

Percepção de pessoas em situação de rua sobre o tratamento da tuberculose

Paula Hino¹ , Isabela Bombonato de Almeida² , Aline Aparecida Monroe³ , Maria Rita Bertolozzi¹ ,
Mônica Taminato¹ , Lucimara Fabiana Fornari¹ , Anderson da Silva Rosa¹ 

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção de pessoas em situação de rua em relação ao tratamento da tuberculose. **Métodos:** Estudo qualitativo, com base na história oral temática. Foram entrevistadas 24 pessoas em situação de rua no município de São Paulo, em tratamento da tuberculose e vinculados a duas Unidades Básicas de Saúde, no período de junho a julho de 2018. **Resultados:** Emergiram três categorias: A situação de rua como desafio para o enfrentamento da tuberculose; o impacto do tratamento na vida dos usuários; as potencialidades e os limites dos serviços de saúde no apoio ao tratamento. Os participantes destacaram que o fato de viver em situação de rua impacta no tratamento da tuberculose, pois as medidas de isolamento e monitoramento são menos efetivas. Em contrapartida, a possibilidade de cura e a relação estabelecida com os profissionais de saúde foram fundamentais para a adesão ao tratamento. **Considerações finais:** A tuberculose na população de rua deve ser compreendida na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença. Por outra parte, desafios inerentes aos esquemas terapêuticos, condições de vida na rua, vulnerabilidades individuais, coletivas e programáticas dos serviços e políticas públicas que precisam ser considerados na construção das estratégias de cuidado.

Descritores: Pessoas em situação de rua, Tuberculose, Adesão ao tratamento, Condições sociais, Serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

As desigualdades crescentes no Brasil têm resultado em maior número de pessoas privadas de direitos e trabalho, com impacto nas condições de vida e repercussões no direito à moradia¹. Tal contexto deflagra e intensifica um processo multivariado de fragilização dos vínculos sociais e aumento progressivo das pessoas obrigadas a viver em situação de rua, principalmente nos grandes centros urbanos, cenários fortemente marcados pela pobreza e desigualdades sociais.

No Brasil, não há dados oficiais sobre a População em Situação de Rua (PSR), mas a Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua da cidade de São Paulo, de 2021, revelou um total de 31.884 pessoas nessa condição, sendo que 60,2% foram contabilizadas nas ruas, praças e outros espaços públicos e o restante nos centros de acolhida. A maioria era constituída por homens cisgênero (80,1%), pretos ou pardos (70,8%) e com idade média de 41,8 anos. Tal pesquisa revelou um aumento acentuado e preocupante

de 31% no número de pessoas em situação de rua em decorrência da crise econômica e social relacionada à pandemia de Covid-19².

Apesar de o direito à saúde ter sido instituído pela Constituição Federal do Brasil de 1988, a sua garantia afeta diretamente a PSR, que enfrenta obstáculos para o cuidado em saúde e para o acesso aos serviços³. As vulnerabilidades sociais, além das vulnerabilidades individuais, tais como: deficiência nutricional, uso abusivo de álcool e outras drogas, privação de sono, insegurança, idade avançada, dificuldade de obter respostas às necessidades, entre outros, resultam em maior susceptibilidade a diversas enfermidades, entre elas a tuberculose (TB)⁴.

A TB é uma doença socialmente determinada, e a opção por sua leitura, lastreada pela Determinação Social do Processo Saúde-Doença, permite maior compreensão em relação à sua complexidade e alternativas para a implementação de políticas de saúde que contribuam para o seu controle e que considerem as especificidades de cada grupo social. No caso da PSR, a adesão ao

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

² Hospital Israelita Albert Einstein, (SP), Brasil.

³ Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, (SP), Brasil



tratamento envolve uma série de condicionantes, dadas as particularidades deste grupo. Assim, o manejo da TB requer o reconhecimento de que as condições de vida, enfrentadas pela PSR, refletem no adoecimento e nos indicadores epidemiológicos. Para isto, é fundamental superar essa realidade injusta e buscar estratégias que permitam a universalização da cidadania e da dignidade⁵.

A PSR apresenta um risco de 56 vezes maior para o adoecimento por TB quando comparada à população geral. Recomenda-se a busca ativa de sintomáticos respiratórios em toda oportunidade de contato com o profissional ou serviço de saúde, independentemente da duração da tosse⁶. Em 2011, o Ministério da Saúde brasileiro, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, instituiu uma estratégia de trabalho em saúde, denominada Consultório na Rua, que contempla diretrizes para garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde de maneira oportuna e integral, considerando suas particularidades e necessidades em saúde⁷. Sua criação visa o estabelecimento de um novo modo de ofertar o cuidado em saúde e de gestão do processo de trabalho⁸. Esta estratégia tem potencial para impactar no cuidado em saúde, contribuir nas ações de controle da TB e impactar nos indicadores epidemiológicos.

