

O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua

Paula Hino¹
Aline Aparecida Monroe²
Renata Ferreira Takahashi³
Káren Mendes Jorge de Souza¹
Tania Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo⁴
Maria Rita Bertolozzi³

Objetivo: apresentar a percepção de profissionais sobre moradores de rua que realizam o tratamento da tuberculose e identificar ações de controle da doença ofertadas a esta população. **Método:** estudo exploratório e descritivo envolvendo 17 profissionais que atuaram em Consultórios na Rua. Utilizou-se um roteiro semiestruturado composto de questões fechadas e uma questão norteadora. Os depoimentos foram analisados pela técnica da análise de discurso, resultando na identificação de duas categorias analíticas: 1. *Significados atribuídos à pessoas com tuberculose que moram na rua*, e 2. *O controle da tuberculose na rua*. **Resultados:** a análise identificou situações que dificultaram a adesão ao tratamento da tuberculose, tais como os motivos para morar na rua, condições de vida, e características do modo de ser (dependência de álcool e outras drogas, imediatismo, deslocamentos, e falta de perspectivas). A análise indicou que esta população tem conhecimento sobre a doença. Além disso, houve dificuldade de resolver diversos problemas, incluindo as condições e estilo de vida, estigma social, deslocamentos, uso de drogas e inexistência de projeto de vida. **Conclusão:** o enfrentamento da complexidade das situações envolvendo moradores de rua impõe limites ao trabalho de profissionais de saúde pois tais situações transcendem o âmbito da saúde e requerem ações de cunho intersetorial.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde Pública; Tuberculose; Pessoas em Situação de Rua; Populações Vulneráveis; Vulnerabilidade em Saúde.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade Estadual de Campina Grande, Departamento de Enfermagem, Campina Grande, PB, Brasil.

Como citar este artigo

Hino P, Monroe AA, Takahashi RF, Souza KMJ, Figueiredo TMRM, Bertolozzi MR. Tuberculosis control from the perspective of health professionals working in street clinics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3095. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2691.3095>.

mês dia ano

URL

Introdução

Pessoas em situação de rua pertencem a um grupo populacional que faz uso dos logradouros públicos como espaço de moradia e sustento de modo temporário ou permanente. Tais pessoas são excluídas socialmente, não conseguem satisfazer as necessidades básicas, e vivem na linha da indigência ou pobreza absoluta⁽¹⁾.

Em 2015, 15.905 pessoas estavam em situação de rua na cidade de São Paulo, das quais 82% eram do sexo masculino, 51,9% apresentavam idade entre 18 e 49 anos, e 24,4% eram maiores de 50 anos. Quase metade dessa população (7.335) vivia exclusivamente nas ruas, principalmente na região central da cidade, e a outra parte era acolhida, i.e., viviam nas ruas mas pernoitavam em albergues⁽²⁾.

As condições de vida e a exclusão social deste grupo aumenta a sua vulnerabilidade, em especial no que se refere ao processo saúde-doença. Por este motivo, em 2011, o Ministério da Saúde definiu diretrizes para a organização, funcionamento e capacitação de equipes de Consultório na Rua para atender de modo integral e oportuno as necessidades singulares dessa comunidade⁽³⁾.

As pessoas em situação de rua são mais vulneráveis ao adoecimento por tuberculose (TB) devido às condições sociais e de saúde, e o risco de adoecimento neste população é 48 a 67 vezes maior do que a população em geral. Deficiências nutricionais, uso de álcool e outras drogas, privação de sono, falta de segurança, infecção pelo vírus da AIDS, idade avançada e falta de cuidados com a saúde prejudicam a função imunológica e elevam a probabilidade de desenvolvimento da TB⁽⁴⁻⁵⁾.

A prevalência de TB nesse grupo, 2.445,8 casos por 100.000 habitantes no município de São Paulo em 2015, é aproximadamente 48 vezes maior que a prevalência na população em geral (51,1 casos por 100.000 habitantes)*. Por ser uma doença negligenciada, de baixa visibilidade social, a TB representa um agravamento da determinação social do processo saúde-doença. Por isso, seu controle nesse grupo social é um desafio devido ao espaço de vivência destas pessoas e à maior probabilidade de transmissão da doença em função de seu estilo de vida. Os estudos sobre TB em moradores de rua avaliaram a adesão ao tratamento⁽⁶⁾, surtos e riscos⁽⁷⁻¹¹⁾ e experiências de cuidado⁽⁵⁾.

