em situação de rua do Município de São Paulo serem realizados nos hospitais e PS, conforme dados da COVISA (SÃO PAULO, 2008).

A visão imediatista e a noção diferenciada entre a população em situação de rua podem ser diferenciais frente aos aspectos apresentados. A dinâmica e o tipo de vida que assumem podem dificultar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, principalmente se os serviços de saúde estiverem organizados de forma a fixar

datas e horários para atendimentos e procedimentos, e não possibilitar ou dispor de atendimento quando o usuário apresentar necessidade, como, por exemplo, quando ocorrem efeitos colaterias (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, regras rígidas dos serviços e predominância da visão do servidor são fatores contraditórios e incompatíveis com a dinâmica da rua e podem gerar sofrimento, perpetuar a transmissão da doença, aumentar a mortalidade e ainda favorecer o aparecimento de formas resistentes da doença (BRASIL, 2010).

2.1.1. Percepção do Corpo e Abandono do Tratamento

Conforme afirma GONÇALVES et al. (1999); “a adesão ao tratamento de TB tende a diminuir quando o corpo reage bem; saúde física equivale a ausência de sinais físicos desagradáveis” (p.783).

Entre a população em situação de rua também se pode observar que, após iniciarem o tratamento e sentirem alguma melhora (principalmente nos primeiros dois meses quando o corpo reage bem), há uma tendência acentuada para o abandono do tratamento. É muito provável que isso ocorra por acreditarem ter recebido a cura e usam o argumento de que retornaram às suas atividades corriqueiras e não percebem mais as “sensações mórbidas” citadas por BOLTANSKI (2004).

Ainda de acordo com GONÇALVES et al. (1999) o vigor físico perpassa pela dimensão da moral, pois o corpo saudável representa um quadro ajustado ao seu meio social.

Essa afirmação revela-se extremamente pertinente quando se trata do tratamento de TB para as pessoas em situação de rua. Além das dificuldades vivenciadas por elas - drogadição, etilismo, locomoção frequente, tempo de tratamento, organização e estrutura dos serviços -, a relação com o corpo é um elemento importante e talvez fulcral, no que se refere à adesão ao tratamento.

Os motivos para a suspensão do tratamento sem que o mesmo tenha terminado, ou seja, os motivos do abandono do tratamento são apresentados por GONÇALVES (1998): i – desaparecimento dos sinais corporais relacionados à TB; ii – restauração das forças físicas do corpo; iii – re-assunção dos papéis e obrigações familiares - trabalho, papel de provedor.

Esse terceiro item pode representar, para a população em situação de rua, os papéis sociais esperados (pelo meio social em que vive), a saber: fazer os "corres"; a "intera", "puxar carroça"[4], entre outras funções inerentes às relações sociais estabelecidas.

Finalmente, pode-se citar DUARTE (2003), para o qual o corpo, para pessoas de grupos mais pobres, pode vivenciar algumas situações anormais ou irregulares que comprometam a corporalidade, a moral, a autorrepresentação e os sentimentos, o que denomina "perturbações físico-moral", em que alterações de ordem físicas podem resultar em perturbações morais e vice-versa.

---

[4] As expressões entre aspas referem-se aos jargões utilizados por esse grupo e referem-se a: "corre" – suprir as necessidades do dia-a-dia (vícios, banho, "rango' ou alimento, dinheiro etc); "intera" pedir moedas para "inteirar" a quantia necessária para compra da cachaça que é utilizada entre o grupo na "carioca", ou roda para o uso da bebida – modo de sociabilização do grupo)

Nega a possibilidade de um sujeito experimentar uma perturbação unicamente moral; (...) “alguma dimensão da corporalidade acaba sempre comprometida nessa vivência, mesmo que representada como um deslocamento ou afecção secundária” (DUARTE, 2003, p.177).

Pode-se dizer que as pessoas em situação de rua convivem muito próximas com tais perturbações, principalmente a moral que, de certa forma, corresponde aos estigmas que GOFFMAN (1980) define como atributos depreciativos que conferem ao indivíduo a qualidade de desacreditado.

2.2. TUBERCULOSE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA VIVÊNCIA ESTIGMATIZANTE?

A percepção do estigma se dá, segundo GOFFMAN (1980), através das interações sociais. Mas em contato com o outro, o indivíduo que tem um símbolo de estigma pode utilizar recursos para manipular a informação social que transmite a seu respeito, com o intuito de amenizar as consequências de uma experiência estigmatizante.

“Devido às grandes gratificações trazidas pelo fato de ser normal, quase todos os que estão numa posição em que o encobrimento é necessário, tentarão fazê-lo em alguma ocasião” (GOFFMAN, 1980; p.86)

Sobre informação social, GOFFMAN (1980) a define como símbolos que são corporificados e que podem ser de estigma ou de prestígio; estes comporão a identidade pessoal do indivíduo.

Refletindo sobre o TDO para TB entre a população em situação de rua, fica muito difícil a manipulação da informação social (se a TB for tida como um estigma). Participar dessa modalidade de tratamento pode significar uma informação social sobre um atributo depreciativo, o que é inevitável uma vez que o TDO é exclusivo para pessoas com essa doença.

Além disso, cada categoria ou grupo social reconhece em seu meio quem é o “estranho” ou “estigmatizado”, em virtude de possuírem sua identidade social. Na impossibilidade de manipular a informação social e expondo seus atributos depreciativos, o indivíduo sofrerá as consequências do estigma.

É comum, por exemplo, nos serviços públicos de saúde, identificar a pessoa em situação de rua por apresentar indícios ou emitir a informação social que possibilita identificá-la - vestimenta, comunicação verbal, postura, interação social, entre outros. Mesmo dentre esse grupo, que é heterogêneo, é possível distinguir a pessoa que vive e pernoita na rua da que é institucionalizada em albergue ou em instituição religiosa.

GOFFMAN (1980) afirma também que, na maioria das vezes em que a estigmatização se associa com a admissão do indivíduo a uma instituição de custódia, o processo de aprendizado sobre os seus atributos depreciativos será, na sua maior parte, transmitido por seus pares ou “companheiros de infortúnio”.

É assim entre os albergados e os próprios moradores de rua, que ensinam aos recém-chegados suas normas de convivência durante sua experiência na rua. Processo este que muitas vezes pode ser inconsciente, ou uma forma de transmitir aos pares suas experiências, o que evidencia e concretiza a identidade social do grupo.

SILVA (2009) cita em seu trabalho Arthur Kleinman, que sugere que o estigma seja repensado como uma experiência moral e emocional comum em um determinado espaço. Essa experiência se constituiria a partir das relações entre o indivíduo e o grupo social com o qual convive. As reações sociais originariam respostas àquilo que os grupos e os indivíduos consideram como fonte ou vetor de uma ameaça tanto interna quanto externa.

Sobre esse ponto de vista, a autora afirma que o estigma relacionado ao adoecimento pela Tuberculose se manifesta a partir de um mundo local, onde foi construído como tal. “Tal compreensão retira o caráter de estigma da doença em si, e o coloca sob as relações que se dão ao seu redor” (SILVA, 2009).

Dessa forma, as Ciências Sociais ofereceram elementos para que se pudesse compreender e apreender o objeto estudado, de forma a captar alguns processos envolvidos num problema tão complexo, tal como se configura o processo de adesão da população em situação de rua ao TDO para TB.

2.3. O CONCEITO DE ADESÃO

Cabe ressaltar que os conceitos utilizados neste trabalho foram desenvolvidos segundo uma realidade multifatorial. O conceito de adesão para a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se a “um processo dinâmico, multifatorial, que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e que requer decisões compartilhadas e co-responsabilidades entre usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio e com abordagem que atenda às singularidades socioculturais e subjetivas, objetivando uma melhor qualidade de vida das pessoas” (WHO, 2003).

Por ser multifatorial, esse processo sofre influências, simultaneamente, de vários outros fatores, que podem representar barreiras no que se refere à continuidade do tratamento. Resolver os problemas relacionados com cada um desses fatores - sociais, econômicos, sistemas e equipes de saúde, características da doença, terapias e fatores relacionados aos pacientes - favorece a adesão do paciente ao tratamento (WHO, 2003).

Aplica-se o conceito à realidade estudada visto que o TDO para TB entre a população em situação de rua requer uma compreensão multifatorial, bem como o apoio de diferentes segmentos para que se obtenha sucesso na adesão, devido tratar-se de uma realidade complexa, como já mencionado, que exige dos envolvidos grande empenho para superar as barreiras que surgem.

Ainda de acordo com a OMS, a interação entre as dimensões envolvidas é fator determinante do processo de adesão. Os fatores relacionados aos pacientes são

apenas uma dessas dimensões, ou seja, a crença comum que os pacientes são os únicos responsáveis pela adesão ao seu tratamento é enganosa e na maioria das vezes reflete uma incompreensão sobre a forma como outros fatores afetam o comportamento das pessoas e sua capacidade de aderir ao tratamento.

Mesmo assim, a interação entre fatores próprios do indivíduo - etnia, gênero, idade, conhecimento sobre a TB, crença na eficácia da medicação, crenças culturais, alteração do estado mental causada por abuso de alguma substância, depressão e estresse psicológico - e fatores externos ou ambientais - por exemplo, os serviços de saúde - interfere diretamente na adesão ao tratamento (SOUZA e col., 2009; WHO, 2003).

Sendo assim, “a adesão é um problema multidimensional, onde diferentes esforços de agentes de saúde se encontram” (WHO, 2003, p.33).

2.4. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO – TDO

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) ou Tratamento Supervisionado (TS), ou DOTS (em inglês, Directly Observed Treatment Short Course), a partir dessa leitura, se constitui como um dos fatores que podem contribuir para a adesão e desfecho do tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (MS):

> *É desejável que a tomada observada seja diária, de segunda à sexta-feira. No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for a única possível, deve ser exaustivamente a ele explicada a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado. O uso de*

> *incentivos (lanche, auxílio alimentação e outros) e facilitadores (vale-transporte) está recomendado como motivação para o TDO.(BRASIL, 2010a; p21)*

Trata-se de uma modalidade de tratamento em que há mudança na forma de administrar os medicamentos, sem alterações no esquema terapêutico: “o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura”. (BRASIL, 2010; p.21).

A observação da tomada da medicação poderá ser feita no serviço de saúde ou no domicílio, de acordo com a necessidade do doente (BRASIL, 2010).

Essa modalidade terapêutica, segundo a OMS (2008), é pautada por cinco fatores importantes para o controle da doença: compromisso político e financiamento, tratamento supervisionado, detecção de casos ou diagnósticos por baciloscopia, suprimento de medicamento e tratamento padrão e sistema de informação (acompanhamento, avaliação e mensuração de impacto). Seu objetivo principal, de acordo com o Ministério da Saúde, é garantir a adesão ao tratamento e reduzir o risco de transmissão da doença na comunidade (BRASIL, 2002b).

Concorda-se com BERTOLOZZI (2005) que afirma que, embora seja uma estratégia importante, o TDO não é suficiente para garantir a adesão.

Todavia, deve-se dispor de muitos outros recursos que podem contribuir para o desencadeamento desse processo e consequentemente para o desfecho do tratamento.

A autora acima citada afirma também que “a adesão sempre se vincula a um projeto de vida, a uma perspectiva de inclusão da própria pessoa e/ou família” e contribui,

através da valorização das pessoas em tratamento, para trazer-lhes de volta para a vida (p.173). Em sua definição,

A adesão não se reduz a um ato de volição, desconectado da realidade do sujeito doente, mas depende de uma série de intermediações que envolvem o indivíduo, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que diz respeito aos processos que levam (ou não) ao desenvolvimento da vida com dignidade (BERTOLOZZI, 2005; p.167).

SANTOS et al. (2007) abordam a questão da relação da pobreza com a TB, que se constitui como um fator importante a ser considerado no enfrentamento da doença.

Assim, a população em situação de rua se apresenta como um contingente extremamente vulnerável à doença, frente aos mais diversos tipos de exposições a que se submetem.

A TB, para as autoras, está intimamente relacionada com as condições de vida das pessoas e é resultado das desigualdades existentes, apresentando-se com maior intensidade nos extratos da sociedade onde a pobreza e o sofrimento coexistem. Acrescentam que é necessário compreender os condicionantes da doença, para transformar esse quadro na qual está inserida (SANTOS et al. 2007).

Esses e outros fatores tornam-se ainda mais importantes e se complementam diante dos altos índices de mortalidade e prevalência da doença, principalmente entre a população de rua.

Faz-se necessária a responsabilização dos serviços de saúde para a busca de estratégias de enfrentamento desse grave problema.

2.5. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Utiliza-se, neste trabalho, população em situação de rua segundo a definição da FIPE (2003):

> *Seguimento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto, em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaças de veículos. Ou também aqueles que pernoitam em albergues públicos ou de organizações sociais (p.7).*

Quanto às denominações para essa população, é comum ouvirmos o termo maloqueiro para aqueles que pernoitam nas ruas e utilizam os mocós ou malocas, que são “lugares de permanência de pequenos grupos durante o dia, ou usados para o pernoite, com normalmente colchões velhos, algum canto reservado para os pertences pessoais (roupas e documentos) e, às vezes, utensílios de cozinha”; para os que dormem em albergues, dá-se o nome de albergados (VIEIRA, 1999).

VIEIRA (1999) distingue ainda duas categorias: os trecheiros, que são pessoas que transitam longas distâncias de uma cidade para outra em busca de trabalho e os pardais, que estabelecem moradia em um determinado local e não trabalham.

VARANDA E ADORNO (2004), afirmam que o enquadre institucional “medicalizante” e hegemônico na área dos serviços de saúde interfere nas categorizações da população de acordo com o uso de drogas ou sua forma de comportamento como ”problema” de natureza mental ou psiquiátrica.

Segundo FOCAULT (1979) seria uma forma de reduzir um problema social complexo a um diagnóstico clínico.

Entre si essa população define que são bêbados bebuns ou alcoólatras os que usam álcoo (cachaça, principalmente). Existem também os usuários de drogas ilícitas como a maconha, crack e cocaína que são conhecidos como nóias e também como pedreiros (usuários de crack).

VIEIRA (1994) distingue “ficar na rua, circunstancialmente”, “estar na rua, recentemente” e “ser de rua permanentemente”, sendo este último um fator de cronificação dessa situação.

“Os programas sociais desenvolvidos trazem a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excedente (...) “são programas marcados pela institucionalizaçãop de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto, poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas”. (VARANDA e ADORNO, 2004)

Identificar os significados e percepções destas pessoas sobre TB e sobre TDO é ponto fulcral deste trabalho. Sendo assim recorreu-se a trabalhos importantes sobre percepção, que contribuíram para o entendimento desse conceito.

2.6. SOBRE PERCEPÇÃO

Turato (2003) cita Hursel para afirmar que a percepção determina os significados. Por sua vez, CHAUÍ (2002) define percepção como uma experiência dotada de

significação, ou seja, o que é percebido é dotado de sentido, sentido este que é parte da nossa história de vida, constituindo parte também de nosso mundo e das nossas vivências.

Ainda sobre percepção, RUDIO apud NETO (2004) destaca que se trata de uma tradução subjetiva que o indíviduo faz de elementos da realidade, atribuindo-lhes significados pessoais.

Assim, a forma pela qual os indivíduos procuram resolver seus problemas de saúde pode ser influenciada pela percepção, já que a maioria das nossas ações é constituída por ela (PIOVESAN, 1970).

No caso das pessoas em situação de rua, a forma como percebem a doença e a modalidade de TDO contribuiu para que pudéssemos compreender as percepções e os significados que elas atribuem tanto à doença, como a esse tipo de tratamento.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Identificar significados e percepções sobre a Tuberculose (TB) e o Tratamento Diretamente Observado (TDO) junto à população em situação de rua da região central do Município de São Paulo

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os usuários em situação de rua que fazem TDO na UBS Santa Cecília.

Descrever a situação epidemiológica da doença entre a população em situação de rua no Município de São Paulo

Apresentar o TDO e suas implicações junto aos usuários em situação de rua que fazem o TDO na UBS Santa Cecília.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDO

O percurso metodológico descrito a seguir retrata com detalhes o processo de construção do conhecimento científico deste trabalho, o qual foi possível a partir da abordagem qualitativa.

Tal escolha baseou-se nos pressupostos de MINAYO (2004) sobre a pesquisa qualitativa. Para a autora, é um tipo de pesquisa que possibilita a compreensão dos fenômenos envolvidos e a aproximação com a complexidade inerente ao objeto de estudo e à expressão da subjetividade do pesquisado.

No caso desta pesquisa, tais pressupostos se aplicam de forma coerente, visto que nossa preocupação foi trabalhar com as percepções e significados que os usuários atribuem à TB e ao TDO. Segundo MINAYO (2004), a abordagem escolhida é uma forma de apreender uma realidade impossível de ser quantificada e que não pode ficar restrita à operacionalização de variáveis.

TURATO (2005) destaca que o objetivo da pesquisa qualitativa é conseguir um entendimento aprofundado e subjetivo do objeto de estudo, sem se preocupar com medidas numéricas e análises ou tratamentos estatísticos.

Para esta pesquisa, o grande desafio encontrado foi desenvolver o olhar para a complexidade que se apresentou, frente às diferentes visões de mundo, histórias de vida e experiências verbalizadas pelos entrevistados.

Soma-se a toda essa complexidade, a inexperiência do pesquisador em aplicar tal metodologia, fato que ocorreu simultaneamente ao processo de aprendizagem. Em outras palavras, durante esse rigoroso processo de aprendizagem foi possível aproximar a teoria da prática, o que proporcionou uma melhor compreensão da abordagem escolhida.

Salientamos que se trata de um conhecimento provisório, pelo fato de não existir uma verdade única e absoluta que responda ao problema e à complexidade apresentados, mas sim verdades, crenças, motivos, aspirações, dentre muitos outros fatores de âmbito subjetivo, os quais tentou-se interpretar e objetivar, o que reflete a heterogeneidade contemplada neste estudo.

4.2. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Embora inerente ao trabalho científico, optamos por apresentar uma breve descrição dessa etapa do trabalho que consistiu na busca inicial de trabalhos sobre o tema na base de dados da Scielo, a partir do site da Biblioteca Virtual de Saúde, em www.bvs.br.

Além dos artigos encontrados nessa busca, foram consultadas algumas teses e dissertações encontradas no portal de teses da USP, no site: www.teses.usp.br e na Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Sites de instituições e órgãos como OMS, OPAS, Ministério da Saúde, Fundo Global, Centro de Vigilância Epidemiológica, Prefeitura Municipal de São Paulo e

Secretaria Municipal da Saúde/COVISA, forneceram informações imprescindíveis sobre o tema.

Cabe ressaltar que os dados sobre a situação da TB entre a população em situação de rua foram extraídos do Boletim TB e de documentos que não haviam sido publicados na época da coleta de dados, mas que foram disponibilizados pela COVISA, que autorizou a sua utilização conforme documento que consta na parte de anexos deste trabalho (**Anexo 1**).

Os termos utilizados para a realização das buscas foram: “DOTS”; “Tratamento Supervisionado”; “Tratamento Diretamente Observado”; “Tuberculose”; “Sem-Teto”; e “Adesão”. É importante ressaltar que essa fase não foi pontual; ela se estendeu desde a etapa do levantamento bibliográfico propriamente dito, até a elaboração do relatório final.

Pessoas e grupos que discutem e trabalham com as temáticas relacionadas com este trabalho também contribuíram de forma ímpar com indicação de bibliografias e com discussões que ampliaram e possibilitaram novos olhares sobre o objeto de estudo. São eles: Núcleo de estudo e pesquisa sobre saúde, políticas públicas e sociais da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Professora Dra. Ana Cristina Passarela Brêtas (Professora da UNIFESP), Dra. Naomi Kawaoka Komatsu (Programa Municipal de Tuberculose), entre outros.

4.3. LOCAL DO ESTUDO

A opção inicial do local de estudo foi a UBS Sé, recentemente inaugurada com o principal objetivo de atender às demandas de saúde da região central do Município de São Paulo, dentre as quais as do grande número de pessoas em situação de rua. Nessa unidade existem equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) específicas para o atendimento dessas pessoas.

Entendendo, porém, que o fato de ter atuado como enfermeiro numa das equipes de ESF na USB Sé, na fase que se estendeu da elaboração do projeto de pesquisa até início da coleta de dados, poderia interferir nos resultados do trabalho, principalmente pela aproximação favorecida pelo contato recente com os prováveis participantes da pesquisa, ou entrevistados, o campo de pesquisa foi redefinido, passando agora para a UBS Santa Cecília - onde também havia atuado profissionalmente, só que há mais de dois anos -, uma unidade que também atende população em situação de rua e registra casos de pessoas em TDO para TB. Ressaltamos que para tal procedimento foi necessária a autorização da Supervisão Técnica de Saúde da Sé (STS-Sé), das gerências das UBS Sé e Santa Cecília e a aprovação dos CEPs da FSP-USP e da SMS-SP. No **Anexo 2** consta a autorização da STS Sé e da gerente da UBS Santa Cecília para a realização da pesquisa.

Antes do início da coleta de dados realizamos duas visitas com o intuito de apresentar projeto e os objetivos da pesquisa e conhecer os profissionais responsáveis pelo setor de Vigilância Epidemiológica da unidade, bem como suas rotinas e melhor horário para encontrar os usuários em TDO.

Em uma dessas visitas conhecemos a equipe de ESF para população em situação de rua, que disponibilizou relatórios emitidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) bem como facilitou o acesso às fichas de cadastro de família (Ficha A)[5] e fichas de cadastro individual (Ficha E) [6] .

4.3.1. A UBS Santa Cecília "Dr. Humberto Pascale"

A UBS Santa Cecília é um dos equipamentos de atenção à saúde sob a responsabilidade da Supervisão Técnica de Saúde da Sé (STS-Sé), que responde por vários outros serviços, a saber: três unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), um adulto e um infantil, um Centro Odontológico, um Centro de Referência à Saúde do Trabalhador, um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para DST/AIDS, um Hospital Infantil, um Hospital Público, um Pronto-Socorro, um Ambulatório DST/AIDS, um Serviço de Diagnóstico por Imagem, uma Unidade de Medicinas Tradicionais, uma Unidade de Referência à Saúde do Idoso, um Núcleo Integrado de Reabilitação

---

[5] Ficha de cadastro da família proposta pelo MS. São levantados informações e dados sóciodemográficos e o perfil epidemiológico. Uma ficha corresponde ao cadastro de todos os membros da família.

[6] Ficha de cadastro individual de pessoas em situação de rua. São coletados dados de identificação pessoal, Indicadores de vulnerabilidade social (vínculo familiar, recursos de sobrevivência e outros), Indicadores de vulnerabilidade da saúde, Doenças ou condições observadas, Ações e encaminhamentos. O preenchimento da ficha é feito no(s) contato(s) com a pessoa em situação de rua, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual compartilha as informações com a equipe (Médico, Enfermeiro, Auxiliares de Enfermagem, Agentes Geral de Políticas Públicas (AGPP - administrativo). Independente de viver sozinho ou não, todos os usuários são cadastrados com a ficha E e também com a ficha A. (**Anexo 3)**

(NIR), um Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA) e oito Unidades Básicas de Saúde (SÃO PAULO, 2009b).

A UBS Santa Cecília, dentro da sua área de abrangência, atende no modelo tradicional de Atenção Básica e conta com os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes social, psicólogas, nutricionistas, entre outros.

Também, há mais de cinco anos, conta com uma equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) específica para população em situação de rua, a qual cadastra e acompanha essa população que pernoita/vive nas ruas da área de abrangência que é geograficamente delimitada.

Atualmente a equipe de ESF composta por uma enfermeira, uma médica, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um Agente de Gestão de Políticas Públicas (AGPP), que já exerceu a função de ACS na equipe. A instituição parceira da SMS-SP responsável por essa equipe é o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto – o "Bom Par". Cabe ressaltar que essa equipe é fruto do Projeto "A Gente na Rua", da qual o pesquisador fez parte, conforme mencionado anteriormente.

4.4. SUJEITOS DA PESQUISA

Mesmo diante da heterogeneidade e das singularidades, os entrevistados compartilham características-chave que tornam o grupo homogêneo para esta pesquisa – adultos; ser ou estar em situação de rua; estar em TDO para TB na UBS Santa Cecília.

Trata-se, do ponto de vista metodológico, e não desconsiderando ou tornando menos valorizada a especificidade e singularidade de cada uma dessas pessoas, dos critérios para a participação na pesquisa.

As advertências de TURATO (2005) foram pertinentes nessa etapa, quando o autor afirma que não existe certo ou errado na composição da amostragem em pesquisa qualitativa; segundo ele tal composição, que não prescinde da definição anterior à pesquisa do número de indivíduos, deve estar apropriada às questões da pesquisa e não ser “ditada pela conveniência”.

Sendo assim, optamos inicialmente por uma livre eleição dos participantes, que se justificava pelo fato de representar minimamente, dentro do local de estudo, a complexidade e heterogeneidade vivenciada por essas pessoas.

É importante ressaltar que nessa etapa da pesquisa um limite importante se colocou para a reflexão acerca da autonomia que se esperava essas pessoas pudessem desenvolver: é que a escolha não foi do pesquisador. Antes, aceitaram falar sobre suas vidas sete pessoas em situação de rua, das quais uma do sexo feminino. Posteriormente uma profissional da área de enfermagem (auxiliar de enfermagem) também aceitou participar em virtude de indagações que surgiram e que decidimos investigar.

Podemos dizer, então, que fomos escolhidos por essas pessoas, que se prontificaram a falar de uma parte das suas histórias.

A faixa etária dos entrevistados variou de 22 a 58 anos. Quanto ao nível de instrução escolar, três possuem ensino médio incompleto; uma o ensino fundamental completo; duas têm apenas o ensino fundamental incompleto. A única

mulher em situação de rua só assina o nome. A profissional de enfermagem possui ensino médio completo e curso profissionalizante.

Em Resultados e Discussão, apresentaremos os entrevistados, considerando-se as exigências éticas da pesquisa. Não apresentá-los aqui pelos seus nomes pode parecer mais uma forma de exclusão dessas pessoas, o que seria uma incoerência frente às expectativas pessoais e objetivos profissionais. Ressalta-se que é apenas uma forma de respeitar as exigências acadêmicas, citadas, e garantir o anonimato (mais uma vez) dos que já são anônimos e marginalizados num sistema perverso e excludente.

Pensando nisso, optamos pela utilização de codinomes para não tratá-los por números ou siglas. Salientamos que são nomes importantes e por isso, nomeá-los dessa forma, foi a oportunidade de reconhecê-los como importantes, tal como são.

Será uma forma de apresentação dos entrevistados, que conforme foi mencionado nos escolheram para ouvir uma parte de suas histórias.

Para caracterizar as pessoas que participaram da pesquisa (sexo, idade, grau de escolaridade, procedência, tempo na rua, tempo em São Paulo e outros) e o tratamento atual para TB na unidade de saúde onde a pesquisa foi realizada (frequência na UBS, tipo de tratamento, esquema terapêutico, tempo de tratamento, incentivos recebidos e outros) foram consultadas as planilhas de Tratamento

Supervisionado (DOTS)[7], do Livro de Registro e Controle de Tratamento de Casos de Tuberculose e das e Fichas E de cada usuário.

Cabe ressaltar que, das fichas de cadastro (Ficha E) localizadas, algumas não continham todas as informações sobre os usuários, o que dificultou a coleta de alguns dados. Os prováveis motivos para o não preenchimento completo dos dados são: impossibilidade de coleta de todos os dados na primeira abordagem, usuários que não informam todos os dados, usuário itinerante, alta demanda do ACS em relação à produção[8] que tem que apresentar, entre outros.

Tais documentos não foram encontrados nos prontuários dos usuários, mas sob o controle do Agente Comunitário de Saúde (ACS), provavelmente para consultas ou atualizações.

Sendo assim, alguns dados que não foram identificados nessas fontes, foram coletados junto aos profissionais e aos próprios participantes, nas entrevistas.

4.5. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de fontes secundárias – fichas de cadastro, livro de registro e acompanhamento do tratamento da TB e planilha do TDO. Também

---

[7] Planilha de registro diário do tratamento (TDO) e de distribuição de incentivos (lanches, passes e cesta básica). Constam assinaturas diárias (do usuário e do profissional) que confirmam que o doente fez uso da medicação e recebeu os incentivos nas respectivas datas.

[8] O documento norteador que define as metas a serem alcançadas para cada membro da equipe é diferente para a equipe de ESF para população em situação de rua. As metas são mais modestas considerando as especificidades e complexidade que é a assistência à essas pessoas.

utilizamos a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas, as quais possibilitaram o levantamento de dados essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

O grupo focal também foi uma das propostas iniciais de coleta de dados, porém, não foi possível sua realização pela não adesão dos usuários convidados para esse tipo de atividade, que foi agendado no horário da tarde, numa faculdade próxima à UBS, que gentilmente cedeu-nos o espaço.

Oferecemos aos entrevistados uma importância em dinheiro compatível com o valor do transporte público local (ônibus ou metrô) com o intuito de garantir sua locomoção, embora a maioria não necessitasse de tais recursos por estarem próximos ao local.

A não participação unânime nesse grupo apresentou-se como um dado importante, já que discutimos a adesão a uma modalidade de tratamento.

Em decorrência do tempo para finalização do trabalho e da posse de dados suficientes para responder às questões da pesquisa, optamos por não sugerir outra data, o que não invalida sua importância para posteriores trabalhos.

4.5.1. Entrevista

Para a aquisição de experiência e avaliação de adequações necessárias antes de iniciar a coleta, procedemos ao que TURATO (2003) define como “entrevista de aculturação”.

Segundo o autor é possível com essa entrevista estabelecer relação direta e coloquial com as pessoas que representam os participantes da pesquisa. Não pretendíamos testar o roteiro e a aplicabilidade da pesquisa, por considerarmos a necessidade de ela ser flexível em face das singularidades e especificidades de cada um dos participantes.

Utilizamos esse recurso considerando a inexperiência já citada anteriormente e também para verificar a necessidade de adequações ou ajustes em relação ao tempo da entrevista, recursos necessários, local apropriado, melhor horário para a adesão à entrevista, preparação do pesquisador, forma de abordagem e aproximação, entre outros.

Essa etapa, que ocorreu em uma unidade diferente da que se constitui como campo de estudo, possibilitou a identificação de elementos importantes para a operacionalização da técnica, com mais preparo e segurança.

Foi outra forma de aproximação, agora como pesquisador, tendo em vista a atuação profissional anterior com esse segmento populacional. Ambas as situações possibilitaram a compreensão sobre as formas e estratégias de vida dessa população – seus modos, hábitos, linguagens, estratégias, relações sociais, entre outros.

O próximo passo foi a realização das entrevistas na UBS Santa Cecília. Conforme advertiu MANN (1970), planejamos previamente cada uma das etapas para início das entrevistas com o intuito de poupar o tempo e viabilizar a análise.

Percebemos que tal planejamento, principalmente no que se refere ao agendamento de horários para realização das entrevistas, nem sempre cumprido, provavelmente

pela dinâmica das pessoas em situação de rua. Nas fases em que foi possível cumpri-lo, o planejamento contribuiu para uma melhor organização na obtenção dos resultados da pesquisa.

Os dados foram coletados por serem relevantes e não apenas por serem interessantes; essa atitude possibilitou saber o porquê da coleta das informações e o que fazer com os dados (MANN, 1970).

Entre a população em situação de rua, há casos de resistências no que se refere às informações pessoais, ora por questões relacionadas às emoções, à situação, à descrença, ora por fatores pessoais relacionados a questões judiciais, relações estabelecidas (tráfico e uso de drogas) e até por estigmas que condições, tal como a da tuberculose, conferem à pessoa.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de forma a permitir aos participantes expressarem-se de forma espontânea. Tal espontaneidade favoreceu o surgimento de novas perguntas que emergiram durante a conversa.

O diálogo proporcionado com essa interação permitiu ao pesquisador e aos entrevistados um contexto em que a liberdade de expressão favoreceu a coleta dos dados necessários para o trabalho. Pudemos observar que em alguns momentos, durante as entrevistas, as situações presentes ou relembradas, emoções que emergiram e a própria dinâmica da pessoa que não se permite “estar por completo”, foram decisivas para que algumas questões fossem mais exploradas, outras menos, outras ainda negligenciadas.

Seguindo as orientações de MINAYO (2004) e TURATO (2003), essa técnica possibilitou a coleta de dados objetivos (que poderiam ser encontrados em outras

fontes – prontuários, registros e outros) e dados subjetivos que são próprios dos entrevistados: opiniões, valores, atitudes.

Trata-se uma técnica que TURATO (2003) define como

> um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, que facilita, nesse encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevsitador (p.308).

A vantagem da técnica é a liberdade da fala que permite conduzir a entrevista de forma natural, aprofundando questões e conhecendo outras em que não se pensara (MANN, 1970). Alguns autores que indicam essa técnica apresentam a limitação da modalidade como instrumento científico, ou seja, limitações relativas à teorização sobre o real (MANN, 1970; ZIONI e SOUZA, 2005).

O roteiro para a realização das entrevistas foi pensado a partir de leituras de trabalhos sobre adesão ao TDO para TB, de observações feitas durante o período de atuação profissional e de contatos com pesquisadores.

Os elementos constituintes do instrumento de pesquisa exploraram dados de interesse para os objetivos propostos neste trabalho, a saber: trajetória na rua, tempo em São Paulo, tempo na rua, local de pernoite, atividade remunerada, gastos, uso de álcool e/ou outras drogas, dependência química/física, tuberculose – doença, transmissão, contágio, tratamento, sintomas, mudanças no corpo e na vida após o diagnóstico da doença, tratamentos anteriores, expectativa do tratamento atual, facilidades e dificuldades do TDO, estratégias/movimento do usuário na busca por

melhoria (cura). É possível consultar o roteiro na íntegra na parte de anexos (**Anexo 4**).

Os dias e horários das entrevistas, que foram agendados com os profissionais da UBS, favoreceram a coleta dos dados à medida que as pessoas vinham para o tratamento. Em nenhum dos casos foi possível o agendamento com o próprio usuário, visto que os horários de tomada da medicação eram sempre imprevisíveis.

Nesse processo, merece ser lembrado o papel da equipe de enfermagem (auxiliares de enfermagem e enfermeira) que nos apoiaram e forneceram informações importantes sobre o serviço e sobre os usuários, além mesmo de nos colocar em contato com os entrevistados.

O local das entrevistas disponibilizado pela enfermeira responsável garantiu uma participação livre de empecilhos e interrupções, o que conferiu melhor qualidade e apreensão dos significados apresentados pelos participantes durante os encontros.

Uma entrevista adicional foi realizada com a auxiliar de enfermagem, no final da pesquisa, para a melhor compreensão de alguns fatores e indagações que emergiram durante as entrevistas.

O tempo médio das entrevistas foi de quarenta a sessenta minutos e o término ficou condicionado à participação do entrevistado, ou seja, a liberdade de expressão propiciada conferia-lhe também a liberdade para expandir ou finalizar o discurso.

Um ponto importante a ser mencionado é o limite que a mudança de posição, de profissional para pesquisador, e também de olhar, representou. Ter de se despir de ideias preconcebidas, ou preconceitos, e ainda ter de olhar para o objeto de estudo de forma a não ser tendencioso ou buscar respostas prontas, foi desafiador e ao

mesmo tempo causou surpresas, na medida em que nem todas as respostas e interpretações feitas foram condizentes com a realidade profissional anteriormente vivenciada.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

A transcrição das entrevistas propiciou mais um “encontro” com os entrevistados, além da possibilidade de reviver o momento, claro que não com a mesma riqueza de dados. Esse procedimento possibilitou a apreensão de aspectos considerados fulcrais para a compreensão, análise e discussão realizadas.

Cada entrevista foi sintetizada de forma a valorizar o conteúdo, não só das falas dos entrevistados, mas também da comunicação não verbal expressada durante a pesquisa, engendrando a compreensão dos significados e percepções acerca da doença e do TDO para TB e de outros elementos que se apresentaram durante esse processo.

Foi possível detectar os elementos que enunciam a lógica subjacente à fala do entrevistado e elaborar um esquema provisório de interpretação, ao que denominamos inventários (as sínteses das entrevistas - **Anexo 5**). Esse esquema teve como pano de fundo o referencial teórico que norteou a pesquisa e as categorias empíricas que identificamos com a leitura flutuante (MINAYO, 2004).

A leitura flutuante é também denominada técnica de impregnação, na qual se realizam leituras em profundidade com o intuito de captar a totalidade de um mesmo

depoimento (SCHRAIBER, 1995). Nesse processo consideramos aspectos da linguagem verbal e não verbal o que garantiu a interpretação dos dados que se apresentaram.

Das leituras realizadas, extraímos algumas categorias, discutindo-as à luz do referencial teórico. Emergiu nessa etapa um painel de possibilidades interpretativas que contribuiu para o conhecimento da realidade dos participantes da pesquisa (ZIONI, 2005).

Tais categorias representaram pontos de convergências para o desenvolvimento de interpretações sobre o objeto estudado. E em cada uma delas constam fragmentos das falas, que na totalidade do discurso conferiram sentido e subsidiaram a discussão.

Nesse procedimento, segundo SCHRIBER (1995), pressupõe-se que se tenha apreendido o sentido próprio do fragmento na totalidade do pensamento do qual é separado.