Assim, a criação do Consultório na Rua apresenta novos modos de cuidar em saúde e, conseqüentemente, novos modos de fazer a gestão do processo de trabalho. A partir dessa articulação entre cuidado e gestão, o presente artigo discute três planos de intervenção onde ocorre a prática das equipes do Consultório na Rua: a própria rua, a sede/unidade de referência e as redes institucionais, sua relação com os demais serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e a sua contribuição para reconciliar a APS com os seus atributos fundamentais, para além da adscrição do território geográfico. A partir do conhecimento das particularidades da vida na rua e das dinâmicas de funcionamento do espaço urbano, que geram conflitos e condições de vida precárias, compreende-se que a adesão ao tratamento e as ações voltadas ao controle da TB na PSR constituem um desafio, sendo necessário repensar as práticas em saúde, buscando responder às necessidades desse grupo social.

A complexidade que envolve a condição de vida na rua implica em menor percentual de cura e maior ocorrência de abandono e óbito⁷.

Frente às singularidades e desafios que as pessoas em situação de rua enfrentam em relação ao adoecimento e ao tratamento da TB, o presente estudo teve como questão norteadora: Quais são as percepções de pessoas que vivenciam situação de rua sobre o tratamento da TB?

OBJETIVO

O objetivo geral do estudo foi conhecer a percepção de pessoas em situação de rua em relação ao tratamento da tuberculose. Os objetivos específicos foram identificar as potencialidades e os limites do tratamento da TB nesta população e conhecer a atuação dos serviços de saúde no apoio do tratamento.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Estudo com abordagem qualitativa, do tipo história oral, na sua modalidade temática, por corresponder a uma narrativa mais restrita do entrevistado acerca de um determinado tema. Optou-se por entrevistar pessoas em situação de rua em tratamento da TB que pudessem narrar suas experiências sobre a vida na rua e vivenciar a TB. Partiu-se do pressuposto de que a vida é marcada pela experiência histórica, portanto, o ato de ouvir suas histórias, de forma empática e cooperativa, traz à tona profundas experiências humanas⁹.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com cobertura do Consultório na Rua, localizadas na região central da cidade de São Paulo. Tal opção decorreu por apresentarem o maior número de pessoas em situação de rua em tratamento de TB.

Coleta e organização dos dados

Os critérios de inclusão para a seleção dos participantes foram: pessoas em situação de rua com idade igual ou maior que 18 anos, que realizavam o tratamento da TB há pelo menos um mês, apresentavam condições para responder às perguntas constantes da entrevista e/ou com a capacidade preservada para manter o discurso lógico no decorrer da entrevista.

Foram obtidos depoimentos de 27 participantes, mas três foram excluídos por não contemplarem a integralidade dos critérios estabelecidos. A amostra de 24 participantes deu-se por saturação das informações, momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados com a inclusão de mais participantes, hipoteticamente, não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado¹⁰. Desta maneira, o número de participantes não foi pré-definido, pois o estudo teve como finalidade conhecer as singularidades e os significados associados ao fenômeno estudado, expressos por meio de opiniões, representações, comportamentos e práticas de um determinado grupo social. Também se considerou o fato de os participantes refletirem um conjunto de características, experiências e expressões que propiciam a complementaridade das informações¹⁰.

Os sujeitos elegíveis foram convidados a participar do estudo no momento em que compareciam ao serviço de saúde para realizar a supervisão medicamentosa ou consulta médica. Os dados foram coletados de junho a julho de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas por um pesquisador devidamente capacitado, em uma sala privativa no interior das UBS. As questões que compuseram o roteiro para as entrevistas foram: "Conte um pouco sobre você e como é viver na rua.", "Como foi o primeiro momento em que começou a se sentir doente?", "Para você o que é a tuberculose?", "Depois que você soube que estava com TB, quais foram as mudanças na sua vida?", "Quais são as facilidades e as dificuldades para realizar o tratamento?". As entrevistas duraram entre 15 e 40 minutos, foram audiogravadas e transcritas na íntegra pelo pesquisador que as realizou.

