Circuitos de Rua e Tb: saúde e cotidiano

Saúde Pública e questões contemporâneas:

“Desfiliações”, precarizações e rupturas do mundo do trabalho.

Conflitos , “violências” circuitos e economias paralelas.

Desinvestimentos e subalternidade das funções e serviços do Estado frente ao mercado.

Problemas com o modelo dos serviços e das instâncias de proteção, assistência.

Coesão da sociedade, desigualdade da vida.

Cenário da Pesquisa: a rua como um mundo de circuitos excluídos e paralelos

- **A realidade da população de rua: nos interstícios urbanos.**

- As "populações em situação de rua", internacionalmente conhecidas como "homeless" caracterizam-se pela degradação social (Paugam, 1999), cronificação na situação de vida na rua (Vieira, 1994), fracassos pessoais e desamparo institucional (FIPE, 2000). Snow & Anderson (1998), apontam para quatro categorias que delimitam a vida dos moradores de rua: precariedades físicas, que se refletem na situação mental, falta de situações que possibilitem recuperação de seu estágio de degradação social, inclusive de uma referência , falta de recursos materiais.
- Várias situações desagregam as referências de pertencimento, rupturas de laços familiares, questões de gênero que afetam principalmente os homens, deslocamentos, passagens por instituições de albergamentos ou prisionais, conflito com a lei. Os dados para a cidade de São Paulo, segundo a contagem da FIPE em 2003 revelaram o total de 10.394 pessoas, com 59,5 % fazendo uso da rede de 33 albergues mantidos pela prefeitura e 40,5 % dormindo nas ruas.

.

A PESQUISA SOBRE A TUBERCULOSE

- A área central da cidade foi dividida em 10 setores.
- Os setores foram percorridos realizando-se um registro etnográfico.
- Cada um dos circuitos de rua pesquisados é constituído de uma seqüência de logradouros utilizados como moradia por diferentes grupos e pessoas que transitam entre eles. Utilizando-se o método de captura e recaptura (Nanan, White, 1997; Fisher e col, 1994), a equipe de pesquisa visitou três vezes cada um dos circuítos, observando-se a mobilidade destas pessoas entre diferentes locais usados para dormir e entre a rua e as vagas de pernoite dos albergues públicos.

- Entre 860 entrevistados, 300 pessoas fizeram o exame de escarro, detectando-se 12 casos positivos de TB. Esta incidência de 4 %, contrasta com a taxa de 0,047 %, resultante do "coeficiente de incidência de 47 / 100.000 habitantes, no Brasil", segundo a Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde.

- Na análise qualitativa, aprofundamos o contato com os casos positivados que usam os serviços públicos sociais e de saúde e observamos a dinâmica de um grupamento de moradores onde foi detectado um foco da doença. No local foram encontrados outros 2 casos positivos e um histórico de casos anteriores. A situação de vida e de exposição à rua e albergues e a lacuna existente entre a população de rua e o sistema de saúde, geram condições propícias para o desenvolvimento e propagação da tuberculose entre moradores de rua

- O aprofundamento de ordem qualitativa da pesquisa foi realizado através de entrevistas em profundidade com 7 pessoas localizadas novamente entre 14 portadoras de TB. Também foram entrevistados, nesta fase, agentes comunitários de saúde, profissionais de unidades públicas de saúde, albergues, organização social de prestação de serviços diurnos e organizações de catadores de materiais recicláveis, totalizando 9 instituições.

- Considerando as 93 pessoas que reportaram ter tido tuberculose anteriormente e onze que não reportaram TB anterior mas tiveram o diagnóstico positivo durante a pesquisa, entre os 860 entrevistados, obtivemos o percentual equivalente à prevalência de morbidade referida, de 12 %, ou seja 1 caso de ocorrência de TB atualmente ou no passado para cada 8,3 pessoas em situação de rua

- Segundo a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, a tuberculose atinge 3,36 % de um total de 3.270 pessoas em situação de rua cadastradas no PSF- Programa de Saúde da Família, “67 vezes mais que a ocorrência de TB na população em geral”, em torno de 0,05 %, de um total de 3.325.000 pessoas cadastradas .

- Dados apresentados pela representante da Secretaria Municipal da Saúde, Maria Angélica Crevelim, no seminário “Atenção à pessoa em situação de rua”, promovido pela organização Nossa Senhora do Bom Parto, realizado em 20.10.96 na Universidade São Judas. Considerou-se uma população de rua total de 10.399 (segundo pesquisa da FIPE em 2003) e a população total da cidade em 10.700.000 habitantes.

