



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**KHIVIA KISS DA SILVA BARBOSA**

**SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA  
ACOMETIDAS POR TUBERCULOSE**

**JOÃO PESSOA/PB  
2018**

**KHIVIA KISS DA SILVA BARBOSA**

**SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA  
ACOMETIDAS POR TUBERCULOSE**

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em nível Doutorado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, para fins de aprovação.

**Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde

**Linha de pesquisa:** Políticas e práticas do cuidar em enfermagem e saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira

**Coorientador:** Prof. Dr. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos

**JOÃO PESSOA/PB  
2018**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

B223s Barbosa, Khivia Kiss da Silva.  
Significados e experiências de pessoas em situação de  
rua acometidas por tuberculose / Khivia Kiss da Silva  
Barbosa. - João Pessoa, 2018.  
121 f.

Orientação: Jordana de Almeida Nogueira.  
Coorientação: Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Pessoas em situação de rua. Tuberculose. Narração.  
I. Nogueira, Jordana de Almeida. II. Castellanos,  
Marcelo Eduardo Pfeiffer. III. Título.

UFPB/BC

**KHIVIA KISS DA SILVA BARBOSA**

**SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA  
ACOMETIDAS POR TUBERCULOSE**

Trabalho apresentado e submetido à avaliação da banca examinadora como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

**BANCA EXAMINADORA**



**Prof.<sup>a</sup> Dra. Jordana de Almeida Nogueira** - Orientadora  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

**Prof. Dr. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos** - Coorientador  
(Universidade Federal da Bahia - UFBA)

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Janaína von Sohsten Trigueiro** - Examinadora externa  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)



**Prof.<sup>a</sup> Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto** – Examinadora interna  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva** – Examinadora interno  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

*A fome e o frio me matam mais do que o germe do meu pulmão.*

(CASTRO ALVES)  
(Diário de campo, 26/11/2015)

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.*

(CARL G. JUNG)

*À memória da querida professora orientadora, Lenilde Duarte de Sá. Compreender os propósitos de Deus me parece uma tarefa bem difícil. Sua partida tão precoce deixou a certeza do fim do sofrimento, e a saudade dos bons momentos compartilhados é companheira. Meu reconhecimento e minha gratidão pela oportunidade de ingressar no Doutorado e abrir os horizontes para meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal.*

*A minha querida orientadora, Jordana de Almeida Nogueira, por chegar de mansinho e me encher de esperança e de coragem; pela orientação magistral!; pela bondade gratuita; pela sensibilidade e pela paciência; por me permitir ser eu mesma; por ser “colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove” (Cora Coralina). Obrigada por existir!*

*Ao meu querido coorientador, Marcelo Castellanos, pela sensibilidade de me acolher e conduzir-me a uma estrada tão cheia de pedras. Ele soube me ouvir, me amparar, me compreender e me ensinar. Sorrímos juntos e choramos também. Por me permitir ser eu mesma; por todas as palavras encorajadoras; pela postura entusiasta e otimista e que, em sua expertise na Ciência, mostrou-me o que realmente importa na vida. Obrigada por existir!*

*A Lucas, Felipe e Pedro, que me nutrem diariamente do mais puro Amor e por me fazerem um ser humano melhor. Filhos... Fizeste-me ver a claridade do mundo e a possibilidade da alegria. Tornaste-me indestrutível, porque, graças a ti, não termino em mim mesmo. (Pablo Neruda)*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me conduziu até aqui, por me sustentar, ser a minha rocha e a minha luz. Por ser bálsamo para meu corpo e minha alma. Por encher meu coração de amor, alegria e esperança. Por me guiar na escuridão e me proteger sempre!;

A Maria, mãe de Jesus, por ser minha inspiração de paz e consolo;

Aos meus queridos pais, Dinalvo e Elsa, por todo o amor e o apoio, por acreditarem que sou capaz e serem um exemplo de garra e de perseverança. Eu amo muito vocês!;

Aos meus queridos pais, Antônio (in memoriam) e Nilzete, por todo o amor, pelo cuidado e pelas orações. Eu amo muito vocês!;

Aos meus irmãos, Neto, Christian e Renata, pelo companheirismo, pelo amor, pelo apoio e pela cumplicidade de sempre! Por me rodear de cuidados para que eu pudesse concretizar esse sonho;

Aos meus irmãos, Júnior (in memoriam), Neide, Donato, Beta e Aline, pela torcida, pelo cuidado e pelos encontros que enchem meu coração de amor, sempre recheados de alegria!

Aos meus filhos, Lucas, Felipe e Pedro, por serem grandes incentivadores, por me cercarem de amor e de cuidado e encherem minha vida de alegria e de luz;

A Lucas, meu filho, pelas inúmeras contribuições, pois, mesmo na imaturidade acadêmica, mostrou-me, várias vezes, as fragilidades deste trabalho;

Ao Meu Amor (Carlos Eduardo), grande companheiro nessa trajetória, pelo incentivo, pela paciência e pela dedicação; por cuidar de tudo para que eu pudesse me dedicar integralmente ao Doutorado; por me dar colo em silêncio e me amar na alegria e na dor;

Aos meus lindos sobrinhos: Rafael, Rubens, Rafaely, Luana, Laís, Raquel, Bárbara, Camila, Christian, Bruna, Gabriel, Ana Clara, Maria Eduarda, Emerson e Liam, pela alegria e pelo carinho constantes. Tia Bri ama muito vocês!

Aos meus queridos cunhados: Bruno, Izaura, Adelize, Amaral, Patrícia, Mônica, Deco e Duda, pela torcida e por acreditarem em mim;

A todos os meus tios e tias, primos e primas, pela torcida e pelas orações;

À querida Maria Louiza, pelas palavras de carinho e pelos momentos compartilhados;

À Prof<sup>a</sup> Dra. Karen Mendes Jorge de Souza, por ter sido a primeira pessoa a sentar comigo para definirmos algumas coisas deste estudo; pela sensibilidade e pelo jeito doce de compartilhar conhecimentos. Muita gratidão pela acolhida inicial e pela torcida!

A Mikael Brasil, pelas sugestões e pela torcida radiante desde o meu ingresso no Doutorado.

Às pessoas que vivem em situação de rua em João Pessoa, pela confiança e pelo acolhimento ao relatarem suas histórias inspiradoras. Sou profundamente grata a vocês!;

À querida Anne Jaqueline, pelo incentivo e pelo aconselhamento para meu ingresso no Doutorado;

Ao Prof. Dr. Antônio Nery Filho, coordenador geral do CETAD/UFBA, pelo encontro e pelos apontamentos;

À amiga-irmã, Marina Lellis, pelos conselhos, pelas orientações, pelos cuidados e pela torcida para que eu fosse aprovada no Doutorado. Depois, para que eu conseguisse me afastar da UFCG e, agora, pela finalização deste trabalho; por ter vibrado em cada conquista; por me dar um lar em Campina Grande e preencher, com alegria e entusiasmo, nosso dia a dia tão corrido e atribulado, com nossas intermináveis conversas e risadas na mesa da cozinha, acompanhadas de comidinhas gostosas. Por todo amor a mim dispensado. Essa vitória é nossa!

À amiga Sílvia Rodrigues, pelos conselhos, pelos cuidados, pela acupuntura, pela preocupação, pela torcida, pela alegria dos encontros e pelos abraços de cura;

A Annelissa Andrade, que mostrou ser uma pessoa sensível e altruísta, por me dar a mão e compartilhar conhecimentos sem esperar retorno. Pela bondade gratuita e por compartilhar momentos de dor e de alegria, com uma grandeza de ser humano admirável;

Aos todos os professores do PPGENF, pelos ensinamentos compartilhados; em especial a Profa Miriam Nóbrega.

Aos meus queridos da turma de Doutorado do PPGEnf 2014.2: Glenda, Smalyanna, Melquíades, Karen, Mariana, Elisabeth, Amanda, Cristiane, Alinne, Nathaniele, Tatiana, e em especial Ana Karenina, Sônia e Lucineide pelas parcerias;

Aos meus queridos companheiros do Consultório na Rua do ano de 2015, pela acolhida, pela paciência e pelo incentivo. Com eles, foi possível compartilhar saberes e fazer a coleta dos dados, vivendo intensamente as emoções do trabalho nas ruas, sempre rodeada de segurança e de apoio. Desenvolvem um trabalho com comprometimento, seriedade e alegria. “Chegam junto”, levando cuidado e cidadania para pessoas em situação de vulnerabilidade. Dedico, especialmente, a Luana, a Laiene, a Camila Larisse, a Thaís, a Nilton e a Beto. Foi maravilhoso desfrutar da amizade e do carinho de vocês. Minha Gratidão!

À Coordenação do Consultório na Rua e à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, na pessoa de Andressa, minha gratidão pela autorização para a coleta dos dados;

Aos colegas do Grupo em estudo e qualificação em Tuberculose na Paraíba – Grupo TB/PB, pela convivência e pela partilha de conhecimentos; especialmente a Karinne, Sthephanie, Lilia e Jana.

Aos queridos membros da Comunidade Filhos da Misericórdia, que desenvolvem um trabalho lindo com pessoas em situação de rua, especialmente a Luciano Alves Vieira, pela ajuda maravilhosa e imprescindível na coleta dos dados;

A Lia Crescêncio, pela amizade, por compartilhar momentos que fizeram a caminhada ser mais leve. Pelo olhar carinhoso dirigido a este trabalho;

A Breno Cavalcanti Cunha, Lourdinha, Rivaldo e Neto, pela disposição em ajudar quando as portas da rua se fecharam;

Aos queridos membros da banca: o Prof. Dr. Marcelo Castellanos, a Prof<sup>a</sup> Dra. Janaína Von Sohsten, a Prof<sup>a</sup> Dra. Anne Jaqueline Barrêto e a Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina Silva, por todas as contribuições em diferentes momentos de minha caminhada. Vocês foram brilhantes.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira, pelas contribuições na banca de qualificação;

Aos meus lindos afilhados, Bárbara, Gabriel, Giovanna e Marina. Que eu possa, em algum momento da vida de vocês, servir de inspiração;

À querida Glenda Agra, por me fazer companhia nessa caminhada e me confortar nos momentos de desespero; pelas lágrimas, pelos sorrisos largos e pelas intermináveis gargalhadas e por me permitir estar perto do seu coração gigante;

A Ana Karenina, pelo apoio e carinho de sempre, pelas palavras de incentivo, pelo cuidado e pela correção do trabalho;

Ao Prof. Sérgio Freire (UFAM), pelas conversas e postagens confortantes e inspiradoras;

Aos meus amigos: Odebis, Iraci, Cíntia, Emmanuel, pelo carinho, cuidado e alegria compartilhada por cada vitória.

Aos meus compadres: Roberta, Genildo, Fabiana, Moacir, pelos encontros cheios de alegria, pelas trocas de energia, pela irmandade e pelo companheirismo mútuo;

À Profa. Thalyta, socióloga, pela paciência em ler este trabalho e dizer que estava lindo;

Aos amigos e colegas do Curso de Enfermagem da UFCG, pela torcida alegre;

Aos funcionários do PPGEnf: Sr. Ivan e dona Carmem, pela disposição e pela calma em ajudar, especialmente a Nathali, pelas conversas esclarecedoras e animadoras, por toda a disposição e alegria e pelas boas energias que sempre transmitiu;

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), pela aprovação deste projeto;

À Universidade Federal de Campina Grande, por proporcionar meu afastamento, para que eu pudesse me dedicar exclusivamente ao Doutorado;

Pela força que me impulsiona para cima e enche meu ser de luz, a todos os que fizeram parte dessa jornada cujos nomes não foram citados, mas, que tornaram a caminhada mais leve e alegre. Abraços de algodão.