Análise dos dados

Para garantir o sigilo e o anonimato acordado com os participantes, estes foram designados no texto com a letra E de entrevistado, seguido de um número de identificação. O estudo seguiu os critérios recomendados para pesquisas qualitativas com entrevistas COREQ, excetuando a validação pelos participantes da transcrição das entrevistas devido à dificuldade em reencontrá-los¹¹.

A análise dos dados respeitou os seguintes procedimentos: 1. Leitura e releitura do material transcrito, em busca de eixos norteadores para a organização das informações; 2. Textualização dos depoimentos, por meio da incorporação das perguntas realizadas durante as entrevistas às falas dos narradores e da aproximação dos textos das narrativas que se referiam ao mesmo tema; 3. Codificação dos trechos dos depoimentos, de acordo com os temas abordados, para a identificação dos núcleos de sentido e 4. Análise do conteúdo dos depoimentos e definição dos agrupamentos temáticos, segundo modelo de análise temática¹⁰.

Para a construção das categorias temáticas, foram analisadas a similaridade, a pertinência e a equivalência entre os temas encontrados por meio do processo de codificação. As categorias foram analisadas à luz da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. Essa teoria defende que a forma como o indivíduo está inserido na sociedade reflete no processo de adoecimento, visto que o modo de vida e a percepção da saúde e da doença repercutem nas características sociais de produção, distribuição e de consumo^{5,12}.

Aspectos éticos

Foram resguardadas as recomendações da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de São Paulo, sob o parecer de número 1.553.500.

RESULTADOS

Do total de 24 participantes, a maioria encontrava-se na faixa etária entre 50 e 59 anos (33,3%), 91,6%

eram do sexo masculino, 45,8% eram procedentes do Estado de São Paulo, 66,6% possuíam o Ensino Fundamental completo, 75% eram solteiros, 45,8% possuíam três ou mais filhos, 75% tinham contato com a família, 45,3% encontravam-se em situação de rua de dois a dez anos, 66,7% fumavam cigarro e 29,2% faziam uso de drogas ilícitas. Quanto à renda, 79,2% não trabalhavam e 41,7% referiram renda de até R\$ 81,00 por mês. Em relação ao tipo de supervisão, todos realizavam o tratamento diretamente observado e 83,3% apresentavam a forma pulmonar da TB.

A partir da análise dos dados, emergiram três categorias empíricas: A situação de rua como desafio para o enfrentamento da tuberculose; O impacto do tratamento na vida dos usuários; As potencialidades e os limites dos serviços de saúde no apoio ao tratamento.

A situação de rua como desafio para o enfrentamento da tuberculose

O contexto de vida na rua foi apontado como prejudicial à saúde e, em consequência, favorável ao adoecimento por TB, além de constituir-se como um desafio para a efetivação do tratamento. Os entrevistados frisaram que a ausência de moradia os expõem às intempéries climáticas (chuva, temperatura) que acabam por vulnerabilizá-los ainda mais.

Se você está na rua, você não tem um teto, às vezes choveu, você se molhou, você está dormindo com um cobertor molhado, no chão frio, no concreto. (E3)

Vou falar pra você, 30 anos que eu não sei o que é um teto de casa, pegando sereno, sol, chuva, relâmpago, mas tô aí, tô vivendo. (E17)

Além das intempéries climáticas, os entrevistados referiram a ausência de rede de apoio, dificuldades para obtenção de alimentos e de realizar a manutenção da higiene pessoal.

Não é fácil porque você não conhece ninguém na rua, você não tem ninguém. Tudo é difícil, você não tem acesso a quase nada, tomar

os remédios é difícil porque até você se estabelecer num lugar, demora viu, até você ter afinidade pra falar com alguém da sua doença, é, isso aí demora um pouco né? (E1)

As piores coisas que você passa é falta de alimentação, frio, vontade de tomar um banho e não tem lugar. Você vê muitas pessoas se drogando, bebendo, se matando, e você fica muito vulnerável. (E3)

É bem difícil, porque a gente não tem apoio de ninguém que possa ajudar. Sofri dez dias sem comer, sem poder levantar, senti dor. (E18)

Observou-se que o fato de morar na rua consistiu em maior probabilidade para a transmissão da doença, uma vez que a investigação de contatos foi limitada devido à ausência de permanência em um endereço fixo. Por outro lado, verificou-se que os espaços destinados para o abrigo temporário também consistem em espaço de risco pelo fato de não existir um controle sobre o diagnóstico e tratamento da doença.