As categorias extraídas dos discursos e que apoiaram a análise foram:

- Como é que eu fui pá rua?
- Mas quando elis passa (...) - O RAPA - (...) elis leva tudo
- (...) sou leigo no aspecto dela porque pra mim é até uma gripe (...)
- A gente é tratado como animal
- Si ucê bebi cachaça infraqueci u remédiu né, i usanu crack ainda.
- (...) peguei e olhei no espelhu, falei: caramba, eu só tô o ossu
- (...) u Celsu qui mi chamou pá vim. (...) Celso é u agenti di saúdi
- O que eu isperu du tratamentu?... é sê curada
- (...) quandu ta chuvenu é ruim da gente vim né(...)
- (...) que é bom é, o atendimentu é bom; também a equipi

4.7. PRECEITOS ÉTICOS DA PESQUISA

Submetemos a pesquisa à aprovação dos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP) e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

Esse procedimento ocorreu em fevereiro de 2009, posteriormente, em abril do mesmo ano, foram emitidos os pareceres dos comitês (CEPs) acima citados, que sugeriram mudanças. As pendências apresentadas referiam-se à linguagem utilizada (para a SMS existiam "termos inadequados ao nível sócio cultural dos sujeitos (tal como 'especificamente', 'intitulada', 'estratégia'") e o número de telefone para contatos não poderia ser os pessoais até então utilizados.

Feitos os ajustes sugeridos, ambos os CEPs, que emitiram parecer de aprovação em maio de 2009, foram comunicados pelo pesquisador da necessidade de mudança de campo de pesquisa, conforme explicado anteriormente. Assim, com o parecer final pela aprovação, o início da pesquisa e coleta de dados na UBS Santa Cecília teve início em novembro de 2009. (**Anexos 6 e 7**).

Para participar da pesquisa, todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e tiveram assegurado seu direito de participação voluntária, recusa e confidencialidade das informações, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (**Anexo 8**)

Do TCLE constava autorização para a gravação das entrevistas, com o intuito de transcrevê-las e analisá-las, conforme foi feito.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. DADOS SECUNDÁRIOS

5.1.1. Caracterização das Famílias e Pessoas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) para População em Situação de Rua

Constam do Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano de 2009[9], do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 328 famílias cadastradas pela equipe de ESF para a população em situação de rua na UBS Santa Cecília. No total são 335 pessoas, sendo 287 homens e 48 mulheres. Considerando que cada cadastro corresponde a uma família, a pequena diferença entre o número de famílias e o de pessoas cadastradas demonstra que muitas pessoas que estão cadastradas na UBS vivem sozinhas na rua.

Em relação ao sexo masculino há predominância de pessoas com idade acima de 20 anos enquanto entre as mulheres prevalecem pessoas com idade entre 10 e 39 anos (SÃO PAULO, 2009c).

Sobre as doenças e condições referidas por essas pessoas, há entre os maiores de quinze anos a prevalência de alcoolismo (124); hipertensão arterial (41); diabetes (13); e tuberculose (6). As deficiências (18) e gestações (4) aparecem também entre

---

[9] Consolidado de Famílias Cadastradas - relatório emitido em 11 de Dezembro de 2.009 (SÂO PAULO, 2009c).

pessoas com idade menor que quatorze anos, sendo 2 e 1 casos cadastrados, respectivamente.

A maioria dos que têm mais de quinze anos (297) são alfabetizados enquanto onze com idade menor que quatorze anos frequentam escola.

5.1.2. Caracterização do Atendimento às Pessoas em Situação de Rua

Todos os profissionais da equipe de ESF para população em situação de rua são responsáveis pela prevenção e tratamento/acompanhamento de doenças e promoção de saúde da população adscrita na área de abrangência da unidade.

Tal acompanhamento, em relação às pessoas em situação de rua cadastradas, deveria acontecer mensalmente ou sempre que necessário, pelo menos, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Mas na prática isso ocorre na medida em que os cadastrados são encontrados pela equipe.

A FIPE (2003) mostra que a região é prioritária, no que tange às questões de saúde da população em situação de rua, visto que alberga um contingente grande de pessoas nessa situação, o que justifica a necessidade de serviços, recursos, estratégias e atenção, específicos para esse grupo.

O número de atendimentos realizados está muito mais relacionado com a busca ativa de casos que dificilmente acessam a UBS, do que a uma rotina pré-estabelecida programaticamente, já que a população em estudo está em constante

movimento, devido a dificuldades inerentes à dinâmica da rua: itinerância e busca por estratégias de sobrevivência.

Além disso, a vinculação com a equipe de saúde parece dificultada por diversos motivos - desde dificuldades de criação de vínculos – no geral, em virtude de processos de rompimentos anteriores até processos de limpeza da rua que removem os moradores, obrigando-os a constantes mudanças e deslocamentos. Esses processos de limpeza, por sua vez, parecem pautados por uma política de perseguição ou afastamento geográfico.

Cabe ainda uma ressalva: os dados que são coletados alimentam um sistema de informação desenvolvido para o programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no entanto, na maioria das vezes, a população em situação de rua que vive na área de abrangência da UBS Santa Cecília vive só.

Pensando nisso, a SMS-SP desenvolveu junto às instituições parceiras, que trabalham gerenciando as equipes de saúde para a população em situação de rua (Bom Par e Associação Saúde da Família), uma ficha específica para cadastramento dessa população, a Ficha E, já que no PSF “comum/tradicional” existem fichas de A a D, cada qual com informações específicas (cadastro das famílias, acompanhamento de doenças ou situação de saúde, cobertura vacinal de crianças, produção diária e mensal dos profissionais).

Independentemente de estarem vivendo nas ruas com a família ou sozinhos, os usuários receberão cadastros tanto na Ficha A quanto na Ficha E. A diferença entre os instrumentos é que a primeira inclui todos os componentes da família na mesma

ficha; a segunda é individual e contém além das informações que constam na Ficha A, dados específicos sobre a situação de rua.

5.1.3. Tuberculose e População em Situação de Rua na UBS Santa Cecília

Do total de pessoas em situação de rua com TB registrados pela Vigilância Epidemiológica da UBS, apenas seis são cadastrados pelo ACS, segundo dados do relatório do SIAB – Consolidado de Famílias Cadastradas do ano de 2009 (SÃO PAULO, 2009c). Esse número pode ser considerado baixo, tendo em vista os seguintes fatores:

- a exposição ao bacilo;

- a situação epidemiológica da doença entre a população em situação de rua;

- a relação da doença com precárias condições de vida e com situações onde a miséria e fome coexistem (SANTOS et al., 2007; BRASIL, 2002 a e b);

- o percentual de adoecimento em caso de infecção (10%), número que pode aumentar em caso de co-morbidades como HIV, diabetes, desnutrição calórico-protéica, entres outros (BRASIL, 2002b);

- o estigma acentuado pela doença o que pode incitar o indivíduo a não falar sobre ela (salienta-se que, no cadastro, as doenças ou condição de saúde são referidas pelo usuário, anotadas pelo ACS e posteriormente diagnosticadas pelo médico e/ou enfermeiro da equipe);

- a subnotificação dos casos registrados pela equipe, principalmente pelo ACS, que fornece informações para alimentar o SIAB, que emite tais relatórios;

- a dinâmica social dos indivíduos.

O tipo de atendimento da equipe (médico ou de enfermagem) no mês de novembro é apresentado pelo Relatório PMA2 SIAB[10]: foram 108 consultas de enfermagem (todas para pessoas cadastradas) e 143 consultas médicas, sendo 108 para usuários cadastrados pela equipe e 35 para usuários não cadastrados, chamados de "fora de área". Nesse registro, constam três consultas (médico e enfermeiros) específicas para atendimento de usuário com TB (SÃO PAULO, 2009d).

Considerando que constam seis pessoas cadastradas no SIAB, com diagnóstico de TB (SÃO PAULO, 2009c), como verificamos anteriormente, apenas a metade passou por algum tipo de atendimento (médico ou de enfermagem) no mês.

Nossa experiência profissional anterior fornece alguns indícios sobre os possíveis motivos ou razões para tal: alguns dos usuários não pertencem à área de abrangência ("fora de área"); são pessoas recentemente cadastradas pelo ACS cujos dados ainda não foram informados ao sistema ou, ainda, a equipe não atualiza os dados cadastrais e, consequentemente, os dados do relatório não condizem com a realidade.

Há também outras hipóteses: as pessoas não foram localizadas ou perderam a consulta médica e de enfermagem; os profissionais atenderam e não lançaram esse

---

[10] Relatório emitido em 11/2009. São alimentados os dados referentes às consultas médicas e de enfermagem (da área e fora de área), procedimentos, reuniões, visitas de inspeção sanitária, visitas domiciliares (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, ACSs), marcadores, encaminhamentos, tipo de atendimento, exames complementares e outros.

tipo de atendimento na planilha de produção mensal (ficha D); ou, ainda, como parece ser o caso da UBS Santa Cecília, existem médicos da UBS, que atendem exclusivamente os casos de TB da unidade, o que não é computado como atendimento da equipe de ESF e por esse motivo esse dado não consta no relatório emitido.

Quanto ao diagnóstico, os dados da COVISA (SÃO PAULO, 2008) mostram que o diagnóstico para tuberculose, entre a população de rua, é feito predominantemente nos PS e Hospitais. Esse fato, muito provavelmente está relacionado à busca por serviços de saúde no momento em que a limitação física impede as atividades diárias como carregar a carroça, ou os “corres”; segundo o jargão utilizado por essas pessoas, “corres” seriam as saídas pelas ruas e locais públicos ou não, em busca de dinheiro – por diversos meios: mendicância, prostituição, tráfico de drogas, roubos ou furtos, trabalhos (in) formais... - ou mesmo para suprir necessidades humanas básicas como banho, alimentação, local de pernoite, entre outros.

No caso da UBS Santa Cecília, o Pronto Socorro Municipal (PS), que é responsável por grande número de diagnóstico de TB entre essa população, localiza-se ao lado da UBS, o que pode justificar o número de usuários de outras áreas (sem cadastro) que se tratam nesta unidade, ao invés de serem encaminhados para unidades mais próximas de onde estão instalados.

5.1.4. TDO na UBS Santa Cecília

Entre junho e dezembro de 2009[11], a UBS Santa Cecília registrou no Livro de "Registro e Controle de Tratamento dos Casos Tuberculose", também conhecido como "Livro Verde" ou antigo "Livro Preto", do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), 48 casos de TB pulmonar em acompanhamento na unidade. Trata-se de casos novos, recidivas e retratamento após abandono. Consideramos nesta pesquisa, o número de 47 casos em acompanhamento e não 48, visto que uma das pessoas (que estava em situação de rua) tinha seu nome registrado duas vezes.

Pode-se verificar na representação gráfica a seguir (**Figura 1**)[12] os dados referentes aos casos em acompanhamento para TB na UBS Santa Cecília, no período citado. Tais dados referem-se à população residente, com 29 casos, e à população em situação de rua, que totaliza 18 casos.

Das pessoas em situação de rua registradas no "Livro Verde", 13 iniciaram o TDO sendo que cinco abandonaram o tratamento antes do período da coleta de dados; uma fazia tratamento autoadministrado (AA) e foi transferida para uma unidade de referência para TB, por motivo de resistência bacteriana (provavelmente pelo uso inadequado dos fármacos prescritos); uma também foi transferida para uma UBS de

---

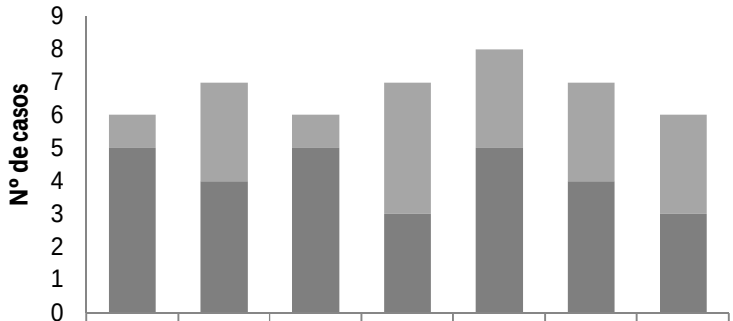
[11] Esse recorte temporal considerou o tempo mínimo de tratamento para TB (seis meses). Como a coleta desses dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro, optamos por considerar o período de junho a dezembro de 2009.

[12] A representação gráfica (figura) não recebeu nenhum tratamento estatístico e têm como finalidade única, neste trabalho, apresentar os dados e informações coletadas de diferentes fontes.

outra região; e três não iniciaram qualquer tipo de tratamento, o que os profissionais da UBS denominam abandono primário.

Figura 1. Total de casos em controle e tratamento para tuberculose entre população residente e população em situação de rua da UBS Santa Cecília no período de junho a dezembro de 2009. São Paulo, 2009

Figura 1. Total de casos em controle e tratamento para TB pulmonar entre população residente e população em situação de rua. UBS Santa Cecília. São Paulo. Jun-Dez, 2009.



	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
POPLAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	1	3	1	4	3	3	3
POPULAÇÃO RESIDENTE	5	4	5	3	5	4	3

Extraído de: Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose, UBS Santa Cecília, 2009.

É importante ressaltar que dentre os usuários em situação de rua que faziam o TDO na UBS, uma jovem de 26 anos, que reiniciava o tratamento pela quarta vez, por motivo de recidiva e abandonos frequentes, inclusive um dos abandonos foi antes da coleta de dados, evoluiu a óbito em janeiro de 2010. A jovem tinha residência fixa (cortiço), mas a ESF acompanhava o caso desde 2005, por entender que se tratava de uma situação-limite, ou seja, potencialmente de rua.

Das oito pessoas que estavam em tratamento durante a fase da coleta de dados, apenas uma recusou a participação.

No primeiro dia da realização das entrevistas, um usuário que havia abandonado o tratamento compareceu na UBS para falar com a auxiliar de enfermagem sobre suas dificuldades e sobre sua percepção sobre o tratamento. Acreditava ter recebido de Deus, o “Senhor Jesus Cristo”, a cura da doença. Afirmou estar curado e que não precisava do tratamento. Fazia uso de órtese (muleta) por uma deficiência física que o acometeu e também informava que mora em uma instituição para recuperação de álcool e drogas, na periferia do município.

A auxiliar de enfermagem nos solicitou ajuda para esclarecer dúvidas sobre o tratamento e sobre a doença para esse usuário. Na ocasião, enfatizamos a importância do tratamento para evitar complicações posteriores, valorizamos suas crenças religiosas e reforçamos que tais crenças poderiam ser um recurso complementar e potencializador para sua recuperação.

Esse usuário, que por motivos pessoais não participou da pesquisa, deu continuidade ao tratamento e recebeu alta cura. Esse dado foi informado pela auxiliar de enfermagem, pois não constava o seu registro “Livro de Registro e Controle de Tratamento de Casos de Tuberculose”, do PNCT, durante a etapa da coleta de dados.

No período em que foi realizada a coleta de dados, a maioria havia iniciado o tratamento entre um e três meses; um caso estava finalizando o tratamento (o segundo tratamento) e outro havia iniciado a menos de um mês

Em relação à situação final do tratamento vigente, quatro pessoas receberam alta cura, um foi transferido para o serviço de referência para DST/HIV por ter recebido confirmação de HIV positivo durante o tratamento para Tuberculose, e duas abandonaram o tratamento, entre estas a única mulher que participou da entrevista.

Esses dados foram coletados seis meses após a realização das entrevistas, período necessário para desfecho de tratamento básico para TB.

A taxa de abandono apresentada pela população em estudo é ligeiramente menor do que aquela divulgada pela COVISA (2009). No que se refere à cura, atingiu 12 pontos percentuais a mais que os dados da COVISA (2009), que apresentou uma taxa de 45,8% em 2008. Salienta-se que esses percentuais, embora apresentem crescimento em relação aos anos anteriores, principalmente na série histórica apresentada pela COVISA (2009), estão muito aquém das metas estipuladas pelo Ministério da Saúde em relação ao tratamento para TB (BRASIL, 2005).

5.2. APRESENTANDO OS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS

Serão apresentados, a seguir, dados extraídos das falas dos entrevistados.

O carinho e a prontidão demonstrados com a participação dessas pessoas – ato de valor inestimável – merece o devido respeito. Sendo assim, os nomes das pessoas são fictícios (por uma exigência acadêmica e ética), mas a escolha desses codinomes tem um significado especial para pesquisador.

Optamos por apresentá-los na seção que se segue a fim de torná-los familiares aos leitores, mas salientamos que na parte de anexos, serão apresentados novamente, contudo, com o conteúdo das falas sintetizadas nos inventários.

Conforme relatamos, participaram das entrevistas oito pessoas, sendo seis do sexo masculino e duas do sexo feminino. Ressalta-se que uma das pessoas entre os entrevistados representa o serviço de saúde (UBS), sendo todas as outras pessoas em situação de rua. Dentre as sete pessoas em situação de rua, apenas uma era do sexo feminino.

Cabe lembrar que estudos sobre TB apontam, entre a população geral, maior incidência de TB entre os homens (BRASIL, 2008; QUEIRÓZ, 2008; BERGEL e GOUVEIA, 2005; FIPE, 2003; NATAL e col. 1999).

Tentaremos, nesta seção, aproximar o leitor dos participantes da pesquisa, apresentando algumas das suas características. Certamente haverá reducionismos, porque nos contatos momentâneos, tal como foram os encontros para as entrevistas, não seríamos capazes de captar mais informações do que as que serão apresentadas.

Dados secundários coletados nas fichas de cadastramento, conforme descrições anteriores auxiliaram na construção do perfil dessas pessoas já apresentado acima.

Primeiro Narrador

Júlio foi o primeiro a ser entrevistado. Encontrava-se na UBS acompanhado de um religioso da instituição onde estava abrigado, o qual chamava de “irmão”. Ao ser convidado para a pesquisa, o usuário demonstrou interesse em participar, mas informou que precisaríamos da autorização do “irmão”. Este consentiu, porém, com a condição de que não demorássemos, pois tinha outros compromissos na instituição.

O jovem de 22 anos pareceu ansioso em responder às perguntas que lhe eram feitas. Preocupava-se em elaborar bem suas respostas e em demonstrar conhecimento acerca do que discutia.

Procedente de São Paulo informa que é de cor parda e que não concluiu o ensino médio. Relata contato esporádico com um padrinho com quem manteve na infância uma relação afetiva e próxima, que não deseja retomar por enquanto (o provável motivo é o desejo de recuperar-se da dependência química).

Coincidentemente, a entrevista ocorreu no mesmo dia em que Júlio recolhia sua documentação na UBS e seus medicamentos para ser transferido para uma unidade de recuperação de adictos de drogas ilícitas, em outra região do município e sob responsabilidade da mesma instituição religiosa quel o abrigava até o momento. Relata que nessa instituição, para onde seguia voluntariamente, receberia a função de orientador[13].

Participou assiduamente do TDO na UBS Santa Cecília até a data da transferência citada. Reiniciou o tratamento por duas vezes, após abandonos.

---

[13] Segundo o entrevistado, trata-se de uma função na qual uma das principais atribuições seria realizar palestras sobre como superar/enfrentar a dependência química com base na experiência pessoal.

Viveu na rua por seis anos e só agora decidiu buscar ajuda na instituição. O motivo que o levou à situação de rua foi a desestrutura familiar; fala das vivências e lembranças da mãe que também teve TB e faleceu em decorrência da AIDS e do uso excessivo de drogas ilícitas.

Segundo Narrador

O segundo entrevistado senhor ***Guilherme***, com 52 anos de idade, refere ser de cor branca, proveniente de Alagoas e há quinze anos em São Paulo, onde vive há mais de dez anos em instituições conveniadas com a prefeitura (albergues). Não concluiu o ensino fundamental.

Informante apresenta comportamento de grande ansiedade durante a entrevista. Fala de assuntos às vezes não relacionados à pergunta/entrevista. Parece sofrer de algum comprometimento psíquico, por apresentar algumas falas desconexas do contexto da entrevista e sem encadeamento lógico.

Critica o sistema público de saúde brasileiro e o equipara a saúde pública da Inglaterra com a do sistema privado no Brasil, argumenta que é onde o Chico Anysio, o humorista de televisão, haveria feito cirurgia para cirrose a um custo de 280 mil dólares.

Demonstra, em alguns momentos da entrevista, dificuldade e vergonha em verbalizar que está em situação de rua e que utiliza equipamentos públicos (albergues) para pernoitar. Tal fato fica evidente na expressão facial e tom de voz do usuário.

É assíduo ao TDO que faz na UBS Santa Cecília. É o primeiro tratamento para Tuberculose e faz tratamento contínuo para diabetes, com uso de hipoglicemiante oral.

Embora se reconheça como pessoa em situação de rua, relata que não se veste ou se comporta como alguns (em relação à higiene e apresentação pessoal). Segundo informa, nunca utilizou os espaços públicos ou as ruas para pernoitar. Justifica que o comprometimento do seu orçamento, baixo salário e alto custo da moradia inviabiliza estabelecer-se em local próprio ou alugado.

Terceiro Narrador

Junior, masculino, 29 anos, refere cor parda, proveniente da Bahia, não informa quanto tempo está em São Paulo, mas se diz em situação de rua há seis anos. Pernoita nas ruas da região central da capital e informa que é usuário de drogas ilícitas. Não concluiu o ensino médio.

Fazia tratamento para TB na UBS, pela primeira vez, quando recebeu o diagnóstico de HIV e foi transferido para SAE Campos Elíseos (serviço de referência para DST/HIV). Na mesma época recebeu a infeliz notícia do falecimento de sua mãe, alguns dias após o seu sepultamento. Abandonou o tratamento por alguns dias, segundo informações da auxiliar de enfermagem, a qual foi até o local onde pernoita e passava o dia, para demonstra-lhe solidariedade e oferecer apoio para a retomada do tratamento. Não obtivemos informações sobre o retorno ao tratamento até o término da pesquisa.

Atribuiu às drogas, principalmente o crack, e à vivência como detento o fato de estar em situação de rua. Falou dessa situação como um processo prejudicial e estigmatizante e considerou que o uso de drogas teve influência de uma companheira, com quem, até o momento da pesquisa, matinha relação próxima.

Quarto Narrador

Proveniente do Rio de Janeiro, há doze anos em São Paulo, a quarta pessoa a nos dar a entrevista foi o senhor ***Gabriel***. Vivia, no período em que a pesquisa transcorreu, em um albergue conveniado com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). Não informa quanto tempo está em situação de rua. De cor parda, conforme relatou, não completou o ensino fundamental. Tem 58 anos de idade.

Elencou como os principais problemas nas ruas a questão da segurança, alimentação e higiene pessoal, os quais, para ele, são fatores que dificultam a vida na rua. Por isso, quando exerce alguma atividade remunerada prefere morar em pensão ou quarto alugado.

Além da TB, que é acompanhada assiduamente no TDO na UBS Santa Cecília, apresenta deficiência e deformidade visual.

Informa que o motivo que o levou para a situação de rua foi um desentendimento familiar.

Quinta Narradora

Mayara foi a única mulher em situação de rua que fazia TDO durante o período da coleta de dados, salvo a jovem citada inicialmente, que além de não ser exatamente em situação de rua também havia abandonado o tratamento e mais tarde evoluído a óbito.

Proveniente de Cascavel, Paraná, a entrevistada relata que há mais de vinte e quatro anos está São Paulo, período em que viveu na rua. Apresenta deformidade nas pernas e tem dificuldade para se locomover em consequência de um acidente automobilístico.

Vive com seu companheiro desde que chegou em São Paulo e há mais de três vivem embaixo de um viaduto na Barra Funda. Não completou a primeira série do ensino fundamental. Não refere cor/raça, mas apresenta pele de cor morena.

A perda de um ente querido (o esposo, com quem tem uma filha) foi a causa principal relatada para a trajetória até a rua. A filha, com quem não mantém contato, vive com seus pais.

Frequentava a UBS diariamente, onde fazia o TDO. Negou tratamento anterior para TB e/ou outros tipos de tratamento.

Pareceu desconfiada em relação ao convite para participação na pesquisa, o que foi amenizado com o apoio da auxiliar de enfermagem.

Sua participação se deu de forma direta, com respostas curtas, mas com conteúdos interessantes, que a todo o momento tinham que ser estimuladas. Utilizamos alguns recursos para promover o diálogo e extrair informações, como por exemplo frases ou perguntas do tipo: *"fale um pouco mais sobre isso"* ou *"o que a senhora acha ou sabe sobre isso?*".

Prestes a terminar as perguntas que constavam no roteiro da pesquisa, a participante demonstrou ansiedade e inquietação, que foi controlada após informarmos que a entrevista estava no fim. Dessa forma, percebemos que o tênue vínculo estabelecido até o momento chegara ao seu limite e se rompia, se é que podemos falar de estabelecimento de vínculo nesse curto espaço de tempo.

Sexto Narrador

O senhor ***Joca***, 48 anos de idade, foi a sexta pessoa a colaborar com a pesquisa. Relata que está em situação de rua há quatro anos e que atualmente vive em uma instituição religiosa no Município de São Paulo. Refere ser de origem baiana e está em São Paulo desde 1996, há quatorze anos. Assim como outros participantes, também não concluiu o ensino médio. Segundo informa, é de cor parda.

Aceitou participar da entrevista e tal participação pareceu entusiasmá-lo. Prova disso é que, das entrevistas realizadas, essa foi a mais longa em tempo e a maior em conteúdo. Além disso, a expressão facial, o tom da voz, a paciência (embora em alguns momentos falasse muito rápido o que dificultou a transcrição) e a postura colaborativa, demonstrava tal entusiasmo.

Diferente das entrevistas anteriores, em que a relação entrevistador-entrevistado ficara muito nítida, agora, embora presente, a relação ficara menos rígida, resultado de uma informalidade que possibilitou um diálogo para além da entrevista propriamente dita, o que não foi tão intenso nos encontros anteriores.

A experiência acumulada nas cinco entrevistas já feitas pode ter sido um fator contributivo em relação às facilidades encontradas no sexto encontro. Melhor manejo do gravador; melhor condução da entrevista em relação ao roteiro e até a familiaridade com as histórias contadas que, embora muito diferentes entre si pareceram, na essência, muito próximas.

Outro fator importante a ser revelado é que se trata de um paciente que fazia o tratamento pela segunda vez. No primeiro tratamento concluído em 2006, houve a participação ativa e presente da equipe de PACS da qual eu fazia parte como enfermeiro. Esse resgate da história pode ter influenciado a aproximação.

Enfatizamos que diante de tudo isso, todas as entrevistas tiveram o mesmo grau de importância e os conteúdos de cada uma delas foram suficientemente capazes de oferecer base para as interpretações feitas a seguir.

Afirmou que a desorganização financeira decorrente de um roubo/furto desencadeou um processo de degradação social e de trabalho, o que contribuiu para a situação de rua que vive. Identifica tal situação como um milagre ao invés de um azar. Atribui ao uso de álcool, como principal motivo, a degradação que vivenciou, que só percebeu à medida que várias perdas aconteceram.

Sétimo Narrador

Kauã, 51 anos, foi o sétimo participante das entrevistas. Proveniente de Sergipe, está há mais de trinta anos em São Paulo, onde viveu por volta de seis meses na rua. Atualmente pernoita numa instituição religiosa que abriga pessoas sem residência fixa e exerce atividade remunerada, vendendo frutas na rua. Concluiu o ensino fundamental.

Também é assíduo ao TDO que faz na UBS Santa Cecília. É o primeiro tratamento para TB e nega tratamento para outras patologias.

Após vários desencontros, o usuário foi abordado para entrevista no período da tarde, diferente de todos os outros que entrevistamos pela manhã, quando saía da consulta médica. Explicamos a ele os objetivos da pesquisa e falamos sobre a entrevista. Esse procedimento contou com a intervenção da auxiliar de enfermagem.

O participante informou que poderia participar da entrevista com a condição de que fosse rápida, visto que tinha compromissos pessoais. Sugerimos agendar outro horário. Diante da alternativa, ele preferiu ser entrevistado naquele momento.

A condução da entrevista, embora provida de algumas das facilidades mencionadas anteriormente para uma interação mais informal, foi influenciada pela questão da ansiedade tanto do entrevistado, como a gerada no pesquisador, que durante a coleta de dados preocupou-se tanto com a exploração máxima da oportunidade encontrada, quanto com a escuta e o olhar sensíveis que permitissem contextualizar e interpretar as falas, gestos, pausas, entre outros elementos também importantes.

À medida que seguíamos o roteiro, as falas, embora ansiosas, rápidas e na maioria das vezes desprovidas de opiniões, foram sendo exploradas na medida do possível, mas oscilações do envolvimento no transcorrer da entrevista tornaram-se evidentes.

Houve um prejuízo na qualidade da entrevista, quando ela se aproximava do fim, na medida em que as respostas passaram a conter apenas os elementos afirmativos (SIM) e negativos (NÂO).

Embora houvesse falado da quantidade de perguntas ainda constantes do roteiro da entrevista e explicitado a possibilidade de interrompê-la a qualquer momento, o participante descartou a interrupção, solicitando pressa e a passagem para o próximo item do roteiro.

De qualquer forma, nesta sétima entrevista encontramos informações ricas acerca do estigma e de outros temas que serão discutidos mais à frente.

Kauã aponta os problemas familiares vivenciados como causadores da trajetória que o levou à situação de rua e prefere não entrar em detalhes sobre o assunto.

Oitava Narradora – Interlocutora Privilegiada[14]

A auxiliar de enfermagem, identificada nesta pesquisa como Adelaide, tem 52 anos e há 33 anos exerce a profissão, sendo que há oito anos trabalha na UBS Santa Cecília, onde se dedica às ações Vigilância Epidemiológica. Possui o ensino médio

---

[14] A participação da profissional de enfermagem, interlocutora e uma das facilitadoras para que a pesquisa acontecesse na unidade, não estava prevista, daí o termo “Interlocutora Privilegiada”, embora o privilégio em tê-la como participante tenha sido nosso.

completo e capacitação técnica para o exercício da profissão. Nasceu em São Paulo e refere ser de cor negra.

Aceitou prontamente o convite para participar da pesquisa. Demonstra muita competência nas ações de Vigilância Epidemiológica, mas percebemos que a questão da tuberculose, principalmente entre a população em situação de rua é o foco das ações.

Bastante comunicativa e alegre, parece ter bom relacionamento com outros profissionais e com os usuários, que a respeitam e em algumas ocasiões a procuram para “bater um papo”, como aconteceu durante o período da pesquisa, quando uma pessoa que já havia terminado o tratamento para TB a procurou na UBS para revê-la.

Participa de grupos religiosos, articula, organiza e participa de algumas ações voltadas para a população em situação de rua. Tais atividades acontecem fora do horário de trabalho, como é o caso de um café da manhã que organiza um sábado por mês numa casa católica que abriga pessoas em situação de rua que tentam recuperar-se da depedência química.

Nessas ações articula com pessoas envolvidas de alguma forma com o problema, dentre elas algumas pessoas que fazem ou fizeram o tratamento para TB na UBS.

Teve participação especial e importante nas entrevistas e abordou assuntos relevantes para a pesquisa. Em alguns momentos, enquanto narrava alguns fatos, apresentou variação de humor, oscilando de tranqüila à indignada, à medida que discutia determinados assuntos. Essa oscilação ficou evidente na mudanças do tom da voz, dos gestos e da expressão da face.

Ela acredita ter alcançado alguns sucessos em relação ao tratamento para TB, principalmente por articular entre dois serviços – a UBS e um Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) – por reconhecer que é um dos fatores que dificultam o tratamento das pessoas em situação de rua.

5.3. AS ENTREVISTAS

Dos discursos apresentados por esses entrevistados, foi possível extrair informações que, por um motivo didático, serão classificadas e discutidas isoladamente a seguir, sem perder sua essência em relação à totalidade, retomada nas considerações finais.

Na tentativa de nortear a leitura e compreensão do que se pretende explorar, serão desenvolvidas as discussões a partir de alguns eixos temáticos, cada qual apoiado por um referencial teórico, que ajudou o pesquisador a responder às perguntas da pesquisa e também a formular novas indagações.

Tais eixos serão representados pelas próprias falas dos entrevistados, as quais remeteram o pesquisador aos aspectos discutidos em cada um deles.

5.3.1. “Como é que eu fui pá rua?”

Esse eixo, que se refere à trajetória em direção à rua e na rua, ofereceu elementos importantes para compreensão de fatores associados à adesão ao TDO para TB.

Ele será analisado e discutido tendo em vista pesquisas realizadas sobre esse contingente populacional, bem como a experiência profissional do pesquisador.

Indagados sobre os motivos que os levaram para a situação de rua, os entrevistados apresentaram a desestruturação familiar, o desemprego em virtude de alguns imprevistos (acidente), envolvimento com a Justiça (homicídio) e a perda de um ente querido (esposo) como principais desencadeadores do processo.

> *(...) eu mi disgostei... perdi... perdi o marido i tava...minha fia num conheceu nem o pai quandu nasceu (...) aí mataru o pai dela aí eu vim embora pá São Paulo (...) Aí eu conheci um carrocêro e fiquei na rua trabaiandu, (...) Aqui eu conheci ele e tô até hoje com ele. (Mayara)*

> *Não... foi... foi u... um problema família, só. (Kauã)*

> *Ah, foi um... acho que foi um desentendimento com a família, né, qui eu morava no Rio e disintendi e vim pará aqui né (Gabriel)*

Pesquisa recente sobre população em situação de rua, em âmbito nacional, confirma tais motivos como fatores que desencadeiam a ida para as ruas, afirmando ainda que eles podem se interrelacionar e provocar um sinergismo ou até mesmo ser um a consequência do outro. Além dos motivos apresentados, o envolvimento com álcool e drogas assume uma posição de destaque no que se refere à trajetória de ida para as ruas (BRASIL, 2008). No caso em estudo, constatou-se a referência ao uso de tais substâncias, mas de forma indireta e não como motivo principal para a situação de rua, salvo nos casos dos entrevistados Juninho e Joca, que contam sobre suas trajetórias.

MATTOS (2006), na resenha que elaborou sobre o trabalho de Domingues Jr. “Cooperativa e construção da cidadania da população de rua”, apresenta dois motivos relacionados a essa trajetória: o desemprego e a ruptura de vínculos familiares, que podem ocorrer na infância ou já na idade adulta.

> *“Ai eu vim pará na rua, devidu u crack”.(Juninho)*

> *Só tem álcool. Eu achei que o dinheiro não ia acabá, comecei a fazê farra, í atrás di muié por aí, tal, inclusive alí na Praça João Mendes(...) Eu era um cara equilibradu, tinha dinherinhu guardado no banco, andava bem arrumadu. Minhas coisinha: geladeira, televisão, meu som, levaru tudo; i..eu tive qui... eu fiquei uns seis meses atrasadu de alugué, a muié briga comigu pra saí (...) precisei a í passanu as coisas, primeiro passei a geladera pra ela, pá ficá mais dois mês, depois passei u som, ficá mais um mês, últimu passei o fugão, aí depois venceu (...) comecei a durmí em calçada, depois fui pra aqueli albérgui du arsenal, saí ali, foi quando fui trabaiá (...) durmia dentro do palco do ferro véiu, saí procuranu casa i fui morá nesse abrigo de carroceru, que tem aqui na Dom Bo... na rua Dinu Bueno, coisa de um ano, um ano e poco quase, daí eu saí, voltei a ficá na rua, foi quando eu conheci o pessoal da Toca de Assis, e tô...quase dois anos lá dentro da Toca. (Joca)*

Poderíamos elencar muitos outros motivos envolvidos na trajetória de ida para as ruas como local de sobrevivência, no entanto, a percepção de alguns fatores que pareceram contribuir com esse itinerário foi possível, também, a partir de observações e do contato com pessoas em situação de rua, durante o exercício profissional.

São eles: decepções emocionais/amorosas, sofrimentos psiquiátricos, dificuldades de retorno para casa (por abandono familiar ou dificuldades financeiras), violência doméstica e abuso sexual (principalmente entre crianças e adolescentes) e até a possibilidade de assunção de uma identidade perdida no ambiente familiar

(principalmente entre os homens). Para eles, o papel esperado consiste em ser provedores; como não o conseguem ou não o conseguiram no ambiente familiar, encontram na rua uma possibilidade de desempenharem, mesmo que minimamente, esse papel (fazem os “corres” ou “interas” para a cachaça ou para o “rango” do dia-a-dia).

MATTOS (2004) afirma que o sentimento de vergonha e humilhação por “estar na rua” provoca seu afastamento em relação ao contato com familiares. Há, também, uma tendência ao isolamento ou formação de grupos que lhe confiram uma identidade estável. No entanto, no final do mês de maio, a FIPE (2010) publicou uma pesquisa sobre o perfil socioeconômico da população em situação de rua que afirma que mais da metade dessas pessoas mantiveram contato familiar no último semestre.

Essa mesma pesquisa aponta o crescimento, embora pequeno, de pessoas que vivem com companheiros e filhos nas ruas (FIPE, 2010).

Das pessoas entrevistadas, apenas duas - Mayara e Juninho - declararam viver/pernoitar na rua. Os outros pernoitam em instituições religiosas ou conveniadas com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) de São Paulo.

> *(...) “tô na Fraternidade Caminho, os irmão são Franciscanu, i tô buscanu a Deus, conhecimento, i graças a Deus tô há um mês e alguns dia já, sem usá nenhuma droga lícita ou ilícita, (...) pretendo pará de saí na rua.” (Júlio)*

> *(...) “eu, pá mim fala a verdadi, eu tenhu tudo material pá mim faze uma casa, mai, mas eles qué mi dá na favela, nu muinhu; eu num aceitu lá, porque lá é barro, só barro. Então si fô pra mim fica no barro, fico ali memu” - na rua (Mayara)*

> *"(...) a oferta é pequena, é de equipamento e é tudo lotado, agora hoje a rua na verdade memu na rua eu nunca eu... eu nunca morei(...)" (Guilherme)*

Percebemos na fala de Júlio, a reprodução de elementos religiosos, provavelmente ligados à filosofia da instituição. Mayara, por sua vez, demonstra insatisfação em face das ofertas feitas pelo serviço público, provavelmente a Secretaria de Habitação, nas quais identifica condições piores do que as da situação que atualmente vivencia.