## RESUMO

BARBOSA, Khivia Kiss da Silva. **Significados e experiências de pessoas em situação de rua acometidas por tuberculose**. 2018. 121 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

**Introdução:** A presença de pessoas vivendo em situação de rua (PSR) desperta, na sociedade, olhares indiferentes, que marginalizam e associam esse público à violência. Adoecer de tuberculose (TB) morando na rua potencializa sobremaneira essa segregação, visto que a TB é uma doença fortemente marcada pela exclusão social e por estigma. Habitar a rua, estando acometido por essa doença, exige uma (re)organização nos modos de viver e de (re)significar a vida devido às repercussões que o adoecimento produz na existência da pessoa adoecida e de seu entorno social. **Objetivo:** Analisar os significados e as experiências de pessoas em situação de rua relacionados ao adoecimento por tuberculose na rua. **Percorso metodológico:** Estudo qualitativo, desenvolvido no município de João Pessoa, que envolveu cinco PSR, acometidas por TB. Para coletar os dados usamos um diário de campo e um roteiro de entrevista em profundidade, no período de fevereiro de 2015 a março de 2016. Para analisar o material empírico, empregamos a Análise Narrativa. Depois de dividir as narrativas em proposições indexadas e não indexadas, identificamos as trajetórias individuais e, depois de agrupá-las em categorias, elaboramos a síntese narrativa coletiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, conforme o CAAE 20446513.0.000.5188. **Resultados:** As categorias apontam que as condições em que vivem este público acometido por TB não favorecem para que adiram ao tratamento da doença e continuem a fazê-lo, porquanto elas priorizam as necessidades de alimentação, liberdade, uso de álcool e outras drogas. E apesar de sofrer devido aos sintomas da doença, eles não a reconhecem como um agravo que requer tratamento imediato e risco de morte. **Considerações finais:** Sugerimos que haja uma articulação das áreas de saúde com a assistência social, a nutricional e a psicossocial para encontrarem formas intervir, de maneira favorável, nas principais barreiras apontadas por PSR acometidas de TB, para que possam aderir ao tratamento e dar continuidade a ele. Para isso, é necessário um olhar direcionado para as peculiaridades desse grupo populacional.

**Descritores:** Pessoas em situação de rua. Tuberculose. Narração.

## ABSTRACT

BARBOSA, Khivia Kiss da Silva. **Meanings and experiences of homeless population affected by tuberculosis.** 2018. 121 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2018.

**Introduction:** The presence of people living on the street (PSR in Portuguese) awakens in our society indifferent looks which marginalize and associate this public with violence. Sick of tuberculosis (TB) while living on the street greatly potentiates this segregation. Given that TB is a disease that is strongly marked by social exclusion and stigma. Dwelling in the street and being affected by this disease, there is a requirement for a (re)organization in ways of living and meaning of life due to the repercussions that the illness produce in the existence of the sick people and their social environment. **Objective:** To analyze the meanings and experiences of street dwellers in relation to tuberculosis in the street. **Methodological approach:** A qualitative study, developed in the city of João Pessoa, which involves five RSPs, affected by TB. To collect the data we used a field diary and a roadmap of in-depth interviews from February 2015 to March 2016. To break down the empirical material, a narrative analysis was used. After dividing the account into indexed and non-indexed propositions, we identify the individual trajectories and, after grouping them into categories, we elaborate the theoretical model. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Paraíba, according to CAAE 20446513.0.000.5188. **Results:** The categories indicate that the conditions in which this group is affected by TB is not conducive to adhere to the treatment of the disease and will continue to do so, because they prioritize the needs of power, freedom, use of alcohol and other drugs. And despite suffering from the symptoms of the disease, they do not recognize it as an aggravation that requires immediate treatment and risk of death. **Final considerations:** We suggest that there be an articulation of health areas with social, nutritional and psychosocial assistance to find ways to intervene, in a favorable way, in the main barriers pointed out by RSPs affected by TB, so that they may adhere to treatment and give continuity to it. For this, it is necessary to look at the singularities of this group.

**Keywords:** Homeless. Tuberculosis. Narration.

## RESUMEN

BARBOSA, Khivia Kiss da Silva. eres. **Significados y experiencias de personas en situación de calle acometidas por tuberculosis.** 2018. 121 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2018.

**Introducción:** La presencia de personas viviendo en situación de calle (PSR) despierta, en la sociedad, miradas indiferentes, que causan marginación y asociación de ese público a la violencia. Enfermarse de tuberculosis (TB) viviendo en la calle potencializa sobre todo esta segregación, ya que la TB es una enfermedad fuertemente marcada por la exclusión social y el estigma. Habitar la calle, estando acometido por esa enfermedad, exige una (re) organización en los modos de vivir y de (re) significar la vida debido a las repercusiones que la enfermedad produce en la existencia de la persona enferma y de su entorno social. **Objetivo:** Analizar los significados y las experiencias de personas en situación de calle relacionadas con la enfermedad por tuberculosis en la calle. **Recorrido metodológico:** Estudio cualitativo, desarrollado en el municipio de João Pessoa, que implicó cinco PSR, acometidas por TB. Para recoger los datos usamos un diario de campo y un guión de entrevista en profundidad, en el período de febrero de 2015 a marzo de 2016. Para analizar el material empírico, empleamos el Análisis Narrativo. Después de dividir las narrativas en proposiciones indexados y no indexados, identificamos las trayectorias individuales y, después de agruparlas en categorías, elaboramos el resumen. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, conforme al CAAE 20446513.0.000.5188. **Resultados:** Las categorías apuntan que las condiciones en que viven este público afectado por TB no favorecen para que se adhieran al tratamiento de la enfermedad y continúen haciéndolo, porque ellas priorizan las necesidades de alimentación, libertad, uso de alcohol y otras drogas. Y a pesar de sufrir debido a los síntomas de la enfermedad, no la reconocen como un agravio que requiere tratamiento inmediato y riesgo de muerte. **Consideraciones finales:** Sugerimos que haya una articulación de las áreas de salud con la asistencia social, la nutricional y la psicosocial para que se encuentre formas de intervenir, de manera favorable, en las principales barreras apuntadas por PSR acometidas de TB, para que puedan adherirse al tratamiento y dar continuidad a él. Para eso, es necesario una mirada orientada hacia las peculiaridades de ese grupo poblacional.

**Descriptores:** Personas en situación de calle. La tuberculosis. Narración.

## LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

APS –	Atenção Primária à Saúde
ABS –	Atenção Básica à Saúde
BSR –	Busca de Sintomáticos Respiratórios
CAPS AD –	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CEP –	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS –	Centro de Ciências da Saúde
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
CR –	Consultório na Rua
DOTS –	<i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
ESF –	Equipe de Saúde da Família
ISTs –	Infecções Sexualmente Transmissíveis
GRUPO TB/PB –	Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba
HIV –	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS –	Ministério da Saúde
PNAB –	Política Nacional de Atenção Básica
OMS –	Organização Mundial da Saúde
SAMU –	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SES –	Secretaria Municipal de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
TB –	Tuberculose
TDO –	Tratamento Diretamente Observado
TQR –	<i>Talk in Qualitative Research</i>
UBS –	Unidades Básicas de Saúde
USF –	Unidades de Saúde da Família
UPA –	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE FIGURAS E QUADRO

<b>Figura 01</b> – Fluxo de assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose na rede de assistência de saúde e social, João Pessoa – PB – 2018.....	<b>49</b>
<b>Figura 02</b> – Fluxo de assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose realizado pelo CR - João Pessoa – PB – 2018.....	<b>49</b>
<b>Quadro 1</b> – Códigos utilizados na transcrição e na análise das entrevistas.....	<b>53</b>

## LISTA DE VARIAÇÃO LINGUÍSTICA

BURRINHO –	Pequena garrafa de aguardente, pinga;
INTERA –	Completa;
MANGUEAR –	Pedir;
MALOCA –	Lugar de morar;
MALOQUEIRO –	Marginal, pessoa que pratica o mal;
TÁ DE BOA? –	Está bem?
TÁ EMBAÇADO –	Está complicado ou de difícil solução
TEM JEITO? –	Tudo bem?
ISSO É FRIA –	Isso não é bom

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>24</b>
1.1 OBJETIVOS.....	33
1.1.1 Objetivo geral.....	33
1.1.2 Objetivos específicos.....	33
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>35</b>
2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: de quem estamos falando?.....	35
2.2 EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E CUIDADO: contribuições da narrativa....	40
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>47</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	47
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	47
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	50
3.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	51
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	54
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>56</b>
4.1 APRESENTANDO OS PARTICIPANTES E SUAS TRAJETÓRIAS.....	56
4.2 NARRATIVAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	59
4.2.1 Resiliente na dor e no abandono (Augusto dos Anjos).....	60
4.2.2 Uma vigilante noturna (Auta de Sousa).....	66
4.2.3 Eu sou bicho solto! (Cruz e Sousa).....	68
4.2.4 Se eu contar a minha vida, até um bezerro chora! (Castro Alves).....	72
4.2.5 Tenho sono de passarinho... (Pedro de Calasans).....	75
<b>5 AGRUPAMENTO E COMPARAÇÃO DAS TRAJETÓRIAS INDIVIDUAIS...</b>	<b>80</b>
5.1 EXPERIENCIARES DE ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE NO ASFALTO: contradições e enfrentamentos relacionados às condições de vida.....	80
5.2 EXPERIENCIARES DE ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE NO ASFALTO: barreiras na adesão e na continuidade do tratamento.....	85
<b>6 SÍNTESE NARRATIVA COLETIVA</b> .....	<b>91</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>93</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>115</b>



**'O aperto da pobreza' - Thomas Benjamin Kennington  
Pintor inglês (1856-1916)**

*Quem escuta uma história está em companhia do narrador; mesmo quem a lê partilha  
essa companhia” (BENJAMIN, 1994)*

## APRESENTAÇÃO

Quando narram, as pessoas tornam-se autoras de suas histórias e experiências, e a maioria das narrativas não relata simplesmente acontecimentos e eventualidades, mas sua importância, seu significado e sua dimensão para as pessoas envolvidas. Assim, não poderia iniciar este trabalho sem narrar minha trajetória acadêmica, que constitui parte importante de minha história de vida.

Como integrante do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GRUPOTB/PB) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, desde 2013, tive a oportunidade de participar de discussões a respeito da problemática da tuberculose (TB), especialmente relacionadas ao impacto desse agravo em grupos mais vulneráveis ao adoecimento.

Embora se reconheçam os avanços diagnósticos e terapêuticos para controlar a doença, nem todas as pessoas têm acesso equitativo a esses recursos e/ou serviços. Por sua vez, fatores de ordem social, cultural, econômica, política e étnico-raciais, comportamentais e psicológicos interagem e determinam condições de mais ou menos vulnerabilidade. Os grupos mais vulneráveis são pessoas privadas de liberdade, idosos, coinfectados com TB e com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e as que estão em situação de rua (PSR).