Diante das especificidades e desafios que moradores de rua representam para as ações de controle da TB, o objetivo do presente estudo é apresentar a percepção de profissionais de saúde sobre indivíduos deste grupo que

se submetem ao tratamento da TB e identificar as ações de controle da doença neste grupo.

Método

Este estudo exploratório, descritivo, e qualitativo envolveu 17 profissionais, incluindo dois médicos, três enfermeiros, oito agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um assistente social, e um agente social da equipe de rua de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região central de São Paulo. O critério de inclusão foi ter no mínimo três meses de atuação na equipe devido à maior experiência para lidar com esse grupo social. Dos 25 profissionais que compuseram a equipe, quatro se recusaram a participar do estudo, três não atenderam ao critério de inclusão, e um encontrava-se em licença-médica, totalizando uma amostra com 17 sujeitos. Os dados foram coletados entre novembro e dezembro de 2016 mediante entrevista individual de 25 a 50 minutos realizada em local reservado da UBS para garantir a privacidade e a confidencialidade das informações. As entrevistas foram realizadas pela primeira autora, que não tinha qualquer relação com os entrevistados. Contou-se com o apoio de um roteiro semiestruturado, que contemplava características sociodemográficas e a seguinte questão norteadora: "Relate uma situação que expressa como é cuidar/prestar atendimento a um morador de rua com TB."

Os depoimentos, gravados em aparelho digital, foram transcritos e submetidos à técnica de análise de discurso extraíndo-se frases que embasaram a construção de duas categorias analíticas: 1. "Significados atribuídos à pessoa com TB em situação de rua" e 2. "O controle da tuberculose na rua". Essa técnica permite decodificar discursos que refletem a opinião dos profissionais entrevistados a partir da identificação de temas e figuras⁽¹²⁾. As entrevistas foram analisadas utilizando a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

Os depoimentos foram analisados em cada categoria profissional juntamente com um número arábico referente à sequência das entrevistas.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Parecer No. 1.553.500.

Resultados

A maioria dos profissionais entrevistados era do sexo feminino (n=14), com idade entre 30 a 39 anos (n=7), 50 a 59 anos (n=7), ou mais de 60 anos (n=3). Oito profissionais eram solteiros, seis eram casados, e três eram divorciados. O nível educacional incluiu

* Material impresso: São Paulo. Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa de Controle da Tuberculose. Boletim Tuberculose Cidade de São Paulo 2016. São Paulo: COVISA; 2016.

ensino superior completo (n=6), ensino médio completo (n=10), e ensino fundamental completo (n=1).

A análise das duas categorias analíticas permitiu conhecer a opinião dos profissionais de saúde de equipes de Consultório na Rua sobre moradores de rua e as ações de controle da TB neste grupo social. A primeira análise focou no motivo pelo qual estas pessoas estavam na rua, as condições de vida, e o modo de ser.

Em relação à categoria "Significados atribuídos à moradores de rua com TB," os profissionais consideraram que a história de vida dessas pessoas mostrou que viver na rua não foi uma escolha mas o resultado de um conjunto de circunstâncias que as levaram a se separar da família: *todos têm uma história, ninguém foi para a rua porque quis, porque gosta de ficar na rua, ou é a família que brigou, a mulher que não deu certo, uma desilusão* (Agente de saúde No. 2).

Os motivos mais citados pelos profissionais foram o rompimento familiar e imigração. As causas da separação da família foram o uso abusivo de álcool e outras drogas, problemas mentais, incapacidade de atender as necessidades básicas da família devido à ausência ou insuficiência de recursos financeiros, e ter uma orientação sexual não aceita pelos familiares.

Ficou evidente que algumas pessoas em situação de rua não desejava voltar ao convívio familiar, e os indivíduos que intencionavam retornar à família enfrentavam barreiras para resgatar o vínculo e a confiança dela. Há casos de reconciliação familiar em que, embora a pessoa tenha voltado a viver com a família, a decepção das partes envolvidas não permitiu que continuassem juntos, como apontaram os depoimentos: *tenho 40 anos de situação de rua e você não diz que estou na rua, já acostumei com vida de maloqueiro* (agente de saúde No. 8). *...tem gente que tem família, mas quer viver outro tipo de história, se sente livre na rua, fala: "aqui não tenho que pagar conta, não tenho que dar satisfação para ninguém, vou para onde quero." E tem aquele que lutou para sair da rua, não conseguiu e foi ficando* (enfermeiro No. 1).

As condições de vida são precárias para pessoas que vivem em logradouros públicos e que vivem em áreas ou prédios invadidos: *é melhor morar na rua, de tão horrível que descreveram o lugar. A ocupação é um prédio invadido, que não tem saneamento básico, o esgoto escorre escada abaixo* (enfermeiro No. 2).