Guilherme relatou a situação dos albergues que faz uso e nega ter usado a rua como espaço para moradia/pernoite. Esse usuário, ao relatar sua experiência nos albergues, expressa um sentimento de vergonha, que fica evidente na expressão facial e tonalidade de voz, que mudam nesse momento da entrevista.

Daí surgem algumas indagações que podem contribuir para a compreensão de fatores ligados à adesão a TDO para TB: a institucionalização garante a autonomia do sujeito ou potencializa a dependência aos serviços de assistência? E morar na rua, favorece a liberdade não encontrada em algumas instituições? Quais as implicações disso para a adesão ao TDO?

Segundo DIOGO (1997), a autonomia refere-se à liberdade de escolha, de ação e autocontrole sobre a vida. Considera que ser autônomo é sinônimo do indivíduo capaz de ser dependente ou independente na realização das atividades da vida diária.

A autora afirma que essa capacidade de autogoverno, para algumas pessoas, se limita a algumas áreas da vida. Nesse caso, precisam de ajuda de outros para as

demais áreas. A autonomia, diante dessa situação, estaria relacionada à responsabilidade para o autocuidado e também à capacidade de solicitar ajuda sem que assuma um caráter de exigência, reclamação, coação ou manipulação (DIOGO, 1997).

SANTOS et al. (2008) consideram vital resgatar a autonomização dos sujeitos individuais e coletivos, no sentido de perceber se as práticas cotidianas promovem a emancipação e a co-responsabilização dos sujeitos.

Os autores atribuem ao trabalhador da saúde o papel de agenciador e potencializador do “coeficiente” de autonomia dos sujeitos, individuais e coletivos, para que as condições de vida saudáveis sejam sustentáveis e duradouras. Os ACSs figuram como sujeitos fundamentais para gerar uma relação de confiança e cumplicidade, que se estende aos demais trabalhadores, potencializando o vínculo, o acolhimento e a autonomia dos usuários.

Mas, o que se espera, é que esse mesmo tipo de prática faça parte do atendimento dispensado às pessoas em situação de rua, nas instituições públicas ou privadas, de cunho religioso ou não. Que os profissionais ou voluntários envolvidos com esse trabalho possam, de fato, atuar no sentido de que essas pessoas resgatem ou adquiram autonomia.

Em virtude da fragmentação da identidade, decorrente da internalização dos estigmas advindos da situação de rua – marginais, perigosos, sujos, loucos ou coitados – essa população não consegue atribuir um sentido a sua vida, nem pensar projetos de vida, ainda mais quando se perde o controle do próprio cotidiano,

tornando-se dependente de instituições que oferecem recursos como alimentação, banho, repouso (MATTOS, 2006).

Cabe refletir sobre que tipos de serviços seriam necessários para reverter ou evitar a situação atual das pessoas nessas instituições, quando se sabe que a realidade as "imobiliza". Passam a incorporar os estigmas a elas atribuídos, considerando-se culpadas muitas vezes pelos seus próprios insucessos.

O discurso religioso, presente principalmente nas falas das pessoas que estão abrigadas em instituições religiosas, pode incutir a ideia de remissão de pecados, ou ainda favorecer uma visão caritativa - representando-os como "coitados" ou "vítimas" - o que de certa forma interfere negativamente no processo de autonomização.

> *Bom, nessa Fraternidade eu tenho meu quarto, tenho minhas coisas, tenho minha televisão, tenhu meu rádio. Tenho tudo lá.(...) Nessa Fraternidade num precisa disso não – referindo-se ao dinheiro – (...) Única coisa a gente trabalha pá comunidade, fazenu us afazeres, como em toda casa faz, i us momentos de orações, né. Necessariamente agora, depois du tratamento, aí sim, us irmão vão lá faz documentação, arruma emprego. Dá uma nova chance né. Só o tratamento, que nem eu falei elis dão o tratamentu di droga, é u começu de uma vida tamém. (...) Já ganhei muito mais que dinheiro né. Ganhei uma casa, uma família, cumida. (Júlio)*
>
> *(...) Você tá lá dentro você se dedica só a... à rezá né (...) se ficá na rua e se eu tivessi durminu na rua, não tivesse tratamento, uma hora dessa eu tinha tomadu, consumidu, quase um litro de cachaça. Aí deitava em lugar frio, qualquer lugá. E lá não é friu, cê levanta de manhã, toma seu banho, toma o café, quisé ligá a televisão pá vê o jornal, fica assistinu, pode si quisé permancê deitadu, batenu papo cus irmão alí, brincanu dominó, meio dia almoça tal, é a mema coisa, mas eu pá num ficá incomodanu, eu pegu a carroça eu vô pá rua. (Joca)*
>
> *A diferença é essa, que na rua num tem órdi pra elis, né? Tem uns que num qué nem í pa albergui, porque tem... tem órdi, né? Tem que manter sempri... elis num aceita, us cara de rua. Então se fô pá Toca, mesma coisa, porque lá num entra cachacêru, às veiz entra, mas passa dois dia de castigu, se chega bom ainda entra, se naum, nem (...) Na rua num tem disciplina de nada (Kauã)*

Conforme verificamos, emergiram nos discursos dos entrevistados as condições que distinguem a situação de albergado da de morador de rua. A disciplina, ou a “órdi”, na voz de Kauã, ou o fato de ter uma casa, uma família e alimento, conforme relatado por Júlio e Joca, são aspectos que podem interferir na escolha ou não pela institucionalização. Isso vai depender da expectativa do indivíduo.

Embora “morar” na rua seja uma experiência inviável e até mesmo indesejada, pelas qualidades negativas que a maioria atribuiu a essa situação, percebe-se que é uma decisão subjetiva e que está revestida de valores internos e acomodação em relação a uma situação “estável”, ou melhor, menos instável, frente às incertezas da novidade, como é o caso da fala de Mayara, anteriormente citada.

Também, estar institucionalizado garante-lhes um mínimo de segurança e organização, pelo menos em relação ao suprimento das necessidades humanas básicas (o que pode gerar a dependência); essa pode ser uma situação diferente da maioria dos que estão na rua, contudo não é a regra, visto que algumas pessoas, mesmo pernoitando ou morando na rua preservam alguns hábitos que podem ser considerados atípicos, quando comparados à maioria da população nessa situação.

Segundo MATTOS (2004), há um "discurso higienista" que rotula e propaga o estigma do morador de rua sempre associado à sujeira que deve ser jogada para "debaixo do tapete". Entretanto, ressalta que a maioria dos indivíduos que habitam as ruas não compartilha desses atributos.

Para GIORGETTI (2003), esse é um tipo de preconceito existente que diminui a probabilidade de considerar a cidadania do morador de rua. Em outras palavras, “a

tendência em associar sua imagem à vagabundagem e à criminalidade colabora para a destituição da sua cidadania" (GIORGETTI, 2006, p.235).

Observa-se, também, que algumas instituições, na tentativa de ajudar a restabelecer a vida dos usuários, tomam a iniciativa de decidir e resolver algumas questões de âmbito pessoal do usuário. Por exemplo, na fala de Júlio, que "os irmãos" (orientadores da instituição) são os responsáveis por fazer sua documentação e até encontrar um emprego, ou ainda, o "castigo", na fala de Kauã, quando não se seguem as normas estabelecidas.

Nesse sentido, podemos dizer que o TDO pode ser uma forma de assistencialismo, visto que deve ser supervisionado por um profissional de saúde. O interesse por trás dessa modalidade de tratamento, sob a ótica da Saúde Pública, é reverter a situação epidemiológica, na qual o doente representa um problema que deve ser controlado.

Acreditamos que são formas equivocadas de assistência ou assistencialismo, que reforçam ainda mais a exclusão ou a acomodação de tais pessoas, que se tornam cada vez menos proativas, ou seja, cada vez mais dependentes em relação aos problemas de ordem pessoal.

GIORGETTI (2006) ainda afirma que embora a representação do morador de rua para alguns profissionais brasileiros da área da assistência social se aproximem da cidadania absoluta, ou seja, o morador de rua no contexto da universalidade "tem direito a ter direitos", suas atitudes cotidianas estimulam no morador o sentimento de inferioridade e uma dependência em relação aos serviços sociais. Acrescenta que em algumas instituições de São Paulo "prevalece a ideia de que ele não é um valor

ameaçado, mas uma ameaça aos valores instituídos ou até mesmo à integridade física dos seus funcionários" (p.252)

Apesar da crítica, respeitamos e consideramos importantes algumas iniciativas, inclusive as de cunho religioso, desde que as mesmas levem em conta a diversidade em todas as suas formas. É necessário, ainda, que essas instituições contribuam para a valorização do ser humano enquanto uma pessoa que sabe e pode fazer escolhas em relação à sua própria vida, inclusive respondendo pelas consequências de suas opções. Ou seja, a contribuição deve se pautar pelo resgate da autonomia.

O que defendemos neste trabalho é a ideia de que não se deve padronizar ações e intervenções diante de uma realidade tão fragmentada e complexa. Apoiamos as iniciativas assistencialistas em alguns casos, visto que para garantir a cidadania tão almejada, ou despertar o "não cidadão" para que se busque a cidadania, é necessário que antes algumas necessidades básicas sejam supridas.

Recorremos, então, ao famoso ditado popular que fala sobre "ensinar a pescar". Advertimos que antes se deve "dar o peixe" para que depois se tenha condição de planejar a pescaria.

Sobre a cidadania da população em situação de rua, GIORGETTI (2006) afirma que no Brasil, devido às intensas desigualdades sociais existentes, há uma tendência a polarizações entre os que são a favor do morador de rua e de sua cidadania e os que são contra. Segundo ela "(...) o modo como concebem a cidadania do morador de rua está relacionado a uma dificuldade em se pensar a realidade desprendendo-se de raciocínios simplistas e de uma tendência inevitável, nesta sociedade, de ter de se posicionar ante uma realidade fragmentada" (GIORGETTI, 2006, p. 251).

Concernente às pessoas que utilizam os diferentes espaços públicos como dormitórios e instalações “fixas” acreditamos que exista uma cultura de rua, que fortalece o grupo que nela vive no que se refere à sua dinâmica, o que pode dificultar a saída das ruas, quando se abriria mão da “liberdade” que tal situação oferece. Liberdade essa, que pode se expressar como uma das formas de garantia da sua autonomia.

Sendo assim e reconhecendo a insuficiência de serviços, recursos e políticas públicas existentes e capazes de responder a esse fenômeno crescente, defendemos, neste trabalho, a ideia de que é necessária a reformulação das ações existentes para que os sofrimentos sejam minimizados até que se consiga obter respostas coerentes com a realidade e os anseios dessas pessoas (uma utopia!).

Em determinadas situações, existem aspectos que fogem à regra, dada a heterogeneidade e complexidade que representam, mas é ponto fulcral da discussão a necessidade de intervenções mais consistentes e menos revestidas de interesses políticos partidários imediatos, que de certa forma, tentam amenizar o impacto do problema, dando respostas que podem ingênua ou propositalmente tornar a situação crônica.

Para GIORGETTI (2006), inscrever o problema dos moradores de rua na agenda pública constitui um passo importante que não deve ser negligenciado, mas antes “ha um movimento referente ao plano das representações sociais que a antecede e merece ser analisado com muita atenção” (p. 254), ou seja, deve haver transformações no âmbito das consciências e atitudes individuais e coletivas.

Em outras palavras, a autora afirma que para haver transformações sociais capazes de garantir igualdade de direitos para os moradores de rua, restituindo-lhes a dignidade, são necessárias profundas modificações das representações sociais, a fim de se priorizar no imaginário social a ideia de que essa situação, a da população em situação de rua, é uma questão social (GIORGETTI, 2006).

5.3.2. “Mas quando elis passa” (...) O RAPA (...) “elis leva tudo”

Situações como violência, insegurança, medo e afastamento geográfico são comumente relatadas pelos entrevistados. Parecem fazer parte do cotidiano dessas pessoas, que verbalizam algumas ocorrências de forma a não esboçar surpresa.

> *Pra mim é horrível (...) eu num tenho di... eu num tenho di tê nada, eu num tenhu di guardá nada; não tem hora certa pá comê; não posso dormi di noiti, só pode dormi di dia; dormi pocas horas de sono; as vezes dorme di noiti, num sabe si vai acordá vivu, num sabe se você vai amanhecê com a sua bolsa, num sabe o que podi acontecê, aparéci um grupo de skinhead, um grupo de careca, uns pank, essis cara aí tudo, mata essas pessoas qui dormi ni rua (...).(Juninho)*

> *A gente dorme com aquela disconfiança sem saber se amanhã vai tá vivo, já na Fraternidade não. A num sê se for pur Deus né, si Deus num quisé.(Júlio)*

> *Na rua num tem... a pessoa num tem sussegu né. Passa um cara bebenu, levanu um calçado que a pessao tem né. É... num tem lugar próprio pra pessoa usar, usar um banheiro, num tem um banho né, duranti a noiti (...) É, a diferença é qui num tem... a comida...i si... si num passá num comi né. É um banho num toma, também né. Banho, só durante o dia, si procurá, casa de convivência (Gabriel)*

> *"(...) é ruim de mais porque aonde qui eu tô o RAPA num ta passanu que é aqui na Barra Funda, mas quandu elis passa, elis leva tudu! Agora tamu esperanu a visita dele segunda fera." (Mayara)*

Verificamos nesses casos que a violência se apresenta em diferentes situações e afeta todas as dimensões da vida dessas pessoas. Trata-se da violência física, violência policial, violência em relação dos direitos humanos, entre outros tipos de violência.

Isso parece tão comum entre esse grupo, que se ousa falar em uma banalização da violência contra a população de rua. Acreditamos que esse fato interfere ainda mais na qualidade de vida (se é que podemos falar em qualidade de vida) dessas pessoas e mais especificamente na adesão ao TDO, visto que a ação do RAPA (serviço que recolhe os pertences dessas pessoas), o medo de não acordar vivo, a falta de comida e de banho, podem influenciar negativamente no processo de tratamento.

Não é fácil, nesses casos, estabelecer uma rotina ou projetar o futuro. O amanhã parece incerto. Sobreviver é o grande desafio. Ações do RAPA tiram seus documentos, seus medicamentos, suas roupas, enfim, seus pertences. Mas não é só: tiram-lhes o que sobra de dignidade.

Fica muito difícil falar em projeto de vida, nesse caso, um elemento que interfere na adesão, conforme afirma Bertolozzi (2005).

São somas de rupturas e adversidades que podem produzir efeitos indesejáveis. Por exemplo, em relação à adesão ao TDO para TB, falar em cura para aumentar a sobrevida, pode significar um incentivo ao abandono. Viver em condições de intenso

e contínuo sofrimento pode não ser tão interessante assim, daí o apelo à morte. É nesse sentido que não ter projeto de vida pode interferir no processo de adesão.

Compreendemos que a ocupação de espaços públicos por esses grupos também tem interferências e gera consequências sérias, que do ponto de vista de gestão pública requerem respostas. Por esse motivo, não consideramos menos importantes as ações de limpeza urbana que ocorrem e que devem ocorrer nestes espaços públicos.

São dois os entraves que se colocam: o primeiro é a inexistência de políticas públicas efetivas e coerentes de inclusão ou de “saídas” para a situação de rua, fato que, consequentemente, gera essa ocupação do espaço público como meio de sobrevivência; e segundo, são as próprias ações de limpeza urbana que assumem caráter higienista, pautado por uma política que assim se expressa.

Acrescentamos a isso os resultados da pesquisa de GIORGETTI (2006), que mostram que a polícia brasileira compartilha dessa ideia higienista. Isso pode contribuir para a violência e perseguição policial que ocorre com muita frequência nos locias onde estas pessoas pernoitam, além de destituí-los de dignidade humana.

Não se pretende aqui utilizar essas duas ações (limpeza urbana e política higienista) como sinônimas, principalmente porque são bem diferentes entre si. De qualquer forma, a primeira se torna necessária, desde que não utilize de violência física, institucional e violação dos direitos humanos como vem ocorrendo com a população em situação de rua.

Além disso, outras situações de violência são verbalizadas pelos entrevistados: o medo e preocupação em não acordar vivo (ataques de grupos “skinheads”); furtos

dos próprios pares; insegurança quanto à alimentação e integridade física, entre outras. Em algumas dessas situações de medo e insegurança é presente a ideia de que a vontade de Deus pode preservá-lo de algum infortúnio.

É possível que existam influências da instituição, visto que tal ideia é verbalizada principalmente pelos entrevistados que estão abrigados em instituições de caráter religioso.

5.3.3. (...) sou leigo no aspecto dela porque pra mim é até uma gripe (...)

No que se refere à tuberculose, a maioria refere desconhecimento em relação à doença, forma de transmissão e local de contágio, atribuído ao fato de nunca ter tido a doença.

A auxiliar de Enfermagem Adelaide afirma que esse trabalho de orientação é feito desde a primeira abordagem, quando são realizados esclarecimentos sobre a doença, sobre o significado de resultado positivo ou negativo, dentre outras informações que julga importante para o desfecho do tratamento. No entanto, a profissional não acredita que tais procedimentos sejam uma constante em todos os serviços. Assim, quando os pacientes chegam encaminhados por outra UBS ou pelo PS, talvez não tenham recebido essas informações.

> *É nu primeiru contato, nu primeiru momento, aliás, já inicia na, nu pidido da baciloscopia, né; é... onde o pacienti, o usuário, né no caso já vem ansioso porque ele tá sintomático né e na coleta da, da baciloscopia a genti ainda orienta se tiver positivu, então ele vai ter que fazer o tratamentu pá tuberculosi, qui não é*

> *um bichu di seti cabeça, né; já dá uma prévia pra ele, pra eli ficá já mais preparadu, pra qui num seja uma surpresa, pra quanu eli vier com o resultadu positivu né, é... iniciar o tratamento com mais tranquilidiade, diferentemente daqueli que vem já com diagnósticu fechadu de outra unidadi di outros locais né, i qui a gen... onde faz u exame di, pra baciloscopia, hã... numa busca ativa qualqué e quandu vem u resultadu eli num sabi nem purque eli fez aqueli exame né então fica complicadu pra ele, a surpresa di estar com tuberculosi acaba danu impacto assim muito forti i...i disgostando realmente a eli. (Adelaide)*

> *(...) quando você faz o trabalhu desde o iníciu, dêis da, da coleta du exame ele já vai, ele vai sabendu qui que ele vai tá fazendu, pra qui que é aqueli exame; aquele exame vai resultá nu quê; muitas vezes o paciente faz o exame de escarru e num sabe porque qui eli fez o exame di escarro, não é. Então, quando eli recebi a... em casa o telefonema que ele tem que vim tratar tuberculosi, eli fica surpresu, diferentemente de quando eli, eli inicia com a genti aqui, já desdi da baciloscopia.(Adelaide)*

Acreditamos que o estigma que a TB impinge ao portador é um dos motivos presentes na dificuldade apresentada pelos entrevistados em falar sobre a doença e se referirem a ela pelo seu nome.

Ao responderem sobre os tópicos do roteiro que os remetia à TB, muitas vezes usavam pronomes, aspecto que demonstrou a dificuldade em conviver com algo que deixa marcas para além das do pulmão. Goffman (1980) definiria tais marcas como atributos depreciativos ou estigmas.

> *Ah, eu sei o seguinte, eu quandu eu peguei **essa doença** (o destaque é nosso) aí pela segunda vez, é... foi excesso de álcool, né. Durminu no relento, passando da hora di alimentação, isfraquecenu... fumando um cigarru atrás du outro; eu fumava uma faixa de duas cartéla por dia, até que foi esfraquecenu u pulmão, até que criou essa ferida que está cá tuberculose. (Joca) – grifo do pesquisador*

> *(...) eu pra ti ser franco, deixa bem claro, eu sou leigo no aspecto **dela** (o destaque é nosso) porque para mim é até uma gripo, os sintomas que me surgiram foram esses: dor na junta, biliscão na junta, (...) aquelas agulhadas no pelo da cabeça, no couro da cabeça, (...) unha deteriorada, perca di cabelo este foi o sintoma, quem me acompanha é a dra, Ines, mas eu... eu tava ,é.. eu tava internado é...que eu achava que tinha sido, é... bombardeio de antibiotico, eu*

> *tomei mto antibiótico lá no servidor, tomava aquele cipro, é forte né aquele comprimido, de 12 em 12 hora o comprimidu. (Guilherme) – grifo do pesquisador*
>
> *(...) Sobre **isso ai** (o destaque é nosso) nada, eu nunca tive (Mayara) – grifo do pesquisador*

Sobre o conhecimento em relação a TB, alguns fazem alusão à letalidade e gravidade da doença, como uma forma resumida e única de expressão do conhecimento sobre a doença. Supomos que isso ocorra por um reflexo do que já ouviram falar em relação às consequências da não finalização do tratamento, conforme preconizado pelo serviço. Ou ainda, em virtude da dificuldade de falar sobre o assunto e, portanto, para finalizar ou passar para próximo item do roteiro da entrevista, dando como superado tal questionamento.

Ressaltamos que, embora não de forma unânime, mesmo os que demonstraram algum conhecimento sobre a Tuberculose, não quiseram explorá-lo muito ou até mesmo apresentavam equívocos nas argumentações, principalmente em relação à transmissão, conforme será apresentado.

> *Qui mata...! (...) Só (Juninho)*
>
> *A tuberculose foi tipo assim, foi, foi uma das coisas tamém, inclusive a minha mãe morreu di tuberculosi, só que ela usava crack tamém, é.. outros tipos de drogas mais forte tamém e ela acabô contraindu o vírus da AIDS, aí passou um tempo e ela pegou, abandonô várias vezes o tratamento com eu já abandonei também, i tipo assim, no começo eu comecei tomanu pôco remédio e hoje já tô tomanu bastante, hoje eu tomo nove comprimidus e fora o de anemia tomu ainda, tomu antis do almoço e da janta.(Júlio)*
>
> *Não, eu nunca tive isso tendeu, vim pegá agora depois dus quarenta ano. Eu ouvia falá sobre tuberculosi, era uma doença perigosíssima, que matava (...) (Joca)*

O fato de terem contraído a doença pela primeira vez, foi relatado como o motivo principal que justifica o desconhecimento sobre a doença, já relatado anteriormente. Esse dado informa a importância das atividades educativas em saúde, e de forma continuada, para a prevenção e o tratamento adequado de doenças e principalmente a promoção da saúde entre os grupos em geral.

Concorda-se com alguns autores que defendem que o processo de adesão ao TDO para TB é influenciado positivamente pelo conhecimento que se tem sobre a doença (BERTOLOZZI, 2005; LIMA et al., 2001)

> *Eu nunca ouvi falá, ouvia fala mai num....ai eu via que eu tava mal, mais fracu; num sei u quê, (...) mais num é coisa grave tamém não(...) (Kauã)*
>
> *É..uuu... pela primeira vez eu num tenhu muita experiência naum (Gabriel)*
>
> *(...) num posso falá qui eu num sei. Nunca tive, é a primeira veiz (...) Sobre isso aí nada, eu nunca tive (Mayara)*

Questionamos, então, se essas pessoas realmente não conhecem a TB ou se a dificuldade está amparada na carga estigmatizante conferida à doença e ao portador. Ou seja, além de desprovido de recursos para enfrentar o problema ou transformar a situação, sofre de outros estigmas pelo fato de ser “morador de rua” e também por ter “tuberculose”.

Assim o TDO pode representar, para essas pessoas, uma forma de explicitar o estigma da doença. Conforme demonstrou SILVA (2009), essa modalidade terapêutica representava um estigma para as mulheres que fizeram parte do estudo. Esse processo estaria relacionado ao fato de que essas mulheres se sentiam desprovidas de identidade ou de capacidade de controle sobre suas vidas, na

medida em que teriam contraído uma doença que “merece” controle e vigilância por parte de profissionais da área da saúde. Os homens, por sua vez, lidam diferentemente com o estigma. Ao contrário do que ocorre com as mulheres, eles não se importam em falar sobre a doença com outras pessoas (SILVA, 2009).

A autora fala que para os homens a tuberculose é uma “doença do corpo” e também uma doença estigmatizada, visto que eles não sofrem alterações psicológicas importantes no que se refere ao estigma; a maior preocupação entre eles é de ordem do trabalho, quando se sentem afetados em relação aos seus papéis sociais (de provedor, por exemplo). Já para as mulheres é a “doença da alma” e também “estigmatizante”, pelo fato de assumir um papel depreciativo para elas que estão acometidas pela doença (SILVA, 2009).

No tocante ao desconhecimento sobre a forma de transmissão da doença, os participantes da pesquisa referiram experiências vivenciadas, em que, acreditam poder ter contraído TB. A maioria das situações relatadas refere-se à transmissão por fômites (cigarro, cachimbo, copo, entre outros) e às intempéries presentes nas ruas (frio, dormir em chão gelado, outros).

Esses aspectos, conforme mencionado anterorimente, também foram identificados por LIMA et al (2001).

> *(...) nem imagino como qui pega isso aí. Otros fala qui si a genti toma nu copo daquele... i a gente vai sabe se a pessoa tem ou num tem. Assim a genti tem qui sabe. Qui quandu eu tavu sozinha, antis di mi amigá com meu maridu, eu bebia juntu com quem tinha, com quem num tinha, esse qui é o pobrema. (Mayara)*
>
> *Achu qui eu peguei di friagi, assim, durminu na rua, porque as veiz qui eu tô muito lôco, lôco, lôco memu, eu só pegu essa bolsa (mostra a bolsa que carrega)*

> *i (...) aqui assim ó e coloco a cabeça em cima i deitu aqui memu nesse chão geladu. O corpo tá anestesiadu, alcoolizadu, nem senti! Friagi (...). (Juninho)*
>
> *Bom, eu creiu, eu acreditu que foi usanu, como a gente se chama cachimbu dus otro, de outros, compartilhandu né, eu uso, depois ele usa, ai outro usa, eu acho que eu peguei assim, como muitos já pegaram assim. (Júlio)*
>
> *Num sei (...) eu tinha uns colega que ele, ele era meio, contaminado né, inclusive um morreu aqui né, lá nu Anhagabaú né, esse só vivia na rua direto, i... acho q foi só esse memu, qui a gente sempre bibia junto né. Sempre tem na rua, sempre tem pessoa com essa doença. Mas só qui a gente naum sabe direito né.(...) Deve ter sido com ele né (...)Achu qui é... bebenu nu copo né... acredito que seja.. (Gabriel)*

O uso de álcool e outras drogas presente nas situações de risco relatadas potencializam o estigma de contágio, que pode ser associado a uma vida "desregrada".

Segundo LIMA et al. (2001) algumas pessoas associaram as causas da doença às "farras".

Esse estigma carrega outros atributos depreciativos, ou seja, outros estigmas, na medida em que a tuberculose se associa concretamente às condições de miséria social ou a outras patologias, como, por exemplo, o alcoolismo ou a AIDS (SILVA, 2009)

As pessoas que sinalizam algum conhecimento sobre a transmissão da doença forneceram elementos que, implicitamente, nos levaram a crer que falavam sobre transmissão por vias aéreas. Ressaltamos, contudo, que esse aspecto não aparece de maneira clara para os próprios usuários. É o caso de Juninho, que parece preocupar-se com a transmissão da doença para os outros, mas acredita ter contraído a doença por meio da temperatura baixa, ou "friagi".

> *(...) Eu posso tê contraídu em equipamentu (...) e posso não ter contraído em equipamento porque eu tive relacionamento com pessoas (...) com pessoas portadora da doença; e talvez conversanu assim pertinhu um do outro, isso pode levá a um certo, a um, a um resultado positivo, num pódi? (Guilherme)*

> *É qui o seguinti, cê num podi ficá muito pertu das pessoas sabi. (...) Por causa dessa tu.. dessa duença. Agora tenho qui... ficá um pôco longi das pessoas até passá us primeirus quinze dias di tratamentu. (...)Aí cê já tá fora de risco de contraí a doença(...). (Juninho)*

A percepção dos sintomas nem sempre corresponde aos apresentados em situação de infecção pela bactéria. Esses sintomas são muitas vezes confundidos com os da gripe, o que pode determinar o diagnóstico tardio.

Outro fato importante é que, principalmente entre os homens, acredita-se que os sintomas serão importantes na medida em que comprometerem o físico e limitarem o exercício de suas atividades laborais. Acrescentamos a isso as afirmações de BOLTANSKI (2004) sobre a percepção das respostas do corpo à doença, que vai se diferenciando à medida que o indivídulo se distancia do topo da estrutura social (classe). Ou seja, pessoas em situação de pobreza podem ter uma compreensão e sensação diferentes em relação às pessoas com poder aquisitivo melhor.

Assim, podemos dizer que as pessoas em situação de rua só percebem que estão com a doença quando as limitações físicas não lhes permitem realizar suas atividades corriqueiras (esse aspecto será discutido a seguir). Diagnósticos tardios podem decorrer daí, mas também como consequência de uma informação não decodificada de forma adequada pelo médico, em virtude da percepção dos sintomas pelo usuário.

Daí a necessidade de procedimento padrão para o diganóstico precoce de TB, principalmente entre e população em situação de rua.

Em relação ao diagnóstico tardio ou falha no diagnóstico (pneumonia ou sinusite, por exemplo), QUEIRÓZ (2008) alerta para o problema e sugere ao sitema de saúde que priorize o treinamento dos profissionais sobre o diagnóstico precoce, que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) deve ser feito nas três primeiras semanas após a infecção.

SINGLA et al. (1998) e PRESAD et al (2003) alertam para a dificuldade de atenção padronizada (coleta de material para pesquisa de BK) em relação aos Sintomáticos Respiratórios (SR). Os autores destacam a inexistência ou falta de ênfase na educação sanitária adequada. Em virtude dessa falta, alertam para a necessidade de mais treinamentos, auditorias e de mais esforços das unidades de saúde pública e médicos para o controle da Tuberculose.

> *(...) olha eu pra ti falar franco, é... eu pra ti ser franco, deixa bem claro, eu sou leigo no aspecto dela porque para mim é até uma gripe, os sintomas que me surgiram foram esses: dor na junta, biliscão na junta, é.. aquelas agulhadas no pelo da cabeça, no couro da cabeça, é... unha deteriorada, perca di cabelo este foi o sintoma(...) eu, me achava qui tava com gripe.(...) eu tava sentinu muito friu ... eu só queria coberta, i...i sintomas de fastiu (...) Fastiu é perdê o apetite. (Guilherme)*

> *(...) minha primeira em dois mil e seis, me deu aquele excessu di tosse, tal, perca de peso, aí eu comia, mas me senti fracu, quantu mais eu mi alimentava tava esfraquecenu, perdenu pesu, foi quandu eu vim ao médico qui discubriu era tuberculose. Graças a Deus agora, amanhã é... encerra. Graças a Deus. Vô fazê o maximu pa que eu num tenha a terceira" (...)E eu conversava, andava como daqui como lá na esquina, sentia cansado eu tussia di mais tendeu. Sentia febre, vim aqui uma vez, aqui não, no PS, aí conversei com a médica lá, (...) tusso bastanti, perguntou se eu tinha catarru, daí bateu uma chapa, depois o raiu X acusou uma mancha no pulmão, aí fez u exami di escarro, deu tuberculose. (Joca).*

A modalidade TDO não é conhecida pelos entrevistados. Lembramos que nas entrevistas foi utilizada a denominação de “Tratamento Supervisionado”. Após indagações e explicações sobre essa modalidade, os entrevistados identificam-na no tratamento que fazem diariamente na UBS.

> *(...) eli tem qui me vê toma, qui si fô pra eu toma em casa, posso dize que tomei e não. Aí u únicu prejudicadu vai sê eu. (...) Aí: “sê tomo?”; “eu tomei”, mas eu posso pega o remédio e jogá e dizê que tomei. (Joca)*
>
> *(...) us comprimidus né, que eu tomo (Kauã.)*
>
> *O qui eu sei? Não o qui eu fui orientado pra mim vim, né, todos os dias de segunda a sexta. Inclusive ela me deu uma reservazinha, o dia qui eu num puder vim, eu... eu tomá ne´. Mas não foi preciso não, até agora. Eu to sempri, sempri vinu (...) e preciso vim pra evitá qui, né, eu fique pió né (Gabriel)*
>
> *E como eu te disse, se eu tivesse que toma em casa, eu teria que toma num horário, tomá em outro, se entende, aquele descontrole de toma no horário, tal; (...) Ele não teria combate certu. (...) daí, quandu termina num acontece nada.(Joca)*

Avaliam favoravelmente a modalidade e, como observarmos nos depoimentos, vislumbram melhora do quadro clínico apresentado pela doença.

Aspectos relacionados ao sobrenatural (Deus) aparecem como algo positivo e benéfico, o que qualifica o tratamento, além de reproduzir uma concepção religiosa sobre o tratamento.

> *Bom (...) Purque que é bom?, purque eu to me cuidanu né (...) Cuidanu da saúdi” (...) Uma benção de Deus” (Kauã)*

5.3.4. “A gente é tratado como animal”

GOFFMAN (1980) afirma que as sociedades são divididas em categorias, cada qual define seus padrões de normalidade. Nas relações sociais estabelecidas, ou seja, nos diferentes ambientes, é possível identificar tais categorias.

Um "estranho" como pode ser o caso do morador de rua, para muitos, inclusive para alguns profissionais de saúde, permite identificar a qual categoria pertence, por transmitir uma informação social incorporada e que o torna incomum, ou seja, é possível saber que o mesmo não pertence à totalidade da categoria que o distingue.

Notamos, principalmente nas falas de Kauã, que há uma estratificação dos seus pares, conforme foi mostrado por GOFFMAN (1980). Em outras palavras, ele reproduz, em relação aos seus pares com traços do estigma mais acentuados, sua vivência estigmatizante. Ainda segundo GOFFMAN (1980), o indivíduo estigmatizado trata as pessoas sobrecarregadas de estigmas da mesma forma como é tratado pelos “normais”. Há nesse caso, uma ambivalência da identidade do indivíduo, segundo o autor.

Entre os entrevistados essa ambivalência fica clara em alguns momentos. São exemplos as falas de Joca, Kauã e Guilherme, que se referem aos seus pares - pessoas em situação de rua - como “enfermos”, “idosos” e “doentes”.

É, a rua é pa quem num qué nada né? Entendeu? As pessoa fica sem atitude, pra durmi, tem que durmi bebu e prontu. (...) Não, num era bom não. Durmí sentadu?(Kauã)

(...) tô no contexto que a colocação é: bobiô o povo albergado é povo de rua também. Só que eu sempre me preocupei com a minha higiene, um banho, tá intendendenu... não andá igual o pessoal da panela de Brasília, mas andá, com que... com higiene. Porque mantendo a higiene você ainda tá sujeito e corre um sério risco de contraí doença. Agora imagini dormindo no papelão. Tendeu neah (...) (Guilherme)

Ah eu num tenho assim uma base, mas quando eu num queria parar assim nos bares, porque o carroceiro é discrimandu nos bares, certo tipo de bar, aí eu passava no mercadu já comprava um litro. Aí a genti carragava um canequinhu, tinha uma bolsa, penduradu numa sacola, botava o litro ali dentro, vez em quandu, parava na esquina, tomava uma, sempre botava, comprava uns dois ou três torresmo, (...) As vezis passa mesmu nus dumingo, cê tá mais limpo e tal, entra nu bar, toma um cerveja, mas de semana nunca entrei nu bar no bar, a não ser pá comprá assim, um salgado, uma coxinha, um ovo cuzido, alguma coisa. Mas sempre carreguei o litro de cachaça, na carroça. (Joca)

É alejadu não pode saí pá rua (...) (Kauã) referindo-se aos outros usuários da instituição onde fica.

(...) Deus num gosta de cachaceru (risos),é sériu purque um bebu fica falanu em Deus na hora da cachaça, mas eli bom eli, fica mudo, eli num fala não (...) Outro tá na droga, i otros bebu. Us da droga é mais pá rôbá e us be... cachaceru é pá durmi bebu num, num róba ninguém. (Kauã)

Num tenhu tristeza, num tenhu inveja, num tenhu tristeza, num tenho nada. (...) tô lá no meio dos doentes, das pessoas idosas, dos enfermos, me sintu orgulhoso, pelo menus tenhu um teto, uma cama pá durmí, num tô tenu despesa nenhuma, graças a Deus, eu.. tenhu é mais que sentir alegria, tá ótimu... tá jóia! (Joca)

Citando o trabalho de CLARO, sobre representação da hanseníase, SILVA (2009) afirma que, para os doentes, as noções e atitudes que integram os referidos estereótipos separam os saudáveis dos doentes, com suas respectivas representações incutidas no imaginário das pessoas. Assim ocorre o processo de autoestigmatização, ou seja, uma reação psicológica em que o indivíduo se

autodeprecia, já que é assim que ele próprio se vê, ou seja, sua autoimagem é construída a partir da informação que ele internalizou nas suas interações sociais.

CIAMPA, citado por MATTOS (2004), fala que “configuramos nossa identidade a partir da interiorização de atributos pressupostos pelos outros em nossas interações, tendo como pano de fundo o conhecimento socialmente compartilhado”.

Em relação à TB, tratando-se de uma reação dos grupos ou de pessoas ao que se considera ameaçador ou desacreditado, a estigmatização se reforça sobre o estereótipo do portador e transmissor do bacilo; reconhecendo que se trata de uma patologia infecto-contagiosa há uma tendência ao distanciamento desse foco de contágio (SILVA, 2009) e, em alguns casos, diante do processo da autodepreciação citada acima, o próprio indivíduo acometido pela doença toma a iniciativa de se afastar, também pela preocupação com a transmitir do bacilo a outras pessoas, conforme podemos ver na fala de Joca, a seguir.