Nessa direção, o GRUPO TB/PB iniciou discussões que culminaram com a elaboração do projeto ‘Análise dos pontos de estrangulamento no controle da tuberculose em populações em situação de rua nos municípios de João Pessoa e Campina Grande – PB’- que foi aprovado e financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), sob o processo número 024/2014.

Logo, esta tese é um dos produtos desse projeto, voltado para os significados e as experiências de PSRs relacionados ao viver na rua e ao adoecer de TB. Essa experiência acadêmica convergiu com minha vivência como professora da disciplina ‘Saúde Mental’, no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), em que tive a oportunidade de atuar no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), prestando assistência a usuários de álcool e de outras drogas, incluindo, nesse grupo, pessoas que vivem em situação de rua.

Assim eram realizadas ações que tinham o apoio de um profissional do CAPS AD. A equipe era composta de enfermeiro, assistente social, psicopedagogo, psicólogo, músico, médico, educador físico e técnico de enfermagem. Eram ministradas oficinas que visavam promover saúde e reduzir danos, com grupos de acompanhamento para os que usavam

psicofármacos, grupo de teatro, técnicas de relaxamento e aquecimento com exercícios físicos, equipe de geração de renda com artesanato, confecção de sabonetes e musicoterapia. Também havia festas nas datas comemorativas como São João e Natal.

Nesse contexto, buscava-se favorecer o autoconhecimento, compartilhar problemas semelhantes, resgatar a autoestima e a autoconfiança dos usuários, ajudá-los a compreender bem mais o processo de saúde-doença e descobrir formas complementares de lidar com os fatores que favorecem ou influenciam negativamente a redução de danos, além de trabalhar questões de conscientização corporal, social e cultural.

Inserida nessa realidade teórica e prática, constatamos a complexidade vivenciada por pessoas que se encontram em situação de rua ao buscar assistência através dos serviços oferecidos pelas políticas sociais, em especial, os da área da Saúde. Como se não bastasse viver em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, a violência, o uso de drogas e a existência de doenças marginalizadas, como a TB e a HIV/AIDS, as situações experienciadas por essas pessoas ao buscar os serviços de saúde perpassava os olhares enviesados e culminavam com a negação, em alto e bom tom, do direito de acesso aos serviços públicos oficiais, por meio de discursos como: *“Aqui não atendemos esse tipo de gente”*, ou *“Isso é caso de polícia”*.

Essas pessoas são vistas pela sociedade como perigosas, usuárias de drogas, violentas, inadequadas, subalternas, preguiçosas e desocupadas, que estão na rua por vontade própria, fugindo das responsabilidades e das obrigações. Semelhante ao modo como eram vistos os loucos na antiguidade (e até hoje), as PSR são consideradas improdutivas, portanto *“merecem ser banidas”* dos espaços urbanos, porque os *“sujam”*.

Várias cidades do Brasil e do mundo apresentam, em prédios públicos, os chamados dispositivos *“anti-mendigos”*, como: bancos com divisórias, chuveiros com sensores de presença ligados à noite na calçada de lojas e pequenos espetos pontiagudos embutidos em fachadas de flats e de hotéis, para impedi-los de dormir no local. Outras cidades proíbem as pessoas de alimentarem moradores de rua sob pena de prisão. Convém enfatizar que não é fácil para a PSR ter acesso aos serviços de saúde, sobretudo, por estar acometida de TB e, por essa razão, ser historicamente estigmatizada. Ao mesmo tempo, os mitos sobre a doença geram barreiras no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento.

Para nos aproximarmos bem mais do objeto de estudo, inserimo-nos na Equipe de Consultório na Rua (CR), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de João Pessoa (PB), como pesquisadora, a partir do mês de fevereiro de 2015, quando começou um processo de aprendizagem diária para trabalhar com uma população tão peculiar *in loco*. O

CR é um equipamento de saúde integrante da Rede de Atenção Básica de Saúde, que desenvolve ações no próprio território de rua, considerando as necessidades e as vulnerabilidades de saúde dessa população, percorrendo toda a rede de serviços de saúde e intersetoriais. Essa aproximação ocorria duas vezes por semana, nos turnos da tarde e em parte da noite, durante 13 meses. Assim, constatamos que o trabalho desenvolvido pelo CR foge da lógica instituída pelos modelos clínicos tradicionais de assistência à saúde, visto que o desenho dessa realidade é composto de uma diversidade de saberes, de práticas e de culturas que resistem às tensões nas relações de saber e de poder impostas também pelas ciências biológicas.

A equipe do CR acolhe seus usuários e forma vínculos com eles, com o intuito de ter mais aproximação com eles, para facilitar a criação de estratégias de cuidado para esse grupo que carrega a marca do preconceito e é violentado diuturnamente nos seus direitos.

A atuação das equipes do CR era programada em reuniões pré-agendadas, visando planejar atividades e estratégias para serem abordadas em campo e avaliadas posteriormente. Diversas vezes, o roteiro agendado fugia do combinado, devido a motivos como violência nas ruas, chegada inesperada de chuvas, problemas com o transporte, ausência do usuário ou o fato de estar usando drogas excessivamente, além das chamadas de urgência oriundas da população em geral, do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), da Polícia Militar (PM), dos Bombeiros, dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e até da imprensa, o que modificava o planejamento diário, o que leva à necessidade de reorganizar a agenda de acordo com as prioridades.

Para adentrar mais profundamente esse universo, que nos provocava sentimentos reinventados a cada encontro, como compaixão, indignação, incompreensão, surpresa e alegria, inserimo-nos em um grupo que fazia trabalhos sociais e religiosos com as PSRs, no mesmo entorno em que atuávamos no CR, mas no horário noturno.

Por meio da comunidade católica Filhos da Misericórdia, tivemos a oportunidade de nos aproximar mais das PSR. O grupo era subdividido e, todos os dias, estava na rua. Passávamos em pontos já conhecidos, onde era distribuído um jantar que continha: sopa, pão, suco, café e água e éramos recebidos com muita alegria. Levávamos também a ração para os cães e os gatos que estavam acompanhando os donos na rua.

Depois da saudação de boa noite, eram feitas três orações e se iniciava a partilha dos alimentos. Enquanto as pessoas comiam, ou guardavam para comer em outro momento, estabeleciam-se vários diálogos, que versavam sobre temas que iam de queixas de saúde, pedidos de roupas ou itens de necessidades básicas, até o uso de drogas e a violência na rua.

Também eram realizados louvores e a leitura da Bíblia, quando muitos deles faziam questão de ler.

Uma queixa muito comum ouvida nos momentos noturnos era sobre os roubos acontecidos entre os grupos de PSR. Comentava-se acerca do problema de dormir à noite, devido ao risco de perder o pouco que tinham para os apontados como “traíras, falsos, fingidos, duas caras”, que se encontravam entre eles ou vinham de outros grupos. Diversas necessidades de saúde foram encontradas nas ruas: ferimentos nos pés, doenças de pele, diabetes, hipertensão, gravidez de alto risco, TB, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), HIV, AIDS e, como agravo prevalente, o abuso de álcool e de outras drogas. Nesse contexto, pudemos conhecer histórias de vida, de fome e de frio, de exclusão social, de muitas perdas, negligência, preconceito, medo, solidão, crimes, violência física, amores perdidos e amores renovados, além de histórias de ajuda mútua, formas de organização nos grupos, companheirismo, fidelidade e superação.

O que mais nos chamou à atenção, durante o tempo de/na rua, foram o inesperado e o imprevisto, que eram sempre intensos. A conversa informal embaixo de uma árvore, com sol a pino, o odor intenso, a chuva que chegava repentinamente, o esgoto correndo a céu aberto, o barulho de caminhões e de carros, o medo da polícia, o uso pesado do álcool e do crack, a chegada do traficante para saber de que se tratava aquela conversa e as confissões de crimes e o desejo de mudanças. As queixas sobre fome, tosse, febre, abstinência das drogas, entre outras tantas lástimas dos companheiros, que, às vezes, estavam consumidos pelo álcool e por outras drogas, impossibilitados de se cuidar, chegavam à equipe através dos parceiros, e a solidariedade entre os pares se fazia muito presente, quando um ou outro “estava muito mal”.

As intervenções das equipes de CR, principalmente nas abordagens iniciais, eram facilitadas pelo uso de uma linguagem informal, com expressões que eram utilizadas pelos próprios usuários do serviço: “*Tá de boa? Tá embaçado. Tem jeito? Isso é fria!*”. Eram expressões utilizadas corriqueiramente. O aperto de mão e o abraço, a mão no ombro, bem como o uso da música ecoada pela equipe favoreciam muito o encontro e fortaleciam ainda mais o vínculo, o respeito e a confiança.

Apesar do suporte oferecido pelo CR e pelos “Filhos da Misericórdia” para a construção do vínculo, momentos de hostilidade, intimidação e tensão foram registrados. Pode-se inferir que nossa presença “infiltrada” na equipe de CR, fazendo entrevistas, incomodou os que vendiam drogas e observavam de longe que uma conversa estava sendo gravada e/ou fotografada. Havia alguns pedidos que nós não podíamos fazer, como levar o usuário até o estado vizinho (Pernambuco) para intermediar uma conversa entre ele e a

família. Em tom de ameaça, eles se retiravam do lugar afirmando que nos encontraríamos posteriormente.

Assim, considerando o exposto, podemos afirmar que a contação de histórias sobre a trajetória de vida desses sujeitos favoreceu o desvelamento da experiência de cada um e possibilitou sua ressignificação, introduzindo-nos nesse movimento e colocando-nos como participante da história. E ao ouvir essas histórias, mergulhamos na vida do outro, fazendo-nos sujeitos dessa experiência, desenhando um caminho para compreender os fenômenos sociais.

No que diz respeito à estrutura, esta tese foi dividida em sete capítulos. No primeiro – a **Introdução** - delineamos a contextualização da temática, o objeto de estudo e a justificativa, além dos objetivos da investigação.

**No capítulo 2** - apresentamos a fundamentação teórica, que é constituída de recortes da trajetória da população em situação de rua, desde a Grécia Antiga até os dias de hoje, além das contribuições da narrativa na experiência do adoecimento e do cuidado, a qual é uma importante ferramenta para analisar a realidade social.

**No capítulo 3 - Percurso metodológico** – trazemos a caracterização do cenário e a descrição dos participantes do estudo; as condições de produção do material empírico e a análise dos dados, sob a ótica da narrativa, e os aspectos éticos considerados na pesquisa.

**No capítulo 4 - o dos Resultados** – apoiamo-nos nos pressupostos teóricos de Schütze (1977), na perspectiva de conhecer os modos como os sujeitos interpretam suas experiências. Inicialmente, apresentamos o perfil dos participantes, utilizando todos os componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo. Na sequência, recorreremos aos componentes não indexados para reconstruir as teorias operativas para a abstração analítica.

No capítulo **5**, tecemos considerações sobre o **agrupamento e a comparação das trajetórias individuais**, que originaram duas categorias: ‘*Experienciaries* de adoecimento por tuberculose no asfalto: contradições e enfrentamentos relacionados às condições de vida’, e ‘*Experienciaries* de adoecimento por tuberculose no asfalto: barreiras no acesso e na continuidade do tratamento’.