O constante deslocamento de populações que se tornam indigentes pode estar relacionada a conflitos entre grupos e pelo fato de os locais de habitação se caracterizarem pelo tipo de droga utilizada pelos moradores. Os moradores que não desejam realizar o tratamento evitam manter-se por muito tempo em um único lugar para não serem encontrados pelos profissionais de saúde. O mesmo ocorre quando há

medo de serem identificadas pela polícia, pois muitos indigentes são foragidos da justiça.

Outras características marcantes desta população são o imediatismo e a dificuldade em se submeter a regras, pois esta população quer respostas imediatas às suas necessidades. A dinâmica de trabalho do Consultório na Rua, em que os profissionais buscam e oferecem assistência à saúde individual, pode contribuir para esse comportamento: *...porque veem a gente muito atrás deles, ficamos implorando para se cuidarem, então pensam: "Ela vai ter que dar um jeito para eu passar na frente de todo mundo."* A maioria não espera e vai embora (agente de saúde No. 8).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais foi a demora em ter acesso a uma vaga de internação devido à desarticulação da rede de serviços médicos, como ilustra o depoimento a seguir: *Quando você consegue uma vaga, aquele processo do paciente querer já passou, porque isto é um momento muito rápido na vida deles. A dificuldade é você oferecer todos os dias o serviço disponível e, quando precisa, não tem como inserir, tem que aguardar, quando sai a vaga, não querem mais* (agente de saúde No. 1).

A segunda categoria—controle da tuberculose na rua—analisou o conhecimento dos indigentes sobre a TB, e as condições e limitações das ações de controle da TB. As pessoas em situação de rua têm um conhecimento correto e suficiente sobre a TB ou porque já tiveram a doença ou porque conheceram alguém que se tratou ou morreu por causa dessa enfermidade: *Hoje, nas ruas, quando você chega para explicar o que é TB, eles te dão uma aula* (agente de saúde No. 1).

No entanto, as pessoas não demonstraram interesse em cuidar da saúde e ficaram indiferentes à vida ou à possibilidade de terem TB. O diagnóstico da TB não mudou o comportamento dessas pessoas, que responderam com a negação ou ausência de reação: *Para eles tanto faz, é como se a vida não tem mais sentido, então ter uma doença não faz nenhuma diferença. Eles costumam dizer: "Se morrer é lucro"* (agente de saúde No. 8).

O controle da TB em moradores de rua inicia-se com a busca ativa de sintomáticos respiratórios no território, quando se investiga a presença de sinais e sintomas da doença, histórico de diagnóstico de TB e/ou tratamento anterior, e a secreção pulmonar é coletada para exame: *Às vezes um bom-dia que você dá, a pessoa responde tossindo, pondo a mão na boca. A gente já aproveita o gancho e pergunta há quanto tempo está com tosse, se teve febre ou suor excessivo. Na abordagem, é de protocolo de ACS sempre estar fazendo esta investigação da TB. A orientação é que tosse a partir de 3 semanas deve ser investigada, no nosso caso, como é situação de rua, 2 semanas já é o suficiente para pedir a coleta de BK* (agente de saúde No. 1).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO), dependendo das condições da pessoa, pode ser realizado

no serviço de saúde ou no território, em qualquer horário, como relatou um profissional: *Eu cansava de procurar durante o horário de trabalho e quando estava no metrô para ir embora, encontrava o usuário. Então levava o remédio na bolsa e tratava o usuário quando voltava para casa* (enfermeiro No. 1).

O estabelecimento de vínculo com pessoas com TB é fundamental para a realização do tratamento. De maneira geral, os indigentes mostraram-se resistentes à interação no primeiro contato; no entanto, com o passar do tempo, aceitaram a aproximação dos profissionais e começaram a interagir: *Não é de um dia para o outro, você vai conquistando aos poucos. Tem dia que você passa e fala bom dia e mesmo que ele desvie de você, no outro dia você faz a mesma coisa, aí aos pouquinhos você conquista* (agente de saúde No. 7).

Os profissionais afirmaram que pessoas em situação de rua reconheceram o trabalho da equipe de rua como uma ação positiva tanto pelo estabelecimento de vínculo quanto pela confiança depositada: *É reconhecida a pessoa com o jaleco azul, falam: "os anjos vieram!" Valorizam bastante, sabem que se tem alguém passando mal e se não encontra alguém com o jaleco na rua, vai na unidade* (agente social No. 2).