- No dia que observamos esta cena (17.10.07), as pessoas mais ágeis, saiam com sacolas de roupas ou cobertores sob os braços, e permanecem à distância, até que a comitiva deixasse o local, como observamos com D: “eu disse pra eles: esse cobertor é meu, esse não vai levar não”, entretanto lamentava o fato de ter ficado sem colchão: “eu com a minha doença [se referindo à TB], vou ter que achar papelão pra colocar aí”. Seu amigo X, carregava uma bolsa a tiracolo, estava cabisbaixo e não falava nada. S, outro amigo, permanecia sentado no chão de bermuda e uma blusa de um fino moletom. Falava consigo mesmo, se perguntando como ia dormir sem o seu colchão e o seu cobertor.

- No dia 12.03.07, ele experimentou situação semelhante, segundo o relato de amigos: “eles puxaram o cobertor e ele rolou, era o Sérgio né?” Neste mesmo dia, os amigos detectaram que ele precisava de cuidados médicos: “ele já era negro, mas estava com uma cor diferente, os olhos assim com sangue em volta, o rosto inchado”. Sérgio era o mais novo dos moradores daquele viaduto, tinha uma grande estatura, aparentava menos de trinta anos, mas o uso continuado de álcool chegara ao extremo, segundo a opinião dos amigos da rua. Faleceu após ser levado a um hospital público: “ele já devia estar morto quando levaram ele, ... estava muito mal”.

- A higiene nas ruas também é bastante precária. Não existem banheiros públicos. Utilizam-se espaços improvisados e a falta de água impede o banho diário e a lavagem de roupas. Os centros de assistência, identificados como “núcleos de serviços”, “casas de convivência”, ou “comunidades”, oferecem o banho, mas costumam ter critérios para conter a demanda. Antes de uma entrevista com um ex-portador de TB, ele disse que iria até um núcleo de serviços tomar banho. Chegou algum tempo depois relatando o diálogo com o agente social:
- “Aí a gente perguntou (...): “- *Olha, a gente tá querendo tomar um banho, tem jeito?”* O cara falou: *“- Só com ordem do Cape”* (...); entra vinte pessoas com encaminhamento do Cape. Mais trinta pessoas lá com documento, assim. Quer dizer que se a gente estiver sem documento não entra então?...”
- Ao perguntarmos se ele entraria se tivesse levado um documento, ele respondeu: “Não, porque já tinha encerrado as vagas, tá entrando pouca gente”. Ele ainda tinha a alternativa de procurar outro núcleo de serviços, a aproximadamente meia hora de caminhada, mas não foi.

- Das sete pessoas com BK positivo que estavam em albergues durante a coleta de material, só conseguimos localizar 4 novamente para apresentar o resultado. Todos eles em albergues diferentes do que estavam no momento do exame. Um deles deixou o segundo albergue antes de iniciar o tratamento, perdendo o contato com a rede de saúde.
- Relatos negativos em relação aos albergues mencionam: são quartos com muitas pessoas desconhecidas, algumas doentes, outras perigosas; horário para entrar, sair, comer, ver tv, dormir e acordar; horários rígidos nas quais as instituições desenvolvem suas atividades e que normalmente não encaixam com o ritmo de vida da rua, proibição da bebida, além de não haver onde guardar as coisas e ter que pegar fila para se fazer qualquer atividade.

- A prefeitura possui um sistema informatizado de controle de uso dos serviços de assistência social do município, entretanto uma pesquisa no sistema, quando os resultados de escarro foram concluídos, revelou que os indivíduos procurados “já haviam sido desligados [desde junho] e não havia nenhuma reentrada”. Nas entrevistas realizadas com ELS e RAF, BK positivos, verificamos que eles estiveram utilizando a rede de albergues durante todo o tempo da pesquisa, enquanto outros, como JDB e JSR, saíram de albergues conveniados com a prefeitura antes que fossem contactados pelos pesquisadores. JDB foi localizado num albergue mantido por religiosos – a Toca de Assis, sem convênio com a prefeitura, mas inserido numa rede de serviços própria com abrigos em outras cidades.

- A forma mais relevante de intermediação entre moradores de rua e instituições de saúde, segundo profissionais que trabalham com a população de rua, é o programa “A Gente na Rua”. Através deste programa a secretaria da saúde repassa recursos a uma organização social para a contratação de 35 agentes comunitários de saúde, recrutados entre os moradores de rua, com a tarefa de fazer encaminhamentos para as unidades municipais de saúde.
- O programa é duplamente valorizado, por manter 35 vagas de trabalho remunerado para a massa de desempregados da população de rua e por proporcionar a esta população um atendimento exclusivo instituído a partir de sua especificidade.