O capítulo **6 – Síntese narrativa coletiva** - foi elaborada depois de compararmos as trajetórias individuais, para identificar as semelhanças e produzir uma síntese narrativa coletiva a partir das experiências narradas, que representam os significados e as experiências de pessoas em situação de rua relativos à vivência na rua e ao adoecimento por tuberculose.

**No capítulo 7 – o das considerações finais** – apresentamos algumas reflexões a respeito dos resultados encontrados na pesquisa, de suas limitações e do que esperamos como sua contribuição.



**'Criança Morta' - Cândido Portinari**  
**Pintor brasileiro (1903-1962)**

*Não somos lixo*

*Não somos lixo. Não somos lixo e nem bicho.  
Somos humanos. Se na rua estamos é porque nos desencontramos.  
Não somos bicho e nem lixo. Nós somos anjos, não somos o mal.  
Nós somos arcanjos no juízo final. Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.  
Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos. Não somos lixo.  
Será que temos alegria? Às vezes sim... Temos, com certeza, o pranto, a embriaguez,  
A lucidez dos sonhos da Filosofia. Não somos profanos, somos humanos. Somos filósofos que  
escrevem suas memórias nos universos diversos urbanos. A selva capitalista joga seus  
chacais sobre nós. Não somos bicho nem lixo, temos voz. Por dentro da caótica selva, somos  
vistos como fantasmas. Existem aqueles que se assustam. Não somos mortos, estamos vivos.  
Andamos em labirintos. Depende de nossos instintos.  
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.*

(Carlos Eduardo (Cadu), morador de rua de Salvador)

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar de existirem em uma perspectiva coletiva e pública, as ruas podem ser interpretadas como espaços inoportunos ou inadequados para se morar, ainda que muitas pessoas as utilizem como “casa”. Os espaços urbanos são habitados nos mais impensáveis lugares - embaixo de viadutos, em parques, praças, calçadas, paradas de ônibus e em locais de grande movimento comercial e em prédios abandonados.

A utilização do espaço das ruas como meio de sobrevivência não é um fenômeno recente. Essa prática remota às cidades pré-industriais aumentou depois da Revolução Industrial, com os processos de rupturas sociais oriundos das alterações no mundo da produção econômica, principalmente da mudança do capitalismo e das desigualdades sociais resultantes desse processo (BURSZTYN, 2000). A falta de emprego, a instabilidade nas relações de trabalho e a individualização exagerada são alguns dos motivos de muitas pessoas continuarem a viver nas ruas (SILVA, 2013). Porém existem outros motivos para que morem nas ruas, como: falta de moradia, alcoolismo, drogadição, rompimento de vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, além de desastres de massa e/ou naturais (SILVA, 2006; BRASIL, 2012a).

Em geral, a população em situação de rua se configura como um segmento social em situação limite de pobreza, que tem um lugar social demarcado, revestido de indiferença e de hostilidade e estigmatizado cotidianamente pela sociedade (PEREIRA, 2009). Por sua vez, a constante exposição a condições insalubres, em que essas pessoas se deparam com os mais diversos problemas, como falta de cuidados mínimos de higiene, alimentação inadequada ou a falta dela, variações climáticas, compartilhamento de cachimbos ou de copos para ingerir álcool e outras drogas, além da constante tensão na luta para sobreviver nesse circuito, repercute desfavoravelmente em seu estado de saúde. Tanto a falta de estrutura física quanto a dificuldade de acesso aos serviços de saúde deixam-nas vulneráveis a contrair diversas doenças.

Nesse contexto, predominam problemas como, doenças nos pés (micose, bicho geográfico, bicho de pé), gravidez de alto risco, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), HIV/AIDS, hipertensão, diabetes, uso de álcool e outras drogas, problemas bucais e tuberculose (TB). Logo, a multiplicidade de fatores intrínsecos ao viver na rua põe em relevo as adversidades a que esses grupos estão sujeitos, especialmente as que favorecem o risco de contrair doenças. Sincronicamente, pessoas que vivem em situação de rua apresentam risco de adoecimento pela TB 60 vezes mais do que na população geral. Isso ratifica o pensamento de

que populações mais pobres, socialmente desfavorecidas e marginalizadas são atingidas de forma intensa e desproporcionada pela doença (ROCHA; ADORNO, 2012).

Essa associação entre a TB e a pobreza lhe confere uma característica bidirecional. Se, de um lado, a vulnerabilidade econômica, as condições sanitárias precárias e a nutrição inadequada tendem a potencializar o risco de adoecimento, de outro, a doença limita as oportunidades de trabalho e de subsistência (VENDRAMINI et al, 2010; HINO et al, 2011; ARAÚJO, 2013; LONNROTH et al, 2009). Estudos mostram que, para além do aumento do risco de infecção, o acesso reduzido aos serviços de saúde, também reflexo da pobreza, pode interferir na incidência da doença, na demora do diagnóstico e do tratamento, no agravamento do quadro, no sofrimento e nos piores prognósticos (HOA et al, 2011; OXLADE; MURRAY, 2012; CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

A TB também é considerada uma das doenças infecciosas mais antigas e de agente único que mais mata e supera o HIV. Um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população esteja infectado com a bactéria causadora da doença e referiu que 10,4 milhões de pessoas contraíram TB em 2016, e 1,3 milhão morreram vítimas da infecção (BRASIL, 2018).

O Brasil se encontra na 16ª posição em número absoluto de casos entre os 22 países que a Organização Mundial da Saúde (OMS) priorizou, desde o ano de 2000, como responsáveis por 82% dos casos estimados de TB em todo o mundo. Em relação ao coeficiente de incidência, o Brasil ocupa a 22ª posição entre esses países. A Índia, a China e a África do Sul são os países com o maior índice da doença (WHO, 2014).

No Brasil, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos da doença por ano, e em 2013, houve 4.577 óbitos. Ao examinar as cinco regiões do Brasil, no ano de 2013, verificamos que as Regiões Norte, Sudeste e Nordeste são as que detêm os mais altos coeficientes de incidência, respectivamente, 45,2; 37,1 e 34,7/100 mil habitantes (BRASIL, 2015). Como comporta demasiados grupos populacionais empobrecidos, somados com a desorganização dos serviços públicos, a Região Nordeste exhibe as condições ideais para manter os elevados índices de prevalência da enfermidade (BARBOSA, COSTA, 2014).

Em 2016, o coeficiente de incidência por TB do estado da Paraíba foi de 27/100 mil habitantes, o coeficiente de mortalidade, de 2,2/100 mil habitantes, e as taxas de cura e de abandono foram, respectivamente, de 64,7 e 9,2 para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2017), contrariando as taxas de recomendações apontadas pela OMS, que são de 85% e 5% dos casos nessa ordem (BRASIL, 2015).

O reconhecimento da pobreza como principal obstáculo para o controle e o desfecho favorável à doença vem integrando as diretrizes internacionais de combate à TB. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no contexto da agenda de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, lançou, em 2015, a estratégia global *The End TB Strategy*, que envolve a implementação de uma combinação de recursos biomédicos, de saúde pública e de intervenções socioeconômicas junto com pesquisa e inovação. Pressupõe que os países atuem na perspectiva de políticas arrojadas e sistemas de apoio, disponibilizem recursos adequados para o cuidado e a prevenção da TB, além de um sistema de saúde organizado, provido de insumos, equipamentos e sistema de informação eficaz, apoiado por políticas sociais que abordem os determinantes subjacentes (com redução da pobreza, garantia da segurança alimentar e melhorias nas condições de vida e de trabalho) (WHO, 2015).

Para facilitar a implementação da estratégia, a OMS elaborou um documento em 2015 - *The Essentials* - que traz explicações detalhadas sobre a visão, os objetivos, as metas e os marcos da Estratégia *End TB* e descreve as características da operacionalização de seus componentes. Dentre as áreas de atuação previstas, foram incluídas medidas “pró-pobres”, que oferecem aos programas nacionais de controle de TB orientação e opções práticas de ação por meio de seis pilares: 1) Identificar os grupos pobres e vulneráveis no país/região; 2) Determinar quais barreiras impedem o acesso das pessoas vulneráveis aos serviços que dão o diagnóstico e o tratamento de TB; 3) Avaliar potenciais ações para superar as barreiras de acesso; 4) Rever as situações e os grupos populacionais que exigem consideração especial; 5) Explorar as possibilidades de aproveitar recursos adicionais; 6) Avaliar o impacto de medidas pró-pobres (WHO, 2015).

Enfatiza, ainda, que abordar a pobreza no controle da TB abrange as necessidades não só dos que enfrentam o empobrecimento econômico, como também de todas as parcelas relativamente vulneráveis, desfavorecidas, marginalizadas, estigmatizadas e excluídas da população (WHO, 2016). Propõe ajustes na organização da rede de serviços de saúde, que reduzam as barreiras econômicas, socioculturais e geográficas e a criação de dispositivos alternativos que permitam alcançar esses grupos e superar as barreiras de acesso.

No Brasil, políticas indutoras voltadas para esse segmento da sociedade foram contempladas na Carta Constitucional de 1988 (BRASIL, 1988), na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), (BRASIL, 1993) e na Política Nacional de Assistência Social. Em 2006, constituiu-se o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para promover a inclusão social da

população em situação de rua. Esse grupo contava com representantes do Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome, do Ministério das Cidades, do Ministério da Educação, do Ministério da Cultura, do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Justiça, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS). As reflexões e os fóruns de debates promovidos pelo GTI deram forma e direcionamento à construção da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053/2009, que representou a primeira iniciativa nacional de reconhecimento dos direitos desse grupo (BRASIL, 2009).

A política estabeleceu diretrizes e enfatizou a “(re) integração dessas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua” (BRASIL, 2008, p.4). Propôs uma agenda mínima, que contemplava oito eixos de ações estratégicas: desenvolvimento urbano/habitação; trabalho e emprego; direitos humanos; assistência social; educação; segurança alimentar e nutricional; saúde e cultura (BRASIL, 2009).

Quanto ao eixo relacionado à saúde, recomendou a adequação das ações e dos serviços existentes, com vistas a assegurar a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais; o fortalecimento de ações de prevenção de tratamento de agravos com alta incidência (entre eles, a TB); atenção ampliada à saúde mental e transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas; apoio às iniciativas de ações intersetoriais que viabilizem a instituição e a manutenção de Casas de Apoio (BRASIL, 2009).

Há que se considerar que desafios são postos no cenário nacional e que o cumprimento de diretrizes/ações direcionadas às pessoas em situação de rua (PSR) está intrinsecamente relacionado aos contextos políticos, sociais e econômicos regionais e locais. Por sua vez, a organização da rede de atenção à saúde, a organização técnico-administrativa e o despreparo de recursos humanos fragilizam o acesso desse segmento populacional. A exigência de documentação, a restrição no atendimento da demanda espontânea, os limites na atuação intersetorial, os preconceitos, entre outros, criam vínculos precários e restringem a busca por cuidados em saúde (CARNEIRO JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Diante de um panorama intrincado em termos de assistência à saúde para PSR, instituiu-se, em 2011, como desdobramento do Decreto Presidencial nº 7.053/2009, o

‘Consultório na Rua’, como um serviço estratégico da Atenção Básica. Trata-se de uma modalidade de atenção originada da fusão entre o Programa Consultório de Rua (equipe itinerante com foco na saúde mental) e o Programa Estratégia de Saúde da Família Sem Domicílio (ESF com equipes específicas para proporcionar atenção integral à saúde da população em situação de rua) (LONDERO et al, 2014).