> *(...) é a mesma coisa que tá sendo agora. Num teve discriminação. Não, não... eu que tentava evitá me aproximá deles com medu de transmiti pra eles né. Eu lia sempre sobre isso aí. (...) num sinti discriminação nenhuma, não. (Joca)*

Verificamos, portanto, neste estudo que algumas das situações vivenciadas podem contribuir para a não adesão e mesmo para o abandono do tratamento de TB. Segundo GOFFMAN (1980) (...) “fazemos discriminações, através das quais, efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida” (p.15).

> *Em Pirutuba (...) as enfermeira são tipo meio preconceituso, trata a gente como, com uma certa arrogância, umas coisas assim que eu num gostei. (Juninho)*
>
> *(...) quem num tá vinu tá li ó (aponta pro armário onde ficam os fármacos e onde consta uma lista com nomes dos faltosos) us faltosos taum ali pregadu; ali então num qué si cuidá" (Kauã)*
>
> *(...) é meiu triste sim ó, mas fazê u quê. A única coisa qui eu num vô fazê é u que veju us otro fazê, se jogá debaixo du carro, jogá du viaduto, pra mim tá normal a vida (...) tenho irmãos, subrinhus, como eu tenhu irmãos, também aqui em São Paulo, subrinhus, e não vô na casa deles. E quando eu num tava na boa, né, num ia lá com eles, telefoná. Agora com essa situação qui eu tô, num vô. Eu sei que eles vão dizê pra mim: é, você quando tava em construção civil ganhava seu dinheirinhu seu negócio era noite, noite, agora cê tá precisanu di um prato de comida (...). Possa ser qui eles num fale, mas eu penso nisso tendeu, eu penso que se fosse eu que tivesse no apoio, eles chegasse ni mim eu faria isso com ele. (...) Memu assim, a minha irmã sabe qui eu tô fazenu tratamentu. Encontrei com ela poco tempo atrás, inclusive ela: "porque cê num vai lá pra casa?"; eu: "num vo na sua casa". É empregada doméstica e mora na casa da patroa. Eu já durmi uma ou duas noites lá, fui almoçá, ai eu já vi a patroa: "é esse negócio num dá certu, é seu irmão, mas tudo bem, aqui, pra ficá aqui num dá" Fiquei meiu...meiu tristonho, mas... eu conto com ela. (...) Telefono pra ela, quando é a patroa dela que atende, já disligu o telefone, quando ela atende eu cunversu, sou muito sistemáticu. (Joca)*

O autor ainda explicaria que os atributos que estigmatizam tais pessoas servem de parâmetros para avaliar a normalidade de outras pessoas (GOFFMAN, 1980). Júlio apresenta essa distinção quando percebe o tratamento diferenciado em relação a outro usuário, que segundo ele não estava na mesma situação, ou seja, em situação de rua.

> *(...) por exemplo, é... como aqui mesmo, aqui no Pronto Socorro que eu vim, tinha um rapaz que tava do meu lado que era mais ou menos de classe média, ele estava hospitalizado tamém do meu lado, porque tava com TB tamém eu tamém. Tipo o tratamento como... como eles conversa, é diferente. Tipo: "ô enfermeira, por favor, tem como a senhora vê"... tipo: "ahhhhhh depois, depois, depois eu vejo". Já com eles não, falava calmamente, como uma pessoa normal. A gente é tratado como animal".(Júlio)*

Na UBS Santa Cecília, sob o ponto de vista da profissional de saúde entrevistada, não há discriminação. De acordo com Adelaide, o TDO é oferecido a todos os usuários com diagnóstico positivo para TB, independentemente da condição socioeconômica. E destaca que, no caso das pessoas em situação de rua, o tratamento considera suas fragilidades, condições e dificuldades.

> *O Tratamento Supervisionado é... a genti procura fazê com qui todus os pacientis né... a meta é... é ... seria cem por cento supervisionado né., é .. então no incíu di tratamento a genti oferece para todos, independente de nível social, sócio-econômicu, si... si tem casa, si num tem, si mora nu albergue, si mora na rua, si mora nu curtiçu si mora lá na, na, na... no jardins, independentemente a genti oferéci o tratamentu supervisionadu (...)Lógico que em se tratandu du pessoal em situação de rua, a genti procura si envolvê um pôco mais purquê? Purquê elis um tem ondi morá; elis num tem ondi guardá a medicação; muitos já abandonaram o tratamento assim, uma duas, várias vezes, né. É... i assim porque também são... é um pessoal mais carenti, carenti di.. di conversa, carenti di carinhu, né; então elis acabam fazenu um elu com a genti, pela amizadi; então vem todus os dias pra conversá; contá pra Adelaide da sua vida particular, du namorado que arrumô, qui largô, qui... então é..é... mais um elo... acaba senu um... um... afinidadi, realmenti, com o tratamentu e com a genti né, muito importanti. (Adelaide)*
>
> *Por outro lado, na fala de Kauã, percebemos que o serviço de saúde age de forma a fazer discriminações quando expõe o nome dos "faltosos", que são vistos de forma depreciativa pelo próprio entrevistado.*
>
> *(...) "us faltosos taum ali pregadu; ali então num qué si cuidá". (Kauã)*

Como o estigma, segundo GOFFMAN (1980), refere-se aos atributos depreciativos de um indivíduo, o que confere a ele um descrédito, muitas vezes ele pode romper com o que chama de realidade e tentar empregar uma interpretação convencional do caráter de sua identidade social. Pode, nesse caso, usar seu estigma para ganhos secundários e para justificar possíveis fracassos por outros motivos (GOFFMAN, 1980).

Entre as pessoas em TDO, isso pode acontecer de forma a garantir os incentivos ou acesso facilitado. Queremos dizer que o usuário pode se valer da sua situação de rua e da condição de doente de tuberculose, para conseguir acesso facilitado, privilégio em relação ao serviço e garantir os incentivos ("direitos": cesta básica; vale transporte; e lanche diário). Aproveitam-se da condição de “coitados”, “mal-cheirosos”, “perigosos”, como a maioria das pessoas as veem, e também do fato de se tratar de uma prioridade nos serviços de saúde, para pleitearem o que julgam necessário para o momento. Falamos de pessoas que vivem imediatismos constantes e que a percepção/noção do tempo pode não ser a mesma que a da população em geral.

Na narrativa de Juninho percebemos que ele justifica com a história dos seus antecedentes criminais o fato de estar na rua. Acredita que está “marcado” e que sua situação não tem saída, por isso usa drogas para tentar esquecer de tudo.

> *(...) eu fiquei dois anos presu, esses dois anus aî danificou a minha vida, eu estou no rol de presidiários, o rol do presidiário (Juninho).*
>
> *(...) pá tirá antecedentis criminais (...). Mesmu qui eu fui absolvidu; o meu consta.(...). Ai pronto, por causa disso aí fiquei revoltadu, comecei usá droga, fumá crack, já tinha uma namoradinha já, uma menininha bunitinha qui eu gostava dela, ela já fumava. Aí disse: pô podia tê uma droga pa genti esquecê de todu pobrema, né. Daí ela falô; cara o crack faz até você si esquecê de Deus. (...) essa droga desgraçada faz você esquecê de qualqué um. Eu falei: pió que fai memu, porque tem um cara que róba a mãe dele, pá fumá crack. Ela falou: então. Ele é capaz até di matá a mãe dele pá fumá o crack. Falei: será que esquece memu dos pobrema? Falou: Ô... si esquéci, esquéci di tudo. Aí eu falei: Í, realmenti. (Juninho)*

Na fala de Kauã, por exemplo, observamos que o serviço pode reforçar esse estigma, quando coloca uma “lista” exposta com o nome dos faltosos. O TDO já

pode ser algo de peso em relação ao estigma. As discriminações geralmente comprometem ainda mais a vivência estigmatizante e podem ter sérias repercussões sobre a adesão.

Outra forma de ganho secundário pode se relacionar à carência afetiva dessas pessoas. O abandono da terapêutica pode ser uma forma de "chamar a atenção" e ganhar o cuidado, muitas vezes oferecidos pela equipe. Buscas constantes e preocupações excessivas com o usuário que abandona o tratamento podem provocar a não adesão, se o indivíduo sentir-se cuidado ou importante nessa situação, aquele que mobiliza uma equipe – médicos, enfermeiros, ACSs e outros – para seu problema de saúde. Por outro lado, tal preocupação e mobilização da equipe podem contribuir para que a pessoa sinta-se menos discriminada pelo serviço e nesse caso pode facilitar a adesão.

> *Ó mó bom, as enfermeiras são super, são super alegre, distrai a gente bastante, se preocupa bastante; como a médica daqui mesmo, uma vez, (...) um dos abandono meu ela foi me buscá na rua tamém, me procurá de carro, (...) eles não tem um... um certo preconceito com morador de rua, ele trata como uma pessoa comum. É isso que incentiva mais tamém.(Júlio)*

Os serviços públicos de saúde também sofrem com os estigmas que lhes são conferidos. Muitos usuários atribuem a tais serviços qualidades depreciativas, processo que interfere negativamente em termos de adesão. Segundo Guilherme, a saúde pública brasileira não oferece condições adequadas para a assistência.

> *É...a... saúde pública do Reino Unido, da Inglaterra, é compatível a saúde privada ou até melhor, (...) si não ganhar da privada. (...) aqui é o contrário, você é um bom profissional da... da área da medicina, (...) como membro da da ciência que um médico é, membro da ciência, tá intendenu, médico, infermero,*

> *infermera. Quer dizer, aí fica difícil vc desempenhar um bom papel como médico e como o infermero se vc naum tiver equipamento adequamentente pra você trabalhar (...) daí o profissional são bom, mas ai não tem equipamento adequado, tá intendenu...então a saúde pública brasileira ela não anda e num vai tê como (Guilherme).*

Segundo GOFFMAN (1980), a pessoa pode sentir-se insegura em relação à percepção e recepção dos “normais”, ou seja, o estigmatizado experimenta a sensação de não saber o que estão pensando dele. No caso do TDO, esse pode ser um aspecto que contribui para o descrédito em relação ao serviço, até porque se sabe que são tantas as insatisfações em relação ao acesso aos bens e recursos públicos, que acentuam essa forma de estigmatização.

5.3.5. “Si ucê bebi cachaça infraqueci u remédiu né, i usanu crack ainda.”.

BERGEL e GOUVEIA (2005) afirmam que a dependência de álcool representa quase 40% das co-morbidades em relação à Tuberculose. Os autores analisam a co-morbidade alcoolismo e demonstram que nesses casos a chance de abandono do tratamento é cerca de 3,5 vezes maior que nos pacientes sem co-morbidades.

Entre a população em situação de rua, o envolvimento com álcool, tabaco e drogas ilícitas é comum e crescente. Então é possível dizer que esse é um aspecto importante a ser considerado no que se refere à adesão ao TDO.

Conforme já citamos, a pesquisa sobre a população em situação de rua no Brasil aponta o uso de álcool como o principal motivo para sua situação (BRASIL, 2008).

Juninho foi o único dos entrevistados que admitiu ainda usar drogas. Conforme vimos anteriormente, é, segundo ele, uma forma de esquecer os problemas da vida.

Guilherme, que negou uso de álcool e de drogas ilícitas, relata que o cigarro (tabaco) é uma companhia para seus momentos de solidão.

Ressaltamos que a maioria dos entrevistados alegou ter parado ou diminuído o uso de drogas em virtude do tratamento para TB.

> As droga qui eu uso é cachaça... i crack i maconha (Juninho)
>
> *"(...) heis que o tabagismo, uma vez que não entra cachimbo no meio, não entra maconha e outras drogas (...) ele passa a ser um companheiro no momentos di, di di, di isolamento di solidão da pessoa (...) pessoas da classe média e classe média alta, ele fuma normal, quando ele passa ter um problema, uma perca na familia, perdeu a mãe perdeu o pai, ahhh, numa tragédia, trágica e tal você pode ver que no sepultamento eles tão fumando um cigarro um atrás do outro você já observou isso. (...) o cigarro ta alimentando ele, ta sendo o companheiro nesse momento" (Guilherme)*
>
> *"Prejudica u purmão tamém, comu elis falaru.... mas to fumanu menus" (Mayara) Sobre o tabaco.*
>
> *"Não eu parei (...). Não num uso (...). Depois que entrei aqui" (Kauã) – referindo-se ao uso de álcool.*
>
> *"Meio cigarru (...). Não. Quando eu vô assim durmu lá na Toca, dô a metadi pus otro" (Kauã)*
>
> *Não, agora eu tô quase dois mes paradu (...) (Gabriel) - referindo-se ao uso de álcool e drogas ilícitas. Esse tempo foi o de início do TDO.*

Adelaide acredita que a diminuição do uso de tais substâncias esteja relacionada ao interesse no tratamento para TB e também às orientações feitas por ela. Em algumas situações, a profissional relata que presenciou usuários que tiveram "recaídas" após o término do tratamento, quando foram comemorar a alta.

> *(...) tem alguns pacientis que quandu elis iniciam o tratamentu, a genti... o fatu de a genti conversá, explicá, falá qui não pode bebê, não pode fumá, a genti percebi qui, se eli realmenti tá interessadu em tratá tuberculosi, ele acabá meio qui deixanu mesmu a bebida di ladu. I a genti percebi até isso, qui depois qui eli tem alta, eli volta recaídu da bebida, né. Já... já presenciei vários, vários pacientis dessa forma. A genti pergunta: "O que foi qui aconteceu? Você passou seis meses limpo, né e agora você retorna dessi jeito?!"; "Ah. Fui comemorá minha alta, minha cura." I acaba voltanu pra bebida né. (Adelaide)*

ROSA (2009), em seu trabalho sobre o sentido da vida para as pessoas em situação de rua, afirma que a droga (lícita ou ilícita) pode significar companhia, ausência da realidade e coragem para diferentes modos de subsistência. O autor ainda cita RAIZER e BRÊTAS, os quais relatam que as drogas além de favorecerem a fuga da realidade do morador de rua conferem-lhe uma das poucas possibilidades de prazer a partir da sua condição de vida.

Segundo ROSA (2009), trata-se de um prazer volátil que se evapora quando cessa o efeito das drogas. O ciclo vicioso que se apresenta, segundo o autor, só será rompido quando forem assegurados os direitos sociais e de saúde dessas pessoas.

Os entrevistados reconhecem as interferências das drogas no tratamento e sabem que o uso dessas substâncias pode diminuir a eficácia dos medicamentos, com exceção de Juninho e Guilherme que, embora reconheçam a interferência, acredita que ela esteja relacionada ao uso excessivo. Juninho acredita que o crack e o álcool podem interferir mais que o cigarro e a maconha, esta última, para ele, pode até ajudar como estimulante do apetite.

> *(...) si excedê, tudo por excesso é nocivo sim, mas si a coisa moderadamente, quase paranu, num, num. num vejo motivo de interferência não (...) (Guilherme)*

> *Purque... si ucê bebi cachaça infraquecí u remédiu né, i usanu crack ainda. I usanu maconha é ruim, mas num faiz tanta interferência. (...) i nem u cigarru. A maconha (...) dá uma fomi enorme. Dá vontadi di comê cumida (Juninho)*

Adelaide afirma que as drogas representam a maior dificuldade para o serviço em relação à adesão ao TDO. Sabendo disso, ela mesma faz encaminhamentos para o serviço especializado onde exerce a função de auxliar de enfermagem e onde existe um trabalho importante, segundo ela.

> *Ah, dificuldade que eu achu a população de rua mais é droga mesmo. Essa é a dificuldade maior (Adelaide)*

> *É...a dificuldade maior que eu... que eu achu que tem do pessoal em situação de rua aderir ao tratamento, é quando é u pessoal usuário di... di drogas, dependentes químicos, né. Ai a genti tem uma dificuldadi grandi, não pur conta di que elis num querem si tratá né, mas por conta da droga né. Eli, eli vai lembrar primeiru da droga, em últimu do tratamento né. Se ele... se ele tá fora dessi, dessi vínculo com a droga, até consegui seguir adianti o tratamento. Eu, particularmente por trabalhar no CRATODI, no Centro de Referência de Álcool e Drogas, eu procuro ai fazê um link entre us dois trabalhos, né. Levo pra lá quem é dependente, tragu pra cá quem tem tuberculosi, né. Então a genti faz um elu bem legal ai. (Adelaide)*

> *Então, é legal porque é... acaba um senu complemento do outro, né. Que quandu eli começa a tratá aqui a genti sempre friza a importância deli não bebê né, de não usá droga, por conta de que a medicação com a droga vai criá problemas pra eli. I... i também assim, pelu deseju delis di saí da droga. Então se a genti percebi qui existe essa, essa vontadi, a genti acaba encaminhando realmenti pá, lá pro CRATOD; i lá exite um trabalhu bem legal, né. É um trabalhu ambulatorial, mas qui o pacienti fica envolvidu u tempu todu lá né. Ou pela manhã, ou pela tardi, ou o dia todu, então eli fica envolvidu; é um trabalhu mto legal.(Adelaide)*

Ser dependente de álcool, tabaco e outras drogas, parece ter uma conotação estigmatizante. Esse pode ser o motivo de a maioria ter relatado que parou ou diminuiu o uso durante o tratamento.

Para os entrevistados, o conceito de dependência química é sinônimo de vício, menos para Joca que associa dependência à incapacidade de desenvolver atividades cotidianas.

> *Pode porque o que seria pra tirá a reação do remédio né, aí eu já evitei, num vô tomá, num vo tomá não enquantu eu tive tomanu o remédio (Gabriel)*
>
> *(...) Si tá si tratanu, agora, por exemplo, eu acabei de toma us comprimidu, se lá pás duas horas da tarde ou daqui a uma hora chegá nu bar pá toma cachaça (...) vai corta o efeito du medicamentu e pode dar um "criquiléqui" como elis chama aí(...).Um "criquiléqui", o cara morre na hora no meio da rua. (Joca)*
>
> *Olha é isso que eu acho, é... que eu dependo do cigarro porque nos momentos de, nos momentos a sós, que eu to sozinho i as paredes e o ar, tá intendenu, entaum eu acendo um cigarrinho e fico fumando, então eu dependo". (Guilherme)*
>
> *Dependente... dependente é a pessoa bem aviciadu memu né. (Gabriel)*
>
> *É... você viver sobre aquilo, sobre efeito daquela droga que você usa. Seja da, do álcool, seja di... di... di crack, qualqué coisa. Se você num usá aquilo, você num consegui durmi, num consegui si alimentá, tem qui usá aquilu ali pra si manter. (Joca)*

5.3.6. (...) peguei e olhei no espelhu, falei: caramba, eu só tô o ossu.

A percepção de alterações no corpo é significante para a busca do tratamento para tuberculose. Principalmente para os homens que sofrem interferências de ordem moral, visto que as limitações decorrentes de uma busca tardia pelo serviço podem impedir o bom desenvolvimento de atividades diárias.

Entre os entrevistados verificmaos que as mudanças no corpo e a disposição física para realização de suas atividades ficaram comprometidas na presença da TB.

> *(...) pá chegá daqui até Santa Cecília, por exemplo, eu levava uns quinze minuto, depois que eu contraí essa doença eu já levava meia hora pá chegá. Andava bem lento, só andava com sono, cansado, fraco, perdi muito peso, eu pesava oitenta quilo eu cheguei pesá cinquenta e quatru, hoje eu já tô melhorando eu já tô com cinquenta e... com sessenta e quatro quilo, i.. foi assim, comecei descobrinu... cada vez piorando mais. (Júlio).*
>
> *(...) tava uma carcaça (...) quem tem tuberculose, dá uma olhada aqui (...) essa parte nossa aqui ó, é funda - mostra a região do polegar da mão esquerda. (Guilherme)*
>
> *Corpo... tevi a perca de peso né... perde peso, senti dores... forte no peito, febre, todos os dias tinha febre, inchação nos pés, isso ai foi a única coisa anormal. (Joca)*
>
> *Corpo tá meiu cansadu né (...) uma tossinha seca só né (Gabriel)*

De acordo com BOLTANSKI (2004), a percepção dos sintomas pode ser diferente se consideradas as classes sociais. Pode-se dizer, então, que entre a população de rua sintomas da doença podem ter significados diferentes daqueles observados por pessoas de classes privilegiadas.

Conforme observamos nas narrativas de Joca e Gabriel, os sintomas parecem não assumir tanta importância ("*uma tossinha seca só"* e *"essa foi a única coisa anormal*"). A percepção e a identificação dos sintomas, segundo BOLTANSKI (2004), são processos que ocorrem a partir do contexto social. Em outras palavras, o reconhecimento de sinais e sintomas de uma determinada doença ocorre de acordo com a classe social em que o indivíduo está inserido.

Essa percepção da corporalidade durante a doença é uma categoria importante no que se refere à adesão. A comunicação da doença e do corpo acontece por meio da percepção de mudanças, portanto, essa percepção é importante para a adesão (GONÇALVES, 1998).

De acordo com a autora, os sinais e sintomas da TB são universais, mas revestem-se de diferentes significados para cada paciente com TB, que é único. Há segundo a autora, restrição da percepção das dimensões socioculturais da doença e saúde. Adverte que a medicina e os programas visam apenas à dimensão física e não observam as diferentes representações e concepções dos pacientes (GONÇALVES, 1998).

Ao observarem melhora principalmente na primeira fase do tratamento (dois meses) há uma forte tendência ao abandono. Alguns acreditam ter se curado, por não perceberem sinais físicos desagradáveis (GONÇALVES et al. 1999).

Entre os entrevistados, foram registrados dois abandonos, provavelmente quando sensações mórbidas deixam de ser percebidas e dão lugar à sensação de melhora em relação ao quadro clínico antes apresentado. Também é possível que as limitações físicas vivenciadas tenham cedido permitindo a retomada das atividades cotidianas, o que denota para essas pessoas um estado de saúde adequado.

Concordamos com GONÇALVES (1998) quanto à organização de serviços que contemplem as dimensões biopsicossocial do paciente, principalmente em se tratando de pessoas em situação de rua com TB.

5.3.7. (...) u Celsu qui mi chamou pá vim. (...) Celso é u agenti di saúdi (Kauã).

Um dado importante observado neste trabalho é que a figura do médico ainda é central na organização e na representação sobre o serviço de saúde.

Isso fica muito evidente nas narrativas, as quais trazem o profissional médico como alguém sempre presente. Mesmo quando fazem referência a outro profissional – enfermeira, auxiliar de enfermagem ou ACS –, o fazem de forma superficial e incluem o médico como um profissional importante, se não o mais importante no processo de adesão.

> *(...) as minina aí me atendi muito bem, a dotora Tânia, é cê tem tamém um.. uns médico novato por aí (...) eu já passei por vários, depois dona Tânia, dotora Tânia, acompanha tudu...i...eu achu bão. (Joca)*
>
> *São as... as médicas novas. (Joca) indagado sobre quem são as meninas*
>
> *É a médica que falô (...). Não ela mandou escarra, a médica, ai truxe o potinhu, normal (Kauã)*
>
> *É da dotora Tã.. é da ...SUS... é do SUS, daqui memu...(Gabriel)*

Acreditamos que esse pensamento seja resquício de um modelo tradicional de atenção à saúde e, mesmo, de representação da saúde, centrado no profissional médico. Mesmo em termos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se pretendia uma proposta de reorganização desse tipo de prática de assistência, o que se observa é que persiste uma supervalorização do médico, em detrimento de outros profissionais que compõem a equipe (enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS).

SANTOS, SOARES e CAMPOS (2007) relatam que o médico, na equipe de ESF, assume uma posição privilegiada em relação aos outros profissionais da equipe multiprofissional e é considerado muitas vezes o membro mais importante. A este profissional é destinado o salário maior.

Para Adelaide, essa visão centrada no médico é comum na população em geral. Ela reconhece a importância do trabalho da enfermagem, que parece assumir uma grande parte do processo do tratamento e complementa a assistência médica.

> *Ah, eu acho que isso é...isso é...isso pra ele... pra qualqué um né, as pessoas quando fala que vai passá no médico, elis si acha assim, a figura do médico importanti, mas quem tá por trás, qui até os médicos reconhecem isso, porque o médico não passa tudo qui vai ser feito pru pacienti; passa pra eli qui eli tá com aquela doença, qui precisa si tratá, qui eli vai tomá aquela medicação, mas todo o resto é a enfermagem qui faz, né.(Adelaide)*

Para os entrevistados, os profissionais de Enfermagem (enfemeiro e auxiliar de enfermagem) muitas vezes são confundidos. Referem-se a auxiliar de enfermagem, que acompanha diariamente o TDO, como enfermeira.

A definição dos papéis dessas categorias profissionais não parece muito clara para os entrevistados e na prática não o são, visto que as unidades básicas não dispõem de recursos humanos suficientes. Muitas vezes, o enfermeiro assume além das atribuições próprias da sua categoria, as do auxiliar de enfermagem, em virtude do quadro incompleto de recursos humanos; o contrário também ocorre, quando o auxiliar acaba assumindo funções ou “adiantando” o preenchimento de papéis e documentos que são da competência do enfermeiro.

Além disso, os enfermeiros muitas vezes transitam na área administrativa, por terem uma visão global da unidade. Essa versatilidade, ainda que positiva em si, pode se constituir como dificuldade em termos da definição do seu real papel.

Nesse contexto, os trabalhadores são colocados diante do desafio de “cumprir as metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos - que vão desde demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários, até demandas administrativas que muitas vezes extrapolam as funções previamente estipuladas para os trabalhadores” (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007, p.779).

Além disso, em relação ao trabalho de Enfermagem, as pressões provocadas por demandas de toda ordem fazem com que os profissionais da área, muitas vezes, ampliem sua jornada de trabalho e até mesmo levem tarefas para casa, quando não dispõem de recursos próprios para dar conta do trabalho (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007)

Por esse motivo, torna-se então comum encontrarmos profissionais (principalmente os da Enfermagem) sobrecarregados, que não conseguem acompanhar como gostariam e como deveriam os casos que merecem atenção, acompanhamento ou vigilância. Isso pode resultar, por questões de sobreviência, em profissionais acríticos e mecanicistas, os quais não atendem às necessidades das pessoas que buscam por um atendimento humanizado e complexo, como é o caso do tratamento da TB.

Diante disso, é de fundamental importância a participação da equipe no processo de adesão. A co-responsabilidade, da equipe e do usuário, deve ser posta de forma a

garantir a participação de todos os envolvidos no processo e, assim, aumentar a adesão ao tratamento até o seu desfecho.

O estudo realizado por SOUZA e col. (2009) mostra que a equipe tem um significado importante no que se refere à adesão. Os autores identificaram que nas unidades de saúde onde a equipe era completa, a adesão ao TDO para TB foi maior.

A equipe completa, segundo os autores, contribui para que o paciente compreenda a doença e a importância da adesão, para assim obter a cura.

Dessa forma, a adesão é um fator importante para o desfecho cura e abandono; a equipe completa contribui para que o paciente compreenda a doença e a importância da adesão na obtenção da cura (SOUZA e col., 2009).

A equipe da ESF que atende as pessoas em situação de rua na UBS Santa Cecília é importante desde a busca ativa dos casos e durante todo o processo de acompanhamento. Tal importância é relatada pela auxiliar de enfermagem Adelaide, que destaca o papel da equipe.

Ressaltamos, porém, que mesmo assim o profissional médico aparece como o mais importante da equipe.

(...) eu acho que atualmente tá sendu feitu um trabalho bem legal,com u pessoal do PSF né, é... na busca constante, no contato diretu qui elis tem com o pessoal em situação de rua i chega pra nós através do pessoal dé... de tuberculose chega pra nós através do PSF, né. E fora a demanda que vem procurá a unidade, mas atualmente vem através do pessoal do PSF e pronto socorro Barra Funda que é muito importanti. Achu que sessenta por cento das notificações nossa aqui das.. dus diagnósticus já vem do pronto socorro Barra Funda.(Adelaide)

Eu tava na Canuto do Val i a equipi do SUS me convidô pra fazê o exame de escarro né. Ai eu fiz; depois eu recebi o recado lá pra eu vim aqui; aí eu vim;(Gabriel)

Então eu fui...fui di...discubertu porque a equipe me convido pra vim aqui né (Gabriel)

O vínculo, que é de fundamental importância, parece existir entre essas pessoas e os profissionais. Sobre essa relação, porém, arriscamos afirmar que atitudes normativas, ou até mesmo de cunho puramente religioso (como no caso das instituições), que não consideram a experiência e a expectativa das dos usuários, podem prejudicar o processo de tratamento, já que não contribuem para o desenvolvimento da autonomia pessoal. Destacamos, então, a fala de Guilherme,

> *Ai a dotora, é... me fez a seguinte indagação, que eu, eu tinha que...eu teria que prometer pra ela que eu não ia faltar. Mas eu.. o ... o tratamento é um seguimento, tem qui seguí religiosamente, você não pode faltá com a medicação. I eu estô sentinu um... um fator benéfico. (Guilherme)*

Embora com boas intenções, mediante a complexidade que é trabalhar com pessoas em situação de rua, os profissionais podem incorrer em erro, ainda que inconscientemente, ao pretender, a todo tempo e a qualquer custo, decidir pelo usuário em situação de rua.

Os discursos vão ao encontro da possibilidade de garantia da autonomia do usuário, no entanto, algumas práticas parecem desfazer isso.

Podemos perceber na narrativa de Adelaide que existe o interesse pela autonomização do paciente; no entanto, ações normativas, caritativas e de fiscalização estão presentes, como podemos ver nas palavras *"arrebanhar esse*

paciente"; "dá pra eu vigiá bem né". É provável que esse fato esteja relacionado às dificuldades encontradas no dia-a-dia em relação ao TDO para essa população.

> *(...) é um trabalhu muito gratificanti, né. É... trabalhu especial, é... com bastanti responsabilidadi, né. Cum bastanti envolvimentu. É.. a genti procura tá buscanu sempre, cada vez mais novos casos né, di, di tuberculosi, buscanu fazê sempre as buscas ativa na unidadi, a busca ativa com os novos pacientis né, entre us contatus, pra verificar se a gente consegue encontrar novus... novus pacientis né; novus pacientis cum tuberculosi. É... o trabalhu que a genti disinvólvi é mais assim na parti du acolhimentu, assim dizendu né. Eu, pessoalmente, acredito né qui esta seja a parti que é, qui, qui... mais importanti onde a gente consegue realmente é arrebanhar esse paciente. (Adelaide)*
>
> *(...) eu trabalhu aqui à tarde e nu CRATOD eu trabalhu di manhã, então dá pra eu vigiá bem né. Vigio de manhã lá e à tarde ti espé... to saindu, falo: "ti espéru lá", à tardi né.(Adelaide)*

Isso pode ocorrer também em virtude de "as diretrizes aplicadas no atendimento e a condição que é imposta ao doente para receber seu tratamento estão vinculadas muito mais ao alcance das estatísticas das organizações de saúde, do que à singular relação médico-paciente" (SILVA, 2009) e com outros profissionais.

Trata-se de uma realidade comum no contexto da atenção básica no Município de São Paulo, no qual Organizações Sociais ou parcerias são responsáveis por gerir equipamentos de saúde e por isso estabelecem metas que é uma forma de prestação de contas para o poder público e também de garantir os recursos disponibilizados.

De acordo com SANTOS, SOARES e CAMPOS (2007) "o trabalho em equipe é organizado segundo a lógica de racionalização e agilização das tarefas para cumprir metas numéricas" (p. 779).

Padronizam-se ações, cobram-se números e não se considera a complexidade, muito menos a singularidade do ser humano (os em tratamento e os profissionais da saúde).

CALIPO (2002) considera que as Organizações Sociais (OS), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), representam uma forma de privatização não apenas pela gestão, mas porque seus objetivos, finalidades e instituições de gerência, não são coerentes com os preceitos defendidos pelo sistema e, portanto, não garantem a universalidade, ou seja, “saúde para todos”, conforme preconizado pela Constituição de 1988. Assim, para a autora, “não há possibilidade de se construir uma sociedade ‘livre, justa e feliz’, onde impere a solidariedade e justiça social, e onde a liberdade seja valor ético-político” (p.127).

SPOSATI (1998) destaca que, em relação à assistência social, o Estado consolida uma dada concepção de inclusão não afiançando a garantia de direitos sociais em suas ações: caracteriza as atenções sociais como concessões partilhadas com a filantropia da sociedade e não assumidas como responsabilidade pública.

Podemos fazer uma analogia com a saúde que passou a ser gerenciada por instituições “privadas” ou filantrópicas (parcerias ou organizações sociais), quando deveria ser “direito de todos e dever do Estado”.

Embora não seja objeto do trabalho, defendemos a ideia de que essa forma de gestão, mesmo que responda aos interesses políticos no que se refere ao alcance das metas estipuladas, representa um retrocesso frente aos avanços conquistados com a Reforma Sanitária e a democratização da saúde. O interessante seria que

houvesse mais investimentos e maior participação do Estado nesse processo e não isenção.

Quanto à tuberculose, acreditamos que a participação de outros profissionais, como uma proposta de acompanhamento conjunto é de fundamental importância, visto que as dimensões biopsicossocial do usuário merecem ser contempladas e não unicamente o tratamento em si. Nessa perspectiva, evita-se reduzir o usuário ao diagnóstico médico, ou seja, olhá-lo como “a TB” ou ainda como “o tuberculoso”.

ROSA et al.(2005) afirmam que “o cuidado, observado apenas pelo prisma biológico e tecnicista, não é suficiente para compreender o processo saúde-doença-cuidado do povo da rua” (p. 582).

Conforme o relato de Guilherme, que necessitou de uma profissional de nutrição, o encaminhamento foi fundamental para fazer frente à demanda que se apresentou.

> *(...) a dotora Inês já agendô para uma, para me encaxá numa nutricionista. Purque... vc vê comu é qui é a... é fundamental nutricionista também.(Guilherme)*

A experiência profissional que citmaos anteriormente concorda com esse relato. Um recurso em potencial para as unidades que têm ESF é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com uma equipe multiprofissional – psiquiatra, pediatra, ginecologista, psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, educadora física, nutricionista, fisioterapeuta e outros – que compartilha os casos que demandam esse tipo de atendimento.

Embora incipiente no Município de São Paulo, trata-se de uma proposta promissora, que consegue dar respostas, junto às equipes, às demandas que se apresentam.

Além de ajudar a conduzir os casos, tais profissionais instrumentalizam as equipes para que multipliquem informações relacionadas aos processos de saúde e que produzam impacto positivo na população assistida.

Assim, as pessoas em situação de rua que fazem TDO podem se beneficiar desse recurso, por apresentarem demandas em várias dimensões de suas vidas.

Outro aspecto importante é a presença de diagnóstico tardio nesse contexto. A ausência de procedimento padrão para o diagnóstico pode ser uma dificuldade, porém, passível de ser superada com investimento em capacitação, treinamento e educação continuada para os profissionais. Há entre estes muitos que não conhecem a magnitude do problema, afora que negligências também podem ocorrer.

Diante disso, o investimento acima citado, or si só não da conta de reverter esse quadro. Muitos outros fatores, alguns de ordem pessoal e de representação social, estão envolvidos nesse contexto.

Mas pode ser também que o diagnóstico tardio esteja relacionado à percepção do corpo e das sensações mórbidas, conforme advertiu BOLTANSKI (2004). Isso se dá porque entender, identificar e expressar as mensagens corporais varia segundo a capacidade que o indivíduo tem para verbalizar tais sensações.

Segundo SILVA (2009), “no caso da tuberculose pulmonar, a forma de percepção, identificação e expressão dos sintomas pelos doentes poderia influenciar o retardamento do diagnóstico”. Relata também que a dor na região do tórax é muito

confundida com a dor na coluna e que os indivíduos que mais adoecem por TB associam-na ao trabalho excessivo; a febre e inapetência podem nem ser percebidas; a tosse é na maioria das vezes associada ao uso do cigarro, exceto quando vem acompanhada de sangramento (hemoptise). “Dessa forma, a percepção tardia ou equivocada dos sintomas clássicos da tuberculose pulmonar pelos doentes poderia retardar a sua busca por soluções médicas e, portanto, retardar o diagnóstico e o tratamento” (SILVA, 2009).

> *(...) foi quando eu fui no postu, fui no AMA (...) passei pelo médico, ditei o sintoma pra ele, ele me passou por dez dia, é...é.. dois suco de xarope para gripe. È... para tosse alérgica e uns antibióticu, anti pelamunia. Iiii depois, outra, passei por outra médica, aliás passei por outro dotor, ele passô mais, por sete dia, xarope mais antibiótico, passei por outra médica, lá no AMA, que sempre passei pela médica, elaaaaaa... é.... achô convenienti, é... tirar uma... é...me enviá pro ráo X (...) Ai foi quando preparou-se a chapa, é... eu também tive perca de... falta de ar, qué dizê.. uns cansaço tal.. iiiiii.... passei por duas inflamação. Ai a doutora quando viu a chapa (...) ai a doutora falo qui pela chapa quando ela fez a leitura que eu estava com tuberculose (...) Ai ela me exigiu o exame de escarro (...) ai veiu pra qui, veiu positivu. (Guilherme)*

> *Aí deu esse pobrema, porque eu comecei com uma tosse, uma tosse, uma tosse, nossa e eu num sabia o que... que era. Cabei discubrinu num médico; cada vez ele me dava um remediu e num batia raiu X. Aí chego o dia que eu cheguei com uma dor no lado esquerdo nu peitu, raiu X pá cuida tava até quebrada a máquina. Aí deu remediu fora pá eu toma, eu num sabia o que era que eu tinha. Aí chego o dia que apuro por causa daquelis catarru grosso, aí eu vim. Aí foi nessa daí que elis mi falaru que eu tava com tuberculose, até eu vim pará aqui. (Mayara)*

NATAL et al. (1999) associaram o maior abandono, que ocorre principalmente na primeira metade do tratamento, com a melhora clínica, com a falta de percepção da própria doença e da importância do tratamento. Segundo os autores, esse fato ocorreria em virtude do mau relacionamento entre médico-paciente e serviço de saúde-paciente. Discutem ainda que a “padronização do tratamento da tuberculose

implicou, erradamente, a padronização do atendimento e do doente, com embrutecimento das relações".