- A falta de banho e roupas limpas, o uso da bebida e a falta de dinheiro para a locomoção, são fatores objetivamente observados no universo pesquisado, que dificultam a procura dos serviços de saúde. Através da análise dos casos individuais, observamos também fatores subjetivos como baixa auto-estima, estigmatização e estados depressivos crônicos. O agente FRM orienta usuários de albergues instituições de atendimento diurno sobre cuidados e tratamentos de diabetes, hipertensão, aids e outros casos solicitados, intermediando o contato com as unidades municipais. Agendou uma consulta para D, para a confirmação e tratamento da TB, mas seis meses depois esta pessoa ainda continuava na mesma situação, sem ter chegado à unidade de saúde. O encaminhamento de R, pelo mesmo agente comunitário, resultou no diagnóstico da TB, mas ainda faltava esclarecê-lo sobre o tratamento, pois este ainda temia ser internado e perder o ponto de trabalho e local de moradia.

- R, temia ser internado. D, foi internado duas vezes, mas interrompeu o tratamento. Poderia procurar a rede de saúde municipal, mas não o fez durante os seis meses que foi observado. J, foi entrevistado duas vezes e em outras, não foi localizado nos locais que freqüenta, não descartava a veracidade dos exames, mas repetia que a tosse que tinha era “por causa do cigarro”. E, não queria se tratar para não deixar o trabalho ao se submeter à agenda e horários do tratamento.
- Com a auto estima rebaixada, o individuo perde o interesse pelo tratamento. Ele pode deixar-se levar pelo processo doentio ou negá-lo. A doença pode reforçar a imagem de fracassado que o individuo procurar afastar de si a todo custo. A sujeição a trabalhos pesados indica o desejo em deixar a rua e a situação de dependência social, mas é incompatível com o desleixo com a saúde. Nestes casos a negação da doença atua como um confronto com a mesma, havendo uma sensação ilusória de estar vencendo o processo, enquanto não aparecem os sintomas de enfraquecimento.

- Encontrar e manter contato com o indivíduo que não vai até a unidade de saúde espontaneamente, requer saberes e tecnologias eventualmente utilizadas pelas organizações sociais, de saúde, religiosas e pelo poder público em geral, mas que não estão ordenadas de forma complementar enquanto política pública. O surgimento dos agentes comunitários de saúde, modificou um pouco este quadro, mas o ambiente institucional oferece segurança e normalmente já possui uma demanda que consome a maior parte dos recursos humanos disponíveis. Além disso, a presença de agentes comunitários na rua ou nos albergues e núcleos de serviços diurnos, se dá no nível operacional, não implicando em mudanças de procedimentos nas unidades de saúde para atender as especificidades da população de rua, como intinerância, dificuldades de higiene e alimentação, co-morbidades e vulnerabilidade emocional.

- A própria pesquisa indica a viabilidade de detecção dos casos positivos. Detectou também tratamentos exemplares, mas focos da doença na rua permanecem intocados por não estarem no espaço de atuação de unidades de saúde específicas. Isto indica a necessidade de planos estratégicas que incorporem a busca ativa nas ruas e não somente nas instituições freqüentadas por moradores de rua. Em termos absolutos, o número de casos é pequeno. O tratamento básico constitui procedimentos simples de levar o medicamento até onde o paciente se encontra, ao invés de esperar que ele vá até o medicamento. Trata-se de estender a eficiência dos tratamentos ambulatoriais ao contexto da rua.

- Como são pessoas com um longo histórico de perdas ao longo da vida, a degradação da saúde também é tida como algo inerente à sobrevivência nas ruas. Muitos procuram os serviços de saúde quando já enfrentam quadros cronificados de doenças.

- Unidades que ofereçam atendimento básico de saúde de forma itinerante, poderiam estar associadas aos serviços sociais básicos de alimentação, banho e lavagem de roupas, oferecidos incondicionalmente, a quaisquer pessoas portadoras da doença. Referências concretas desta natureza atenderiam as pessoas que não se adaptam às regras institucionais.
- Hoje os programas voltados para a população de rua estão classificados entre o albergamento, onde alcoolistas e portadores de doenças infecciosas nem sempre são bem vindos, núcleos de serviços que desenvolvem programas sócio educativos e portanto tem regras de acesso vinculadas ao interesse das pessoas por estes programas. Por diferentes razões, não estudadas no escopo desta pesquisa, inúmeras pessoas em situação rua não estão dispostas a participar destes programas ou submeterem-se a estas regras, como por exemplo, a abstinência de bebidas.
- Na situação de solidão e anonimato da rua, várias pessoas se fortalecem procurando constituir grupos de convivência. A permanência em albergues, com horários de entrada e saída, pode significar o rompimento destes vínculos, principalmente quando a satisfação emocional pode sobrepujar a garantia de abrigamento.

- Na pesquisa, os 6 casos que acompanhamos e que chegaram ao final do tratamento, foram aqueles que estavam inseridos em redes ou outras formas de vínculo social :
- Associação de catadores e recicladores
- Vivência com família em albergues
- Pertenciam ao Fórum de rua
- Estabeleceram vínculos com pessoas de instituições ou práticas voluntárias