A mudança do termo ‘Consultório de Rua’ para ‘Consultório na Rua’ é muito mais do que uma alteração semântica. Nessa nova configuração, amplia-se o campo de atuação para a saúde geral da população em situação de rua e incorpora-se a redução de danos de forma transversal em sua prática. As equipes do Consultório na Rua (CR), formadas por profissionais de diversas áreas, têm habilidades e competências para atuar com usuários de álcool, crack e outras drogas. Para tanto, agregam conhecimentos básicos sobre redução de danos, fazem atividades educativas e culturais e a dispensação de insumos de proteção à saúde e encaminhamentos para a rede de saúde intersetorial e acompanham o cuidado das PSR. Também devem conhecer as especificidades do grupo atendido e considerar as características do território, assim como seu contexto (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016). Essa iniciativa ainda vem se consolidando. Atualmente, em 88 municípios brasileiros, foram implantados CRs, que funcionam com 135 equipes e 949 profissionais (BRASIL, 2017). Por se tratar de uma política pública em construção, a produção científica na área ainda é bastante limitada.

Um dos primeiros estudos realizados no Brasil, direcionado para pessoas que vivem em situação de rua, abordou aspectos relacionados às práticas cotidianas de exclusão social (ESCOREL, 1999). Varanda (2009) conduziu um estudo etnográfico em que mostrou as trajetórias individuais e as dinâmicas de grupos de moradores de rua e sua interação com as redes públicas de assistência e concluiu que, nos circuitos da rua, o álcool e as drogas são recursos de sobrevivência.

Farias (2014) analisou narrativas autobiográficas de ex-moradores de rua, suas trajetórias e reinserção social e constatou que os participantes se recusavam a internalizar estigmas atribuídos à situação de rua, apontavam o controle de si, o empoderamento e o cuidado com os outros e retratavam transformações pessoais associadas à saída da situação de rua.

No contexto da assistência à saúde, Al Alam (2014) fez um estudo para conhecer a percepção das pessoas que vivem/viveram o processo de situação de rua sobre o cuidado oferecido pelos profissionais da área de Saúde que trabalham/trabalharam em seus territórios da rua. Seu estudo concluiu que é preciso retomar as discussões a respeito das reais

necessidades das pessoas que se encontram em situação de rua, que as políticas devem contemplar uma atenção de boa qualidade, de modo contínuo e não pontual, para prevenir agravos e proporcionar tratamento de saúde, quando necessário, com profissionais que tenham perfil para o trabalho no território da rua, que saibam reconhecer suas vulnerabilidades e sejam comprometidos com a vida e com a cidadania, independentemente dos territórios onde ela esteja presente.

Sarmiento (2015) verificou que as PSRs não estão recebendo uma proteção social de forma integral. Pensando nisso, sugeriu uma metodologia de intervenção com esse grupo, visando construir relações mais interdependentes entre eles e a sociedade em geral.

Lacerda (2012) traçou o perfil socioepidemiológico desse grupo e confirmou que ele é heterogêneo. Também constatou que a maioria de seus componentes vive em família e em comunidade. Tal constatação deve ser considerada no desenvolvimento de programas e ações inclusivas e eficazes para essa população.

Aguiar (2014) fez uma pesquisa com o objetivo de conhecer a população em situação de rua, suas condições de vida, de saúde-doença e o acesso dessas pessoas às instituições públicas prestadoras de assistência à saúde. Os resultados confirmaram predominância masculina e com baixa escolaridade, o que os leva a fazer trabalhos informais e de baixa qualidade. O acesso deles aos serviços de saúde é feito basicamente pelas UPAs.

Estudo realizado em João Pessoa – PB - que envolveu 18 indivíduos adultos em situação de rua visou compreender as bases para a construção das identidades entre eles (SOUSA, 2012). A pesquisa concluiu que, embora as condições socioestruturais em que esses indivíduos estão posicionados sejam responsáveis por localizá-los em um contexto que estabelece os limites e as possibilidades de seu estar-no-mundo, as identidades pessoais reivindicadas por eles rompem com qualquer determinismo estrutural, fazendo com que empreendam distinções na vida de rua e se autoavaliem a partir de um ordenamento de valores que confere sentido à sua existência e ao seu ambiente.

Já em Maceió (AL), Ferreira, Rozendo e Melo (2016) avaliaram a estratégia do Consultório na Rua valendo-se da perspectiva de seus usuários. Os resultados demonstraram que a estratégia é avaliada positivamente e que se constitui como um suporte social não apenas em questões relativas à saúde-doença, mas também em aspectos da vida cotidiana.

No Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2013, foi conduzido em estudo que se propôs a discutir sobre as práticas de uma equipe do CR para usuários de álcool, crack e outras drogas, de forma a efetivar um cuidado integral implementado segundo os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016). Os resultados apontaram que

há desafios para a efetividade da atenção, como a formação e a composição multiprofissional, o suporte logístico para a abordagem na rua, o apoio institucional e de especialistas e a fragilidade das Redes.

Na perspectiva de pessoas que moram na rua, estudos mostram que grande parte dos profissionais de saúde e dos serviços sociais as trata com falta de respeito (são maltratados ou rejeitados e incompreendidos por causa da doença e da situação em que vivem). Os estudos também revelaram que esses indivíduos se sentem invisibilizados e estigmatizados como “apenas mais um desabrigado” (DRURY, 2008; MARTINS, 2008; MCCABE; MACNEE, ANDERSON, 2001).

Quanto ao posicionamento de profissionais da área de saúde, as pessoas que vivem em situação de rua têm sido descritas como pacientes “difíceis” que, para além de todas as necessidades geradas pela falta de abrigo, apresentam baixa confiabilidade na adesão terapêutica e na manutenção do autocuidado (HWANG, 2001; MCNEIL; GUIRGUIS-YOUNG, 2012).

Håkanson e Öhlénle (2016) apontaram que a desconfiança, o desprezo e a negligência da sociedade e dos profissionais de saúde moldam as maneiras como as pessoas em situação de rua se organizam para não depender de ninguém para o seu bem-estar.

Em uma revisão integrativa realizada por Paiva et al (2016), que se propuseram a encontrar, na literatura, aspectos relacionados à caracterização da população de rua, às suas necessidades e às políticas desenvolvidas para atender a esse grupo, os autores constataram que, em 15 artigos selecionados, publicados entre 1998 e 2014, os estudos envolveram indivíduos albergados, moradores de áreas de ocupação de terras públicas, pessoas em situação de rua com transtorno mental grave, crianças e adolescentes em situação de rua, trabalhadores dos equipamentos sociais, profissionais de saúde e educadores. Eles apresentaram discussões relacionadas ao acesso aos cuidados de saúde, à reinserção no mercado de trabalho, a fatores determinantes do processo saúde doença e à condição de vida e de vulnerabilidade.

É bem verdade que os estudos produzidos têm ampliado o conhecimento sobre os modos de viver e as condições de vida da população em situação de rua e contribuído para que possamos compreender bem mais o fenômeno no Brasil. Contudo, quando nos reportamos à pessoa em situação de rua (PSR) doente de TB, as limitações são maiores. No Brasil, só foram encontrados quatro trabalhos que versam sobre as duas temáticas. Na perspectiva de enfermeiros, Oliveira (2017) constatou que há descontinuidade no fluxo de comunicação durante a assistência a PSRs doentes de TB, já que a coordenação dos serviços

que prestam essa assistência está fragilizada. Além disso, o diagnóstico e o início do tratamento são retardados e há dificuldades de adesão, abandono do tratamento e resistência medicamentosa. Esses são obstáculos impostos às PSRs.

Lindner (2016) percebeu que, entre os profissionais da área de Saúde que cuidam de PSR com TB e esses, existem vários enfoques de moralidades que refletem na gestão da atenção e do cuidado e provocam um distanciamento de entendimentos e práticas. Alecrim (2015), na perspectiva de analisar os efeitos da produção de sentido das equipes de Consultório na Rua no cuidado com a pessoa com tuberculose, concluiu que o modelo de cuidado empregado pelas equipes tem contribuído para garantir o acesso, ampliar o diagnóstico precoce e tratar, acompanhar e curar a tuberculose nessa população. Souza (2010) assinalou que a forma como algumas equipes se organizam para atender a essa população podem reforçar ainda mais a exclusão que sofre esse público.

Internacionalmente, estudo realizado na Colômbia com moradores de rua assistidos em um centro de assistência social concluiu que uma comunicação bem-sucedida e eficaz, além do trabalho interdisciplinar, é essencial para alcançar o sucesso no tratamento da tuberculose (GÓMEZ; CORREA, RÍOS, 2009). McAdam et al (2009) conduziram um estudo retrospectivo para examinar as tendências da infecção por tuberculose latente (ILTB) e taxas de TB entre pessoas sem-teto em Nova York, no período de 1992-2006, e concluíram que esforços realizados para avaliar e tratar pessoas em situação de rua foram benéficos. No Japão, pesquisa transversal investigou a prevalência e os fatores de risco de infecção ativa e latente por TB em moradores de rua e apontou que, embora não tenha sido encontrada TB ativa nos cuidadores dos moradores de rua, um quarto deles apresentava infecção pela doença, o que indica que são necessários exames e um acompanhamento cuidadoso (TABUCHI et al, 2011). Khan et al (2011) avaliaram a tendência epidêmica de TB na população de rua, na cidade de Toronto - Canadá, diagnosticados no período de 1998 a 2007, e concluíram que o controle da tuberculose em populações de rua no país exige mais progresso na prevenção primária, na secundária e na terciária, além de uma vigilância contínua para enfrentar a ameaça emergente da TB resistente a medicamentos no mundo.

Em geral, os estudos sobre a TB em populações que vivem em situação de rua se voltam para aspectos epidemiológicos, para a avaliação de tendências epidêmicas e para inquéritos populacionais. Todavia, adoecer de tuberculose é um processo subjetivo, permeado de saberes, de discursos e de práticas, que são produzidos no contexto histórico e cultural e influenciam a forma como o indivíduo dá sentido a sua experiência (SOUZA, 2012).

Assim, partindo do pressuposto de que as expressões e os comportamentos de determinada população, em resposta aos seus problemas de saúde (a percepção de si mesmo e da doença, a capacidade de administrar o autocuidado, o direito à saúde e a busca pelos serviços de saúde), são construídos quando se compreendem as necessidades de saúde dessa população, que é produzida com base nos contextos sociais, culturais e econômicos, entende-se que a análise dos significados e das experiências de pessoas em situação de rua, relacionados ao viver na rua e ao adoecer, é fundamental para se planejar uma assistência à saúde que atenda às necessidades desse público.

Nessa perspectiva, neste estudo, utilizamos como referencial de análise metodológica a análise da narrativa, visto que se destina a investigar como os pacientes dão forma e voz aos seus sofrimentos de modo diferente de como a biomedicina os representa (KLEINMAN, 1988) e procura sentidos que nomeiem e deem forma à fonte do sofrimento. Essa busca percorre a experiência em toda a linha do tempo da vida do indivíduo e visa aos eventos em sua própria história, colocando-os numa ordem que faça sentido, por meio de um mecanismo reflexivo, terapêutico e transformador (GOOD, 2003).