As dificuldades no cuidado desta população que comprometem a adesão ao tratamento incluem constantes deslocamentos, uso abusivo de álcool e outras drogas, falta de perspectiva para o futuro e inexistência de um projeto de vida: *...porque não ficam em um lugar só, de manhã estão aqui, de tarde vão para lá, amanhã eles mudam. É difícil que fiquem no mesmo lugarzinho, e se você falar para ele vir tomar, vem um dia e não vem no outro, aí não consegue concluir* (agente de saúde No. 2).

O uso abusivo de substância psicoativa é comum na população de rua, o que compromete o cuidado com a própria saúde, realização de qualquer tipo de tratamento medicamentoso, e elaboração de projetos de vida: *...parece que perderam a vontade de viver, não sonham mais, é muito mais fácil conseguir fazer encaminhamentos de manhã do que à tarde, porque à tarde estão mais alcoolizados* (agente social No. 3).

A irregularidade no uso de medicamentos prolonga o tratamento por um período maior de seis meses, favorecendo o abandono do tratamento: *A gente ia dar a medicação de manhã, ele estava dormindo por estar em uso da substância, e neste caso a gente não lembra. Por isto ficou um mês a mais fazendo tratamento. A gente voltava à tarde, só que ou ele continuava dormindo, ou como ele trabalhava catando reciclado, à tarde ele já não estava mais* (agente de saúde No. 7).

Outras dificuldades no controle da TB foram a não aceitação do estado de doente e da terapêutica, tempo prolongado do tratamento, efeitos colaterais dos medicamentos, falta de rotina de tratamento, e condições precárias de vida: *No começo é difícil aceitarem, uma semana vem certinho, na outra semana falta 2-3 dias, e aí*

a gente vai conversando e falando da importância da medicação (agente social No. 1). *Às vezes você chega lá e não comeram nada, nem água bebeu, aí não consegue tomar o comprimido* (agente de saúde No. 2).

O constante deslocamento de moradores de rua dificulta a continuidade do tratamento; no entanto, alguns canais de comunicação entre as equipes de rua possibilitam a localização dessas pessoas: *A gente tem um e-mail e um grupo de WhatsApp para troca de informações: fulano desapareceu, interrompeu o tratamento, ou foi encontrado em determinada região* (enfermeiro No. 3).

Os centros de acolhida oferecem acesso a abrigos e melhores condições de realização do tratamento; todavia, muitos mendigos preferem permanecer o tempo todo na rua, alegando que existe maior risco de ser roubado e agredido nos abrigos devido ao consumo de álcool e outras drogas, mesmo que nesses locais o seu uso seja proibido.

A discriminação contra indigentes foi constatada pelo desestímulo que os profissionais receberam de colegas por trabalharem com esse grupo social: *Muitas vezes somos vítimas também, eles dizem: "O trabalho de vocês é nada, é investimento perdido, é secar gelo, o que fazem não vão chegar a lugar algum." Então, se nós, enquanto profissionais de saúde, sofremos preconceito dos demais colegas, imagina o usuário* (médica No. 1).

Os profissionais relataram outras dificuldades no cotidiano do seu trabalho, como as condições inadequadas de trabalho e as situações de risco às quais estão expostos ao prestarem assistência: *Tinha que ter mais recursos para ir para a rua, faço curativo na rua, o que faço com o meio ambiente? Porque tem que lavar a ferida, esta água e este lixo vão para onde? (enfermeiro No. 3). Não tem suporte para fazer a coleta de escarro, se você for ver, você está ajudando identificar uma bactéria, mas ao mesmo tempo você está se colocando em risco, ou, se estou lá no meio da maloca e ocorre um conflito com algum deles, qual deve ser minha reação como profissional, chamar a polícia? Porque se trabalhar com a polícia, não me aproximo deles* (agente de saúde No. 1).

Se realizado de forma irregular, o TDO exige a internação em hospital de retaguarda de outro município como medida complementar. Neste caso, a equipe do Consultório na Rua monitora o tratamento à distância até a alta hospitalar para acompanhar o paciente após seu retorno ao território. Um dos profissionais entrevistados considerou que, em casos de retratamento de indigentes, este deveria ser realizado de forma compulsória devido à possibilidade de transmissão do bacilo: *Se o cara abandonou uma vez o tratamento de TB, tem que prender mesmo, fazer ele tratar, você não vai falar: "Para de respirar porque você está com TB"* (enfermeiro No. 2).