Eu fiquei na rua normal, não me colocaram em quarentena, coloquei em risco a vida de várias pessoas, essa doença poderia se alastrar, aí complicaria tudo. (E3)

A tuberculose é doença de albergue, eu peguei depois que fiquei aqui 5 meses, fica todo mundo junto, se um pega, os outros pegam, tenho medo de tratar e pegar outra vez morando aqui. (E17)

Os entrevistados também relataram a necessidade de manter o diagnóstico e o tratamento em sigilo devido ao preconceito associado à doença. Assim como manifestaram preocupação em relação à transmissão da TB para as pessoas de sua convivência.

Olha, na rua você tem que medir o que você fala, porque é muito preconceito, as pessoas acham que se eu pegar na tua mão, vão pegar as doenças. Ninguém quer você por perto, se sabem que você tem tuberculose então... às vezes é melhor nem falar que faz tratamento. (E4)

No começo tinha preocupação de estar propagando a doença, mas agora já passou o período de risco, porque preciso respeitar as pessoas, é muita gente. (E10)

A condição de rua foi entendida como um agravante para os usuários infectados pela TB, uma vez que não é possível manter todas as medidas de cuidado prescritas pelos protocolos de atendimento.

O impacto do tratamento na vida dos usuários

Apesar do relato de alguns participantes que apontaram os efeitos colaterais dos medicamentos para tratamento da TB como uma dificuldade, não mencionaram o desejo de desistir do tratamento, o que demonstrou conhecimento sobre a doença e a importância de concluir o tratamento.

Eu acho que precisa melhorar os remédios, eu estava tomando um e aí o meu estômago começou a doer, e para dor de estômago não tem. (Entrevistado 14)

Tomar remédio é ruim. Parece que não, mas quando eu tomo dá um negócio ruim. (Entrevistado 2)

Uma parcela dos participantes referiu que a dependência de drogas lícitas e ilícitas representa um desafio para o tratamento no contexto da situação de rua. Dessa forma, o seu uso abusivo, muitas vezes, é um importante motivo para a descontinuidade do tratamento.

As pessoas que estão em situação de rua e tem tuberculose pegam o remédio e depois bebem álcool, porque elas são dependentes, como preferem se drogar, param de tomar o remédio e morrem. (E3)

Quero ir para lá pra poder me curar. E na rua é uma coisa, o vício sempre vem. (E2)

Em contrapartida, outra parcela dos participantes destacou que a preocupação em relação à efetividade do tratamento da TB foi

responsável por estimular a diminuição ou a interrupção do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, promovendo a mudança desse comportamento.

Já morreram uns quatro colegas, porque tomavam o remédio e bebiam. Eu parei de beber. (E13)

Sinceramente não é fácil não, porque você vê o pessoal bebendo. A gente que bebe, quer beber, mas tem medo. [...] Dei uma breçada, dou umas tragadas de vez em quando, mas igual estava fumando antes, sem chance. (E22)

Os participantes relataram que a descoberta da doença contribuiu para a retomada do contato familiar. O desejo da cura foi manifestado como uma meta e o desejo de retomar o convívio familiar revelou-se como ponto de apoio importante para o cuidado com a saúde e a adesão ao tratamento.

Por amor aos netos que estou tomando os remédios direitinho, pra poder acabar o tratamento e poder ver eles sem preocupação. (E17)

Depois que eu terminar o tratamento, vou para casa, ficar com a minha família. Eles querem que eu vá embora, mas preciso terminar o tratamento primeiro. (E18)

Também se observou que o tratamento em si foi responsável por desencadear mudanças na percepção de saúde e no cotidiano dos usuários, além de menções sobre os efeitos adversos provocados pelos medicamentos.

Acho que precisa melhorar os remédios, estava tomando um e o meu estômago começou a doer. (E14)

Em relação às mudanças no cotidiano, os usuários ressaltaram a necessidade de visitar diariamente à UBS e o tempo de duração do tratamento.

Nossa, é muito [cansaço], na vida mesmo, tenho que ficar vindo todos os dias aqui, estou louco para parar de tomar esse remédio. (E16)

O problema é vir tomar o remédio, os exames demoram muito tempo, a negligência, o descaso, para mim é isso. (E3)

Todavia, os participantes pontuaram que essas dificuldades para a adesão ao tratamento não foram tão relevantes frente à importância do tratamento e à sua gratuidade.

As potencialidades e os limites dos serviços de saúde no apoio ao tratamento

Como potencialidades do atendimento recebido nas unidades de APS, salientou-se o diálogo estabelecido entre os profissionais e usuários e o apoio para a adesão ao tratamento.