Frank (1995) assinala que a doença tende a perturbar o senso de continuidade, de identidade e de coerência autobiográfica de uma pessoa. O desafio para o indivíduo é de reparar a ruptura entre o corpo, o eu e a sociedade. Assim, as histórias de doença tentam restaurar uma ordem que foi fragmentada por essa interrupção. Contar histórias de doença dá voz incorporada a uma experiência que não pode ser expressa de outras maneiras. No entanto, existe uma escassez de estudos qualitativos com narrativas de doenças de pessoas que vivem em situação de rua, acometidas pela TB.

Sob esse prisma, este estudo se justifica por causa da necessidade de produzir conhecimentos acerca da subjetividade que está presente nas experiências de pessoas que vivem nas ruas acometidas de TB. Esperamos que esta investigação amplie a discussão acerca dos cuidados oferecidos a esse público, considerando as peculiaridades do contexto em que vivem, e visualize ações que descentralizem a doença e adentrem as concepções e os valores da pessoa, para evitar o uso de métodos coercitivos que são utilizados com esse público.

Considerando esse contexto, foram elaborados os seguintes questionamentos: Quais os significados e as experiências de pessoas em situação de rua (PSR), relacionados ao adoecimento por tuberculose (TB) na rua? De que maneira as condições de vida e os contextos de interação das PSRs acometidas por TB afetam suas experiências e os significados de adoecimento? Quais as principais barreiras apontadas por PSRs acometidas por TB para aderirem ao tratamento e continuar a fazê-lo?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

- Analisar os significados e as experiências de pessoas em situação de rua relacionados ao adoecimento por tuberculose na rua.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Investigar de que maneira as condições de vida e os contextos de interação das PSRs acometidas por TB afetam suas experiências e os significados do adoecimento.
- Identificar as principais barreiras apontadas por PSRs acometidas por TB para aderirem ao tratamento e continuar a fazê-lo.



**Gustave Doré**  
**Pintor francês (1832-1883)**

### *Os ninguéns*

*As pulgas sonham em comprar um cão, e os ninguéns, em deixar a pobreza; que, em algum dia mágico de sorte, chova a boa sorte a cântaros. Mas a boa sorte não chova ontem, nem hoje, nem amanhã, nem nunca, nem uma chuvinha caia do céu da boa sorte, por mais que os ninguéns a chamem e mesmo que a mão esquerda coce, ou se levantem com o pé direito, ou comecem o ano mudando de vassoura.*

*Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.*

*Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e mal pagos:*

*Que não são, embora sejam.*

*Que não falam idiomas, falam dialetos.*

*Que não praticam religiões, praticam superstições.*

*Que não fazem arte, fazem artesanato.*

*Que não são seres humanos, são recursos humanos.*

*Que não têm cultura, têm folclore.*

*Que não têm cara, têm braços.*

*Que não têm nome, têm número.*

*Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.*

*Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.*

(Eduardo Galeano)

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: de quem estamos falando?

A escrita histórica que se configura nos tempos atuais não só tem se preocupado em contar os feitos dos grandes homens, sejam eles reis ou religiosos, como também a investigar os que outrora foram silenciados pela história, como as mulheres, os negros e as pessoas em situação de rua.

Discorrer sobre a população em situação de rua é, no mínimo, uma questão polêmica, pois esses sujeitos são, constantemente, entendidos por grande parte da sociedade como um problema a ser resolvido. Muitas vezes, não por uma questão de justiça ou de direitos humanos, mas para manter a estética do espaço urbano ou amenizar os problemas sociais gerados por essas populações. São considerados responsáveis por fenômenos como violência, sujeira e superpopulação urbana, entre outros.

Os grupos sociais em situação de risco estiveram presentes em vários espaços do mundo, nos mais diversos tempos históricos, contrariando a ideia de que sua existência é um fenômeno contemporâneo. Se recorrermos ao passado, veremos que pessoas em situação de risco estavam presentes nos mais variados contextos históricos e eram compreendidas pelas outras classes sociais como sujeitos de categoria inferior. Stofels (1977) refere que, desde a Grécia Antiga, já existiam pessoas errantes nas ruas, resultantes de desapropriações de terras e do crescimento das cidades, fazendo com que a incerteza da moradia fixa e do emprego para prover o sustento levasse a desavenças e à anarquia com a ordem estabelecida.

Nessa época, existia um filósofo, aluno de Antístenes, que problematizou o ato de estar nas ruas. Era o chamado Diógenes de Sínope, que se tornou mendigo quando foi expulso de sua cidade de origem e seguiu para Atenas, onde vivia na miséria, habitava em um barril e se tornou um ícone, mostrando o quão pouco os homens precisam para viver. Conseguia alimentos em uma cuia e usava farrapos para dormir. Nos espaços públicos, podia fazer tudo o que fosse necessário e considerava que, vivendo desse modo, estava livre de coisas supérfluas. Possuía uma lamparina, uma sacola, um bastão e uma tigela, que simbolizavam o desapego e a autossuficiência perante o mundo (STOFELS, 1977; RAPOSO, 2009).

Diógenes, o mendigo, deslumbrou Alexandre, o Grande, quando estava sentado em uma praça pública, e o Imperador saudou-o e interrogou-o sobre o que poderia fazer por ele. Nesse momento, Alexandre tampava o sol que aquecia Diógenes, que olhou para o Imperador e exclamou: *“Não me tires o que não me podes dar!”* (O Sol). O Imperador ficou tão

impressionado com a resposta do mendigo que respondeu: “*Se eu não fosse Alexandre, gostaria de ser Diógenes*” (RAPOSO, 2009).

A história de Diógenes provoca uma reflexão acerca do incômodo que ele provocava na sociedade grega e de suas questões existenciais quando interpela as instituições sociais e os preceitos do cidadão. Diógenes pode ser um símbolo que nos remete ao incômodo da situação de rua contemporânea e representa o oposto de nossa organização social, pondo-nos a refletir sobre o atual período (BRASIL, 2013).

Na Antiguidade, também havia moradores de rua. Durante o Império Romano, por exemplo, as crianças abandonadas, tanto pelos ricos, que as enjeitavam, quanto pelos pobres, que não tinham condição de criá-las, eram impelidas a se tornar indigentes, assim como os adultos, que se vendiam para não morrer de fome, conforme afirma Veyne (2009, p.52):

Quanto ao enjeitamento, constituía uma prática usual, e não só entre os pobres; os mercadores de escravos iam recolher os enjeitados nos santuários ou nos monturos públicos. Enfim, a pobreza impelia os sem-recursos a venderem seus recém-nascidos a traficantes (que os compravam ainda “sanguinolentos”, mal saídos do ventre da mãe, que assim não teria tempo de vê-los e de amá-los); muitos adultos se vendiam para não morrer de fome. Em Roma, no período da formação da Igreja Católica, os moradores de rua aglomeravam-se próximo.

Esse tipo de acontecimento expunha crianças e adultos a situações de risco, pois, no período do Império Romano, sobreviviam às margens da sociedade, o que também se configurou de maneira semelhante na Antiguidade Tardia. No auge da Igreja Católica no Império Romano, mendigos se aglomeravam perto das igrejas. De acordo com Brown (2009), os pobres também chamavam à atenção. Estropiados, indigentes, vagabundos e imigrantes de campos, muitas vezes, assolados, reuniam-se nas portas da basílica e dormiam sob os pórticos que rodeavam seus pátios internos.

Nesse período, essa população se compunha como uma espécie de compensação aos pecados das pessoas ricas, que prestavam caridades como uma forma de amenizar seus pecados. Brown (2009, p. 252) explica que

tal anonimato precisamente os transforma em remédio para os pecados dos membros mais afortunados da comunidade cristã. Pois a esmola aos pobres constitui uma parte essencial da longa reparação dos penitentes e o remédio normal para os pecados “veniais”, como a preguiça e os pensamentos impuros e fúteis, que não demandam penitência pública.

O mesmo autor aponta que essa é uma forma de compensação ainda recorrente em nossos dias. A ideia de ajudar ao outro, considerado inferior, é uma forma de diminuir a pressão da compreensão de que todos são iguais. Assim, as ações são pontuais muito mais para a conformidade do bom sujeito do que para uma efetiva igualdade de direitos sociais.

Na Antiguidade Tardia, a condição miserável dos pobres recebia pesada carga de significados religiosos. Eles representavam o estado do pecador que, diariamente, precisava do perdão de Deus. Essa população merecia vagar pelas cidades, desde que não oferecesse perigo, e era considerada a “economia da salvação”, pois representava a possibilidade de as pessoas mais abastadas financeiramente praticarem a caridade e ficarem mais perto de ser “salvas”. A prática de dar esmolas era considerada uma obrigação moral dos que se diziam cristãos, visto que isso era referido como doutrina, presente na Bíblia sagrada. E mesmo que a sociedade repudiasse esses indivíduos, tinha dever de demonstrar sua fé perante os outros, praticando a caridade (CASTEL, 1998). Paradoxalmente, se, de um lado, esses indivíduos representavam a aproximação com a imagem de Jesus Cristo, de outro, aguçavam a repulsa e o desprezo da população, porque, entre eles, existiam deficientes físicos e mentais, condição que era associada à maldição e à aproximação com o diabo.

Geremek (1995) refere que, na Idade Média, as pessoas que viviam nas ruas eram consideradas por parte da sociedade como delinquentes, criminosas, vagabundas e desocupadas, que usavam estratégias artificiais para forjar o caráter de indigência. Muitos deles eram camponeses e artesãos pobres, além de aleijados, doentes, loucos, velhos, viúvas e órfãos.

Magni (1994) assevera que, no final da Idade Média, depois de reconhecer as crises socioeconômicas que acentuaram o pauperismo e a mendicância nas cidades, a Igreja passou a condenar a prática errante e definiu critérios para que se praticasse a caridade escolhendo os grupos que seriam beneficiados. Eram dignas da benevolência as pessoas conhecidas, procedentes da própria cidade e os inválidos. No grupo dos desmerecedores, encontravam-se os forasteiros migrantes, por causa do risco de trazer doenças como a lepra e a peste negra de outras regiões para as cidades (CASTEL, 1998).

Essa conjuntura influenciou a criação de políticas direcionadas a controlar as migrações e a manter os mais pobres em seus lugares de origem, para evitar os contratemplos que poderiam provocar relacionados à perturbação da ordem social. Devido ao incômodo causado por essa população, caças humanas militares eram realizadas para capturar e segregar os moradores de rua, que, depois de serem presos, eram levados para o tronco, açoitados e, algumas vezes, levados à força (SNOW; ANDERSON, 1998).

No Brasil, os indigentes têm sido uma preocupação das elites ao longo da história. No período regencial, por exemplo, a população de indigentes passou a ser uma preocupação social no Rio de Janeiro, capital do país na época. De acordo com Thiesen e Santana (2008, sp),

com a crise da Regência, instaurada com a abdicação de D. Pedro I, marcada pela conturbação social, o medo do caos sacode a cidade do Rio de Janeiro, ocasião em que as classes perigosas – mendigos, vagabundos, indigentes, prostitutas, loucos passam a ser objeto de atenção do novo ordenamento jurídico, com a participação da polícia, da medicina social e dos urbanistas.