Os indigentes que realizam o TDO regularmente recebem uma cesta básica mensalmente como

incentivo à adesão ao tratamento. No entanto, o uso deste benefício nem sempre é adequado devido à dificuldade desta população em preparar alimentos, e a cesta se torna moeda de troca para atender a outras necessidades ou desejos. Uma alternativa para este tipo de incentivo foi credenciar restaurantes para fornecer refeições.

Com o aumento do número de indigentes, os serviços de saúde e equipamentos sociais tais como os centros de acolhida são insuficientes para atender às demandas desta população. Neste sentido, a modalidade de assistência oferecida pelo Consultório na Rua facilita o acesso aos recursos necessários ao controle de saúde pois essa população pode ser cuidada no próprio território e permite estabelecer um vínculo com os profissionais de saúde.

Há várias facilidades para o controle da TB em indigentes relacionadas à organização de serviços de saúde, como a flexibilidade das agendas de médicos e enfermeiros, pois as consultas podem ser agendadas ou não. Desta forma, o profissional de saúde tem disponibilidade para atender no momento em que a pessoa procura o serviço de saúde. Outra facilidade é a existência de um veículo para transportar pessoas com dificuldade entre os serviços de saúde tais como uma consulta com médico especialista ou realização de exame em local distante da área territorial em que o paciente mora. Outras condições facilitadoras foram a realização da coleta de escarro no próprio território e a possibilidade de internação em hospital de retaguarda para indivíduos com dificuldades de adesão ao plano de tratamento individual.

A sensibilização e a instrumentalização dos trabalhadores da UBS para o atendimento de moradores de rua foram considerados atributos fundamentais, que qualificaram estes profissionais para a prática assistencial humanizada dessas pessoas: *Hoje temos uma equipe muito boa, aquelas pessoas que estavam no início já saíram, então a receptividade mudou muito. A importância da humanização era muito falada nas reuniões, e quem não se adaptou, acabou saindo* (agente social No. 3).

O tratamento da TB em indigentes extrapola a dimensão do agravo, por isso é fundamental sensibilizá-los quanto à importância do tratamento e redução de danos, facilitando o acesso aos serviços de saúde e equipamentos sociais. Considerando a cadeia de transmissão da doença, a vigilância epidemiológica é indispensável, demandando a constante busca por indivíduos com diagnóstico e/ou em tratamento e seus contatos no território devido à possibilidade de transmissão do bacilo.

A oferta de cursos profissionalizantes e/ou oportunidades de trabalho para moradores de rua pode

modificar a situação desse grupo social: *...poderia ter uma continuidade para ter trabalhos manuais, tirar eles da rua, entrar em contato com a família para ver se aceitam, ou um lugar para morarem, porque a maioria volta para a rua quando o tratamento termina, e é um trabalho praticamente em vão* (agente de saúde No. 5).

Discussão

O discurso dos profissionais entrevistados aponta um perfil de moradores de rua caracterizado pelo uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, constantes deslocamentos, imediatismo, e falta de autoestima, e estas características comprometem o cuidado com a saúde e a adesão ao tratamento da TB. Motivos semelhantes foram encontrados em estudos conduzidos em outras localidades^(5,13-14).

Os resultados do presente estudo corroboram a literatura no que diz respeito aos motivos pelos quais as pessoas moram nas ruas, tais como a busca pela liberdade, desajustes familiares, dependência de álcool e drogas ilícitas, doenças mentais, deslocamentos, desemprego, miséria e desilusão amorosa⁽¹³⁻¹⁵⁾. As razões são diversas e compõe situações de exclusão das estruturas convencionais da sociedade, algumas vezes por opção e outras por falta de opção.

Viver na rua configura uma nova fase na vida da pessoa, em que a privacidade deixa de existir. A compreensão das narrativas sobre a experiência de viver na rua é um desafio pois alguns relatam sofrimento e anseio de retornar à convivência familiar ao passo que outros se acostumam com o cotidiano na rua e não desejam abandonar este modo de vida, dada a falsa sensação de liberdade⁽¹⁵⁾. A dificuldade em manter vínculos afetivos com a família ou com pessoas sem laços de parentesco associada aos fatores mencionados anteriormente contribuem para a ocorrência de abandonos de tratamento da TB⁽¹⁶⁾.

Muitas vezes, o cuidado à saúde é ignorado por moradores de rua porque sua sobrevivência é uma necessidade primordial devido à inexistência de recursos para tratamento e a exposição contínua à violência⁽¹⁷⁾. Ademais, o modelo biomédico hegemônico, ainda preponderante nos serviços de saúde, é incapaz de modificar a realidade e atender as necessidades relacionadas ao processo saúde-doença das pessoas em situação de rua⁽¹⁸⁾.