Daí cabe a reflexão feita anteriormente sobre a autonomia do paciente que está incluído numa modalidade que não leva em conta sua singularidade. Até que ponto tais ações contribuem para que o indivíduo se responsabilize por ele mesmo e faça suas escolhas de forma a assumir suas consequências?

5.3.8. "O que eu isperu du tratamentu?... é sê curada"

"O adoecer e viver na rua traz características muito especiais ao processo saúde-doença" da população em situação de rua; "as alterações climáticas, o espaçamento entre as refeições, entre outros fatores, predispõem essas pessoas a compartilharem tuberculose" e outras patologias (ARISTIDES e LIMA, 2009; p. 48).

Neste estudo, verificamos que, mesmo em um contexto de muitas adversidades, dentre elas a TB, as pessoas esperam ser curadas. É possível que mesmo por viverem à mercê das surpresas que o dia-a-dia lhes reserva, haja um mínimo de projeto futuro, o que pode ter contribuído para que a maioria terminasse o tratamento e recebesse alta cura.

ROSA (2008) destaca que a higidez física para as pessoas em situação de rua é necessária para sua sobrevivência. A ausência desse estado leva à institucionalização e até a morte, o que nem sempre é válido para as dimensões sociais e psicológicas.

Daí a preocupação dos entrevistados em recuperar-se da experiência da doença.

> *É eu isperu chegá o tempu i eu ficá curado né (Gabriel)*
>
> *O que eu isperu du tratamentu?... é sê curada (Mayara)*

Nas narrativas de Mayara e de Gabriel verificamos que há uma expectativa em relação ao tratamento e seu desfecho. Mayara, porém, abandonou o tratamento e o recusou mesmo quando levado diariamente pelo ACS ao local onde costuma pernoitar. Ainda no caso de Mayara, salientamos que seu companheiro também contraiu a doença, deu início ao tratamento e em seguida o abandonou.

A melhora no quadro clínico pode ter desencadeado tal abandono, conforme discutido por alguns autores já citados (GONÇALVES et. al. 1999; NATAL, et. al, 1999). Consideremos, ainda, que as percepções das sensações mórbidas discutidas por BOLTANSKI (2004) não foram suficientes ou precípuas no que tange à decisão de procura por ajuda. Acrescentamos ainda - e caberiam muitas outras suposições - o fato de a doença estar ligada à incapacidade para o trabalho (ARISTIDES e LIMA, 2009). Isolados ou interrelacionados, todos esses fatores podem contribuir para que o tratamento não tenha o desfecho esperado, inclusive pelos próprios usuários: a cura.

Questionamos se ter boa saúde ou recuperar-se de um estado de doença é de interesse de algumas das pessoas em situação de rua. O cuidado recebido pode ser um forte elo entre a pessoa e o profissional. Tirar-lhe a doença, pode significar mais uma ruptura em meio a tantas outras.

Guilherme, que finalizou o tratamento conforme determinação médica, relatou que em qualquer situação seria necessária a ingestão dos medicamentos. Demonstrou em sua fala que tinha objetivos. Arriscamos dizer que ele tinha projetos de vida. Trata-se de um entrevistado que pareceu muito incomodado com a situação de rua, de onde pode ter advindo o esforço para se “livrar” de mais esse atributo estigmatizante, conforme discutido por GOFFMAN (1980).

> (...) eu tô focadu... numa só, é... objetividade. Se chuva se faça sol, um dia siquer eu num fico sem tomá o remédiu. (...) tem qui tomá o remédiu (Guilherme)

5.3.9. (...) “quandu ta chuvenu é ruim da gente vim né”(...)

Vimos nas narrativas, que os usuários verbalizam suas dificuldades em relação ao TDO que variam desde questões administrativas, como falta de vale transporte, até questões próprias aos usuários e mesmo à dificuldade que os profissionais demonstram, duvidando da capacidade de os usuários controlarem seu próprio tratamento.

Embora o TDO seja uma estratégia importante, segundo BERTOLOZZI (2005) ela não garante a adesão. Interessante seria que essa modalidade de tratamento não assumisse um caráter normativo, em relação à vida do outro; antes, espera-se que o TDO contribua para que haja a emancipação do paciente.

Adelaide que a adesão é também do serviço em relação ao usuário, que por sua vez tem que aderir à sua própria vida.

> *Ah, adesão eu achu qui é uma palavra bem ampla né. Num, num envolvi só a aderir ao tratamento di tuberculosi, né é aderir a própria vida dele, qui eli tá retomando né a reinserção social, é... a au.. a au.. a auto-estima deli né, eli tá lá com a... vem aqui todo sujo, todo é...com a sua sacola arrastanu no chão e a genti percebi que o.. que o decorrer do tempo, ele vai procurandu melhorá a aparência dele, porque parece que eli qué se mostrá bunito pra gente né, e o fato de ele tomar um banho, trocar a roupa e agente elogiá: "puxa cê tá bunito hoje, você tá melhorando; nossa você... hoje cê tá melhor, num falei que você ia melhorá?" e elis si senti assim importanti. E... a adesão eu achu qui é du pacienti e nossa né. Nós temos que aderi o.. ao... o paciente primêru pra depo.. pra eli... pra qui eli a... a.... aderir.. eu perdi a palavra, mas eu achu qui nós é que temos que aderir ao pacientí, né, e... recebê-lo pra que ele possa tê vontadi de tratá (Adelaide).*

Em relação às pessoas em situação de rua, esse tipo de tratamento, que é feito diariamente na unidade de saúde, pode servir como uma referência para que o usuário saiba onde encontrar tratamento, visto que são comuns ações de violência (furtos dos próprios pares e recolhimento dos seus pertencentes pelo RAPA) e até o uso inadequado por terceiros, como é o caso de Mayara, o que pode desencadear processos de rompimento do tratamento e culminar com o abandono, além de constituir um gasto desnecessário do dinheiro público.

> *(...) a única coisa que eu achu difícil é quandu tá chuvosu, né? Tem que vim de qualqué jeitu; elis recomenda po cê num tá tomanu friagi, mas tanu normal é mais tranqüilo. Eu não tenho outras coisas pá faze, né? Eu num... trabaiu só pra mim memu. Se eu tivesse empregado ai teria uma coisa, tinha horário, acaba mas, i... normal, eu mi divirtu. (Joca)*

> *Porque eles num deixa pega o remédio, mas porque eu tamém eu num queru leva lá. Meu maridu bebi e se tivé remediu qui ele fica doido, ele bebi (...) Se desse eu ia leva né? Mas é melhor tá aqui do que tá lá com eli, eli bebi, se eli tive muito doidu eli bebi.(Mayara)*

Sabemos que são muitas as dificuldades apresentadas por essa modalidade, como, por exemplo, o tempo do tratamento e de espera para consultas médicas e com outros profissionais, e mesmo para a ingestão diária do medicamento.

O prolongado tempo de espera dentro do serviço, aguardando a consulta médica, desestimula o paciente a retornar ao serviço, e talvez até a continuar seu tratamento, principalmente aqueles que se encontram assintomáticos logo no início do tratamento (BERGEL, E GOUVEIA, 2005).

A esse respeito, Adelaide informa algumas facilidades do serviço em relação ao TDO.

> *Ah, eu acho que facilita porque tá aberta aqui a... a... a unidade tá aberta o dia todo pra que eli procure, pra qui... eli tem o dia todu pra vim tomá a medicação, então a genti procura facilitá tudo, a genti procura tirá elis das filas de marcação de consulta, né, porque... na... pra qui essi paciente pelo... pelo menos no primeiro momento qui eli tá bacilífero, pra não ficá passanu pra outras pessoas e o fato de você marcá uma consulta pra um paciente, você já.. você ganha a simpatia dele, porque ele fala: "poxa vida né, a pessoa tá dando atenção pra mim né, não vai deixar eu enfrentá aquela fila"; então se eu posso facilitá porque não? (Adelaide)*

Além disso, para as pessoas em situação de rua, a busca por serviços que prestem assistência às necessidades do dia-a-dia (alimentação, abrigo, trabalho, entre outros) se torna um empecilho ao TDO. Tem-se que se deslocar de um lugar para outro em busca daquela assistência, visto que nem sempre estão próximos. Andar a pé, embora seja uma prática comum, na situação de doente pode ser um obstáculo.

Segundo Gabriel, o incentivo oferecido pela prefeitura para esse tipo de tratamento (o vale transporte) poderia auxiliar, mas não recebê-lo não foi motivo para abandono do tratamento. Como se pode conferir, Gabriel também foi uma das pessoas que terminaram o tratamento conforme prescrito.

> *É essas condições é ..fica um poco difíce pra mim. Qui eu tô andanu muito a pé né. Muito a pé. Diz que tem um vale transporti ai, mas num saiu nada né, até agora, qué dizê qui... quando tá chuvenu é ruim da gente vim né, quandu...é andu, andu muito durante o dia tamém, saí de onde eu tô i... é o dia quase todo né. (...) Não, não é muito bom não né, porque a pé né (Gabriel)*

Em relação aos benefícios oferecidos para a realização do tratamento, SOUZA e t al. (2009), em seu estudo, não identificaram consequências importantes para a adesão. Ou seja, a distribuição de tais incentivos não parece determinar a adesão ao tratamento.

Para Adelaide, esses recursos auxiliam na adesão além de dar mais credibilidade ao serviço.

> *É... pra alguns chega interferi. Aqueli que não quer realmente si tratá eli vai botá disculpa nu benefíciu qui num tá vinu né. Mas qui ajuda bastanti, incentiva, incentiva, cesta básica, é.. o lanchinho, qui nem hoje o pacienti veio pegá u... a medicação pros quatro dias aí de feriadu prolongado, pergunto se podia levá o lanche (...) então isso qué dizê que eli... qui eli num tem o lanche pra esses quatru dias né. O lanche é dele!(Adelaide)*

> *Ah, eu acho assim que poderia ser mais firme, é... realmenti é... como qui eu posso dizer, agora a genti tá tendo a cesta básica certinho, vinu mensalmenti, os passes não estão vindu, né. É... o lanche também tá vinu, então si... si... realmenti vier tudo qui é prometidu né, eu achu qui a prefeitura e o trabá... nosso trabalhu fica com mais credibilidade junto ao pacienti (Adelaide)*

Embora acreditássemos que a falta desses incentivos fosse um dificultador para o desfecho do tratamento, até mesmo pelo que se acreditava enquanto profissional, os dados apresentados mostram que principalmente os que faziam uso desses incentivos, mesmo na falta deles, foram assíduos e terminaram o tratamento.

Essa foi uma grande surpresa e desconstruiu conceitos e preconceitos que antes tínhamos em relação aos usuários.

5.3.10. (...) que é bom é, o atendimentu é bom; também a equipi

A qualidade na assistência prestada pelos profissionais de saúde emerge como um aspecto importante, que contribui significativamente para a adesão ao TDO.

SNIDER (1982) afirma que o acompanhamento motivador à família e ao usuário com TB contribui para a adesão do mesmo ao tratamento. Por sua vez, CAMINERO et al. (1996) aponta a relação afetiva e respeitosa entre o profissional e o usuário como um aspecto motivador para tal acompanhamento.

No que se refere ao cuidado à população em situação de rua, ROSA et al. (2005), afirmam que "(...) precisa-se atribuir um significado de humanidade ao cuidado e acreditar na possibilidade de transformação da realidade posta" (p. 581).

O caráter relacional que esse tipo de tratamento assume aparece na fala de Mayara e de Joca. O último ainda verbaliza que não tem interesse pelos incentivos oferecidos, mas que se forem disponibilizados encontrará para eles um destino, fazendo doações e contribuindo com a casa onde fica. Fala ainda que vir à unidade todos os dias é uma forma de divertimento, o que faz independentemente das condições, tempo de espera e obstáculos que se apresentarem.

Mayara, por sua vez, além da distração, por sair do local onde fica sempre, atribui ao tratamento o fato de estar viva

> *É bom. Porque pelo menus distrai um pôco, sai um pôco, caminha, só.... eu fico só lá, direto (...) to senu bem tratada, bem cuidada né? Si eu num tivessi vinu aqui eu já era morta. (Mayara)*

> *É... pra mim é ótimo. Né... eu num venho cum interessi (...) vale transporte, a cesta básica. Eu num peguei agora nessa segunda, sabe, eu num peguei a cesta básica. Eu peguei vale transporte agora, dois vali por dia (...) Eu pego i dô pos irmão lá. Qui elis tem, as vez elis vão lá pá Santa Cecília, vão em outras igreja lá (...) E a cesta básica, peguei seis no primêru, nesse num veiu nenhuma, num façu nem questão; viéru me pergunta, si vim, recebu. Eu como lá na Toca e faço doação pra elis. Mas, pra mim é bom vim aqui porque se tem assim um pôco de receiu, mostra que cê qué fica bom. Eu se tivesse tomandu em casa, digamus que eu pudia saí e me esquece de toma. Não que não queria toma, podia esquece. É, eu façu questão de vim aqui, se tive chovenu, fazenu sol,(...) eu já cansei de chega aqui e as meninas tão ocupada lá embaixo(...) té duas horas sentadu, pra mim tudo certu, tem qui tomá faze u que? (...). (Joca)*

Embora Kauã tivesse se apresentado muito ansioso em responder às perguntas da entrevista para que pudesse ser liberado para suas atividades, conforme relatou no início da entrevista demonstrou dar importância para o trabalho da equipe.

Gabriel também relata a importância da equipe e a qualidade da assistência prestada, mas não deixa de demonstrar sua insatisfação em relação às dificuldades anteriormente apresentadas.

> *Gente boa todo mundu (...). Tudo; é tudo.... a Cida, u... a dotôra, tudu rapai (...) (Kauã)*

> *Facilidadi? Pra mim? Não, até agora num tem facilidadi não, viu (....). Não, que é bom é o atendimentu é bom também a equipi, é u atendimentu... (Gabriel).*

A qualidade na assistência é essencial para que o usuário sinta-se acolhido e estabeleça o vínculo com os profissionais. Para ROSA et al. (2006) os valores humanos inerentes a cada trabalhador determinarão a qualidade da assistência/cuidado profissional.

O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os

para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde (SANTOS, 2008).

É muito difícil falarmos em estabelecimento de vínculo em referência à população em situação de rua, visto que se trata de uma realidade em que “histórias sucessivas de perdas, que incluem a perda da família, doença e desemprego” agem como desencadeantes para a ida para as ruas e ausência ou dificuldade para se criar vínculos (ARISTIDES e LIMA, 2009).

Mesmo assim, acreditamos que a forma como a pessoa é acolhida e acompanhada no serviço de saúde pode garantir um acesso facilitado, o que auxilia no processo de adesão.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que a população em situação de rua, bem como a população em geral, está envolvida numa trama em que a compreensão do processo de adesão ao TDO para TB só é possível a partir de um olhar sob um prisma multifatorial ou multidimensional.

Dada a relação da doença com as condições de vida, foram identificados no estudo muito mais desafios e limites do que potencialidades em relação a adesão da população em situação de rua à estratégia de TDO.

Aspectos relacionados ao corpo, às percepções e às sensações sobre a doença, interferem na busca pelo tratamento e no seu desfecho. As pessoas em situação de rua se percebem com tuberculose, por exemplo, quando o comprometimento físico limita a locomoção, restringindo a capacidade de execução de suas tarefas diárias e as buscas constantes por estratégias de sobrevivência.

Sendo assim, a higidez física é de fundamental importância para o enfrentamento das adversidades encontradas (ROSA, 2008). Superá-las requer muito esforço e criatividade, que parecem fazer parte do cotidiano dessas pessoas.

Frente às perdas acumuladas e aos vários rompimentos vivenciados, a doença pode ser um meio para vincular as pessoas ao serviço e ao profissional, visto que parecem aderir mais à relação que se estabelece com profissionais envolvidos, acatando suas recomendações, do que ao tratamento propriamente dito. Além disso,

estar doente pode ser uma forma de garantia de acesso que é dificultado ainda mais na situação de rua.

Realizar o tratamento para TB envolve, portanto, não só as questões relacionadas ao corpo físico, mas também às marcas contidas na alma.

Outra questão importante é o fato de que a doença propicia uma experiência estigmatizante que, somada a todos os outros estigmas que essas pessoas "carregam", pode gerar situações que comprometem sua autonomia, além disso, pode contribuir para o distanciamento ou negação do problema.

Por sua vez, o TDO, que por si só não garante a adesão e a cura da doença, pode reforçar ainda mais essa vivência estigmatizante, se considerar a exclusividade dessa modalidade de tratamento nas Unidades Básicas de Saúde. Mesmo assim, acreditamos que intervenções simultâneas ao tratamento, em outras dimensões da vida (psicossocial) podem minimizar esse efeito e contribuir para a busca por novas possibilidades de vida.

Amplamente conhecida e discutida é a necessidade emergente de intervenções sérias e eficazes no que se refere às questões ligadas à saúde mental e drogadição, que interferem diretamente no processo de adesão ao TDO e em outras dimensões da vida das pessoas em situação de rua.

A fé em "Deus" e no "Senhor Jesus Cristo" surge como uma estratégia de superação da doença e de outros obstáculos que se apresentam durante as suas trajetórias de vida.

Aumentou nossa crença de que algumas instituições, ainda pautadas em filosofias unicamente religiosas ou assistencialistas, reforçam a exclusão dessas pessoas, por

permitir que se tornem indivíduos dependentes ou até mesmo contribuindo para a dependência.

As pessoas em situação de rua parecem reproduzir os discursos religiosos e caritativos de algumas instituições, as quais trabalham visando a abnegação dos seus “seguidores” como uma forma de benevolência para com os fracos e oprimidos, ou ainda, como uma forma de remissão dos pecados.

Vítimas de várias formas de violências, essas pessoas tentam, exaustivamente, driblar situações perigosas, em que são destituídas do direito à cidadania. Experimentam dia-a-dia a “dessemelhança entre os seres humanos”, definida por BUARQUE (2000) como uma situação em que tais pessoas figuram como se não fizessem parte da espécie humana.

Nesse caso também são necessárias e urgentes providências no sentido de reverter esse quadro, principalmente pelas vidas que estão nas ruas, e também por um gasto desnecessário do dinheiro público, que poderia ser revertido para ações mais coerentes e necessárias.

Se por um lado há uma preocupação, por parte da gestão pública, com a saúde da população em situação de rua, ampliando a sua possibilidade de acesso aos serviços de saúde com a criação de serviços específicos, por outro, a mesma gestão determina ações públicas de afastamento geográfico, pautadas na violência e no recolhimento de pertences pessoais (alguns obtidos nos serviços públicos, como medicamentos, documentos, entre outros).

Concordamos que se trata de uma gestão tão complexa quanto a realidade que aqui discutida se apresenta. Composta por diferentes secretarias, cujas pessoas que as

representam têm interesses diversos, dentre os quais interesse políticos, tornam-se necessárias propostas comuns entre esses órgãos públicos, para a busca de saídas mais coerentes com as necessidades dessa população e menos agressivas/violentas e desnecessárias, principalmente se considerarmos os gasto do dinheiro público.

Além disso, a criação de serviços exclusivos, com equipes exclusivas, para a população em situação de rua, embora tenha um significado importante em relação ao acesso, descaracteriza um serviço que deveria ser universal, ou seja, “para todos”. Ainda, equipes exclusivas dão margem para a disseminação da ideia de que são pessoas realmente diferentes e que por isso têm esses recursos. Com isso, pode ocorrer que, na ausência dessas equipes, o acesso fique truncado, podendo o usuário ficar à mercê da “boa vontade” de alguns profissionais.

Apresentamos então duas faces do problema, a formação de “guetos”, onde pessoas em situação de rua têm equipes exclusivas nos serviços que deveriam ser universais, e um possível acesso dificultado na ausência de tais equipes. Ambas as situações podem culminar em mais uma forma de exclusão.

Há de se considerar que pelo princípio da equidade, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), essa forma de organização do serviço justifica a criação de tais programas, o que acreditamos ser válido, e muito!

Para SANTOS, citado por ALMEIDA (2007)

> *(...) temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades (SANTOS, 2003:56).*

O contraponto que se coloca é que "numa dinâmica de cegueira aos critérios mais contemporâneos de justiça social, continuamos a correr o risco de perpetuar a produção, quase 'em série', de personalidades incapacitadas para a vivência protagônica e autônoma de si, e de real usufruto de suas liberdades básicas" (ALMEIDA, 2007 p.475).

Apoia-se a ideia defendida por ALMEIDA (2007) de que "o estado deve prover políticas focalizadas e afirmativas quando as diferenças significarem inferiorização, e também prover políticas universalistas quando a diferença não caracterizar, capacitar ou autonomizar o suficiente grupos ou pessoas - as duas formas podem e devem se combinar, e não se excluir" (p.475).

O que sugerimos neste trabalho é que se ampliem as discussões sobre tais princípios nas Unidades Básicas de Saúde e nas instâncias de gestão, para que seja contemplada a diversidade e para que os profissionais da "ponta" desenvolvam, se ainda não o fazem, um olhar para essa complexidade e contribuam de forma ética e responsável para a transformação desse cenário, que só será possível a partir de reflexões que mobilizem para a prática.

Sendo assim, o TDO surge como uma terapia relacional de grande importância, visto que pode ser utilizada para garantir esse espaço de discussão.

Abre-se assim uma nova possibilidade de enfrentamento das questões de saúde da população em geral, já que a população em situação de rua se insere nesse grupo e suas condições de saúde interferem no coletivo, principalmente no que se refere à mudança do perfil epidemiológico da tuberculose.

Finalizamos o presente trabalho com um sonho que pode ser o de muitas pessoas que estão em situação de rua. Daí cabe perguntarmos se os sonhos podem existir também para essas pessoas e refletirmos sobre as reais possibilidades de concretização dos sonhos que estas pessoas têm ou que se pode oferecer a elas e a todos nós.

> *Da miha vida? (...) Da minha vida memu, só se eu arrumasse um lugar meu memu pra mim morá, aí é importanti, né (...). É... i ja era bem importanti né, mas tá difice...é.. difice (Gabriel)*

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. M. M. **Ações afirmativas: dinâmicas e dilemas teóricos entre a redistribuição e o reconhecimento.** In: II Seminário Nacional Movimentos Sociais Participação e Democracia. Florianópolis. 2007. UFSC - Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais – NPMS. ISSN 1982-4602; p. 465 -76.

ANIBARRO, L. Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra. **Gac Sanit**, Barcelona, 2004; 18 (1).

ARISTIDES, J.L.; LIMA, V.C.L. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina; Jun. 2009; 10 (2): p.43-52

BERGEL, F. S.; GOUVEIA, N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo; Dez. 2005; 39 (6): p.898-905.

BERTOLOZZI, M. R., 1998. **Adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

BERTOLOZZI, M. R. Adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva do tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) no município de São Paulo. [Tese de Livre - Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. 2005; 203p.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** 4ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. CENTRO DE REFERÊNCIA PROF. HÉLIO FRAGA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço.** 5ª edição. Rio e Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002a. Disponível em: http://157.86.160.20/controletb.html. Acesso em 16.05.2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual Técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica.** 6ª edição rev. ampl. Brasíllia, 2002b, 63p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT.** Brasília, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO**. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília, DF. 2008. Diponível em: www.mds.gov.br. Accesso em 22 de Maio de 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília, DF, 2010 a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT**. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem. Brasília, DF,** 2010b. Dispoível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/original_tdo_enfermagem_junho_2010.pdf. Acesso em 08/08/2010.

BURSTZYN, M. No meio da rua – nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamonde, 2003

CALIPO, SM. **Saúde, Estado e Ética NOB/96 e lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [dissertação de mestrado]; São Paulo: 2002.

CAMINERO, J. A.; PAVON, J. M.; CASTRO, F. R.; DIAZ, F.; JULIA, G.; CAYLA, J. A. & CABRERA, P. Evaluation of a directly observed six month fully intermittent treatment regimen for tuberculosis in patients suspected of poor compliance. **Thorax**, 1996. 51:1130- 33.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia.** 12ª edição. São Paulo: Ática, 2002, 440p.

DIOGO, M. J. D'E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, 5 (1): 59-64; 1997.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 8(1): 173-183; 2003.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu – trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, 275p.

FIPE. FUNDAÇÃO E INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo**. Secretaria de Assistência Social/SAS - Fundação e Instituto de Pesquisa Econômica – FIPE. São Paulo, 2003.

FIPE. FUNDAÇÃO E INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. Principais resultados do censo da população em situação de rua da cidade de são Paulo. São Paulo, 2009

FIPE. FUNDAÇÃO E INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. Principais resultados do perfil socioeconômico da população de moredores de rua da área central da cidade de são Paulo. São Paulo, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979

GIORGETTI, C. **Moradores de rua – uma questão social?** São Paulo: Fapesp, Educ, 2006, 292p.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Rio de Janeiro: Zahar; 1980. 157 p.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro; 1999; 15 (4): p. 777-87.

GONÇALVES, H.D. **Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose.** In: Duarte, L. F. D; LEAL, O.F. Doença, Sofrimento e Perturbações: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 105 – 117.

LIMA, M. B.; et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro; 17 (4): 877 – 885; jul./ago, 2001.

MANN, P. H. **Métodos de Investigação Sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1970; 198p.

MATTOS, R. M. Resenha do livro: **DOMINGUES JUNIOR, Paulo L.; Cooperativa e a construção da cidadania da população de rua.** 1ª. ed. São Paulo: Leopoldianum/Loyola, 2003. 121 p. Interações, vol XI, nº 21 p. 175-180; Jan – Jun, 2006.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicol. Soc.** Porto Alegre; 2004; 16 (2)

MINAYO, M.C.S. O desfio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

NARDI, H. C. **O Ethos Masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho.** In: DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (Orgs.). Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas. Fiocruz. Rio de Janeiro; 1998; p.95-104

NATAL, S; et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da Tuberculose pulmonar. **Bol Pneumol Sanit**.1999; 7(1):65-78.

NETO. J. M. P. A percepção dos comunicantes intradomiciliares de doentes de hanseníase sobre a doença, o convívio com o doente e o controle realizado pelo serviço de saúde. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de enfermagem de São Paulo (Programa Interunidades). [tese doutorado]. São Paulo: 2004.

PRASAD, R. et al. Diagnostic evaluation of pulmonary tuberculosis: what do doctors of modern medicine do in India? **Int J Tuberc Lung Dis.** Jan. 2003: 7 (1); p. 52-57

PIOVESAN, A. A percepção cultural dos fatos sociais: suas implicações no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. 1970. nº 4: 85-97.

QUEIRÓZ, R. **Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo.** Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. [dissertação de mestrado] São Paulo; 2008; 95p.

ROSA, A. S. **Quem mandou morar na rua? Um estudo sobre o sentido da vida para moradores de rua.** Departamento de Enfermagem da Universidade Paulista de Medicina [dissertação de mestrado]; São Paulo: 2008**.**

ROSA, A.S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev. Latino-am Enfermagem.** 2005. jul-ago; 13(4): p. 576-82.

ROSA, A. S; SECCO, M. G.; BRÊTAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Rev Bras Enfermagem**. Brasília. Maio –jun. 2006; 59(3): p. 331-6.

SANTOS, A. M. et al . Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo; 2008; 42 (3).

SANTOS, M. L. S. G., et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto; 2007; 15 (Esp.): p.762-67.

SANTOS, V.C.; SOARES C. B.; e CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo; 2007; 41(Esp): p. 777-81.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Documento norteador** Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do PSF. São Paulo, 2002.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. PROGRAMA MUNICIPAL DE TUBERCULOSE. **Situação Epidemiológica da Tuberculose na População em situação de rua no Município de São Paulo**. São Paulo, 2008.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. PROGRAMA MUNICIPAL DE TUBERCULOSE. **Boletim TB. Cidade de São Paulo.** São Paulo, 2009a.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO – CEInfo. Relação das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Sáude e Supervisão Técnica de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2009b. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_SupervisaoTecnica.pdf. Acesso em 26/12/2009.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/DAB – DATASUS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SIAB. **Consolidado das Famílias Casdastradas do Ano de 2009 – Equipe Rua II - Santa Cecília.** São Paulo, 2009c.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. ATENÇÃO BÁSICA. **Relatório PMA2 SIAB – UBS Santa Cecília. Competência 11/2009**. São Paulo, 2009d

SCHRAIBER, L. B. A pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**. 1995; 29(1):63-74.

SILVA, A. C. A. **Dores do corpo e dores da alma : o estigma da Tuberculose entre homens e mulheres acometidos.** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. [tese de doutorado] Campinas, SP, 2009; 253p.

SINGLA, N.; et al. Survey of knowledge, attitudes and practices for tuberculosis among general practitioners in Delhi, India. **Int J Tuberc Lung Dis**. 1998 May;2(5):384-9.

SNIDER, D. E. Reseña sobre el cumplimiento de las prescripciones en los programas de la tuberculosis. **Boletin de la Unión Internacional de la Tuberculosis**. 1982. 57:255-260.

SOUZA, M.S.P.L.; et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev Saúde Pública.** São Paulo; 2009; 43(6): p. 998-1005.

SPOSATI, A. **Exclusão social abaixo da linha do equador**. Seminário de exclusão social. PUC/SP, 1998

TURATO, E. R. Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico- Qualitativa – construção teórico-epistemológica discussão comparada e apicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 2003, 685p.

VARANDA, V. e ADORNO, R.F.C. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde. In: Saúde e Sociedade, v.13, n.1, p. 56-67, Jan/Abr 2004.

VIEIRA, M.A.C. **Trecheiros e pardais.** In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL MIGRAÇÃO: Nação, Lugar e Dinâmicas Territoriais, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

VIEIRA, M.A.C.; BEZERRA, E.M.; ROSA, C.M.M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista.** 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1994.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis facts sheet.** Geneva: Suitzerland, 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Tuberculosis. Geneva, 2003. Disponível em: http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf. Acesso em 14/05/2010.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Human Resources Development for TB Control. Report of consultation held on 27 and 28 August 2003. WHO/HTM/TB/2004.340. Geneva: Suitzerland, 2004.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report**. WHO/HTM/TB/2009.426. Geneva: Suitzerland, 2009; 40p.

ZIONI, F.; SOUZA, D.V.; **Pesquisa Social: Métodos Aplicados ao Saneamento**. In: PHILIPPI JR, A. Saneamento, Saúde e Ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri: Manole, 2005, p.599-621.

Anexo 1. Autorização para utilização de dados

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

São Paulo, 22 de janeiro de 2.009

Ofício n. º 21/09 – CCD/**Gerência**

Prezada Senhora

Informamos que os dados sobre a Situação Epidemiológica da Tuberculose na população em situação de rua no Município de São Paulo estão disponibilizados pela COVISA para serem utilizados na monografia de mestrado do aluno Eduardo Sodré de Souza junto ao Departamento de Pratica em Saúde Publica.

Tais dados podem ser obtidos junto ao Programa de Controle da Tuberculose no Centro de Controle de Doenças (CCD/COVISA).

Lembramos da necessidade de apresentação de aprovação do projeto junto ao Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) da FSP e cadastro do referido projeto junto ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde. (www.prefeitura.sp.gov.br)

Atenciosamente,

NAOMI KAWAOKA KOMATSU
Programa de Tuberculose

Visto,

LUIZ CLAUDIO F. ESPÍNDOLA
Respondendo pelo Expediente do CCD/COVISA

Visto,

INÊS SUAREZ ROMANO
Coordenadora de Vigilância em Saúde

À Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo
Ilma Sra Professora
Dra Fabiola Zioni

covisa COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Rua Santa Isabel, 181 - Vila Buarque - São Paulo - SP - CEP 01221-010 - Tel.: 3350-6619
Site: www.prefeitura.sp.gov.br/covisa
PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Anexo 2. Autorização STS-Sé e UBS Santa Cecília

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

COORD. REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE
SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE SÉ
UBS DR. HUMBERTO PASCALLI

São Paulo, 28 de Novembro de 2009

Destinatário: Eduardo Sodré de Souza

Ref: Projeto Mestrado – Mudança de campo de estudo

AUTORIZAÇÃO

Comunico que a pesquisa "ADESÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA AO TRATAMENTO SUPERVISIONADO PARA TUBERCULOSE: LIMITES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS" realizada por Eduardo Sodré de Souza - Faculdade de Saúde Pública da USP – está autorizada na Unidade Básica de Saúde Dr. Humberto Pascalli – Santa Cecília, desde que sejam respeitados todos os procedimentos éticos e legais exigidos.

Atenciosamente

Dra. Lúcia
Gerente da UBS Dr. Humberto Pascalli
Santa Cecília - SP

Dra. Susana
Supervisão Técnica de Saúde - Sé

Anexo 3. Ficha E - Específica para ESF Especial (FRENTE)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ficha E
Específica para ESF Especial
Periodicidade Anual

Estabelecimento de Saúde I_I_I_I_I _I_I_I Data de Recadastramento I_I_I I_I_I I_I_I_I_I_I Área I_I_I_I_I Microárea I_I_I Família I_I_I_I Prontuário I_____I

DADOS PESSOAIS

Cartão SUS Nº.: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I
Nome (se possível completo): _____
Apelido: _____

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Negra
Data de Nascimento: I_I_I (dd) I_I_I (mm) I_I_I_I_I (aaaa) Idade: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Filiação: Pai: _____
Mãe: _____

Escolaridade: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Nenhuma
PREENCHA para "completa" C e para "incompleta" I

Profissão:_____ ( ) Trabalha na profissão? Há quanto tempo? ( ) Anos ( ) Meses ( ) Dias
( ) Trabalhou na profissão até? ( ) Anos ( ) Meses ( ) Dias
Ocupação:_____ ( ) Trabalhando há quanto tempo? ( ) Anos ( ) Meses ( ) Dias

Endereço/ Referência: _____
Bairro: _____ Região: _____
Onde dorme? _____
Onde passa o dia? _____
Procedência (Proveniente de onde?): Outro Bairro/Qual? _____Outra Cidade/Qual? _____

Tem documentações (Deseja infomar?): ( ) Sim ( ) Não
Tipo:_____ Nº I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Órgão Expedidor: I_I_I_I_I_I

TEMPO DE EXPOSIÇÃO NA RUA

Tempo de exposição na rua: ( ) anos ( ) meses ( ) dias

VÍNCULOS FAMILIARES

Contato: Nenhum contato ( ) Esporádico ( ) Frequente ( )

Deseja aproximação? Sim ( ) Não ( ) Indiferente ( )
Com qual famliar? Qual grau de parentesco? _____
Endereço (do contato): _____
Bairro: _____ Fones: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I e I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

RECURSOS DE SOBREVIVÊNCIA

Vestuário/ Estado de conservação: Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( )
Higiene pessoal/ WC (Local que utiliza): _____
Alimentação (Como? Onde come?): _____

CONTATOS SOCIAIS

Mora com: Companheiro(a) ( ) Filho(s) ( ) Grupo ( ) Outro(s) ( )
Quantos? I_I_I Composto por quem? _____

Tem animais? Tipo:_____ Quantos? I_I_I

Anexo 3. Ficha E - Específica para ESF Especial – (VERSO)

INDICADORES DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE

Doenças/ Condições	Referidas	Observadas	Diagnosticadas	OBSERVAÇÕES: _____
	Preench. por ACS	Preench. por ACS	nch. por médico/ enf°	
Ferimento(s)/ Curativo(s)	( )sim ( )não	( )	( )	
Usa bebida alcoólica?	( )sim ( )não	( )	( )	
Tabagismo	( )sim ( )não	( )	( )	
Usa drogas?Quais?_____	( )sim ( )não	( )	( )	
Deficiência física	( )sim ( )não	( )	( )	
Deficiência mental	( )sim ( )não	( )	( )	
Doença(s) Psiquiátrica(s)	( )sim ( )não	( )	( )	
Doença(s) Ortopédica(s)	( )sim ( )não	( )	( )	
Doença(s) Pele	( )sim ( )não	( )	( )	
Epilepsia	( )sim ( )não	( )	( )	
DST/ Hepatites	( )sim ( )não	( )	( )	
HIV/ AIDS	( )sim ( )não	( )	( )	
Hipertensão Arterial	( )sim ( )não	( )	( )	
Diabetes	( )sim ( )não	( )	( )	
Tuberculose	( )sim ( )não	( )	( )	
Hanseníase	( )sim ( )não	( )	( )	
Doença de Chagas	( )sim ( )não	( )	( )	
Malária	( )sim ( )não	( )	( )	
Dor de dente	( )sim ( )não	( )	( )	
Sofreu agressão física?	( )sim ( )não	( )	( )	
Gestante	( )sim ( )não	( )	( )	
Outros:_____	( )sim ( )não	( )	( )	

INTERROGATÓRIO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

Mês	É sintomático respiratório?		BK 1ª amostra	Cultura	BK 2ª amostra
janeiro	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
fevereiro	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
março	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
abril	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
maio	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
junho	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
julho	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
agosto	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
setembro	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
outubro	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
novembro	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__
dezembro	( ) sim	( ) não	__/__/__	__/__/__	__/__/__

AÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

P.S./AMA/ hospital: consulta	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
P.S./ hospital: internação	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
P.S./AMA/ hospital: exames	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
UBS: consulta médica	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
UBS: consulta enfermagem	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
UBS: consulta outros profiss.	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
UBS: curativo/procedimentos	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
CAPS/ SAE/ CRT	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Casa restauração/recuperaç.	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Serviço Social	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Alimentação	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Albergue pernoite	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Albergue fixo	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Centro de convivência	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Banho	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Documentos	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Família	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Trabalho	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Outros:_____	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

OBSERVAÇÕES: _____

_____

_____

ACSR responsável pelo preenchimento: _____

Anexo 4. Roteiro Entrevista

PERGUNTAS A BERTAS	▪ Fale um pouco sobre você e como foi morar na rua. ▪ Como é isso para você? ▪ Vive só na rua? Ou alterna com outros locais, albergue, pensão, casa? ▪ Onde você vive e dorme atualmente? Há quanto tempo? Qual a diferença ▪ Exerce alguma atividade remunerada? Qual? ▪ Quanto ganha? No que gasta? ▪ Faz uso de álcool ou outras drogas? Quais? ▪ Usa todos os dias? Em que lugar? Com quem? ▪ Qual a quantidade? ▪ Você se considera dependente? O que é ser dependente para você? ▪ Fale o que sabe sobre tuberculose. ▪ O que você sentiu? ▪ Sabe como e onde você pegou? ▪ Fale sobre as mudanças que ocorreram na sua vida depois que soube que estava com Tuberculose. ▪ Fale também sobre as mudanças que ocorreram no seu corpo. ▪ Comente sobre todos os tratamentos que já fez para tuberculose. ▪ Como você foi tratado pelos profissionais/pessoas? ▪ Fale sobre o tratamento atual. ▪ Faz algum outro tipo de tratamento? ▪ Tem alguma reação idesejada em relação ao TS para TB? E ao outro tratamento? (se for o caso) ▪ Você percebe diferença desse tratamento com os anteriores? ▪ Sabe o que é Tratamento Supervisionado para TB? ▪ Vir na UBS frequentemente para tomar a medicação é bom ou ruim? Fale sobre isso ▪ Quais as dificuldades que você encontra para fazer este tratamento? E as facilidades? ▪ O que o você espera do tratamento? ▪ O você faz para melhorar? Qual o movimento que você faz? ▪ Usar álcool ou drogas interfere no tratamento que está fazendo? Fale sobre isso ▪ Fale sobre o que mais achar importante. ▪ Grau de escolaridade

Anexo 5. Inventários das entrevistas

Nesta seção serão apresentadas as sínteses das entrevistas, que só foram realizadas após esclarecimentos sobre a pesquisa, de forma individual a cada um dos entrevistados. Tal procedimento contou com a leitura do TCLE e explicações sobre os procedimentos éticos da pesquisa. Todos os que aceitaram participar da pesquisa tiveram suas dúvidas sanadas e assinaram o documento em duas vias, das quais uma foi entregue para cada entrevistado.