Nesse contexto, os sujeitos que viviam nas ruas, distante dos espaços sociais da elite branca, eram considerados elementos perigosos e que, constantemente, perturbavam a ordem instituída. Essa concepção motivou as elites brasileiras a “estabelecerem um reordenamento físico das cidades, higienizar as vias públicas e excluir dos centros urbanos todos os indivíduos que não se adequassem à nova ordem” (FRAGA FILHO, 1996, p. 222).

João do Rio narrou, em sua crônica, sobre a população de rua do início do Século XX, através da representação de mulheres mendigas, crianças pedintes, cortiços malcheirosos e esmoleiros, evidenciando a miséria que afligia as cidades. Nesse período, a mendicância - prática de pedir esmolas e de provocar piedade - era considerada crime de vadiagem e combatidas pela Polícia com ações violentas (PEREIRA, 2009).

Outra observação importante sobre essa questão diz respeito às proibições de indigentes em lugares públicos na cidade de Recife durante o Segundo Reinado (KOSTER apud MAIA, 2004, p. 77):

Seres miseráveis são às vezes vistos em Recife, pedindo esmolas pelos quarteirões das cidades, idosos e enfermos. Alguns foram escravos e quando a moléstia os tornou inúteis seus amos lhes deram a liberdade, e os despediu esgotados pela senectude ou estropeados, e seu único recurso é esmolar pelas ruas públicas.

Podemos perceber que os sujeitos moradores de rua são personagens comuns da história, em diversos espaços sociais do mundo. Então, quais as principais causas que levam as populações a viverem na rua nos dias de hoje no Brasil? Para tal intento, baseamo-nos em Silva (2006, p. 82), que apresenta o problema a partir dos seguintes aspectos:

[...] fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, etc.),

fatores biográficos, ligados à história de vida de cada indivíduo (rompimento dos vínculos familiares, doenças mentais, consumo frequente de álcool e de outras drogas, infortúnios pessoais – mortes de todos os componentes da família, roubo de todos os bens, fuga do país de origem etc.) e, ainda, os fatores da natureza ou desastres de massas – terremotos, inundações etc.

Estudo que aborda a situação de moradores de rua identificou que a sociedade os concebe de modo pejorativo, como: vagabundos, violentos, sujos, loucos, perigosos e coitados. Essas representações geram atitudes de desprezo, nojo, raiva, violência simbólica e física e configuram o discurso de caráter higienista (MATTOS; FERREIRA, 2004).

Kunz (2012, p. 21), em estudo intitulado ‘Os modos de vida da população em situação de rua: narrativas de andanças nas ruas de Vitória’, ressaltou que esses sujeitos são vistos como não humanos pelos moradores domiciliados<sup>1</sup>:

[...] se eu fosse deputado, eu criaria uma lei em que todo ‘mendigo’ deveria ser retirado da rua à força e colocado num espaço para ser tratado e cuidado, depois deveria ser aberto e retirado seus órgãos para serem doados a algum empresário que necessitasse [...] e olha que sou um cristão. Eu acho que esse povo não deveria existir (MORADOR DO BAIRRO JARDIM DA PENHA).

Quanto à caracterização das pessoas que vivem na rua atualmente, é fato que não existe um bloco com os mesmos perfis, histórias de vida e determinantes de suas condições de vida (ESCOREL, 2000; SOUSA; SILVA FILHO, 2003). O que há é uma diversidade de sujeitos, resultantes da combinação de diversos acontecimentos econômicos, políticos e sociais.

Em conformidade com a pluralidade que envolve os perfis da população adulta em situação de rua, Silva (2012, p. 61) apresenta sete termos: “morador de rua, população de rua, população em situação de rua, pessoas em situação de rua, populações adultas de rua, loucos de rua e homens de rua”. Snow e Anderson (1998) classificaram os grupos de pessoas em situação de rua como: recém-deslocados; vacilantes (regular e institucionalmente adaptados) e outsiders (andarilhos, mendigos e doentes mentais). Conforme já dito, na rua, encontram-se pessoas de vários perfis, com histórias e trajetórias bem diversas, de diferentes origens, com doenças e deficiências distintas, grupos familiares, que vivem sozinhas ou em grupos, moradores e frequentadores de programas sociais, entre outros. Essa diversidade é apresentada como um entrave para as políticas públicas a partir de generalizações acerca dessa população (FERREIRA, 2005).

---

<sup>1</sup> Kasper (2006) utiliza o termo cidadão domiciliado para designar o indivíduo que mora em uma habitação permanente, a casa residência.

Já referimos que os motivos que levam a população em situação de rua a deixar seus lares são os mais diversos. A perda do emprego e as dificuldades de se inserir no mercado de trabalho são “motivos” importantes, que influenciam a dinâmica familiar, pois, para os chefes de família, a perda do posto de trabalho consiste também em perda do status de “provedor”, o que leva a rupturas nas relações familiares (FRAGA, 2015).

Um levantamento realizado pela Prefeitura de São Paulo apontou que o desentendimento com familiares é o principal motivo para o abandono do lar, seguido de outros motivos, como a perda do emprego e o uso de álcool e de drogas (DANTAS et al, 2012).

Entre agosto de 2007 e março de 2008, o Ministério da Saúde (MS) fez um censo em 71 municípios brasileiros, com o objetivo de fazer um levantamento das características da população em situação de rua, e concluiu que os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a morar na rua são o alcoolismo e/ou as drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%); 71,3% dos entrevistados afirmaram que pelo menos um desses três motivos destacados podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro (BRASIL, 2012a).

Aguiar (2014) afirma que esses motivos não podem ser considerados como determinantes para aumentar a população em situação de rua, porém, segundo Varanda e Adorno (2004), estão estreitamente ligados às falhas e aos colapsos sucessivos ocorridos no ambiente afetivo, o que resulta na ida para a rua.

## 2.2 EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E CUIDADO: contribuições da narrativa

O desequilíbrio da saúde não é unicamente um fator médico-biológico. É também um processo associado à história de vida do indivíduo, da família e da sociedade. Independentemente da cultura, as pessoas manifestam sofrimento, angústia e padecimento causados pelo recolhimento interior que a dor causa. “O doente deixa de ser quem era antes” (COSTA, 2004, p. 6). “A enfermidade é subjetivamente dotada de sentido, na medida em que é afirmada como real para os membros ordinários da sociedade. É real porque é justamente originada no mundo do senso comum” (ALVES, 1993, p. 269). O termo “experiência da enfermidade” pode ser traduzido como os meios pelos quais os indivíduos reagem diante um contexto de doença (ALVES, 1993).

Nesse contexto, a enfermidade é uma formação intersubjetiva, ou seja, construída com base nos processos comunicativos de definição e interpretação (ALVES; RABELO, 1999). “A

doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa, já que todas as pessoas vivas têm dupla cidadania: uma no reino da saúde e outra no reino da doença” (SONTAG, 1984, p.7).

Mori e Rey (2012) assinalam que o adoecimento não é apenas um processo individual, mas também determinado pelo social e por diferentes necessidades e processos individuais, organizados nessa experiência. Nascimento (2005) confirma que a construção do significado da experiência do adoecimento não é um processo particular, restrito ou único, pois advém de elaborações sociais. Então, compreende-se que a representação da doença, como fenômeno social, mental e cultural, resulta numa exteriorização formada pelas diferentes formas de percebê-la.

Os comportamentos de uma população perante seus problemas de saúde, tanto através dos cuidados pessoais, quanto dos serviços de saúde, são elaborados com base em seu contexto sociocultural e na percepção de saúde desse grupo. Ao conhecer antecipadamente o que motiva o pensar e o agir dessa comunidade, no processo de saúde-doença, ou seja, a percepção de saúde que eles têm, traça-se um caminho substancial que favoreça a efetividade das ações de assistência e de educação em saúde (UCHOA; VIDAL; 1994).

Com o passar dos anos, os conceitos elaborados sobre saúde e doença têm sido concebidos com base nas inúmeras maneiras de existir das sociedades, exteriorizadas nas diversas formas de organização e de cultura. Variam de acordo com a percepção que se tem do ser e da forma como ele interage com o meio onde está inserido, que se diferencia de acordo com a cultura local e o momento histórico. Com base nessas afirmações, é difícil elaborar o conceito de saúde de forma sólida ou precisa, porquanto está correlacionado ao momento histórico e às condições de existência (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Compreender o processo de adoecimento pode ser um desafio complexo e, muitas vezes, esbarra na visão exclusiva de profissionais ou de especialistas que estudam essas realidades a partir de uma perspectiva cientificista, o que não significa que não seja importante. Porém, escutar os próprios sujeitos que vivenciam essa realidade pode trazer novas perspectivas e descobertas sobre esse fenômeno. Partir da visão de quem vive dada realidade pode nos despertar para elementos que não percebemos antes, além de fazer uma relação entre o fenômeno estudado e as questões sociais que o envolvem. Assim, elegemos a perspectiva narrativa para analisar os significados e as experiências de pessoas em situação de rua relacionados ao adoecimento por tuberculose na rua.

As pesquisas que utilizam o conceito de Experiência da doença preocupam-se em analisar e interpretar os modos pelos quais os indivíduos, acometidos por algum tipo de adoecimento ou sofrimento, vivenciam essa forma particular de experiência, e como atribuem seus sentidos, significados e estratégias de lida (PEREIRA, 2013, p. 31).

A narrativa e sua análise representam um meio importante, que possibilita demonstrar as implicações entre a identidade da pessoa, sua experiência de adoecimento e a cultura a que ela pertence e em que está envolvida (BURY, 2001). Kleinman, Eisenberg e Good (1978) acrescentam que, quando se conhece a experiência humana do adoecimento, é possível compreender como o doente, os membros de sua família ou a rede social mais próxima percebem os sintomas e as incapacidades que possam surgir, convivem com eles e os respondem. A falta desse conhecimento assinala o insucesso de qualquer projeto de intervenção terapêutica.

Ricoeur (2014) assevera que a história é uma metáfora através das palavras, da linguagem, e a narração é autêntica e verdadeira, não pelo que se fala, mas pela ação cumprida, confirmadora das palavras. Essa história só é revelada quando nos voltamos para o sentido da narrativa de si. O mais importante é não procurar a verdade no discurso, porém conhecer a que mundo ele faz referência e o que revela desse mundo escrito a partir de si: como compreende as próprias experiências, a que vivências ele se refere e o quanto foi capaz de construir um mundo novo por meio de cada narrativa (RICOEUR, 2008).

Nas narrativas, as metáforas dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de determinada resolução desse sofrimento (ALVES; RABELO, 1993). É um meio fundamentalmente humano de dar significado à experiência. Devido ao caráter privado das experiências vividas, é comum, em suas narrativas, os sujeitos se expressarem utilizando uma linguagem mais conotativa, pois, ao expor seus sentimentos e percepções acerca de suas experiências, podem expor, em até certo ponto, estados e sentimentos sutis para cuja expressão a linguagem denotativa, em muitas circunstâncias, é inadequada.

Na análise narrativa proposta por Fritz Schütze (2011, p. 210),

é importante perguntar-se pelas estruturas processuais dos cursos da vida individuais, partindo do pressuposto que existem formas elementares, que em princípio (mesmo apresentando somente alguns vestígios), podem ser encontrados em muitas biografias. Além disso, existem combinações sistemáticas dessas estruturas processuais elementares, que, enquanto tipos de destinos pessoais de vida possuem relevância social.