Eu tô sendo bem tratado durante esse tratamento. Sempre conversam comigo para eu não ter vergonha de falar o que tô precisando. (E21)

Se não fosse por esses meninos aqui (profissionais do Consultório na Rua), não tomava as medicações. Eu não posso andar muito por causa da minha doença, então eles trazem o remédio da tuberculose todos os dias, eles que me ajudam a querer me cuidar. (E25).

O vínculo construído entre os profissionais e os usuários foi entendido como primordial para a continuidade do tratamento e a cura da doença.

A agente de saúde sempre passa, troca umas ideias. Ela me pediu exame, me trouxe para cá para começar o tratamento. No começo pensei em desistir, era muito difícil andar até o posto, mas foi ela e o enfermeiro que me convenceram a continuar, hoje eu agradeço, estou bem melhor. (E23)

A rotatividade dos médicos foi apontada como situação que dificulta o vínculo e, conseqüentemente, impacta na adesão ao tratamento.

Antes era o doutor X [nome do médico], ele foi embora, aí era a doutora [nome da médica], foi embora, agora tô com esse outro médico aí. (E17)

Os participantes também citaram o preconceito e o desrespeito expresso pelos profissionais pelo fato de viver em situação de rua e ter o diagnóstico de TB.

As pessoas daqui do posto não falam diretamente, mas você sente [preconceito]. Isso é coisa séria, a pessoa que vive do jeito que tô vivendo, na rua e com tuberculose, não é respeitado em canto nenhum, se disserem que é, é mentira. (E9)

A negligência no cuidado aos usuários em situação de rua e infectados pela TB foi entendida como um risco à vida, pois tem impacto direto sobre o diagnóstico e processo de tratamento.

Essa pessoa pode vir a óbito pela negligência do médico, e se for esperar mais tempo, vai a óbito. Parece que eles não acreditam no que estou sentindo. (E3)

Os discursos dos participantes também evidenciaram o papel dos integrantes das equipes do Consultório na Rua, como os agentes de saúde que realizavam o acolhimento e estabeleciam vínculo, de forma a garantir o acesso à rede de atenção à saúde para o atendimento de outras necessidades, transcendendo aquelas de âmbito biológico.

Eu tô sendo bem tratado durante esse tratamento. Sempre conversam comigo para eu não ter vergonha de falar o que tô precisando. (Entrevistado 21)

DISCUSSÃO

Os resultados revelaram desafios relacionados ao controle da TB no contexto de vida na rua, implícitos por meio da percepção das pessoas em situação de rua que estavam em tratamento de TB. Apesar de as condições de subsistência serem precárias, os participantes manifestaram o desejo pela cura, acompanhado por mudanças no consumo de drogas lícitas e ilícitas, na relação com os familiares e no cotidiano da vida pessoal. As equipes do Consultório na Rua foram descritas como acolhedoras, de modo que propiciaram o estabelecimento de vínculo de confiança entre os usuários e profissionais e favoreceram a adesão ao tratamento.

São conhecidas as precárias condições sociais e de saúde das pessoas em situação de rua, que são, de modo geral, invisibilizadas e

desconsideradas pelo Estado e pela sociedade, principalmente por aqueles que controlam os processos de produção social. A expropriação desta classe marginalizada materializa-se pela dificuldade de acesso aos direitos fundamentais como habitação, educação, saúde, segurança, renda, e outros serviços públicos⁴.

A TB está associada à falta de moradia e às profundas vulnerabilidades da PSR, observa-se maior suscetibilidade aos desfechos desfavoráveis, incluindo o abandono do tratamento e o óbito¹³. Revisão sistemática, que teve como objetivo analisar as evidências sobre a ocorrência da TB em pessoas que vivenciam situação de rua, revelou que o desfecho desfavorável do tratamento foi mais comum na PSR quando comparado à população com residência fixa¹⁴. Dessa forma, a adesão ao tratamento da TB consiste em desafio para os profissionais que atuam nos serviços de saúde responsáveis pelo atendimento dessa população.

Pesquisa sobre a percepção de profissionais do Consultório na Rua, a respeito de ações contra TB na PSR, evidenciou que a dificuldade na adesão ao tratamento conjugava-se ao contexto de vulnerabilidade social e das particularidades da vida na rua. Também destacou o vínculo e o acolhimento dos agentes de rua e a flexibilidade da agenda dos profissionais de saúde como principais elementos facilitadores da assistência. Pelas condições de vida e por serem pessoas mais propensas a não adesão ao tratamento, deve-se desenvolver estratégias de cuidado para o enfrentamento da doença, desde ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios até o acompanhamento dessas pessoas na rede de atenção à saúde, visto que apenas o acesso gratuito aos medicamentos e aos serviços de saúde não garantem o sucesso do tratamento¹⁵.