Entrevista 1 - Júlio

V.F.A., masculino, 22 anos, informa cor parda, nascido e criado em São Paulo, há dez anos na rua. Ensino Médio incompleto. Atualmente vive em uma instiuição religiosa onde desenvolve atividades domésticas para contribuir com a manutenção da casa. No dia da entrevista, usuário informa transferência para outra unidade onde será realizado tratamento simultâneo para drogadição.

Participa do TDO na UBS Santa Cecília, onde frequentou assiduamente (5 vezes por semana) até a data da transferência. Reiniciou o tratamento por duas vezes, após abandonos.

Quanto ao motivo que o levou a morar na rua, fala da desestrutura familiar e usa a mãe (já falecida) como exemplo do que viveu em relação ao uso de drogas.

> *Bom, na verdadi na rua eu moro já...eu tenho vinti e dois anus, eu moru na rua já, deis dus doze. Então já venhu já de um rompimentu di uma estrutura di vida bem... Já minha mãe tamém já usava droga, tava nu*

> *memu caminhu du qui eu. Então a partir de quando ela morreu, qui eu tinha doze anus, eu vim parar na rua tamém. Acabei usandu vários tipos de droga. I foi... achu que foi por conta disso que eu acabei pegan...contraindu o virus da doença (...)Tuberculose*
>
> *(...) quandu a pessoa usa droga na verdade ela fica atraído, pensando em outras coisas na vida, acha droga como se fosse um refúgio. Tive alguns problemas, mas a gente acaba encontrandu uma solução*

Fala da vivência da rua como algo que não quer repetir. Trata-se de um cenário onde são presentes algumas situações e sentimentos, tais como fome, frio, humilhação, desconfiança, insegurança, entre outros, o que é diferente na instituição religiosa onde foi acolhido e onde é oferecida assistência às pessoas em situação de rua e dependentes químicos. O uso de drogas, quando em situação de rua, significava uma tentativa de fuga dos problemas. Desde que passou a morar na instituição e ser atendido na UBS, nega uso de drogas.Vê em Deus uma força para se livrar dos vícios. Fazia uso de várias drogas ilícitas e tabaco, mas nega uso de álcool durante sua permanência na rua.

> *Hoje, graças a Deus parei com tudu né... tô na "Fraternidade Caminho", os irmão são Franciscanu, i tô buscanu a Deus, conhecimento, i graças a Deus tô há um mês e alguns dia já, sem usá nenhuma droga lícita ou ilícita, i tô (...) pretendo pará de saí na rua. (...) maconha, farinha, crack. Num... bebida alcóolica nunca bebi, cigarro*
>
> *Essa Fraternidade é... num é só o tratamentu di droga. É a busca de uma nova vida. Tô buscanu uma outra vida.*
> *Bom,nessa Fraternidade eu tenho meu quarto, tenho minhas coisas, tenho minha televisão, tenhu meu rádio. Tenho tudo lá.*
>
> *Muita. Na rua a gente passa fome,posse frio, é humilhadu. Já na Freternidade não. A gente dorme com aquela disconfiança sem saber se amanhã vai tá vivo, já na Fraternidade não. A num sê se for pur Deus né, si Deus num quisé.*

Não desenvolve atividades remuneradas e informa que ajuda nos afazeres domésticos, para manutenção da ordem e limpeza do local. Nega que precisa de

dinheiro nessa instiuição, onde todas as necessidades materiais e espirituais são supridas. Acredita que o tratamento para drogadição será uma nova fase da vida, um (re)começo.

> *Não. Nessa Fraternidade num precisa disso não. Única coisa a gente trabalha pá comunidade, fazenu us afazeres, como em toda casa faz, i us momentos de orações, né.Necessariamente agora, depois du tratamento, aí sim, us irmão vão lá faz documentação, arruma emprego. Dá uma nova chance né. Só o tratmento, que nem eu falei elis dão o tratamentu di droga, é u começu de uma vida tamém. Já ganhei muito mais que dinheiro né. Ganhei uma casa, uma família, cumida.*

Discorre sobre o uso de drogas ilícitas, assim como da dependência e das alterações físicas que o uso provoca. Comenta sobre a mudança no local de uso que passa de locais mais "privados/reservados" para locais mais "públicos/expostos", à medida que aumenta o uso ou dependência das substâncias. Também informa que à medida que foi vivenciando situações desagradáveis, passou a não usar mais drogas entre os supostos "amigos". Informa ainda que a quantidade era alta. Não se considera dependente, ou seja, relata que não é "viciado".

> Geralmente, quando eu comecei eu era mais compulsivo pela droga, né. Usa di dia, meiu dia, noitinha,noite.
>
> É. Depois ao decorrer do tempo meu corpo num foi mais aguentando mais.Tipo passava o dia inteiro durmindo e usava só a noiti.
>
> Geralmente no começo a gente costuma usá escondido né, das pessoas e de todos. Agora depois que cê já passa um tempo usanu, cê usa em qualquer lugar.
>
> Geralmente eu usava com algumas pesso... uns que a gente diz entre aspas amigus, mas depois de algumas coisas que eu vi,alguns tipos de situações eu comecei a usá só.

> Dependen.. dependente pra mim é aquela pessoa compulsiva né, que faz tudo pá usá. Faz tudo, passa por todos. Geralmente esse daí já é o viciadu né. Que ele faz tudo, ele num... ele num vive sem usá a droga. Já é dependente memu, ele usá pá tentá... como se fosse um refúgio, pá tentá fugi dos problema, como naquele exato momento que ele está usanu, ele está viajanu, tá em outro mundo, mas depois que acaba, o problema continua o mesmo.

Quanto à tuberculose, comenta sobre a mãe que teve a doença, mas que também era usuária de drogas e portadora do vírus HIV. Informa que passou a perceber que o corpo estava debilitado e que estava impossibilitado de realizar suas rotinas, como por exemplo, usar drogas, devido a dificuldades respiratórias apresentadas. Cansaço, tosse, perda de peso ponderal, dor nas costas, emagrecimento, foram os principais sintomas observados que o levaram a procurar a equipe de saúde que atende nas ruas (Programa A Gente na Rua) que confunde com o “pessoal do AMA”. As principais mudanças que relata em relação ao corpo estão associadas com o emagrecimento, dificuldade de locomoção, em virtude do cansaço, e dificuldade respiratória.

> *A tuberculose foi tipo assim, foi, foi uma das coisas tamém, inclusive a minha mãe morreu di tuberculose, só que ela usava crack tamém, é.. outros tipos de drogas mais forte tamém e ela acabô contraindu o vírus da AIDS, aí passou um tempo e ela pegou tuberculose, abandonô várias vezes o tratamento com eu já abandonei também, i tipo assim, no começo eu comecei tomanu pôco remédio e hoje já tô tomanu bastante, hoje eu tomo nove comprimidus e fora o de anemia tomu ainda, tomu antis do almoço e da janta. Então, tipo assim, no momento que eu usava droga, eu num tava nem aguentando mais usá a droga. Meu pulmão já tava tão debilitado que eu num conseguia mais usá. Aí eu procurei o pessoal do AMA né que passa na rua, é viu minha tosse, falou que podia sê... era uma suspeita de tuberculose ou é... uma doença que elis falaru que eu num lembro o nome agora, aí perguntaram pra mim se eu queria passá; falei que queria, foi na onde descobri que tava com tuberculose, que me dava dor nas costa, me sentia cansado, por exemplo, num.. ao decorrer do tempo como levo pá chegá daqui até Santa Cecília por exemplo, eu levava uns quinze minuto, depois que eucontraí essa doença eu já levava meia hora pá chegá. Andava bem lento, só andava com sono, cansado, fraco, perdi muito peso, eu pesava oitenta quilo eu cheguei pesá cinquenta e quatru, hoje eu já tô melhorando eu já tô com*

> *cinquenta e... com sessenta e quatro quilo, i.. foi assim, comecei descobrinu... cada vez piorando mais.*
>
> *Ocorreu.Tive emagrecimento, muito dor nas costas, dor de cabeça, febre a noite inteira, não tinha fome, perdi muito, mas muito peso mesmo, foi vinti quilos di, di, de um... vamu pô ai um mês. Eu tava percebenu que não era da droga né, que a droga não faz tanto assim tamém, e tosse de mais, falta di, falta di respiração tamém, senti muita falta.*

Acredita que contraiu a doença usando utensílios para consumo de drogas, ou seja, compartilhando cachimbos para uso de crack.

> *Bom, eu creiu, eu acreditu que foi usanu, como a gente se chama, cachimbu dus otro, de outros, compartilhandu né, eu uso, depois ele usa, ai outro usa, eu acho que eu peguei assim, como muitos já pegaram assim.*

As mudanças que ocorreram na sua vida após o diagnóstico foram positivas e negativas, e enfatiza o fato de poder sair da rua e da conscientização sobre drogas e transmissão da tuberculose, embora esta última seja uma forma equivocada de entendimento da transmissão (via copo utilizado por uma pessoa contaminada), e relata ter sido orientado pela equipe da unidade.

> *Tipo assim vamu se dizer que foi bom e não foi. Bom, foi porque agora, se Deus quiser vô parar, vou sair desse mundo da rua né. É...tive a conscientização tamém sobre não usá copos assim, de pessoas que tem, tipo mais um conhecimento pra mim tamém consegui mudá, saí da rua e pará com as drogas, que um dos principais tamém*
>
> *Ah, as enfermeira, a médica, antes di.. primeiru dia quandu eu comecei o tratamento aqui já me pegaru, conversaru mais ou menus uma hora e meia, me explicanu né, o que era pra mim... explicanu o que era a tuberculose, pra mim entedê o que era a causa, pra mim tê uma consciência pra mim tomá ou não.*

Fala de internações e tratamentos anteriores para tuberculose, que não foram terminados, em virtude do uso de drogas, as quais interferem negativamente no tratamento impedindo seu término (sic).

> *É eu fiquei internadu no Hospital de Pirituba eu fiquei quinze dias. Um dia eles conseguiram marcá uma vaga pá.. pá Campos do Jordão, lá pra Campos do Jordão, só que aí devido o tratamentu e a compulsão pela droga tamém eu acabei fugindo do Hosptal.*
>
> *Aí, tudo bem, voltei pá rua, voltei a ficá mal di novo, aí o pessoal do AMA me pegou novamente, me levou pô UBS pô AMA Sé, ai tomei o tratamentu lá, aí vim pra cá; aí vim pra cá. Ai cheguei aqui me mandaru pro Pronto Socorro, aqui do ladu, fiquei internado di novo, uma semana, aí tipo, eu inventei uma história que eu queria ir embora e tal, a médica conversou comigo, me explicou novamente o que é a tuberculose, que eu podia morrer, que a tuberculose mata, mesmo assim eu consciente, mas não querendo ser consciente peguei e saí, abandonei novamente. Vim, aí... me pegaru na rua di novo, me trouxeram pra cá, conversaru comigo novamente, ja no sentidu de novo pra eu começar, ai eu comecei o tratamento aqui de novo, aí comecei tomanu, tomanu, tomanu, o remédio, aí eu peguei e abandonei, tipo, tipo abondei assim, eu já tava quase um mês e pouco, ai tipo parou us sintomas né, comecei aganhar peso de novo, é... as febre parô, tinha parado, as dor nas costa, a moleza que eu tnha no corpo parô. Pra mim eu já tava achanu que eu já tava curado, peguei e parei novamente. Foi onde eu retornei agora, aí procurei u..u... a Fraternidade do Caminho, que eu queria tá paranu com as drogas porque eu sabia assim, que eu jamais conseguiria e eu já sei disso e afirmo, jamais conseguiria continuar com o tratamento usanu droga.*

Considera que o tipo de assistência em relação às tentativas de tratamentos anteriores foram bons, exceto em uma das instituições em que foi tratado com diferença, pela situação de rua que vivia (sic). Falou que as enfermeiras foram preconceituosas e arrogantes, fato que o desagradou.

> *Não, super bem. Sempre fui, só não no Hospital de Pirituba. Em Pirutuba a... o... as enfermeira são tipo meio preconceituso, trata a gente como, com uma certa arrogância, umas coisas assim que eu num gostei*
>
> *(...) por exemplo é... como aqui mesmo, aqui no Pronto Socorro que eu vim, tinha um rapaz que tava do meu lado que era mais ou menos de classe média, ele estava hospitalizado tamém do meu lado, porque tava com TB tamém eu*

> *tamém. Tipo o tratamento como... como eles conversa, é diferente. Tipo: "ô enfermeira, por favor, tem como a senhora vê"... tipo: "ahhhhhh depois,depois, depois eu vejo". Já com eles não, falava calmamente, como uma pessoa normal. A gente é tratado como animal*
> *.*

O tratamento atual, realizado na UBS, é bastante positivo na avaliação do informante. Comenta sobre a mobilização e esforços da equipe nas buscas por casos faltosos e abandonos do tratamento. Para o informante essas atitudes incentivam o usuário a dar continuidade ao tratamento, e, principalmente evitam que eles se sintam vítimas de preconceitos. Sente diferença em relação a alguns locais por onde passou para o mesmo tipo de tratamento e a UBS. A relação com a equipe atual é favorável, o vínculo estabelecido contribui e é algo que fará falta (sic).

> *Ó mó bom, as enfermeiras são super, são super alegre, distrai a gente bastante, se preocupa bastante, como a médica daqui mesmo,uma vez,é uma... um dos abandono meu ela foi me buscá na rua tamém, me procurá de carro, então a gente que eles não tem um... um certo preconceito com morador de rua, ele trata como uma pessoa comum. É isso que incentiva mais tamém.*
> *Ah é... percebo sim tipo agora todo mundo me conhece né. Todo mundo vamos dizer assim, já pegou aquele amor, que nem inclusive agora, eu tô indo para a outra instituição em São Mateus que lá é casa, porque nessa casa que eu tô não é casa de acolhimento é casa de passagem, os morador de rua vai, toma café, toma banho e vai embora. E pra mim foi abrida uma exceção e na verdade a casa de tratamento é lá em São Mateus, Santo André em Parelheiros, tem outras casas espalhadas. E... o pessoal daqui tá, tá, as enfermeira tá até triste né, a dotora todo mundo, porque eu vo saí daqui.*

Refere-se ao TDO como uma modalidade diária de tratamento na unidade e que oferece alguns incentivos para tal acompanhamento – cesta básica e vale transporte. Foi orientado sobre esse tratamento pela equipe da UBS - as enfermeiras. Cita que esse tipo de tratamento favorece uma relação de amizade que o torna possível e facilitado. Nega dificuldades com esse tratamento e relata melhora do quadro clínico apresentado inicialmente.

Supervisionado... bom a... até meu entendimento é supervisionado eu vim tomá, ter o acompanhamento sobre a minha medicação e acima disso eu vou ganhar alguns benefícios né, como cesta básica, passe. É um incentivo a mais, eu acho que o governo deu né pra, pras pessoas se consti.. se conscientizar mais e tomá os remédios.
Aqui mesmo tamém. As enfermeiras
Nu começo, vou falá é ruim. É ruim porque a gente num é acostumado né, mas depois isso é normal. É té bom pega uma amizade, vem todo dia, conversa. Não é só vim tomá o remédio, pegá o lanche e ir embora. A gente temuma certa amizade com as pessoas que trabalham aqui.

Sinto, eu tô bem graças a Deus. É só um poquinho da tosse que tá, mas nada como antes

Hoje nenhuma. Hoje nenhuma, pelo fato de eu ter uma casa e tudo. Hoje nenhuma.

Aponta como dificuldade em relação aos tratamentos que abandonou o horário do funcionamento da UBS que era incompatível com suas rotinas em virtude dos hábitos noturnos (uso de drogas) e diurnos (dormir o dia todo para repor os desgastes da noite).

Antes ... antes porque eu dormia, ai ti,, tinha que vim das oito e meia até as quatru né; as vezes, por exemplo, usava droga a noite inteira, queria durmi o dia inteiro ai muitas vezes abandonei por causo disso

Como facilidade principal aponta a cura que é possível e retoma o fato de a mãe ter morrido de TB; segundo o informante, a história de sua mãe o incentiva a se cuidar para tentar mudar a situação. Espera um bom resultado desse tratamento e relata que o movimento que faz é o do dia a dia (rotinas da casa) e procura melhorar a alimentação, que está sendo controlada pelos irmãos da casa (os oreintadores/cuidadores).

Ah, única facilidade que tem é a cura né. Como eu já tenho o exemplo da minha mãe que morreu com tuberculose.

É, espero um resultado bom né, como todos esperam...

Ah eu faço o movimento do dia a dia. É... coisas normais, que as pessoas faz hoje

> *Alimentação. Alimentação, minha alimentação tá sendo agora, tipo assim, não só eu como os irmão tamém tão sendo rígido em questão de alimentação. Mesmo quando eu não quero comer, os irmão faz pelo menos eu comê um pôco.*

Finalmente é interessante destacar a associação que fez entre os abandonos de tratamento, no geral, com o uso de drogas, gerando a multiresitência do bacilo frente aos medicamentos existentes.

> *Interfere. Interfere qui... quando você usa drogas você num qué sabê de mais nada né. Num qué sabê di.. se se cê vai morrê amanhã, num vai, se a doença causa...*
> *Não, não. Importanteque eu digo assim só pá quem não...pá quem não tá se cuidando sê cuidá né. Porque hoje eu sei se eu pará mais um... mais uma ou duas vez, eu sei que não vai mais existir mais remédios, que na verdade são drogas né, para matar os bacilos que estão dentro de mim.Eu ja tenho essa consciência.*

Entrevista 2 - Guilherme

Sr. A.C.C[15]., masculino, 52 anos, refere ser de cor branca, proveniente do Alagoas, há quinze anos em São Paulo, onde vive há mais de dez anos em instituições conveniadas com a prefeitura (albergues). Ensino Fundamental Incompleto.

Faz TDO na UBS Santa Cecília, com início em 11.11.2009. Frequenta a unidade cinco vezes por semana. É o primeiro tratamento para tuberculose e faz tratamento contínuo para diabetes.

Durante a entrevista, o informante demonstra ansiedade e fala sobre assuntos muitas vezes não relacionados à entrevista.

Na tentativa de dar início à entrevista propriamente dita, o usuário fala sobre um acidente que sofreu e aborda a questão das deficiências do serviço público de saúde e compara o sistema de saúde da Inglaterra, onde o Chico Anysio teria feito sua cirurgia de cirrose, a um custo de 280 mil dólares, ao sistema privado de saúde do Brasil. Faz crítica ao serviço de Saúde Pública (hospital) onde ficou internado, à falta de equipamentos, mas aprova a atuação dos profissionais.

> *É...a... Saúde Pública do Reino Unido, da Inglaterra é compatível a saúde privada ou até melhor, si não ganhar da Inglaterra, si não ganhar da privada É.... aqui é o contrário, você é um bom profissional da... da área da medicina, é... você.... como membro da da ciência que um médico é membra da ciência, tá intendenu, médico, infermero, infermera. Quer dizer, aí fica difícil vc desempenhar um bom papel como médico e como a infermero se vc naum tiver equipamento adequamentente pra você trabalhar.*

---

[15] Informante apresenta comportamento de grande ansiedade durante a entrevsita. Fala de assuntos, às vezes não relacionados à pergunta/entrevista. Parece sofrer de algum comprometimento psíquico.

> *I aí lá não do jeito que eu entrei eu saí*
>
> *(...) o problema da nitidez visual ...eu só passei pelo uma... pelo um mapeamento é... de retina porque eu berrei lá ó eu não to encherganu nada e tal. Tendeu comu é qui é. Veja, tendeu...daí o profissional são bom, mas ai não tem equipamento adequado, tá intendenu...então a saúde pública brasileira ela não anda e num vai tê como.*

Sobre a rua, fala que nunca morou na rua, e mesmo quando trabalhava já utilizava o que chama de equipamento (albergue), com a justificativa de que o alto custo de vida inviabilizava uma moradia compatível com o seu salário. Exercia a função de carpinteiro até sofrer o acidente citado. Ao falar sobre o albergue, durante a entrevista, é possível observar uma mudança no tom de voz e na expressão facial (demonstra vergonha). Faz questão de enfatizar que se preocupa muito com a imagem e higiene pessoal.

> *(...) a oferta é pequena, é de equipamento e é tudo lotado, agora hoje a rua na verdade memu na rua eu nunca eu,.. eu nunca morei(...)*
>
> *(...) tô no contexto que a colocação é: bobiô o povo albergado é povo de rua também. Só que eu sempre me preocupei com a minha higiene, um banho, tá intendendenu... não andá igual o pessoal da panela de Brasília, mas andá, com que... com higiene. Porque mantendo a higiene você ainda tá sujeito e corre um sério risco de contraí doença. Agora imagini dormindo no papelão. Tendeu neah(...).*

Tem familiares em São Paulo (irmã e sobrinhos), mas perdeu contato telefônico e desconhece local de moradia dos mesmos. Não tem filhos, nunca se casou, mas informa que já teve um relacionamento com uma mulher. Não exerce nenhuma atividade remunerada, nem recebe benefícios em decorrência do acidente, visto que não possuía vínculo nenhum e também não contribuía com a Previdência Social, na ocasião. Vive de recursos da Assistência Social do município.

> *É eu me mantenhuu...é... assim: Primeiro é qui eu tenho...eu to cuidando da tuberculose, tenho diabete... Tomo di manhã antes do café primeiro uns comprimidus.. agora... é.. almoço...Eu passo o dia com café.. ai tomo café lá no equipamento e janto.*

Faz uso de cigarro, porém informa que reduziu consumo em relação a algum tempo atrás. Relata que se considera dependendente do cigarro. Nega uso de álcool e outras drogas ilícitas.

> *Eu fumava, eu fumava... agora não, extamente dois maços por dia. Hoje o máximo tá dando pra 3 dias pra uma semana.*
>
> *(...)heis que o tabagismo, uma vez que não entra cachimbo no meio, não entra maconha e outra dorgas, sim, ele é que ele trará, ele ao invés de ser benéfico nada, óbvio, é evidente que não mas ele passa a ser um companheiro no momentos di, di di, di isolamento di solidão da pessoa. Certo, não sei se vc já observou, pessoas, pessoas da alta sociedade, tá intendendu. Ahh, pessoas da classe média e classe média alta, ele fuma normal, quando ele passa ter um problema, uma perca na familia, perdeu a mãe perdeu o pai, ahhh, num tragédia, trágica e tal vc pode ver que no sepultamento eles tão fumando um cigarro um atrás do outro vc já observou issso. E são pessoas que tem essi... essi mal estar de fumar um cigarro atrás do outro, o cigarro ta alimentando ele, ta sendo o companheiro nesse momento"*
> *"Olha é isso que eu acho, é... que eu dependo do cigarro pq nos momentos de, nos momentos a sós, que eu to sozinho i as paredes e o ar, tá intendenu, entaum eu acendo um cigarrinho e fico fumando, então eu dependo*

.

Sobre tuberculose, relata que é leigo no assunto e acredita que se trata de uma gripe; alguns dos sinais e sintomas que o mesmo relatou não estão relacionados à doença:

> *(...)olha eu pra ti falar franco, é... eu pra ti ser franco, deixa bem claro, eu sou leigo no aspecto dela porque para mim é até uma gripe, os sintomas que me surgiram foram esses: dor na junta, biliscão na junta, é.. aquelas agulhadas no pelo da cabeça, no couro da cabeça, é... unha deteriorada, perca di cabelo este foi o sintoma(...)*
>
> *Iiii... eu, me achava qui tava com gripe*

> *É aqueli sintoma qui..eu ti...eu, eu... eu já ti falei (...) eu tava sentinu muito friu ... eu só queria coberta, i...i sintomas de fastiu (...) Fastiu é perdê o apetite"*
> *"...que eu achava que tinha sido, é... bombardeio de antibiotico, eu tomei mto antibiótico lá no servidor, tomava aquele cipro, é forte né aquele comprimido(...)*
>
> *Eu tive treis malária na região do norte do país, só que sempre a primeira que qeu peguei, a viva. Eu peguei so meia cruz.*
>
> *(...)eu contraí a hepatiti, acharu qui eu era usuário, que eu tava velhinhuuu... (...) então a dotora falou qui a hepatite é crônica né.*

O dignóstico da doença, feito no AMA, só aconteceu na terceira consulta médica e após recber tratamento para pneumonia. Segundo relato do entrevistado, mesmo depois de uma sgunda ida á unidade , com permanência dos sintomas, não se procedeu á investigação sobre TB. Isso só aconteceu quando houve piora do quadro, conforme relatado por ele.

> *(...) foi quando eu fui no postu, fui no AMA (...) passei pelo médico, ditei o sintoma pra ele, ele me passou por dez dia, é...é.. dois suco de xarope para gripe. È... para tosse alérgica e uns antibióticu, anti pelamunia. Iiii depois, outra, passei por outra médica, aliás passei por outro dotor, ele passô mais, por sete dia, xarope mais antibiótico, passei por outra médica, lá no AMA, que sempre passei pela médica, elaaaaaa... é.... achô convenienti, é... tirar uma... é...me enviá pro ráo X (...) Ai foi quando preparou-se a chapa, é... eu também tive perca de... falta de ar, qué dizê.. uns cansaço tal.. iiiiii.... passei por duas inflamação. Ai a doutora quando viu a chapa (...) ai a doutora falo qui pela chapa quando ela fez a leitura que eu estava com tuberculose (...) Ai ela me exigiu o exame de escarro (...) ai veiu pra qui, veiu positivu.*

Desconhece onde e como contraiu a doença, mas demonstra conhecimento sobre a forma de transmissão. Observou mudanças que avalia como benéficas em relação à vida e ao corpo, após o início do tratamento.

> *(...) Eu posso tê contraídu em equipamentu (...) e posso não ter contraído em equipamento porque eu tive relacionamento com pessoas (...) com pessoas portadora da doença; e talvez conversanu assim pertinhu um do outro, isso pode levá a um certo, a um, a um resultado positivo, num pódi.*

> *(...)o pessoal sempri articulanu: ô parece qui ocê tá magru (...) peguei i olhei no espepelho, falei: caramba, eu só tô o ossu. Hei cara eu agora tô fazenu parte da família pantera cor-de-rosa, cazuza. Comigo memu, esse comentário eu fiz, pra mim memu, esse comentário (risos).*
>
> *(...) tava uma carcaça (...) quem tem tuberculose, dá uma olhada aqui (mostra a região do polegar da mão E), essa parte nossa aqui ó, é funda.*
>
> *(...)a mudança é uma mudança pá melhor, porque uma vez que você tá num seguimento de um tratamentu, significa que você tá é... almejando o melhor, si recuperá daquilu que te afeta.*
>
> *(...) o resultado nem na melhor ciência do planeta poderá ser um resultado imediatu. Veja bem (...)um senhor resultado benéfico, porque u cansaçu, tá intendenu, tô me alimentando bem, é; qué dizê, isso acontece. (...), tá evoluindo sim sim,, evoluiu pá melhor, lógico.*

Nega tratamentos anteriores para tuberculose. Não tem conhecimentos específicos sobre TDO, mas sabe que é o tratamento que faz diariamente na UBS; avalia como bom essa modalidade do tratamento, porque estar em contato com a equipe pode significar um apoio que facilita o processo.Já sentiu algum mal estar, mas não atribui aos medicamentos e sim à alimentação inadequada. Foi informado por um conhecido sobre outra forma de tratamento com ervas medicinais, que segundo o informante, é uma proposta válida e que fará uso somente após o tratamento prescrito pela médica, como uma forma de potencializar o tratamento.

> *Ahhh, porque a equipi qui mi acompanha, tantu a médica i..., tá sempre me indagando: i ai... tb bem.. tá bom e tal. I se eu estiver passando por algum mal estar eu tenho qui passar pra vcs qui faz parte daqui, evidente?*
>
> *(...)apareceu um peruano ai, o peruano, (...)lá no Peru eles tratam tuberculose com essa planta, mas ele, é... eu até falei com a Silvia é, qué dizê, que eu não vô, não... eu só vô tomá ela quando eu concluí o tratamento aqui.(...) eu opinei decidi por aquele, é aqule qui eu comecei que hojte tá com 30 dia, quando fazê seis mese do tratamento da tuberculose ai eu vô, ai eu vô, ai eu eu vô respaldá o tratamento qui eu já concluí seis meses aqui com a prática, batida no liquidificadô e tomá ela com mel.*

Foi orientado a não faltar ao tratamento e teve que fazer uma promessa para a profissional médica responsável pelo tratamento. Mas avalia como muito benéfico o resultado do tratamento

> Ai a dotora, é...me fez a seguinte indagação, que eu, eu tinha que...eu teria que prometer pra ela que eu não ia faltar. Mas eu.. o ... o tratamento é um seguimento, tem qui seguí religiosamente, você não pode faltá com a medicação. I eu estô sentinu um... um fator benéfico(...)

Informa não encontrar dificuldades em relação ao tratamento e como facilidades aponta o fato de um atendimento integral, como por exemplo o encaminhamento para a nutricionista e atendimento de outras necessidades e não só a tuberculose.

> *a dotora Inês já agendô para uma, para me encaxá numa nutricionista. Purque... vc vê comu é qui é a... é fundamental nutricionista também.*
>
> *(...) purque nu aspectu di que tá senu acompanhadu pela médica, iii ela tá vendu qui realmente.. tá pidindo exame e mais exami, tá intendenu.*
>
> *(...) qué dizê, qui ela olhou assim pra mim e viu meio brancu como quem diz tá anemicu né? Qué dizê noventa comprimido. Tem que tomá antecipadamente da alimentação, trinta minutos. Isso daqui ó eu tomo pra tuberculosi, tá venu? (pega e mostra outro tipo de comprimido). Esse daqui, é uma...é um duas horas antis... esse é do diabetis (mostra outro tipo de comprimido). Eu tenho diclofenaco lá que é pra dor, ontem começô um sintomazinho de cólica, eu tomei dois, durmi mõ sussegadu eu durmi igual uma criança.*

Espera sucesso no tratamento e relata que está focalizando o mesmo e reconhece a importância deste para tal sucesso. Afirma que a utilização de álcool ou tabaco tem interferências no tratamento somente se usado de forma excessiva.

> *Eu...eu espero sucesso. Eu esperuuu ... resultado positivo.*
>
> *É... o... eu tô focadu.. numa só, é... objetividade. Se chuva se faça sol, um dia siquer eu num fico sem tomá o remédiu. (...) tem qui tomá o remediu.*

(...) si excedê, tudo por excesso é nocivo, sim mas si a coisa moderadamente, quase paranu,num, num...num vejo motivo de interferência não (...)

Entrevista 3 - Juninho

Sr. O.B.S.O., masculino, 29 anos, refere cor parda, proveniente de Ilhéus, não informa quanto tempo está em SP, mas em situação de rua há 6anos. Pernoita nas ruas da região central do Município de São Paulo. Ensino Médio Incompleto.

Faz TDO na UBS Santa Cecília, com início em 09.12.2009. Frequenta a unidade cinco vezes por semana. É o primeiro tratamento para tuberculose. Em janeiro de 2010 recebeu a notícia da morte de sua mãe, alguns dias após o seu sepultamento.Na mesma época, recebeu dignóstico de HIV e foi transferido para SAE Campos Elíseos (serviço de referência para DST/HIV).

O motivo principal da ida para a rua, segundo o usuário foi o uso de drogas ílicitas – o crack – após ter cumprido pena criminal. Fala dessa situação como um processo prejudicial e estigmatizante. Considera que o uso de drogas foi incentivado por influência de uma companheira.

> *Eu... eu tinha uma vidinha assim legal, só que.. na periferia na zona sul. Aí um cara resolveu, querê me batê, eu num deixei, eu tinha uma arma; aí ele pegô... ele sabia que eu tinha uma arma. Aí eu saí com a arma na mão, aí ele falô ó: eu vô lá em casa e já volto; aí ele foi na casa dele pegá uma arma, pá mi matá, aí eu peguei e acabei atiranu nele. Ele morreu, fui presu, paguei por esse crime, mas aí fui absolvidu, porque consegui prová que foi em legítima defesa e realmente foi.(...) mas até eu sê absorvidu eu fiquei dois anos presu, esses dois anus aî danificou a minha vida, eu estou no rol de presidiários, o rol do presidiário, entende ?*
>
> *Você... pá tirá antecedentis criminais... o seu é limpu né? Eu já num sô, o meu já consta, mesmu, qui eu fu.. qui eu fui absolvidu. Mesmu qui eu fui absolvidu; o meu consta.(...) Ai pronto, por causa disso aí fiquei revoltadu, comecei usá droga, fumá crack, já tinha uma namoradinha já, uma menininha bunitinha qui eu gostava dela, ela já fumava. Aí disse: pô podia tê uma droga pa genti esquecê*

de todu pobrema, né. Daí ela falô; cara o crack faz até você si esquecê de Deus. Essi, essa droga desgraçada faz você esquecê de qualqué um. (...) pió que fai memu, porque tem um cara que róba a mãe dele, pá fumá crack. Ela falou: então. Ele é capaz até di matá a mãe dele pá fumá o crack. Falei: será que esquece memu dos pobrema? Falou: Ô... si esquéci, esquéci di tudo. Aí eu falei: Í, realmenti...
Ai eu vim pará na rua, devidu u crack.

Atribui qualidades negativas à vida na rua.

Pra mim é horrível (...) eu num tenho di... eu num tenho di tê nada, eu num tenhu di guardá nada; não tem hora certa pá comê; não posso dormi di noiti, só pode dormi di dia; dormi pôcas horas de sono; as vezes dorme di noiti, num sabe si vai acordá vivu, num sabe se você vai amanhecê com a sua bolsa, num sabe o que podi acontecê, apareci um grupo de skinhead, um grupo de careca, uns pank, essis cara aí tudo, mata essas pessoas qui dormi ni rua (...).

Exerce atividade remunerada informal, catando latas. Os gastos pessoais são representado por consumo de drogas.

Catu latinha (...)Eu ganho assim em torno de sete, oito, dez real por dia

Verbaliza que usa álcool, tabaco e outras drogas ilícitas em quantidade considerada por ele como alta. O uso é feito em qualquer lugar (ruas), a cada três dias e normalmente sozinho ou com uma pessoa “menina” a quem demonstra e afirma ter afeto.

As droga qui eu uso é cachaça... i crack i maconha

(...) Só um cigarru tamém mas, tô pretendenu pará.Eu fumu um cigarru vez ou outra. I só quandu eu fumu crack i bebu cachaça, i só quandu eu fumu crack qui eu fumu um cigarru.