Os significados atribuídos ao controle da TB mostraram a importância do atendimento a estas pessoas pela equipe de rua ao melhorar o acesso aos serviços de saúde e equipamentos sociais e realizar encaminhamentos para outros serviços sociais e de saúde. Uma pesquisa realizada com equipes de

Consultório na Rua nos cuidados à pessoas com TB mostrou a contribuição dessas para o acesso aos serviços de saúde, diagnóstico precoce, instituição imediata do tratamento, e acompanhamento até a obtenção da cura⁽⁵⁾.

O trabalho em equipe foi considerado fundamental para o cuidado em saúde devido às singularidades e complexidades desse grupo, evidenciando que a articulação entre diferentes saberes, práticas e sujeitos resulta no desenvolvimento de intervenções adequadas às necessidades de moradores de rua ⁽¹⁹⁾. A modalidade assistencial do Consultório na Rua ampliou o acesso à saúde e viabilizou um cuidado intrínseco e com qualidade a pessoas marginalizadas socialmente, que reconheceram esta modalidade como um serviço de saúde de referência⁽²⁰⁾.

Além disso, as características e o comportamento das pessoas em situação de rua tornam-nas alvo de estigma e rejeição, que se desvelam por meio de ações discriminatórias por parte daqueles que deveriam fornecer o cuidado, e esta realidade cria barreiras no acesso aos serviços de saúde e influenciam o diagnóstico e o tratamento da TB, agravando ainda mais a realidade desta população.

Os entrevistados indicaram enfrentar resistência de moradores de rua nos primeiros contatos; contudo, com o passar do tempo, vínculos são estabelecidos, viabilizando a assistência às necessidades de saúde e outras demandas específicas dessas pessoas. Além disso, as oficinas de arte favorecem a relação dialógica e a escuta qualificada, que ajudam a estabelecer vínculos e desenvolver trabalhos dirigidos à redução de danos⁽²¹⁾.

Um dos principais elementos facilitadores da assistência foi a flexibilidade das agendas dos profissionais de saúde para realizar atendimentos quando estas pessoas procuraram os serviços de saúde. No entanto, o contexto de vulnerabilidade e precariedade, preconceito, discriminação, e a necessidade de atuação profissional diante do não programado são entraves ao desenvolvimento destas intervenções.

As dificuldades dos moradores de rua de acesso aos serviços de saúde ratificam os achados de uma revisão integrativa⁽²²⁾ que associou estas dificuldades ao estigma social e preconceito tanto pelo comportamento, pois estas pessoas muitas vezes agem com agressividade verbal ou física, quanto pela aparência, incluindo vestuário e ausência de higiene.

Os depoimentos apontaram que o conhecimento dos moradores de rua sobre os sinais e sintomas da TB favorece a realização precoce do diagnóstico; porém, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde limita o diagnóstico. A dificuldade deste grupo em aderir ao tratamento da TB é devido principalmente a aspectos

personais, tais como características físicas e condições e estilos de vida.

Na percepção dos profissionais da equipe de rua, a negação da enfermidade advém do medo de transmitir a doença ou de ser excluído do grupo, do conhecimento do fracasso do tratamento de pessoas conhecidas, e da necessidade de diminuir o uso de drogas durante o tratamento.

A inexistência de um projeto de vida foi um dos determinantes da não adesão ao tratamento da TB. A expressão de sentimentos negativos das pessoas em situação de rua revela que a vida deixa de ter significado e valor, especialmente por conta das dificuldades enfrentadas ao viverem na rua e da falta de perspectiva de um futuro auspicioso⁽²³⁾. Um estudo envolvendo a população de rua da região central de São Paulo sobre os significados e percepções relacionados à TB e TDO constatou que o risco de abandono do tratamento era elevado devido às aspectos sociais, incluindo violência física e moral, estigma sobre a doença, uso de drogas lícitas e ilícitas, e conhecimento da doença*.

As pessoas em situação de rua são mais vulneráveis ao abandono do tratamento visto que a adesão é complexa e decorrente de aspectos que se relacionam à pessoa com TB e aos serviços de saúde. Os fatores que podem comprometer o tratamento individual são efeitos colaterais, tempo prolongado de tratamento, melhora do quadro clínico após o início do uso dos tuberculostáticos, condições precárias de vida, ausência de moradia fixa, uso indevido de drogas, desconhecimento sobre a doença, não aceitação do diagnóstico, e presença de outras doenças associadas. Outros motivos no âmbito dos serviços de saúde incluem o despreparo dos profissionais de saúde em acolher e prestar assistência a essas pessoas e a dificuldade de formação de vínculo entre profissionais de saúde e pessoas com TB. O preconceito contra este grupo social dificulta seu acesso a serviços de saúde para a realização do tratamento supervisionado ou da consulta médica⁽²⁴⁾.