Os resultados destacaram que o diálogo e o vínculo entre os profissionais e usuários foram fundamentais para a adesão ao tratamento, uma vez que os participantes se sentiram apoiados para a sua continuidade e conclusão. Essa relação trouxe novos sentidos para a vida, possibilitando a redução ou o abandono do uso de drogas lícitas e ilícitas. Assim, a conclusão do tratamento foi apontada como uma etapa que possibilitaria a realização de planos, como deixar a vida na rua e restabelecer os vínculos familiares¹⁶. Além disso, o vínculo criado entre os profissionais de saúde e

os usuários contribuiu para a autonomia nas decisões sobre a própria saúde¹⁷⁻¹⁸.

O cuidado da PSR não deve ser imposto de maneira prescritiva e autoritária, mas construído considerando o contexto social e a história de vida das pessoas, de forma que sejam as protagonistas do cuidado. Destacam-se elementos importantes, tais como: a compreensão da pessoa em situação de rua, a valorização do cuidado em rede, o cuidado emancipador, além da valorização do profissional de saúde que presta o cuidado¹⁹.

Nesse sentido, devem ser estabelecidas estratégias de cuidado e políticas públicas específicas que favoreçam o compartilhamento do cuidado entre a equipe de saúde e o usuário, assim como a urgência em estabelecer ações intersetoriais para superar a situação de rua como única possibilidade de vida para muitas pessoas¹⁶. O cuidado não deve fragmentar os aspectos sociais das práticas em saúde, caso contrário, negligencia-se o princípio da integralidade. Também não deve haver polaridade entre o ser "biológico" e o "social"²⁰. A intersetorialidade das políticas públicas para PSRs devem envolver estratégias de assistência social, saúde, moradia, trabalho e geração de renda, oportunidades educacionais, dentre outras²¹.

A percepção sobre as potencialidades e os limites do tratamento da TB junto à PSR corrobora com os achados de outra pesquisa que revelou como aspectos positivos: a criação de vínculo, a pactuação e a flexibilidade para realização da supervisão medicamentosa. Por outro lado, a dificuldade de se deslocar até o serviço de saúde, a falta de incentivos sociais para realizar o tratamento e a dificuldade de seguir o tratamento em outro território foram vistos como situações que podem ter interferido na continuidade do tratamento²².

A forma como ainda se percebe a TB associa-se à representação de que as pessoas acometidas não são cidadãs, não têm direito a um lugar social, ao trabalho e à vida digna, devem ser excluídas e ter sua singularidade abolida, evidenciando violências de múltiplas dimensões³. Para o sucesso do tratamento, acrescenta-se desafios relacionados aos serviços de saúde, que apesar de vivenciarem a realidade das precárias condições sociais, muitas vezes, não parecem estar preparados para reconhecer as necessidades em saúde da PSR²³⁻²⁴.

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro, para compreender o itinerário terapêutico de pessoas com TB e que vivenciavam a situação de rua, mostrou a falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com a PSR, destacando práticas de acolhimento não vinculadoras, falta de escuta qualificada e de adequação de rotinas e normas praticadas pelos serviços junto a esses usuários. Por outro lado, destacou como positivo o trabalho desenvolvido pelas equipes de Consultório na Rua²².

Destaca-se que o Consultório na Rua representa um avanço no cuidado à saúde da PSR, pois a prática do cuidado reconhece os determinantes sociais e o potencial transformador a partir do vínculo. Essas formas particulares de praticar o cuidado extrapolam as barreiras institucionais do próprio sistema de saúde e supera a ausência de articulação setorial entre as políticas públicas⁷. Ademais, pode contribuir para a adesão ao tratamento da TB, pois permite a aproximação entre as pessoas em situação de rua e os profissionais de saúde, que devem estar capacitados para ofertar o cuidado sem discriminação, associado às práticas educativas e de redução de danos, e que considerem as necessidades desse grupo²³.