Num gosto de andá cum ninguém, nem.. nem ficu conversanu cum ninguém. Eu gosto de andá sozinhu (...) Ou eu ou eu i a Tati
Quantidade de uso é... de crack eu chego a usá umas treis grama, di crack. Cachaça eu bebu assim uma..uns meiu litru.(...) É muito.

Considera-se dependente dessas substâncias e define a dependência como uma situação de difícil superação.

> *É você não coseguí si livrá sozinhu dessa situação qui você vive e você deseja qui... (...) Cê deseja saí mai num consegui (...) Eu num consigu*
>
> *Num passo mais do que treis dias sem fumá. Nu máximu treis dia.(....).*

Sobre tuberculose, o único conhecimento que tem sobre a doença é que a mesma pode desencadear a morte. Os sintomas percebidos foram principalmente a inapetência e dor no pulmão. Foi diagnóstico após realização do exame na UBS.

> *Qui mata...! (...) Só*
>
> *Só senti (...) de tirá u apititi memu. (...) Dores nu pulmão*
>
> *Fiz um ixami aqui*

O agente etiológico da TB para o usuário é a friagem, que é comum nas situações de pernoite em que vive diariamente. Contraditoriamente parece reconhcer a transmissão aérea porque afirma ser importante evitar aproximação com outras pessoas que podem contrair a doença. Essa é a mudança que ocorreu em sua vida (sic).

> *Achu qui eu peguei di friagi, assim, durminu na rua, porque as veiz qui eu tô muito lôco, lôco, lôco memu, eu só pegu essa bolsa (mostra a bolsa que carrega) i (...) aqui assim ó e coloco a cabeça em cima i deitu aqui memu nesse chão geladu. O corpo tá anestesiadu, alcoolizadu, nem senti! Friagi (...)*
>
> *É qui o seguinti, cê num podi ficá muito pertu das pessoas sabi. (...) Por causa dessa tu.. dessa duença.Agora tenho qui... ficá um pôco longi das pessoas até passá us primeirus quinze dias di tratamentu. (...)Aí cê já tá fora de risco de contraí a doença (...)*

O emagrecimento é a única mudança observada em relação ao corpo, segundo esse usuário.

> *É só tô mais magru um pôco.*

Nega tratamentos anteriores para TB e outros tipos de tratamento. Afirma estar aprendendendo muito com o tratamento atual, que avalia como ótimo.

Embora muito recente o tratamento (iniciou três dias antes da entrevista) informa que já observa melhoras no estado de saúde. Mas, a quantidade de comprimidos que tem que ingerir diariamente o incomoda.

> *Tá senu otimu pra mim(...)Purque...tô aprendenu lidar com a situação di tuberculosi i falamus u siguinti qui eu võ aprendê muito mais ainda, o que eu num sei (...)Tô sentinu qui tá melhoranu*
>
> *Se tem alguma coisa que incomoda? É muito remédio po cê bebe.(...) Seis cápsula de remédiu por dia (...)É aí cê tem que tomá todas elas di uma veiz só. Aí cê toma uma, toma outra, toma outra, toma outra, aí cê vai bebenu aquelis remédiu ali assim ó, aí quando assim ó (arrota) cê bebi água, bebi água, bebenu água, bebenu água, bebenu água com aquelis remédio, ai cê arróta ai assim... uff.. cheiru daqueli remédio; gostu di remédiu, na boca.(...) remédiu di levi.*

Desconhece a modalidade de tratamento que faz diarimente na UBS (TS) pelo nome, mas acha que vir diarimente para a unidade, além de garantir-lhe segurança em relação ao acondicionamento dos fármacos, também propicia o contato com o profissional médico, que julga como importante. Não acha que é uma rotina fácil, mas a considera necessária. As estratégias de sobrevivência na rua é um fator dificultador para esse tipo de tratamento, que tem horário a ser cumprido, conforme afirma o usuário.

> *Porque num perdo us remédiu di sê... qui.. quí elis tá qui né. I tamém venhu aqui i conversu cus.. cus médicu. Pra mim é bom*
>
> *Num é qui... é qui... é fácil, é precisu. Eu precisu vim eu vô vim(...) Mas tamém num tem facilidadi, porque eu andanu por aí, num sei ondi vô durmi, tá venu. Eu agora mesmu fui durmi umas quatro hora da manhã, acordei já era onzi e dozi e eu tenho qui tomá remédiu onzi horas em ponto. Aí eu peguei, i vim prá cá correnu pra mim tomá o meu remédio.*

A cura é a principal expectativa em relação ao tratamento, de acordo com o usuário. Para isso procura respeitar os horários definidos para o tratamento prescrito. Finaliza demonstrando conhecimento sobre a interferência das drogas ilícitas e do álcool para o sucesso do tratamento, embora atribua maior peso ao crack e álcool. Quanto à maconha e cigarro, acredita que a interferência é menor e que a maconha pode até favorecer, estimulando o apetite.

> *Vim aqui tomá us remédius nas horas certa, foi isso que ela me ensinou (...) A médica*
>
> *Purque... si ucê bebi cachaça infraquecí u remédiu né, i usanu crack ainda. I usanu maconha é ruim, mas num faiz tanta interferência. (tosse) i nem u cigarru. A maconha (...) emagrecê uma fomi enorme. Dá vontadi di comê cumida*

Entrevista 4 - Gabriel

Sr. I.J.S., masculino, 58 anos, refere cor parda, proveniente do Rio de Janeiro, há doze anos em São Paulo, não informa quanto tempo está em situação de rua. Atualmente vive em um albergue do Município de São Paulo. Ensino Fundamental Incompleto.

Faz TDO na UBS Santa Cecília, com início em 23.10.2009. Frequenta a unidade cinco vezes por semana. É o primeiro tratamento para tuberculose e apresenta deficiência visual.

Informa que o motivo que o levou para a situação de rua foi um desentendimento familiar. Alterna entre rua, albergue e pensão/quarto alugado, fato esse que depende de estar exercendo alguma atividade remunerada. Não aprova a vida na rua e relata que a questão da segurança, alimentação e da higiene pessoal são fatores que dificultam a vida na rua.

> *Na rua? Na rua anoiteceu tem qui durmi né... arrumá um papelão í deitá. Num local qui dá pá deitá né?.*
>
> *Ah , não é bom não (...)*
>
> *Na rua num tem... a pessoa num tem sussegu né. Passa um cara bebenu, levanu um calçado que a pessao tem né. É... num tem lugar próprio pra pessoa usar usar um banheiro, num tem um banho né, duranti a noiti*
>
> *É, a diferença é qui num tem... a comida só vem...i si... si num passá num comi né. É um banho num toma, também né. Banho, só durante o dia, si procurá, casa de convivência*

Esporadicamente, “quando aparece”, trabalha como pedreiro – bico. Nessas ocasiõs ganharia cerca de cinqüenta reais por dia; os gastos que antes eram com bebidas, agora reverteram-se para os gastos pessoais (sic). Há dois meses parou de usar drogas ilícitas e álcool.

> *É.. cachaça..é bibida, bbiida, droga também...”(...)É ...maconha (...)Pedra também...crack né*
>
> *Num é todo dia não. Só quando tem dinhero*
>
> *Poco é... um cigarro por noite né (...) Crack é uma pedra só... uma, duas, né... até vará a noite toda né.*

Tem dúvidas em se definir dependente ou não, mas relata que sente algumas alterações físicas que acredita estar relacionado à falta das substâncias das quais fazia uso. Define a dependência como vício.

> *Dependente... dependente é a pessoa bem aviciadu memu né(...)*

Sobre tuberculose diz não saber muita coisa, por ser a primeira vez que contraiu a doença, mas conhece um caso de um amigo que contraiu a doença por duas vezes e em uma delas ficou internado. Sentiu-se surpreso com o diagnóstico, que foi feito a partir do trabalho da equipe do PSF (A Gente na Rua). A transmissão da doença acredita ter ocorrido por meio do uso de utensílios compartilhados (copo) com amigo portador do bacilo.

> *É.. foi assim tipo uma supresa desagradável porque eu não sabia né.*
>
> *Eu tava na Canuto do Val i a equipi do SUS me convidô pra fazê o exame de escarro né. Ai eu fiz; depois eu recebi o recado lá pra eu vim aqui; aí eu vim.*

Então eu fui...fui di...discubertu porque a equipe me convido pra vim aqui né.

Num sei...eu não...eu tinha uns colega que ele, ele era meio, contaminado né, inclusive um morreu aqui né, lá nu Ãngabaú né, esse só vivia na rua direto, i... acho q foi só esse memu, qui a gente sempre bibia junto né. Sempre tem na rua, sempre tem pessoa com essa doença. Mas só qui a gente naum sabe direito né (...) É, ele tava com tuberculose (...) Deve ter sido com ele né.

Achu qui é... bebenu nu copo né... acredito que seja (...)

Mudanças positivas ocorreram na sua vida após o diagnóstico, como por exemplo, parar com os vícios – drogas e álcool. Tal mudança, o informante atribui à importância do tratamento para tuberculose. O cansaço foi a mudança principal relacionada ao corpo após o diagnóstico (sic). O sintoma principal foi a tosse seca.

A mudança qui teve é só qui eu dei umas paradinhas nos vícius né.

Pá controlá o remédiu né

Corpo tá meiu cansadu né

Sentia na... não sentia uma tossinha seca só né

Além do tratamento para Tuberculose, foi prescrito há dois anos um tratamento para colesterol alterado, que segundo o informante não aderiu a contento; vai retomar o tratamento na próxima consulta médica (sic). Embora seja difícil vir diariamente na UBS para o TDO, reforça a importância e necessidade, demonstrada também pelo esforço, assiduidade ao tratamento e distância percorrida do albergue à UBS. Enfatiza a importância do vale transporte (concessão da SMS-SP para essa modalidade de tratamento) para a adesão. A caminhada diária para esse tipo de tratamento inviabiliza outras atividades no mesmo dia, pelo cansaço físico (até em decorrência da patologia) e pelo tempo gasto. Desconhece o TDO pelo seu nome, mas sabe que é o tratamento que faz diariamente na UBS.

Esse tratamentu... qui eu tô vinu aqui né, de segunda a sexta, e preciso vim pra evitá qui, né, eu fique pió né

É essas condições é ..fica um poco difíce pra mim. Qui eu tô andanu muito a pé né. Muito a pé. Diz que tem um vale transporti ai, mas num saiu nada né, até agora, qué dizê qui... quando tá chuvenu é ruim da getne vim né, quandu...é andu, andu muito durante o dia tamém, saí de onde eu tô i... é o dia quase todo né

Não, não é muito bom não né, porque a pé né" (...) não dá eu i almoçá, onde eu vô almoçá e vim né.

(...) o qui eu fui orientado pra mim vim, né, todos os dias de segunda a sexta. Inclusive ela me deu uma reservazinha, o dia qui eu num puder vim, eu... eu tomá ne´. Mas não foi preciso não, até agora. Eu to sempri, sempri vinu.

Facilidadi? Pra mim? Não, até agora num tem facilidadi não, viu.

Mesmo diante das dificuldades apresentadas e ter negado facilidades, reconhece que o atendimento é de qualidade. A expectativa em relação ao tratamento é a cura. Pra isso, informa que o movimento que faz para isso é vir diariamente na UBS para tomar os medicamentos prescritos.

(...)que é bom é, o atendimentu é bom também(...)

É eu isperu chegá o tempu i eu ficá curado né

Sabe que o uso de álcool e drogas pode interferir no tratamento. Nega ter interesse no uso do álcool durante o tratamento e quer estender esse período sem álcool e drogas para após o tratamento.

Pode porque o que seria, pra tirá a reação do remédio né, aí eu já evitei, num vô tomá, num vo tomá não enquantu eu tive tomanu o remédio.

De pará assim como eu parei? É eu num sintu muita falta não viu, Meus colega sempre oferece; falo não, não num quero, num quero naum.

De bebe? (...) Ou de fumá, agora por causa qui eu tô tomanu o remédio.

> *Não é por causa do tratamentu, também não; é porque eu não quero memu né. Eles vem oferéci, eu tenho dinhero, num tô bebenu, né.*

Falando da vida pessoal, acrescenta que uma das coisas importantes que poderia acontecer na sua vida seria a aquisição de uma moradia.

> *Da minha vida memu, só se eu arrumasse um lugar meu memu pra mim morá, aí é importanti, né (...) já era bem importanti né, mas tá difice...é.. difice.*

Entrevista 5 - Mayara

Sra. S. G. A., 43 anos, proveniente de Cascavel, Paraná, há mais de vinte e quatro anos morando em São Paulo, na rua. É deficiente física/portadora de necessidades especiais. Vive com seu companheiro desde que chegou em são Paulo e há mais de três vivem embaixo de um viaduto na Barra Funda. Não completou a primeira série do ensino fundamental. Não refere cor/raça, mas apresenta pele de cor morena.

Frequenta a UBS diariamente, ou seja, de segunda a sexta, onde faz o TDO, iniciado em 19.11.2009. Nega tratamentos anteriores para tuberculose e tratamento contínuo. Não apresenta co-morbidades.

> *Eu sô de Cascavel, Paraná, há vinte e quatro anu que eu to na rua, vinti e quatro ano..*

A informante demonstra insegurança e desconfiança durante a abordagem para a entrevista, que é amenizada com o apoio da auxliar de enfermagem responsável pelo TDO. Antes de iniciar a entrevista (apresentação da propposta, esclarecimentos, leitura do TCLE e explicação sobre o mesmo, entre outros), Indagada sobre suas dificuldades para se locomover informa que sofre um acidente há oito anos:

> *Cidentí... eu caminhu só com as ponta dus dedus nu chão.*

Sobre os motivos que fez com que viesse morar na rua, relata que foi por causa de perda de um ente querido (o esposo) com quem tem uma filha, a qual foi criada pelos avós (maternos). Desiludida, veio para São Paulo onde conheceu um carroceiro (catador de material reciclável) com quem vive até hoje.

> *(...) eu mi disgostei...perdi... perdi o marido i tava...minha fia num conheceu nem o pai quandu nasceu.. O meu pai, us meus pais criáru minha fia(...)*
>
> *(...) aí mataru o pai dela aí eu vim embora pá São Paulo.*
>
> *Aí eu conheci um carrocêro e fiquei na rua trabaiandu, agora num trabaiu mais, por causa desse acidenti. Agora quem me cuida é ele.*
>
> *Aqui eu conheci ele e tô até hoje com ele.*

Mesmo morando todo esse tempo na rua, demonstra insegurança em relação ao serviço público de Limpeza Urbana, que recolhe todos os pertences das pessoas que vivem nas ruas. Nega a existência de fatores positivos em relação à moradia na rua, mesmo assim, prefere ficar na rua a ir pra favela onde poderia construir um local para morar:

> *(...) é ruim de mais porque aonde qui eu tô o RAPA num ta passanu que é aqui na Barra Funda, , mas quandu elis passa, elis leva tudu! Agora tamu esperanu a visita dele segunda fêra.*
>
> *Tem nada não. Aqui a gente num acha... eu... eu, pá mim fala a verdadi, eu tenhu tudo material pá mim faze uma casa, mai, mas eles qué mi dá na favela, nu muinhu; eu num aceitu lá, porque lá é barro, só barro. Então si fô pra mim fica no barro, fico ali memu.*

Não exerce nenhuma atividade remunerada “a pedido” do companheiro, mas é responsável por lavar roupas e louças. O companheiro que trabalha como catador de material reciclável, assume as despesas com comida e com os vícios – cigarro e

cachaça – e ainda divide as tarefas “domésticas” ficando responsável pelo preparo das refeições. Tem um cachorro que a acompanha sempre tendo sido olbjeto de várias reportagens.

> *Eu só lá... lavu rôpa, lavu lôça. Cumida até eli que faz, eu num façu.*
>
> *Ele num deixa naum. (o companheiro não permite que a esposa trabalhe fora)*
>
> *É gastadu na cumida (...) Com cachaça tamém.*

Diminui o uso de cigarro (tabaco) de mais de uma “cartela” (20 unidades por cartela) para três cigarros por dia. Há um ano parou de usar cachaça e nunca usou drogas ilícitas. Considera-se dependente do cigarro visto que por várias vezes tentou parar de usar, mas não obteve sucesso. A dependência para a usuária é entendida como “vício”. Sabe que com o uso do cigarro, principalmente durante o tratamento pode sofrer alguns malefícios.

> *Agora quandu to passanu, dô dois traguinhu, apagu. É que num gostu di café (4:35)..... a vontadi. Primeru era.... eu comprava uma cartela de cigarru di manhã, até meiu dia acabava. Aí comprava duas pá di noiti. Agora não, agora num tem mais.*
>
> *(...) eu já tentei larga, num pude.Fiquei uns três ou quatu dia... num sei se é por causa qui a turma passa na rua fumanu daí vem aquela vontadi do cê fuma, por causa qui eu fiquei numa casa di recuperação, por causa dessa perna aqui, fiquei mais di... si.... um mês i pôco, eu num fumava. Saí gorda de lá. Num tinha tempu di fuma (...) aí dava aqueli acessu e aí dá... todu mundu passa a fumá.*
>
> *Eu achu qui eu sô viaciada, se não eu já tinha paradu.*
>
> *Víciu é o qui a genti num pode larga.*
>
> *Prejudica u purmão tamém, comu elis falaru.... mas to fumanu menus.*

A informante nega ter conhecimentos sobre a doença e forma de transmissão; atribui esse desconhecimento ao fato de nunca ter contraído a doença; Informa que os sintomas percebidos foram: tosse, dor no peito e inapetência. Quanto ao diagnóstico, parece ter tido dificuldade em relação ao entendimento médico sobre a doença que não foi identificada nas primeiras consultas, segundo a informante. O diagnóstico foi feito no Pronto Socorro da Barra Funda. Acredita ter contraído em contato com utensílios (copo) de pessoas contaminadas, mas desconhece também o provável local de infecção.

> *Aí deu esse pobrema, porque eu comecei com uma tosse, uma tosse, uma tosse, nossa e eu num sabia o que que era. Cabei discubrinu num médico; cada vez ele me dava um remediu e num batia raiu X. Aí chego o dia que eu cheguei com uma dor no lado esquerdo nu peitu, raiu X pá cuida tava até quebrada a máquina. Aí deu remediu fora pá eu toma, eu num sabia o que era que eu tinha. Aí chego o dia que apuro por causa daquelis catarru grosso, aí eu vim. Aí foi nessa daí que elis mi falaru que eu tava com tuberculose, até eu vim pará aqui.*
>
> *(...) foi só tosse e dor no peitu, num tinha mai nada. Só qui eu num cumia tamém.*
>
> *Por causo da chapa. Aí eu fiz uns inzami di sangui...di urina. Aí fiz u di sangui aqui, daí foi feitu di fezi tamém, foi discubridu na chapa.*
>
> *Nem onde num sei tamém. Si eu nunca tive (...)*
>
> *(...) nem imagino como qui pega issa aí. Otros fala qui si a genti toma nu copo daquele...i a gente vai sabe se a pessoa tem ou num tem. Assim a genti tem qui sabe. Qui quandu eu tavu sozinha, antis di mi amigá com meu maridu, eu bebia juntu com quem tinha, com quem num tinha, esse qui é o pobrema.*

Afirma que não houve mudanças no corpo nem na vida após o diagnóstico e início do tratamento. Nega o sintoma DOR relatado como sintoma inicial que a levou a procurar o serviço de saúde. Acrescenta que até a dor na perna, ferida e deformada após o acidente , já não dói mais como antes. Nega tratamento contínuo para outras doenças.

> *Nu corpu, num dói nada (...) Eu num sintu nada.*
>
> *Sempre fui assim – em relação ao corpo*
>
> *Nunca, nem pá dor na perna, quandu tá doenu. Eu sempre ia no médicu né, pá bate chapa, pá vê, mas era voltaren, voltaren, agora só dói na mudança de tempu.*
>
> *Daqui aqui só tem ferru, num tem ossu (apontando pra região da cirurgia)*

Desconhece a modalidade TDO e mesmo o Tratamento Supervisionado, por esse nome, mas entende que é o mesmo que vir diariamente na UBS para o uso dos fármacos prescritos pelo médico. Avalia como positivo ess tipo de tratamento pelo desaparecimento da tosse que tinha.

> *Eu sintu melhor né. (...) "Sinto assim que tá mais melhor do que era. Paro a tosse, paro um pôco o catarru qui eu tinha, tinha uma tosse di noite, agora paro.*
>
> *Ah... esse aí tá senu baum, só issu qui falu, não tenhu nada o qui fala (...)Tá senu, to senu bem tratada, bem cuidada né? Si eu num tivessi vinu aqui eu já era morta. Qui si eu fosse pá fica e num viesse como eles falaru do hospital, trazê a chapa, quandu u médicu falo pra mim que, que eu tava com a tuberculosi, ele já falo ce vai te qui subi lá em cima, fala na farmácia qui o ce precisa assim, assim... daí que eles, daí qui eu vim aqui (...)*

No que se refere às facilidades e dificuldades do TDO a informante acredita que além do tratamento em si, é uma possibilidade de distração e caminhada, visto que fica no mesmo local sempre. Embora acredite não ser possível fazer o tratamento auto-administrado em casa, devido ao comportoamento do companheiro, que pode ingerir os medicamentos, quando sob efeito de álcool, acha que uma das dificuldades desse tipo de tratamento é não poder levar os medicamentos para casa. A informante relata que espera ser curada com esse tipo de tratamento.

É bom. Porque pelo menus distrai um pôco, sai um pôco, caminha, só.... eu fico só lá, direto (...)

Mas pior se eu num tivesse nada pá tomá.

Porque eles num deixa pega o remédio, mas porque eu tamém eu num queru leva lá. Meu maridu bebi e se tivé remediu qui ele fica doido, ele bebi(...)

Se desse eu ia leva né? Mas é melhor tá aqui do que tá lá com eli, eli bebi, se eli tive muito doidu eli bebi.

O qui eu esperu du tratamentu? (...) é sê curada

Entrevista 6 - Joca

Sr. J.N., masculino, 48 anos, refere cor parda, proveniente da Bahia, está em São Paulo desde 1996 (14 anos). Informa que está em situação de rua há quatro anos e que atualmente vive em uma instituição religiosa no Município de São Paulo. Ensino Médio Incompleto.

Iniciou o TDO na UBS Santa Cecília em 24.06.2009, após obter, pela segunda vez outro diagnóstico de TB, sendo que o primeiro foi no ano de 2006. Frequenta a unidade cinco vezes por semana.

Afirma que a desorganização financeira decorrente de um roubo/furto desencadeou um processo de degradação social e de trabalho que contribuiu para a situação de rua que vive. Prefere denominar tal situação por milagre e não por azar. Atribui ao uso de álcool o principal motivo para a degradação que vivenciou e que foi perceptivel pelo mesmo com as perdas sofridas e itnerários percorridos.

> *É o siguinti, quandu eu vim da Bahia prá cá, primeira vez, eu vim (00:48), pela empresa construtora civil; trabalhei com ela dois anos e pôco, voltava pá Bahia, ficava lá, tornava voltá (00:55) ai depois a ..... não queria mais voltá pá Bahia, ficava em São Paulo. Consegui morá ali numa pensão no parque da Bela Vista, na Rua Santo Antonio, sempre procurava emprego, construção civil, trabalhava de carpintêro. Ai foi qui eu... fui po Rio Grande do Sul, trabaiá lá, na cidade de Caxias, fiquei um ano e pôco lá, quando eu voltei, voltei.... voltei com dinheru, eu tinha meu quartinhu alugado, ai eu fui fazê a farra aí, foi quando me cataru documentação, dinheru qui eu tinha. Ai tive que abandoná a casa, porque se ganha menus. Ai fui trabaiá num depósitu di, di, di, di papel, di, di, recicladu, aí consegui comprá uma carroça ai fiquei nessa aí, num saí, tô até hoje.*
>
> *Como carpintero tamém. Trabalhei aqui dentru da capital, várias obras, conhéci shopping Higienóplis. Trabalhei em vários prédius aqui no centro da cidade. Ai*

depois eu comecei a viajá pra fora. Quando fui pá trabalhar no Pernambuco, fui trabaiá em Minas Gerais, fui trabaiá em Angra dos Reis. E a última viagem que eu fiz, foi pá Rio Grande do Sul, lá em Caixias, foi quando eu voltei qui aconteceu esse milagri aí, pá num dizê qui foi azar né. Ai caí nessa, mas graças a Deus (2:19) eu tô fazenu o tratamentu, tenhu minha carroça. Saiu todu dia, chegu (2:24) volto pra casa, lá pra Toca, depois passo a descansar i, meiu dia, meiu dia e meiu vou po ferru véiu, vendu as coisas qui eu cato na rua, vô almoçá no restaurante de um real, ou um bar qualqué ou posso i pá toca almoçá; di tarde, na hora di saí, seis hora eu volto pá casa, tomo meu banhu jantu, durmu. Di manhã torno voltá pra aqui, qdo saio daqui volto pra toca, fico na caminhada, todu dia, todus us dias.

É porque se for o caso di cachaça. Só tem álcool. Eu achei que o dinheiro não ia acabá, comecei a fazê farra, í atrás di muié por aí, tal, inclusive alí na Praça JoãoMendes, (03:07) nova aí,ou passa a durmi até... chegava em casa quatro hora da manhã, durmia até dez, onze hora, fazia lá um pão com ovo frito i tornava a voltá pra (3:17), pá mema bagunça. Até qui tomaru. Eu era um cara equilibradu, tinha dinherinhu guardado no banco, andava bem arrumadu. Minhas coisinha: geladeira, televisão ,meu som, levaru tudo; i..eu tive qui... eu fiquei uns seis meses atrasadu de alugue, a muié briga comigu pra saí,sai num sai, sai, num sai,precisei a í passanu as coisas, primeiro passei a geladera pra ela,pá ficá mais dois mês, depois passei u som, ficá mais um mês, últimu passei o fugão, aí depois venceu,e agora, tentei minhas coisas, comecei a durmí em calçada, depois fui pra aqueli albergui du arsenal, saí ali, foi quando fui trabaiá (...) durmia dentro do palco do ferro véiu,saí procuranu casa i fui morá nesse abrigo de carroceru, que tem aqui na Dom Bo... na rua Dinu Bueno, cosa de um ano, um ano e poco quase, daí eu saí, voltei a ficá na rua, foi quando eu conheci o pessoal da Toca de Assis, e tô...quase dois anos lá dentro da Toca.

Sente tristeza em relação ao ocorrido, mas prefere não se lamentar e tomar decisões dramáticas e radicais, como outros fazem, segundo ele. Não quer repetir as experiências anteriores que o levaram para essa situação. Demonstra um processo de reorganização financeira e ao mesmo tempo de distância em relação aos familiares cujo paradeiro conhece. Não quer aproximação em virtude de recear questionamentos de familiares com quem, mesmo antes da situação de rua, não era muito íntimo. Esporadicamente entra em contato por telefone com uma irmã, que sabe do seu tratamento.

É meiu....meiu triste sim ó, mas fazê u quê. A única coisa qui eu num vô fazê é u que veju us otro fazê, se jogá debaixo du carro, jogá du viaduto, pra mim tá

> *normal a vida (...) é dá pra genti, é...comê o qui eu queru, podê saí côa garota qui eu queru (...). Só num tô fazenu u qui eu fazia, bebê, curti a noite, tomá sentadu no bar, pagá cervejada prus outros, por enquanto eu num to fazenu e num quero fazê, né. Porque se fazê e voltá ao que era... Eu num tô com vontade, tem umas muédas,de catá papelão na rua (...) Sí eu quiser voltá, (...) eu tenho o dinhero reservado da passagem, qui num deixa vontade. Eu quiria i lá purque, i meus pais?, tenho irmãos, subrinhus, como eu tenhu irmãos, também aqui em São Paulo, subrinhus, e não vô na casa deles. E quando eu num tava na boa, né, num ia lá com eles, telefoná. Agora com essa situação qui eu tô, num vô. Eu sei que eles vão dizê pra mim: é, você quando tava em construção civil, ganhava seu dinheirinhu seu negócio era noite, noite, agora cê tá precisanu di um prato de comida (...) Possa ser qui eles num fale, mas eu penso nisso tendeu, eu penso que se fosse eu que tivesse no apoio, eles chegasse ni mim eu faria isso com ele.(...) Memu assim, a minha irmã sabe qui eu tô fazenu tratamentu. Encontrei com ela poco tempo atrás, inclusive ela: " porque cê num vai lá pra casa?"; eu num vo na sua casa. É empregada doméstica e mora na casa da patroa. Eu já durmi uma ou duas noites lá, fui almoçá, ai eu já vi a patroa: "é esse negócio num dá certu, é seu irmão, mas tudo bem, aqui, pra ficá aqui num dá" Fiquei meiu...meiu tristonho, mas... eu conto com ela. (...) Telefono pra ela, quando é a patroa dela que atende, já disligu o telefone, quando ela atende eu cunversu, sou muito sistemáticu.*

Vive há dois anos numa instituição religiosa, onde coopera com seus pares, nas atividades da casa. Exerce atividade remunerada, catando recicláveis nas ruas. Fala da diferença entre morar na rua e estar institucionalizado: o uso exagerado de álcool e a falta de um abrigo nas ruas em detrimento ao componente religioso, as rotinas, disciplinas e possibilidades que a instituição oferece.

> *(...) é uma casa religiosa né, uma casa de respeito. Você tá la dentro você se dedica só a... a rezá né (...) Cê num tem como ficá na rua... se ficá na rua e se eu tivessi durminu na rua, não tivesse tratamento, uma hora dessa eu tinha tomadu, consumidu, quase um litro de cachaça. Aí deitava em lugar frio, qualquer lugá. E lá não é friu, cê levanta de manhã , toma seu banho, toma o café, quisé ligá a televisão pá vê o jornal, fica assistinu, pode si quisé permancê deitadu, batenu papo cus irmão alí, brincanu dominó, meio dia almoça tal, é a mema coisa, mas eu pá num ficá incomodanu, eu pegu a carroça eu vô pa rua.*

Nega remuneração fixa, mas os valores diários são em torno de 30 e 40 reais. Além das despesas pessoais, afirma que economiza e aplica uma quantia mensal na caderneta de poupança.

Olha eu vô sê franco, eu economizo. Eu guardo na caderneta.(...)Caderneta de poupança

É.. quando eu não quero, tem uma despesa com a carroça, fazê é trocar um pneu, alguma coisa e tal. Ai eu pego, compro alguma ropa pra mim, algum objeto pessoais, quando num tem pasta de dente (...). Mi sobra uns dez, quinze conto, sempre ajudo us irmão lá, qui num pode saí pra rua, as vezes precisa di cigarro, (...) us dumingu as vezes eu saio, i toma um refrigeranti, qué fazê um lanche, num quero vim almoçá em casa, fazê um tour. Incontra ex-conhecidu dí fita,(9:35) di obra que tá numa situação pior do qui a minha, convido pá tomá um café i sempre assim, sempre arrumo um trocadu pra ele toma uma condução(...)

Fala do uso do álcool que era excessivo e que não usa mais em virtude do tratamento. Nega uso de outras drogas. Fala também da discriminação de comerciantes de bar em relação aos carroceiros. Ser dependente para esse usuário é dificuldade de desempenhar as funções normais sem o uso de determinada substância. Segundo ele, não é dependendente.

A única droga qui eu uso é só com o remédiu (...) Pur inquantu né, só o remédiu So cachaça. Nunca usei outro tipo de droga.
Ah eu num tenho assim uma base, mas quando eu num queria parar assim nos bares, porque o carroceiro é discrimandu nos bares, certo tipo de bar, aí eu passava no mercadu já comprava um litro. Aí a genti carragava um canequinhu, tinha uma bolsa, penduradu numa sacola, botava o litro ali dentro, vez em quandu, parava na esquina, tomava uma, sempre botava, comprava uns dois ou três torresmo,(...) Quando tava cansado parava na praça, sentava, tomava uma, duas, cheguei assim perto do carrocêro, ficá batenu papo e tomanu uma. As vezis passa mesmu nus dumingo, cê tá mais limpo e tal, entra nu bar, toma um cerveja, mas de semana nunca entrei nu bar no bar, a não ser pá comprá assim, um salgado, uma coxinha, um ovo cuzido, alguma coisa. Mas sempre carreguei o litro de cachaça, na carroça.

Não. Num dependo do álcool. Se eu, se eu num tenho aquela... eu desses seis meses, parado, se eu quiser continuá paradu eu continuo. Eu achu convite pá bebe toda hora na rua, só que eu digo: "não rapaiz, num é qui eu to tomandu .... é qui eu num quero mais. Tomei muto prejuízu, se qué bebe eu pagu" . Aí chego nu bar pagu cachaça pra ele, dou o dinheru pra eles compra o litro. As vezes vo nu bar tomo café, todu dumingu encontro ali na... na Júlio prestes ali em cima uma porrada de conhecido, ai passo lá (...) cês querem eu vô buscá mai eu num quero. Ai já nem saiu di pertu dele, num vô desfazê dele, tendeu, pra livrá tentação; as vez tá querenu forçá cê tomá uma, uma só, aí já saiu , volto, vô lá

> *no jardim, dô uma volta. As vez vô na casa de algum conhecido que mora nas vila por aí, depois de jogá um dominó com ele, aí venhu embora. Mas aí num sintu vontadi di bebê.*
>
> *É ... você viver sobre aquilo, sobre efeito daquela droga que você usa. Seja da, do álcool, seja di...di...di crack, qualqué coisa. Se você num usá aquilo, você num consegui durmi, num consegui si alimentá, tem qui usá aquilu ali pra si manter.*

Mesmo sendo o seu segundo tratamento, o usuário demonstra certo desconhecimento da doença e do provável local de infecção. Atribui ao excesso de álcool o motivo por ter contraído a doença, motivo esse que favorece condições insalubres e então o aparecimneto da doença. Os sintomas percebidos febre, fraqueza, dificuldade respiratória, perda de peso, hemoptise e até dor nas pernas fizeram com que o mesmo procurasse um pronto socorro para iniciar o tratamento. Foi encaminhado para Campos do Jordão, mas recusou o encaminhamento, por esse motivo, nessa ocasião foi encaminhado para a casa de abrigo onde está há dois anos.

> *Ah, eu sei o seguinte, eu quandu eu peguei essa doença aí pela segunda vez, é... foi excesso de álcool, né. Durminu no relento, passando da hora di alimentação, isfraquecenu... fumando um cigarru atrás du outro., eu fumava uma faixa de duas cartéla por dia, até que foi esfraquecenu u pulmão, até que criou essa ferida que está cá tuberculos. Eu cheguei a escarrá sangue, quando foi pra vim pra qui. Eu sentia muita dor na perna, febre alta, cheguei a ficá internadu ai nu, nu PS, por cincu dias, até sê confirmadu o qui era. (13:08) fiquei isoladu por mais de vinti dias, sem poder se comunicar com ninguém num sê os enfermeiru qui era pá tomá us remédiu, tinha que tomá que tomá o remédiu pela porta (...) pela porta, não podia conversá com ninguém. Tinha qui usá máscara us trinta dias. Ai depois fui mi recuperanu, graças a Deus recuperei o peso, perdi muito peso na época, eu cheguei a 45 quilo, agora tô com meu peso quase normal.*
>
> *(...) eu vi uns anúncio, as vez passava, eu via: "tosse há mais de uma semana pode ser isso e isso" E eu conversava, andava como daqui como lá na esquina, sentia cansado eu tussia di mais tendeu. Sentia febre, vim aqui uma vez, aqui não, no PS, aí conversei com a médica lá, (...) tusso bastanti, perguntou se eu tinha catarru, daí bateu uma chapa, depois o raiu X acusou uma mancha no pulmão, aí fez u exami di escarro, deu tuberculose. Quizéru qui eu fosse pá Campos do Jordão, não aceitei. Não eu num vô. Eu falei: "não eu prefiro sê*

> *tratado aqui, ou eu vô tratá no meu Estado que é o (...) foi quandu a época qui mi chamaru lá pa Toca de Assis é isso, (...) fiquei lá. A primeira vez eu morava no abrigo Dom Bosco, que é aquele di catador de material reciclável, em dois mil e seis. Eu morava, tem uma assistente lá que concordou qui eu pudia ficá lá. Eu tinha qui tomá u remédiu porque eu ficava lá u dia todo. Us primeiru trinta dias eu num saía pá lugar nenhum, ficava mais deitadu. Só saía pá í almoçá. E a tarde ficava deitadu. Depois, depois dos trinta dias, comecei andá devagarzinhu sem fazê esforço, graças a Deus recuperei.*
>
> *Não, eu nunca tive isso tendeu, vim pegá agora depois dus quarenta ano. Eu ouvia falá sobre tuberculosi, era uma doença perigosíssima, que matava e qui por acaso, minha primeira em dois mil e seis, me deu aquele excessu di tosse, tal, perca de peso, aí eu comia, mas me senti fracu, quantu mais eu mi alimentava tava esfraquecenu, perdenu pesu, foi quandu eu vim ao médico qui discubriu era tuberculose.Aí mandô vim, começa esse tratamentu aqui, fazenu todus us dia, duranti seis meses. Agora a segunda vez, foi em junho, foi a mesma coisa, eu já senti que era o memso sintoma, fui lá no PS, u médico madô eu tirá raiu X, fazê o ixami, já acusô, aí um ano qui virô aqui, eu fiquei aqui, tô até hoje. Graças a Deus agora amanhã é... encerra. Graças a Deus. Vô fazê o maximu pa que eu num tenha a terceira (...)*

Nega mudanças na vida e em relação às amizades anteriores também não observa mudanças. Informa os amigos sobre sua doença, bem como os riscos de transmissão. Já, em relação ao corpo, as mudanças mais evidentes foram a perda de peso e o edema nos pés. Alguns sintomas também foram percebidos - febre e dor no peito.