Os profissionais consideram que a oferta de vale-refeição, parceria com centros de acolhimento, internação em hospital de retaguarda durante o tratamento, e inserção de moradores de rua em cursos profissionalizantes podem auxiliar o cuidado às pessoas com TB e consequentemente a adesão ao tratamento.

A prevalência de TB ser elevada em moradores de rua. Por isso, os profissionais de saúde devem pensar em estratégias de cuidado para o enfrentamento da doença,

* Trabalho desenvolvido no município de São Paulo, publicado como capítulo do livro: Souza ES, Zioni F. O tratamento diretamente observado para a tuberculose entre a população em situação de rua. In: Rosa AS, Brêtas ACP. Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua. Curitiba: CRV; 2013.

desde ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios a cuidados com pessoas com TB.

O controle da doença nessa população envolve vários condicionantes, pois o acesso a medicamentos e serviços de saúde não é suficiente para garantir a adesão ao tratamento. Os fatores considerados imprescindíveis foram a compreensão do processo saúde-doença como um fenômeno social, contemplação das necessidades de saúde no enfrentamento da TB com enfoque no acolhimento do paciente, e a responsabilidade dos profissionais de saúde no cuidado a esse grupo social.

As condições de saúde da população de rua representam uma situação alarmante e de grande desafio pela sua magnitude, aumento de morbidades, e alto número de adversidades, o que requer a promoção de ações intersetoriais para o seu equacionamento visto que a problemática dessas pessoas é de ordem política, econômica, cultural e social⁽²⁵⁾. Neste sentido, é importante destacar a contribuição da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença para compreender e tratar a TB em pessoas em situação de rua pois é necessário superar a adoção de modelos assistenciais que desconsideram tal processo como um fenômeno social, i.e., não relacionam a sua ocorrência com a organização social.

As limitações do presente estudo foram a realização da coleta de dados em apenas uma UBS, o que resultou na restrição do número de participantes. Além disto, a realidade apresentada constitui apenas uma parte do trabalho realizado pelo Consultório na Rua do município de São Paulo.

Conclusão

Segundo a perspectiva dos profissionais entrevistados, a assistência à saúde das pessoas em situação de rua é um tema de relevância social pois suas condições de vida, marcadas por inúmeras adversidades, como fatores de risco e limitações de acesso a serviços de saúde e tratamento, tornam-nas mais vulneráveis ao adoecimento, abandono do tratamento, e óbito pela TB. Desse modo, a atuação de uma equipe de profissionais treinados para atender às necessidades desse grupo pode contribuir para o controle da doença. No entanto, a TB nesse grupo é um problema de saúde e um desafio para os gestores e profissionais de saúde e conseqüentemente necessita ser devidamente investigado para subsidiar a formulação, implantação, e utilização de tecnologias de saúde coerentes à realidade das pessoas em situação de rua.

Sendo assim, espera-se que os achados desta pesquisa suscitem reflexões acerca desta modalidade de atenção tendo a TB como foco. Destaca-se a contribuição

do estudo para a área da enfermagem, que é considerada um campo relevante para a prática profissional do enfermeiro nesse contexto, ampliando seu campo de atuação, e considerando estes profissionais como articuladores da rede de atenção à saúde de moradores de rua. Para isto, faz-se necessário dar visibilidade ao tema e investir na formação de profissionais capazes de lidar com uma realidade complexa e permeada por aspectos biopsicossociais e espirituais inerentes ao viver na rua.

Referências

1. Silveira C, Ribeiro MCSA, Carneiro-Jr N, Barata RB. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. *Saúde Soc.* [Internet]. 2015 Apr/June [cited 2017 Jan, 10]; 24(1):219-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en_0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf
2. Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas (BR). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Prefeitura de São Paulo. Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo. Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Prefeitura de São Paulo, São Paulo: Fipe/SMADS; 2015. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/centro/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf
3. Brasil. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
4. Feske ML, Teeter LD, Musser JM, Graviss EA. Counting the Homeless: A Previously Incalculable Tuberculosis Risk and Its Social Determinants. *Am J Public Health.* [Internet]. 2013 May [cited 2017 Jan, 21]; 103(5): 839-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698826/pdf/AJPH.2012.300973.pdf>
5. Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2016 Sept/Oct [cited 2017 Nov, 21]; 50(5):809-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v505/0080-6234-reeusp-50-05-0809.pdf>
6. Ranzani O, Carvalho CRR, Waldman EA, Rodrigues LC. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. *BMC Med.* [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Nov, 19]; 14: 41. Available from: <https://bmccmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-016-0584-8>