Estudo de abrangência nacional sobre a TB na PSR revelou, para o período de 2014 a 2018, predomínio de pessoas do sexo masculino, negras, baixa escolaridade e em idade economicamente ativa. A taxa de abandono do tratamento foi de 39% e pode estar relacionada ao elevado índice de reingresso no esquema terapêutico e recidiva da doença. Frente aos resultados encontrados, os autores afirmaram que a TB na PSR representa um marcador da violação do direito à saúde e destacaram a necessidade de diversos pontos para o cuidado em saúde desta população, tais como: fortalecimento e capacidade de resposta das redes de atenção à saúde e das socioassistenciais, ações que garantam a reparação social e promoção da cidadania, além de outros relacionados à organização de serviços de saúde como a capacitação para TB e sensibilização dos profissionais de saúde²⁵.

Ademais, a PSR apresentou uma probabilidade 50% menor de sucesso no tratamento de TB. O abandono do tratamento e evolução para óbito foram respectivamente 2,9 e 2,5 vezes maiores na PSR, quando comparada à população geral.

A vulnerabilidade à TB clama por novas ferramentas que sejam capazes de contemplar o cuidado à saúde e as necessidades em saúde deste grupo social e do fortalecimento de ações intersetoriais²⁶.

Diante disso, considera-se que a superação da TB requer a priorização de investimentos no campo da saúde, além da articulação intersetorial e a elaboração de políticas públicas que combatam as desigualdades sociais. Também é necessário ampliar a compreensão sobre o processo saúde-doença como um fenômeno social, reconhecer as necessidades em saúde, proporcionando respostas pelos serviços de saúde, mas também por outros setores⁵.

No que diz respeito à priorização de investimentos, é importante ressaltar que a Emenda Constitucional 95 do Teto de Gastos Públicos, promulgada em 2016, elencou erroneamente as despesas com a saúde e as previdenciárias como causa do desequilíbrio fiscal do Brasil. Consequentemente, essa Emenda tem aumentado ainda mais a dificuldade dos serviços de saúde em atender as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, em particular a PSR²⁷.

Os resultados da pesquisa evidenciaram que a TB não pode ser compreendida como um fato isolado e sem consequências para o coletivo, pois a forma como essa doença acomete em especial esta população concretiza a determinação social do processo saúde-doença. Dessa forma, o estudo contribui para a área da saúde e para o conhecimento das potencialidades e dos limites do processo de adesão ao tratamento da TB junto à PSR, reiterando que o sucesso do tratamento perpassa a complexidade da existência humana.

Entende-se que a utilização de apenas duas UBS de um município representa uma limitação do estudo. No entanto, a relevância dos achados certamente traz contribuições para repensar as práticas voltadas para o controle da TB neste grupo social.

A pandemia de Covid-19 que está em curso desde 2020, portanto após a coleta de dados deste estudo, evidenciou a insuficiência do Estado em garantir as necessidades básicas de vida e saúde das pessoas em situação de rua. As recomendações de distanciamento social, evitar aglomerações, lavagem das mãos e uso de máscara escancararam as condições insalubres de vida e precariedade de muitos equipamentos sociais de

atendimento específico, razões similares que desafiam há anos o combate à TB. Múltiplas estratégias foram utilizadas para proteger a PSR da Covid-19, com aparente sucesso. No entanto, a crise social agravada pela pandemia ocasionou aumento expressivo de pessoas vivendo em situação de rua e as consequências ainda não são totalmente conhecidas, inclusive no que se refere ao tratamento de TB, objeto deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a percepção das pessoas em situação de rua sobre o tratamento de tuberculose possibilitou identificar desafios que precisam ser superados. Dentre os principais, destacam-se as insalubres condições de vida na rua que favorecem o adoecimento e dificultam a adesão e finalização do tratamento de TB, além de serviços de saúde e profissionais que desconhecem ou ignoram as especificidades desta população. Em contrapartida, políticas públicas direcionadas, como o Consultório na Rua e o vínculo com profissionais de saúde capacitados, foram apontados como facilitadores e estímulo para manutenção do tratamento.

A tuberculose na população de rua deve ser compreendida na perspectiva da determinação social do processo saúde-adoecimento. Por outra parte, desafios inerentes aos esquemas terapêuticos da TB, condições de vida na rua, vulnerabilidades individuais, coletivas e programáticas dos serviços e políticas públicas que precisam ser considerados na construção das estratégias de cuidado.

Por fim, a pesquisa destaca a importância do Sistema Único de Saúde, especialmente o trabalho desenvolvido pelas equipes dos Consultórios na Rua, para assegurar o acesso e o cuidado às pessoas em situação de rua.