> *(...) us colega diz ow rapaz cê num vai toma nada, digo não rapaz. Digo pra eles, se for possível, é bom ce nem fica pertu di mim (...) eu to com tuberculose.(...) Tá vendo essa máscara aqui, é pa pessoas que tão no memu lugá, sempre arejadu, num é desfazendo de vocêis. I meus amigus nunca me déru as costa não, sempre conversaru comigu na boa, como tivesse normal. (...) nunca escondi o jogo*
>
> *Corpo... tevi a perca de peso né... perde peso, senti dores... forte no peito, febre, todos os dias tinha febre, inchação nos pés, isso ai foi a única coisa anormal.*

Fala sobre o tratamento anterior e aumento de drogas nesse novo tratamento. Não observa mudança na qualidade da assistência em relação ao tratamento anterior. Nega ter sido discriminado pelo serviço ou profissionais.

(...) A única diferença foi o aumento da droga né?

(...) é a mesma coisa que tá sendo agora. Num teve discriminação. Não, não... eu que tentava evitá me aproximá deles com medu de transmiti pra eles né. Eu lia sempre sobre isso aí. (...) num sinti discriminação nenhuma, não.

(...) é tá bom, tá ótimo...as minina aí me atendi muito bem, a dotora Tânia, é ce tem tamém um.. uns médico novato por aí (...) eu já passei por vários, depois dona Tânia, dotora Tânia, acompanha tudu...i...eu achu bão.
São as... as médicas novas.(indagado sobre quem são as meninas)

Teve hepatite e foi acompanhado pelo médico da unidade que eventualmente o atendia na instituição onde está instalado.

Eu num... nessa segunda vez que (...) eu peguei hepatite. Me tratei. Fui tratado pelo dotô (...) Dotor Ricardu (...) Ele ia lá na Toca... quandu eu fiz ixami, acuso Hepatite B. Então ele mi trato, através di antibiótico, serviço completo com bezetacil, fiz aqui memu, de oito em oito dia. Depois fiz o segundu, segundu ixami, deu nada, deu negativu, inclusives eu fiz outro agora

Conhece a modalidade de TDO acha importante esse tipo de tratamento. Nega interesse pelos incentivos oferecidos (vale transporte e cesta básica), mas os distribui como ajuda aos orientadores (irmãos) e à instituição.

(...) eli tem qui me vê toma, qui si fô pra eu toma em casa, posso dize que tomei e não. Aí u únicu prejudicadu vai sê eu. (...) Aí: "sê tomo?"; " eu tomei", mas eu posso pega o remédio e jogá e dizê que tomei
É... pra mim é ótimo. Né... eu num venho cum interessi (...) vale transporte, a cesta básica. Eu num peguei agora nessa segunda, sabe, eu num peguei a cesta básica. Eu peguei vale transporte agora, dois vali por dia (...) Eu pego i dô pos irmão lá. Qui elis tem, as vez elis vão lá pá Santa Cecília, vão em outras igreja lá (...) E a cesta básica, peguei seis no primêru, nesse num veiu nenhuma, num façu nem questão; viéru me pergunta, si vim, recebu. Eu como lá na Toca e faço doação pra elis. Mas, pra mim é bom vim aqui porque se tem assim um pôco de receiu, mostra que cê qué fica bom. Eu se tivesse tomandu em casa, digamus que eu pudia saí e me esquece de toma. Não que não queria toma, podia esquece. É, eu façu questão de vim aqui, se tive chovenu, fazenu sol,(...) eu já cansei de chega aqui e as meninas tão ocupada lá embaixo(...) té duas horas sentadu, pra mim tudo certu, tem qui tomá faze u que? (...).

O usuário informa que não a única dificuldade que encontra ness modalidade de tratamento é dificuldade de comparecer na unidade em dias chuvosos e de friagem. Acredita que tem condição de controlar seu próprio tratamento, visto que já faz isso aos finais de semana, quando a unidade não funciona.
(...) a única coisa que eu achu difícil é quandu tá chuvosu, né? Tem que vim de qualqué jeitu; elis recomenda po cê num tá tomanu friagi, mas tanu normal é mais tranqüilo. Eu não tenho outras coisas pá faze, né? Eu num... trabaiu só pra mim memu. Se eu tivesse empregado ai teria uma coisa, tinha horário, acaba mas, i... normal, eu mi divirtu.
(...) Memu quandu eu num venhu nu no meu horário de manhã, eu sempre procuro vim à tarde...
(...) Essa semana passada eu vim duas vez à tarde; falei pá menina, num era essa que tava aí, era mais veia, falei ó, no dia que vim inverso num tem problema, se tanu vinu, tá bom. Eu qui num vim di manhã. Aí de manhã eu venho, di jejum, aí à tarde já tomei café, já almocei, aí eu chego e falo ó, num tem condição, num tem problema. Eu memu até agora, até agora num tomei café ainda, agora... agora, quandu eu chegu vô, tomo café, meu café tá lá reservado pra eu toma. Aí vô fazê minhas atividade pá rua (...).

(...) não é bem uma obrigação; é assim um... um interesse meu em quere ficá bom. Se eu não quisé fica bom eu num venhu. Eu posso chega aqui a partí de amanhã e fala com a médica: desisti; abandona tudo. (...) e se eu falá assim e vim hoje, amanhã num venhu mais e acabô, tá acabanu já, num venho mais, quem vai se prejudica sô eu mesmo. Eu num vô toma o remédio, aí carre... tem uma recaída, vai sê pio.

Em relação às facilidades, aponta que o controle do tratamento é um dos fatores mais importantes e que acredita que fazendo o auto-adminsitrado poderia incorrer em um tratamento inadequado. As expectativas em relação ao tratamento atual foram alcançadas segundo ele – recuperar o apetite, a saúde, o peso, reduzir o cansaço e as dores e enfim, concluir o tratamento. Para isso, relata que cumpriu as exigências do tratamento e seguiu as recomendações médicas.

(...) pra mim é fácil porque é o seguinti, chego aqui, elas já sabe que médico tá sabenu, sabe te aconselha como é que tem que toma. É eu to cumprinu o... E como eu te disse, se eu tivesse que toma em casa, eu teria que toma num horário, tomá em outro, se entende, aquele descontrole de toma no horário, tal; (...) Ele não teria combate certu. (...)daí, quandu termina num acontece nada.
U que está acontecenu; é que acabô. Recuperanu, graças a Deus tô me achanu bem, tô bom né? Não, num tá ruim o tratamento.
É o que eu tô fazenu agora, cumpri u... a dieta que ela traço, toma o remdédiu corretu, diariamente i espera pela sorte de Deus, consegui graças a Deus.

> *Sabe que o uso de álcool pode interferir no tratamento, podendo até causar reações indesejáveis, que o mesmo chamou de "criquiléqui" que parece querer dizer ataque epilético.*
>
> *(...) Si tá si tratanu, agora, por exemplo, eu acabei de toma us comprimidu, se lá pás duas horas da tarde ou daqui a uma hora chegá nu bar pá toma cachaça (...) vai corta o efeito du medicamentu e pode dar um "criquiléqui" como elis chama aí(...).Um "criquiléqui", o cara morre na hora no meio da rua.*
> *(...) é "criquiléqui" é o chá da meia noite, num... tem nem assim um nome científico não.*
>
> *É um mal estar; é um... um... um derrame... um derame epiléticu (...) um cara caiu aqui, o cara na minha frente grito e pá... danu um treco na porta do posto. Eu saí ele fico se tremenu lá. Falei cu guarda, o guarda falo cu pessoal lá, isto que aconteceu cara. Talvez veinha toma o medicamneto, tá com estômagu fracu ou saiu lá fora, tomou álcool, deu um tipo duma parada nele, não sei se ele morreu, sei que eu sái e corri...*

Indagado sobre se tinha mais alguma coisa que julgasse importante e sobre a qual quisesse falar, o usuário acrescenta que o fato de poder desenvolver suas atividades de vida diária de forma autônoma é muito importante e agradece a Deus. Nega sentimentos como tristeza, inveja. Sente-se orgulhoso por ter um "teto","uma cama" e não ter despesas. Mesmo que em meio a idosos e enfermos, como é caso, relata sentir alegria.

> *É.. o pouco é tudo importante, tendeu, desde que eu levantu de manhã e consigu vesti a calça e o sapatu, é tudo importanti, aí eu agradeço a Deus (...) tudo é importante. Num tenhu tristeza, num tenhu inveja, num tenhu tristeza, num tenho nada. (...) tô lá no meio dos doentes, das pessoas idosas, dos enfermos, me sintu orgulhoso, pelo menu tenhu um teto, uma cama pá durmí, num tô tenu despesa nenhuma, graças a Deus, eu.. tenhu é mais que sentir alegria, tá ótimu... tá jóia!"*

Entrevista 7 - Kauã

Sr. C.F.B., masculino, 51 anos, refere ser de cor branca, proveniente do Sergipe, há mais de trinta anos em São Paulo, onde viveu por volta de seis meses na rua. Atualmente pernoita numa instituição religiosa que abriga pessoas sem residência fixa e exerce atividade remunerada. Concluiu o ensino fundamental.

Faz TDO na UBS Santa Cecília, com início em 16.11.2009. Frequenta a unidade cinco vezes por semana. É o primeiro tratamento para tuberculose e nega tratamento contínuo e recente para outras patologias. Nega co-morbidades.

O usuário foi abordado para entrevista no perído da tarde quando saía da consulta médica. Informou que poderia participar da entrevista com a condição que fosse rápido, visto que tinha compromissos pessoais. Sugeriu-se agendar outro horário, diante da alternativa preferiu participar naquele momento.

Informa que o motivo que o levou para a rua foi problemas familiares. Não entra em detalhes em relação ao assunto. Quando ficou/morou na rua, frequentava muito o Pronto Socorro da Santa Casa, onde dormia sentado, que não avalia como uma situação agradável

> *Sentava lá no pó... no PS lá e eu senta... ficava sentadu lá (...) Não era bom não. Durmí sentadu?*

Afirma que existe diferença entre morar na rua e pernoitar numa instituição:

> *A diferença é essa, que na rua num tem órdi pra elis, né? Tem uns que num qué nem í pa albergui, porque tem... tem órdi, né? Tem que manter sempri... elis num aceita, us cara de rua. Então se fô pa Toca, mesma coisa, porque lá num entra cachacêru, às veiz entra, mas passa dois dia de castigu, se chega bom ainda entra, se naum, nem.*
>
> *Na rua num tem disciplina de nada.*

Relata que nas ruas as pessoas ficam sem atitude, que é pra quem não quer nada. Sob efeito de álcool as pessoas conseguem dormir. Diferencia os usários de drogas, que roubam, dos usuários de álcool que usam pra dormir.

Atualmente não fica mais na rua; Há três meses pernoita numa instituição religiosa conhecida como Toca São Francisco e trabalha vendendo frutas na rua, atividade que chama de "servicinho/biquinho".Informa que não tem rendimento fixo., recebendo uma comissãoque varia conforma a quantidade vendida. O rendimento usa com gastos pessoais – produtos de higiene pessoal, roupas.

> *Elis mi conheci, então as vez ele me deixa a vontade e a gente... se eu precisa de um dinheru e é na hora(...)*
>
> *Não, a renda é essa, si eu vendê bastanti fruta elis mi paga uma... um porcentagi i si vendê menus, é pôca coisa tamém.*
>
> *(...) Compro minhas coisinhas.*

Atualmente fuma em média quatro cigarros por dia (tabaco). Há quatro meses, desde quando iniciou o tratamento para tuberculose, não faz mais uso de álcool. Informa que nunca usou drogas ilícitas. O motivo que o levou a parar com o uso do álcool e reduzir a quantidade de cigarros por dia (não informa qtde anterior) está relacionado ao tratamento, que acredita ter interferências.

Nega ser dependente. Acredita que a dependência se agrava quando não se tem nenhuma ocupação diária.

eu num quero mais...u istomagu num guentô naum.

Em relaçao à tuberculose, relata que não tinha ouvido falar muito antes de contrari a doença. Leu algo nos cartazes e panfletos encontrados na cidade e sabe que está relacionado à tosse, mas que não é tão grave. Descobriu porque percebeu que foi acionado pelo Agente Comunitário de Saúde, que o colocou em contato com a equipe da UBS onde foi diagnosticada a doença. Informa que o diagnóstico foi dado pela médica, após coletar exames de sangue e de escarro. Durante a entrevista informou também que se sentia fraco, mal e que teve tosse, mas esses sintomas não o fizeram procurar o serviço.

(...) u Celso qui mi chamou pa vim (...) Celso é u agenti di saúdi.

Nega conhecimento sobre a transmissão da tuberculose, bom como do local onde contraiu a doença. Afirma que não houve mudanças no corpo e na vida após o diagnóstico e início do tratamento. OBS: Nesse momento da entrevista o usuário demonstra ansiedade e responde negativamente (“NÃO”) a todas as perguntas sobre os itens investigados (conhecimento sobre a transmissão, local onde contraiu a doença, mudanças no corpo e na vida observadas antes ou após o diagnóstico). Acrescenta que teve dor na perna e emagrecimento que atribui à falta de exercício físico e uso de álcool, respectivamente.

Às indagações sobre a palavra “Tratamento Supervisionado”, informa não saber explicar do que se trata e nega ter recebido informações sobre o mesmo. Quando a mesma pergunta é feita usando explicações do tipo “ ... esse tratamento que o senhor vem todos os dias...” o informante cita que toma os comprimidos na unidade e que percebe alterações na urina que acredita estar relacionada com os memos.

> *(...) sinto normal, a urina sai daquela cor né? (...) Meio avermelhadu.*

Opina de maneira positiva em relação ao tratamento, avaliando como BOM o fato de comparecer diariamente na UBS. O critério utilizado pelo informante (BOM) está relacionada ao fato de estar cuidando da própria saúde e força de vontade (sic). Fala dos faltosos ao tratamento, que constam numa lista afixada em local de fácil visualização, os quais não querem se cuidar (sic).

> *(...) purque quem num tá vinu, tá li ó(...). (aponta pro armário onde ficam os fármacos e onde consta uma lista com nomes dos faltosos)*
>
> *(...) us faltosos taum ali pregadu; ali então num qué si cuidá.*

No que se refere às expectativas em relação ao tratamento e a assistência prestada pelos profissionais da UBS, informa que é uma “benção de Deus”; elogia o trabalho da auxiliar de Enfermagem e da médica, responsávei pelo tratamento.

Espera a cura, que será possível, segundo ele, por meio da ingestão diária dos medicamentos.

Entrevista 8 – Adelaide (Auxiliar de Enfermagem)

PESQUISADOR - Pra começar a pesquisa Adelaide, eu queria discutir um pouco com você... que você comentasse um pouco sobre o trabalho que você desenvolve aqui na Vigilância Epidemiológica da UBS Sta Cecília e que você me falasse é... mais especificamente sobre o trabalho com população de rua e tuberculose, como é isso pra você?

ADELAIDE - Ah... bom! Primeiro é um trabalhu muito gratificanti, né. É... trabalhu especial, é... com bastanti responsabilidadi, né. Cum bastanti envolvimentu. É.. a genti procura tá buscanu sempre, cada vez mais novos casos né, di, di tuberculosi, buscanu fazê sempre as buscas ativa na unidadi, a busca ativa com os novos pacientis né, entre us contatus, pra verificar se a gente consegue encontrar novus... novus pacienteis né; novus pacientis cum tuberculosi. É... o trabalhu que a genti disinvólvi é mais assim na parti du acolhimentu, assim dizendu né. Eu, pessoalmente, acredito né qui esta seja a parti que é, qui, qui... mais importanti onde a gente consegue realmente é arrebanhar esse paciente. É nu primeiru contato, nu primeiru momento, aliás, já inicia na, nu pidido da baciloscopia, né; é... onde o pacienti, o usuário, né no caso já vem ansioso porque ele tá sintomático né e na coleta da, da baciloscopia a genti ainda orienta se tiver positivu, então ele vai ter que fazer o tratamentu pá tuberculosi, qui não é um bichu di seti cabeça, né; já dá uma prévia pra ele, pra eli ficá já mais preparadu, pra qui num seja uma surpresa, pra quanu eli vier com o resultadu positivu né, é... iniciar o tratamento com mais tranquilidiade, diferentemente daqueli que vem já com diagnósticu fechadu de outra unidadi di outros locais né, i qui a gen... onde faz u exame di, pra baciloscopia, hã... numa busca ativa qualqué e quandu vem u resultadu eli num sabi nem purque eli fez aqueli exame né então fica complicadu pra ele, a surpresa di estar com tuberculosi acaba danu impacto assim muito forti i...i disgostando realmente a eli.

PESQUISADOR - Então você acha que ele vir com um diagnóstico de um outro lugar é diferente de ele receber o diagnóstico nessa unidade? Comenta um pouco sobre isso.

Eu acho que é sim. Porque quando você faz o trabalhu desde o iníciu, dêis da, da coleta du exame ele já vai, ele vai sabendu qui que ele vai tá fazendu, pra qui que é aqueli exame; aquele exame vai resultá nu quê; muitas vezes o paciente faz o exame de escarru e num sabe porque qui eli fez o exame di escarro, não é. Então, quando eli recebi a... em casa o telefonema que ele tem que vim tratar tuberculosi, eli fica surpresu, diferentemente de quando eli, eli inicia com a genti aqui, já desdi da baciloscopia.

PESQUISADOR – Agora me fala um pouco Adelaide, é... você trabalha na vigilância só desenvolvendo trabalho com tuberculose ou você trabalha na vigilância como um todo? Fala um pouco sobre o seu trabalho.

Ah, meu trabalho na vigilância é como um todo mesmo, né; todas as doenças qui são inerentes aqui a... a vigilância. É.. a unidade tem um trabalho né feitu nu laboratório, qui todus us resultadus di exames alteradus, como hepatite, como sífilis, vem pra vigilância, pra nós levantarmos os dados desse paciente e convocarmos eli pra tá sendo notificadu,é... sendo encaminhado pras unidades di referência ou até só pra efeitu di notificação, quandu é só uma cicatriz sorológica, essas coisas.

PESQUISADOR – Entendi. Em relação à população de rua, eu queria que você comentasse um pouco como que você vê a saúde dessa população, principalmente a que frequenta a unidade.

Olha, eu acho que atualmente tá sendu feitu um trabalho bem legal,com u pessoal do PSF né, é... na busca constante, no contato diretu qui elis tem com o pessoal em situação de rua i chega pra nós através do pessoal dé... de tuberculose chega pra nós através do PSF, né. E fora a demanda que vem procurá a unidade, mas atualmente vem através do pessoal do PSF e pronto socorro Barra Funda que é muito importanti. Achu que sessenta por cento das notificações nossa aqui das.. dus diagnósticus já vem do pronto socorro Barra Funda.

PESQUISADOR – Certo. Existe alguma diferença entre o Tratamento Supervisionado do paciente com em situação de rua e de outros usuários?

Não. O Tratamento Supervisionado é... a genti procura fazê com qui todus os pacientis né... a meta é... é ... seria cem por cento supervisionado né., é .. então no incíu di tratamento a genti oferece para todos, independente de nível social, sócio-econômicu, si... si tem casa, si num tem, si mora nu albergue, si mora na rua, si mora nu curtiçu si mora lá na, na, na... no jardins, independentemente a genti oferéci o tratamentu supervisionadu. Porque prá nós u... u qui quer dizê o supervisionadu? É...é... constatá realmente que essa pessoa tomô a medicação independenti di quem seja, né. Lógico que em se tratandu du pessoal em situação de rua, a genti procura si envolvê um pôco mais purquê? Purquê elis um tem ondi morá; elis num tem ondi guardá a medicação; muitos já abandonaram o tratamento assim, uma duas, várias vezes, né. É... i assim porque também são... é um pessoal mais carenti, carenti di.. di conversa, carenti di carinhu, né; então elis acabam fazenu um elu com a genti, pela amizadi; então vem todus os dias pra conversá; contá pra Adelaide da sua vida particular, du namorado que arrumô, qui largô, qui... então é..é... mais um elo... acaba senu um... um... afinidadi, realmenti, com o tratamentu e com a genti né, muito importanti.

PESQUISADOR – Entendi. Agora, em relação a adesão, você acha que a população em situação de rua adere da mesma forma do que a a população em geral?

É...a dificuldade maior que eu... que eu achu que tem do pessoal em situação de rua aderir ao tratamento, é quando é u pessoal usuário di... di drogas, dependentes químicos, né. Ai a genti tem uma dificuldadi grandi, não pur conta di que elis num querem si tratá né, mas por conta da droga né. Eli, Eli vai lembrar primeiru da droga, em últimu do tratamento né. Se ele... se ele tá fora dessi, dessi vínculo com a droga,

até consegui seguir adianti o tratamento. Eu, particularmente por trabalhar no CRATODI, no Centro de Referência de Álcool e Drogas, eu procuro ai fazê um link entre us dois trabalhos, né. Levo pra lá quem é dependente, tragu pra cá quem tem tuberculose, né. Então a genti faz um elu bem legal ai.

PESQUISADOR – E esse trabalho que você faz, esse link que você faz é com relação a população de rua?

Isso. Principalmente com elis.

PESQUISADOR – Certo. E você tem tido bons resultados?

Ótimos resultados!

PESQUISADOR – Fala um pouco sobre isso...

Ah. Eu achu legal porque esse contato que a gente tem; eu trabalhu aqui à tarde e nu CRATODI eu trabalhu di manhã, então dá pra eu vigiá bem né. Vigio de manhã lá e à tarde ti espé... to saindu, falo: "ti espéru lá", à tardi né.

NESSE MOMENTO OUTRA AUXILIAR DE ENFERMAGEM INTERROMPE A ENTREVISTA PARA COMUNICAR QUE REPRESENTANTES DA SMS-SP SOLICITAM QUE TODAS AS AUXILIARES DE ENFERMAGEM SE DIRIJAM À SALA DE VACINA PARA DAR APOIO NA CAMPANHA DE INFLUENZA PANDÊMICA, EM VIRTUDE DO EXCESSO DE PESSOAS NA FILA. A AUXILIAR DE ENFERMAGEM PREFERE CONTINUAR A PESQUISA, ALEGANDO QUE AO TÉRMINO CUMPRIRIA COM A ORIENTAÇÃO.

PESQUISADOR – ... Você tava falando um pouco sobre isso...

Então, é legal porque é... acaba um senu complemento do outro, né. Que quandu eli começa a tratá aqui a genti sempre friza a importância deli não bebê né, de não usá droga, por conta de que a medicação com a droga vai criá problemas pra eli. I... i também assim, pelu deseju delis di saí da droga. Então se a genti percebi qui existe essa, essa vontadi, a genti acaba encaminhando realmenti pá, lá pro CRATODI; i lá exite um trabalhu bem legal, né. É um trabalhu ambulatorial, mas qui o pacienti fica envolvidu u tempu todu lá né. Ou pela manhã, ou pela tardi, ou o dia todu, então eli fica envolvidu; é um trabalhu mto legal.

PESQUISADOR – Nas entrevistas que foram realizadas aqui com os pacientes que fizeram o tratamento supervisionado foi identificado que alguns, na verdade a maioria deles, pararam de usar álcool e drogas e eles atribuem isso ao tratamento supervisionado. Você acredita nisso? será que tem alguma relação com essa... esse link que você faz com o CRATOD? Fale um pouco sobre isso.

É..não, eu acredito sim, porque eu achu qui... quandu a... tem alguns pacientis que quandu elis iniciam o tratamentu, a genti... o fatu de a genti conversá, explicá, falá qui não pode bebê, não pode fumá, a genti percebi qui, se eli realmenti tá

interessadu em tratá tuberculosi, ele acabá meio qui deixanu mesmu a bebida di ladu. I a genti percebi até isso, qui depois qui eli tem alta, eli volta recaídu da bebida, né. Já... já presenciei vários, vários pacientis dessa forma. A genti pergunta: "O que foi qui aconteceu? Você passou seis meses limpo, né e agora você retorna dessi jeito!!!?"; "Ah. Fui comemorá minha alta, minha cura.." I acaba voltanu pra bebida né.

PESQUISADOR – Com relação aos pacientes, também que foram entrevistados, alguns disseram que eles não pertencem a essa área de abrangência; alguns estão em outras áreas de abrangência e fazem o tratamento aqui. Eu queria que você falasse um pouco sobre isso. Porque que eles não são referenciados, porque que eles fazem o tratamento aqui, enfim...?

Então é...eu, eu achu que o tratamento de tuberculosi não pódi ser regionalizadu, na minha opinião. E se o pacienti vem pra cá e começa fazê o tratamentu ou eli qué tratá aqui eu vô batê o pé e fazê com qui eli trati aqui. Eu sou a primeira a defendê-lo qui eli continue tratandu aqui. Porque si eli se identificou comigu e qué tratá aqui, então eu tenhu, pelo menus ai, setenta por centu di, di, di... é.. convencimentu do que eli vai..., vai querê si tratá. Já não tenhu a certeza qui se eu encaminhá pra outro local, não si mi gabandu né da minha maneira di, di tratá us pacientis, mas eu procuro assim dá o melhor pra elis, é(...) – esse momento a entrevistada demonstra alegria na expressão facial e no tom da voz- *(...) di compreensão, di carinhu, di di, tamém di puxão de orelha, né, qui eu achu assim que faz falta pra elis, qui elis... elis lá na rua, elis ficá assim meio qui a mercê do mundo né e cum... querenu realmenti alguém que cuide dele, né. Eu percebu assim qui quandu a genti sai pra fazê visita pra ir buscá-los na rua, ou lá na cracolândia, ou... o local que a gente encontra, qui elis ficam felizes em nos ver, né. Falam: "minha enfermêra, minha enfermêra veiu atrás di mim"; então isso... isso pra mim é um... não tem preço, né.*

PESQUISADOR – Então você acha que a UBS Santa Cecília em especial ela... ela tem um diferencial?

Eu achu, eu achu...

PESQUISADOR – E qual seria esse diferencial?

Eu achu porque assim, já acolhi pacientes aqui que vieram de outras unidades é... que falaram: "mandaram eu í lá, mandaru eu... eu vim aqui, porque aqui é minha área di tratamentu, mas já fala logo se num ... si num foi já vô imbóra, num quero sabê mais disso" i eu achu qui assim as coisas podiam ser feitas diferente. Achu qui tudo dependi da maneira como você acolhe, se você acolhe... eu posso até encaminhá pessoal pá ir pra outro lugar, mas infelizmente a genti sabe que no serviço público i.. i outros serviços por aí qui não existe essa... essi carinhu né, essa boa vontade de querer receber bem as pessoas. O qui qui acontece, o paciente num... simplesmenti num qué i pra um outro local arriscá sê maltratadu, seno que eli tá sendo bem tratadu aqui.

PESQUISADOR – Você falou que...

JÁ VÔ DESCÊ TAMÉM MARLENE (AVISA OUTRA AUXILIAR QUE DESCE PRA AJUDAR NA CAMPANHA)

PESQUISADOR – Você falou que poderia ser diferente, mas como?

Não entendi.

PESQUISADOR – Você falou que poderia ser diferente, mas como?

Ah eu achu qui assim qui todas as unidadis qui trabalham com pessoas tinham que ser... participar daquele programinha de humanização que achu qui só fica no papel e as pessoas vão até pra curso de humanização mas não aplicam isso

PESQUISADOR – E o que que é Adelaide, humanização pra você?

Ah é tratá o ser humanu como ser humanu.

PESQUISADOR – Pra gente finalizar queria que você me falasse algumas coisinhas em relação às dificuldades que você acha que está relacionada a adesão da população em situação de rua à tuberculose?

Ah, dificuldade que eu achu a população de rua mais é droga mesmo. Essa é a dificuldade maior

PESQUISADOR – Certo.

Maior.

PESQUISADOR – Você acha que os incentivos, cesta básica, vale transporte e os lanchinhos que são distribuídos, eles interferem na adesão?

É, pra alguns chega interferi. Aqueli que não quer realmente si tratá eli vai botá disculpa nu benefíciu qui num tá vinu né. Mas qui ajuda bastanti, incentiva, incentiva, cesta básica, é.. o lanchinho, qui nem hoje o pacienti veio pegá u... a medicação pros quatro dias aí de feriadu prolongado, pergunto se podia levá o lanche...

PESQUISADOR – E você...

... então isso qué dizê que eli... qui eli num tem o lanche pra esses quatru dias né. O lanche é dele!

PESQUISADOR – E você, o que você acha desse incetivos?

Ah, eu acho assim que poderia ser mais firme, é... realmenti é... como qui eu posso dizer, agora a genti tá tendo a cesta básica certinho, vinu mensalmenti, os passes não estão vindu, né. É... o lanche também tá vinu, então si... si... realmenti vier tudo

qui é prometidu né, eu achu qui a prefeitura e o trabá... nosso trabalhu fica com mais credibilidade junto ao pacienti.

PESQUISADOR – E em relação as facilidades, o que que tem de facilidade para esse tratamento, pra população de rua?

Como assim, facildad, não entendi

PESQUISADOR – Você falou um pouco das dificuldades em relação ao tratamento, o que tem de facilidade, o que facilita esse tratamento, para a população de rua?

Ah, eu acho que facilita porque tá aberta aqui a... a... a unidade tá aberta o dia todo pra que eli procure, pra qui... eli tem o dia todu pra vim tomá a medicação, então a genti procura facilitá tudo, a genti procura tirá elis das filas de marcação de consulta, né, porque... na... pra qui essi paciente pelo... pelo menos no primeiro momento qui eli tá bacilífero, pra não ficá passanu pra outras pessoas e o fato de você marcá uma consulta pra um paciente, você já.. você ganha a simpatia dele, porque ele fala: "poxa vida né, a pessoa tá dando atenção pra mim né, não vai deixar eu enfrentá aquela fila"; então se eu posso facilitá porque não?

PESQUISADOR – E Adelaide, você... apareceu na pesquisa também um dado importante que é assim a equipe ela se mobiliza, você falou do PSF, que tem um contribuição importante, você falou do seu papel aqui né, só que o morador de rua traz nas entrevistas, mais a figura do médico, né, do profissional médico. Como você vê isso?

Ah, eu acho que isso é...isso é...isso pra ele... pra qualqué um né, as pessoas quando fala que vai passá no médico, elis si acha assim, a figura do médico importanti, mas quem tá por trás, qui até os médicos reconhecem isso, porque o médico não passa tudo qui vai ser feito pru pacienti; passa pra eli qui eli tá com aquela doença, qui precisa si tratá, qui eli vai tomá aquela medicação, mas todo o resto é a enfermagem qui faz, né.

PESQUISADOR – E você acha que a enfermagem, o médico e outros profissionais contribuem ou melhoram esse tipo de tratamento pro morador de rua?

Com certeza, contribui bastanti

PESQUISADOR – E o que é, pra gente finalizar, o que é adesão pra você?

Ah, adesão eu achu qui é uma palavra bem ampla né. Num, num envolvi só a aderir ao tratamento di tuberculosi, né é aderir a própria vida dele, qui eli tá retomando né a reinserção social, é... a au.. a au.. a auto-estima deli né, eli tá lá com a... vem aqui todo sujo, todo é...com a sua sacola arrastanu no chão e a genti percebi que o.. que o decorrer do tempo, ele vai procurandu melhorá a aparência dele, porque parece que eli qué se mostrá bunito pra gente né, e o fato de ele tomar um banho, trocar a roupa e agente elogiá: "puxa cê tá bunito hoje, você tá melhorando; nossa você...

hoje cê tá melhor, num falei que voc~e ia melhorá" e elis si senti assim importanti. E... a adesão eu achu qui é Du pacienti e nossa né. Nós temos que aderi o.. ao... o paciente primêru pra depo.. pra eli... pra qui eli a... a.... aderi.. eu perdi a palavra, mas eu achu qui nós é que temos que adeí ao pacientí, né, e... recebê-lo pra que ele possa tê vontadi de tratá.

PESQUISADOR – Você acha que os serviços não têm essa adesão?

Eu acho. A queixa é muito grandi. Eu já recebi pacienti aqui vindo da santa casa qui eli pegô medicação pra tuberculosi, duranti quatro mesis lá na farmácia, eli nunca passou pela vigilância da far... lá da santa casa, no quinto mês eli não conseguiu pegá o remédio e aí eli ficou perambulandu pelas unidadis ai afora, ninguém si... parou pra ouvi a história dele; eli tevi abandono de tratamentu, porque eli não conseguiu pegá o remediu. Esse caso me marcou muito. Então eli saiu do consultório eli foi pra farmácia pegou o remédiu dele lá eli tomou pirazinamida quatru mesis sem necessidade, né, e teve abandono de tratamento, teve que retomá o tratamento com etambutol naquela época ganhou mais três comprimidus, sabe, por descaso do serviço

A ENTREVISTADA FALA DESSE CASO, COM TOM DE VOZ E EXPRESSÃO FACIAL QUE DEMONSTRA CERTO INCÔMODO/INDIGNAÇÃO COM A SITUAÇÃO.

PESQUISADOR – Adelaide, queria agradecer a sua participação na pesquisa e eu queria que você deixasse uma mensagem pra essas pessoas, pros serviços, é... enfim... uma mensagem sua.

Ai será que eu vô consegui falá.... num vô consegui falá (emociona-se e ameaça chorar). Ah eu... eu gostaria assim qui, qui todos... qui o pessoal da saúde tratasse o pacienti como eli qué ser tratadu.

Anexo 6. Aprovação CEP Secretaria Municipal de Saúde - SP

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 24 de novembro de 2009.
PARECER Nº 463/09 – CEP/SMS
CAAE: 0009.0.207.162-09

Ilmo Sr
Eduardo Sodré de Souza.

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: *A adesão da população em situação de rua ao Tratamento Supervisionado para tuberculose: limites, potencialidades e desafios.*
Pesquisador Responsável: *Eduardo Sodré de Souza.*
Instituição: *Faculdade de Saúde Pública-USP.*

II – Adendo enviado pela pesquisadora em 12/11/09:

"Solicito a gentileza de nova apreciação e autorização para mudar o campo de pesquisa definido no projeto CAAE: 0009.0.207.162-09, a saber, UBS Sé.
"Motivo da mudança: *acredita-se que o fato de ter atuado na UBS Sé como enfermeiro de equipe de ESF e conhecer os usuários em tratamento, poderá influenciar ou interferir nos resultados da pesquisa."*
*"**Proposta:** Realizar na UBS Santa Cecília por se tratar de uma UBS com características parecidas com a UBS da Sé, no que se refere ao atendimento e tratamento de TB para população em situação de rua (informantes da pesquisa) e ser um local neutro"*

III. Considerações

A alteração é bem vinda e do ponto de vista da ética, este adendo não muda a essência do estudo que continua a mesma.

IV - Parecer do CEP: Adendo APROVADO

Antes do inicio da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.
Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. 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.
O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

Rua General Jardim, 36 / 8º -São Paulo - CEP 01223-010 Telefone: (11) 33972464 - e-mail: smscep@gmail.com
homepage: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cepsms

Anexo 7. Aprovação do CEP Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP
Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/264/09

São Paulo, 25 de agosto de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, ***analisou*** *em sua* ***2.ª/09 Sessão Extraordinária*** *realizada em* ***21/08/2009****, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares o protocolo de pesquisa n.º* ***1926****, intitulado* ***"A ADESÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA AO TRATAMENTO SUPERVISIONADO (TS) PARA TUBERCULOSE (TB): LIMITES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS"****, área temática* ***GRUPO III****, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a)* ***Eduardo Sodré de Souza*** *e orientação do(a) Professor(a)* ***Fabiola Zioni****, considerando-o* ***APROVADO****.*

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): ***1.*** *Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;* ***2.*** *Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;* ***3.*** *Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;* ***4.*** *Elaborar e apresentar relatórios parciais e final;* ***5.*** *Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.*

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Fabiola Zioni
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública – USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP: 01246-904 – São Paulo – SP
Telefones: (55-11) 3061-7779 /7742 e-mail: coep@fsp.usp.br site www.fsp.usp.br

Anexo 8. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Eduardo Sodré de Souza, sou enfermeiro e estou estudando o tratamento para Tuberculose entre a população em situação de rua na região central do Município de São Paulo, ou seja, na área da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Santa Cecília. O nome da pesquisa é ***A adesão da população em situação de rua ao Tratamento Supervisionado para Tuberculose: limites, potencialidades e desafios*** e tem como objetivo verificar e analisar a contribuição do modelo DOTS que em português significa Tratamento Supervisionado, para a adesão ao tratamento da tuberculose.

Para isso, conto com a sua colaboração e convido-lhe para participar dessa entrevista que terá a duração média de 30 minutos. A entrevista deverá ser gravada para que eu não perca nenhum ponto importante. Caso não queira responder alguma das questões, ou participar da pesquisa, sinta-se a vontade para recusar.

Esclareço que, caso opte por participar, você tem o direito de:

Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7742 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos e/ou denúncias relacionadas à questões éticas que porventura o prejudique, ou o seu atendimento na unidade ou o seu tratamento .

Declaro que recebi todas as informações e esclarecimentos sobre a pesquisa e gostaria de participar, respondendo à entrevista.

São Paulo, _____de_____ de_____.

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu*, Eduardo Sodré de Souza,* declaro que forneci ao participante, todas as informações referentes ao projeto.

_____ Data: ___/____/____.

Telefone: (11) 3088.0188 - e-mail: eduardossouza@usp.br

Telefone do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde: (11) 3397.2464Telefone do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública: (11) 30617742

Anexo 9. Currículo Lattes Pesquisador (Eduardo Sodré de Souza)

Anexo 10. Currículo Lattes Orientadora (Fabíola Zioni)