7. Gupta V, Sugg N, Butners M, Allen-White G, Molnar A. Tuberculosis among the homeless-preventing another ouTBreak through community action. *N Engl J Med*. [Internet]. 2015 Apr [cited 2017 Nov, 19]; 372(16): 1483-5. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1501316>
8. Munn MS, Duchin JS, Kay M, Pecha M, Thibault CS, Narita M. Analysis of risk factors for tuberculous infection following exposure at a homeless shelter. *Int J Tuberc Lung D*. [Internet]. 2015 May [cited 2017 Oct, 26]; 19(5): 570-5. Available from: <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/iuatld/10273719/v19n5/s14.pdf?expires=1513861103&id=0000&titleid=3764&checksum=EF4FF4CB615EC56D925233EEB9F92A23>
9. Janssens J, Wuillemin T, Adler D, Jackson Y. Screening for tuberculosis in an urban shelter for homeless in Switzerland: a prospective study. *BMC Infec Dis*. [Internet]. 2017 May [cited 2017 Nov, 19]: 17:347. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434587/pdf/12879_2017_Article_2449.pdf
10. Powell KM, VanderEnde DS, Holland DP, Haddad MB, Yarn E, Burns-Grant G, et al. OuTBreak of Drug-Resistant Mycobacterium tuberculosis Among Homeless People in Atlanta, Georgia, 2008-2015. *Public Health Rep*. [Internet]. 2017 Mar/Apr [cited 2017 Aug, 09]; 132(2): 231-240. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0033354917694008>
11. Crisan A, Wong HY, Johnston JC, Tang P, Colijn C, Otterstatter M, et al. Spatio-temporal analysis of tuberculous infection risk among clients of a homeless shelter during an ouTBreak. *Int J Tuberc Lung D*. [Internet]. 2015 Sept [cited 2017 Dec, 06]; 19(9): 1033-8. Available from: <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/iuatld/10273719/v19n9/s7.pdf?expires=1513861757&id=0000&titleid=3764&checksum=F8A10D48ACFC5B484FC46D7D937A203C>
12. Caregnato RCA, Mutti R. Qualitative research: discourse analysis versus content analysis. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2006 [cited 2018 May, 23]; 15(4): 679-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>
13. Barata RB, Carneiro-Jr N, Ribeiro MCSA, Silveira C. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. *Saúde Soc*. [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov, 11]; 24(Supl 1): 219-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en_0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf
14. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Cienc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Nov, 11]; 21(8): 2595:2606. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf
15. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. The street has a magnet, I think it is freedom: power, suffering, and life strategies among homeless persons in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *Saúde Soc*. [Internet]. 2014 Out/Dez [cited 2017 Nov, 11]; 23(4): 1248-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1248.pdf>
16. Borysow IC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Nov, 11]; 48(6):1069-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1069.pdf>
17. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. A Street Clinic in a state capital in Northeast Brazil from the perspective of homeless people. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2016 Ago [cited 2017 Nov, 11]; 32(8): e00070515. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00070515.pdf>
18. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Cienc Saúde*. [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Jan, 19]; 21(8): 2595:606. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf
19. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 May/June [cited 2017 Nov, 11]; 50(3): 442-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0442.pdf>
20. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. *Interface*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov, 11]; 18(Supl 1): 919-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0919.pdf>
21. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Health practices by teams from Street Outreach Offices. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 Abr [cited 2017 Nov, 04]; 30(4):805-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0805.pdf>
22. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2018 May 22]; 71(Supl 1): 684-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf
23. Antunes CMC, Rosa AS, Brêtas ACP. From the stigmatizing disease to resignification of living on the streets. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov, 04]; 18:e1150. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/832781/33141-176242-2-pb.pdf>

24. Hallais JAS, Barros NF. Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2015 July [cited 2017 Nov, 11]; 31(7): 1497-1504. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>
25. Fiorati RC, Carretta RYD, Panúncio-Pinto MP, Lobato BC, Kebbe LM. Population in vulnerability, inter-sector cooperation and citizenship: interconnecting knowledge and actions. *Saúde Soc*. [Internet]. 2014 Oct/Dec [cited 2017 Nov, 11]; 23(4): 1458-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1458.pdf>

Recebido: 16.03.2018

Aceito: 17.09.2018

Autor correspondente:

Paula Hino

E-mail: paulahino@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-1408-196X>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.