REFERÊNCIAS

1. OXFAM. Relatório: O vírus da desigualdade unindo um mundo dilacerado pelo coronavírus por meio de uma economia justa, igualitária e sustentável. OXFAM: Brasil; 2021. <https://doi.org/10.21201/2021.6409>
2. Prefeitura de São Paulo. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo- 2021. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Prefeitura de São Paulo; 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_socioassistencial/pesquisas/index.php?p=18626
3. Valle FA, Farah BF, Carneiro-Júnior N. Health-interfering streets experiences: homeless people's perspective. *Saúde debate*. 2020 Jan-Mar;44(124):182-92. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>
4. Abreu D, Oliveira WF. Health care of the people living in the streets: a challenge for the Street Clinic and for the Brazilian Unified National Health System. *Cad saúde pública*. 2017 Mar;33(2):e00196916. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196916>
5. Bertolozzi MR, Takahashi RF, França FOS, Hino P. The incidence of tuberculosis and its relation to social inequalities: Integrative Review Study on PubMed Base. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2020 Nov;24(1):e20180367. <https://doi.org/10.1590/2177-9465>
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil; 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
7. Rosa AS, Santana CLA. Street Clinic as good practice in Collective Health. *Rev bras enferm*. 2018;71(Suppl 1):465-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup102>
8. Vargas ER, Macerata I. Contributions of Street Outreach teams to primary health care and management. *Rev panam salud pública*. 2018; 42(23):e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>
9. Merhy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 2018. 292p.
10. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual*. 2017;5(7):1-12. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
11. Tong A, Sainsbury P, Craig P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *In j qual health care*. 2007 Sep;19(6):349-57. <https://doi.org/10.93/intqhc/mzm042>
12. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]*. 2013 [cited 2021 Jan 12];31(Suppl 1): 13-27. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
13. Duarte R, Lonroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*. 2018;24(2):115-19. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.11.003>
14. Hino P, Yamamoto TT, Bastos SH, Beraldo AA, Figueiredo TMRM, Bertolozzi MR. Tuberculosis in the

- street population: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03688. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x20190396036>
15. 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 latinoam enferm*. 2018 Nov; 26:e3095. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2691.3095>
 16. Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. The dimension of care by the "Street Clinic's team: challenges of the clinic in defense of life. *Saúde debate*. 2019 Jul;43(Spe 7):50-61. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>
 17. Oliveira RCC, Adário KDO, Barrêto AJR, Barbosa KKS, Videres ANR, Nogueira JA, Palha PF. Policy transfer of direct observation of therapy for tuberculosis: primary health care professional's speeches. *REME rev min enferm*. 2019;23:e-1158. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190005>
 18. Shuhama BV, Silva LMC, Andrade RLP, Palha PF, Hino P, Souza KMJ. Evaluation of the directly observed therapy for treating tuberculosis according to the dimensions of policy transfer. *Rev Esc Enferm USP*. 2017 Dec; 51:e03275. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016050703275>
 19. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. Living on the streets: An integrative review about the care for homeless people. *Rev bras enferm*. 2019 Jan-Feb;71(1):220-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0653>
 20. Garbois Júlia Arêas, Sodré Francis, Dalbello-Araujo Maristela. From the notion of social determination to one of social determinants of health. *Saúde debate*. 2017 Mar;41(112):63-76. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
 21. Silva EN, Pereira ACES, Araújo WN, Elias FTS. A systematic review of economic evaluations of interventions to tackle tuberculosis in homeless people. *Rev panam salud pública*. 2018;42:e40. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.40>
 22. Zuim RCB, Trajman A. Therapeutic itinerary of homeless persons with tuberculosis in Rio de Janeiro. *Physis*. 2018;28(2): e280205. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280205>
 23. Valle FA, Farah BF. Health of those who are in homeless situation: (in)visibilities in access to the Unified Health System. *Physis*. 2020 Oct;30(2):e300226. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>
 24. Wijk LB, Mângia EF. Health care for Homeless People by the Network of Psychosocial Attention of Sé. *Saúde debate*. 2017 Oct-Dec;41(115):1130-42. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711511>
 25. Silva TO, Vianna PJS, Almeida MVG, Santos SD, Nery JS. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2018. *Epidemiol Serv Saude*. 2021; 30(1):e2020566.
 26. Santos ACE, Brunfentrinker C, Pena LS, Saraiva SS, Boing AF. Análise e comparação dos desfechos do tratamento de tuberculose na população em situação de rua e na população geral do Brasil. *J Bras Pneumol*. 2021;47(2):e20200178
 27. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2016.*

Autor Correspondente:
Paula Hino
paula.hino@unifesp.br

Editor:
Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 04/10/2021
Aprovado: 02/09/2022