Esse método procura evidenciar os processos pessoais e sociais e os recursos de enfrentamento e de mudanças apresentadas nas narrativas autobiográficas diante de um sofrimento ou mudança significativa na história de vida. Fritz Schütze contribuiu de forma importante para retomar e ressignificar a pesquisa biográfica nas Ciências Sociais, direcionando a análise para as estruturas processuais dos cursos de vida ou trajetórias dos sujeitos pesquisados, isto é, “para os elementos centrais que moldam as biografias e que são relevantes para a compreensão das posições e papéis ocupados pelos indivíduos na estrutura social” (WELLER, 2009. p. 4). Assim, a abordagem de Schütze é importante para este trabalho porque focaliza o impacto de processos coletivos sobre os processos biográficos, particularmente o modo como as experiências de sofrimento, de culpa e de remorso são lembradas e narradas por esses informantes.

A narrativa permite uma aproximação da experiência, da maneira como ela é experienciada pelo narrador e mantém os valores e as percepções presentes na experiência narrada, existentes na história do sujeito e transmitidas durante a narração para o pesquisador. Ao trabalhar com narrativas de sujeitos, estamos só compartilhando sua história, expressa na experiência vivida, mas também cooperando com sua reestruturação, através dos movimentos de sentidos (DUTRA, 2002).

É preciosa, pois conectar cada um à sua experiência, à do outro e à do antepassado, amalgamando o pessoal e o coletivo. E o faz de uma maneira democrática ou, mais precisamente, da única maneira possível para que uma prática social seja democrática - fazendo circular a palavra, concedendo a cada um e a todos o direito de ouvir, de falar e de protagonizar o vivido e sua reflexão sobre ele (SCHMIDT, 1990, p. 51).

Por meio da narrativa, “as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em sequência, encontram possíveis explicações para isso e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p. 91). A análise narrativa fornece dados empíricos estendidos e continuamente desdobrados sobre processos biográficos e sociais, que são uma importante fonte de dados relevantes para analisar a realidade social. Isso ocorre porque os processos biográficos e sociais estão totalmente entrelaçados, emergem das experiências dos sujeitos sociais, e a realidade social é mediada por conceitos linguísticos, simbólicos e padrões discursivos (TREICHEL; SCHWELLING, 2003).

“Contar histórias implica estados intencionais que aliviam ou, ao menos, tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normais”

(JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p. 91). E ao compreender a história do indivíduo, traça-se um caminho para se compreenderem os fenômenos sociais. Assim, é necessário que o pesquisador tente relacionar os esforços teóricos interpretativos do portador da biografia ao contexto de vida em que os processos foram desencadeados. Por isso, a estrutura temporal e sequencial da história de vida do portador é fundamental, porque se trata de uma sedimentação de estruturas processuais em série. Se houver alguma mudança na estrutura processual dominante, no decorrer do ciclo da vida, a interpretação da história será alterada pelo portador da biografia (SCHÜTZE, 2010).

Schütze (2007, p. 8-9) afirma que

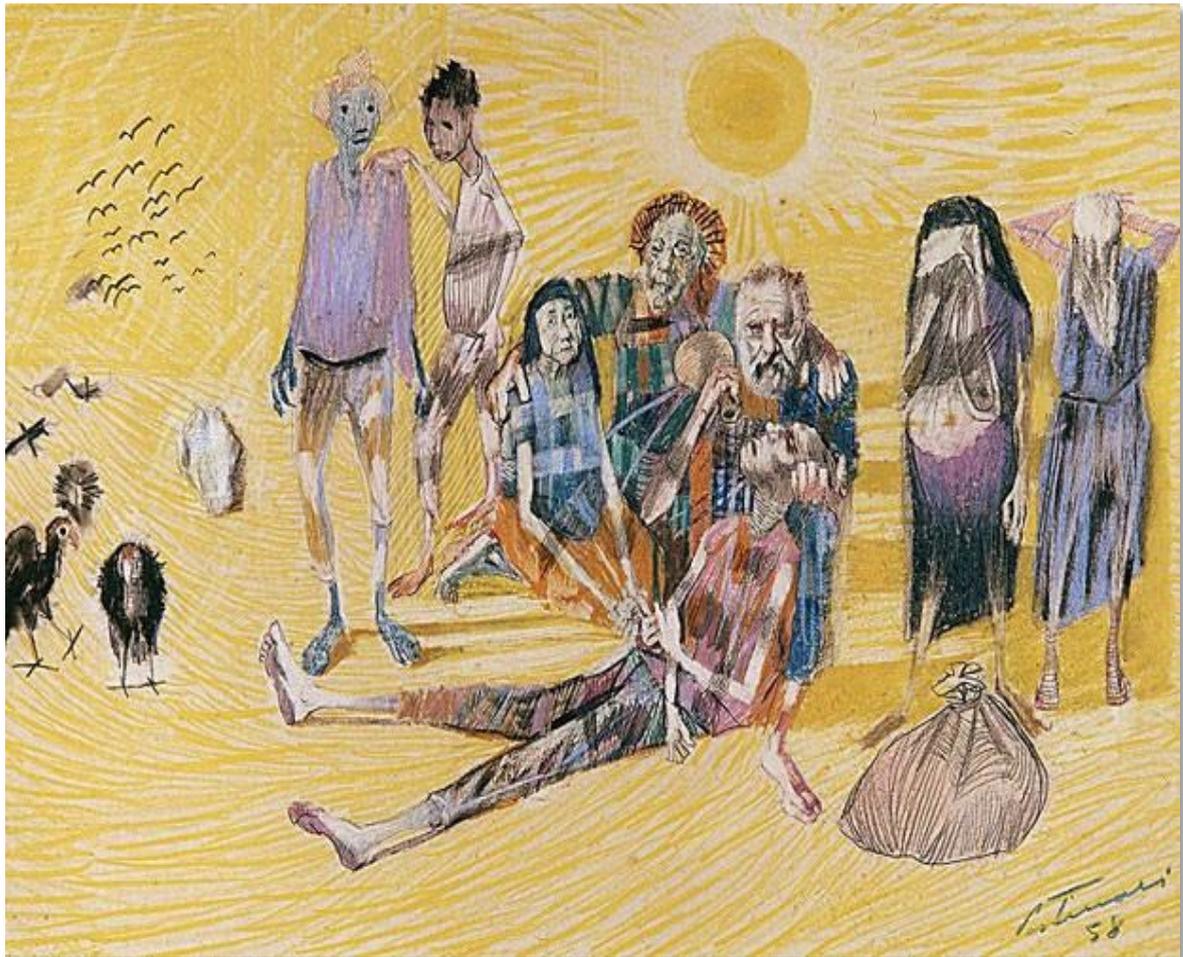
há uma relação muito profunda entre o desenvolvimento da identidade de um indivíduo e sua ou suas representações narrativas de experiências históricas de vida. Assim, a narrativa autobiográfica é a atividade mais fundamental em um trabalho biográfico, pois ao rememorar o passado na narração autobiográfica de certas fases e episódios da vida ou ao narrar a história de vida como um todo, o narrador exprime uma ordem e estrutura de identidade básica para a sua vida que é vivida e experienciada. Ao narrar a própria vida o indivíduo não lida apenas com eventos externos, mas também com as mudanças internas que deve enfrentar ao experienciar, reagir e moldar esses eventos externos.

A partir do momento em que o sujeito passa a narrar fatos que aconteceram em sua vida, vêm à tona coisas desagradáveis, porém a pressão psicológica da ocasião o influencia a contá-los e faz com que se sinta obrigado a descrevê-los até o fim, mesmo que a emoção tome conta. Enquanto narra, descreve cenas e apresenta os eventos ocorridos em dado momento histórico em que ocorreram e ainda se vê obrigado a fazer uma avaliação completa, visto que retornam a sua mente situações adormecidas durante anos (OTTE, 2008). Desse modo, “o ato de rememorar e a narração da experiência vivenciada de forma sequencial permitem acessar as perspectivas particulares de sujeitos de forma natural” (WELLER; ZARDO, 2013, p. 133). “A estrutura de uma narração é semelhante à estrutura da orientação da ação: um contexto é dado; os acontecimentos são sequenciais e terminam em determinado ponto; a narração inclui um tipo de avaliação do resultado” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p.92).

Na pesquisa, ‘O adoecimento crônico infantil: processo e narrativa - contribuição para o estudo de pacientes com fibrose cística e asma’, Castellanos (2007, p. 93) refere que “a experiência com a doença define-se através de um amplo conjunto de interações sociais” ocorridas entre a pessoa adoecida, seus cuidadores e seus grupos de convivência.

Assim, para compreender as especificidades nas interações sociais que permeiam os cuidados dirigidos às pessoas em situação de rua adoecidas por tuberculose (TB), é necessário evocar a construção social do morador de rua e da TB, uma vez que pessoas em situação de rua e seus cuidadores têm sua conduta e comportamento a partir da significação de ser/estar da/na rua e da TB.

Conforme já mostramos neste trabalho, as construções sociais relativas às pessoas em situação de rua foram elaboradas com tipificações que as definem como vagabundas, sujas, loucas, perigosas e coitadas. Isso desperta um comportamento social que vai da total negligência à selvageria (MATTOS; FERREIRA, 2004). Com efeito, essa construção compartilhada materializa-se nas relações sociais desses sujeitos e serve como material simbólico usado na construção de suas identidades e do modo como os profissionais de saúde os olham e cuidam deles.



**'Grupo com homem doente' - Cândido Portinari**  
Pintor brasileiro (1903-1962)

### *O bicho*

*Vi ontem um bicho  
Na imundície do pátio  
Catando comida entre os detritos.  
Quando achava alguma coisa,  
Não examinava nem cheirava:  
Engolia com voracidade.  
O bicho não era um cão,  
Não era um gato,  
Não era um rato.  
O bicho, meu Deus, era um homem.*

(Manuel Bandeira)

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que visa congrega as questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, estas últimas tomadas tanto em seu advento quanto em sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2006).

Ao utilizar esse tipo de pesquisa, o pesquisador pode conhecer as angústias e as ansiedades dos sujeitos que estão sendo pesquisados e procura ter com eles uma relação face a face, considerando as trocas afetivas e suas falas, centralizando assuntos ligados à saúde e à doença, aos métodos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou sobre como lidam com suas vidas (TURATO, 2000). Também engloba uma diversidade de material empírico que narra ou relata momentos e conteúdos costumeiros e problemáticos da vida dos indivíduos envolvidos (DENZIN, LINCOLN, 2006).

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Com uma área territorial de 210,55 km<sup>2</sup>, a capital paraibana, João Pessoa, cenário escolhido para a realização deste estudo, divide-se em 64 bairros e tem uma população de 723.515 habitantes (IBGE, 2015). Representa a sede da primeira dentre as quatro macrorregiões de Saúde do estado da Paraíba, composta de sete regiões de Saúde e que é responsável por absorver demandas provenientes de toda a Paraíba e de estados vizinhos, uma vez que oferta serviços especializados de alta complexidade para a maioria das patologias (JOÃO PESSOA, 2016). A rede assistencial de saúde organiza-se de forma regionalizada, estruturada em rede especializada, hospitalar e básica, distribuída em cinco Distritos Sanitários de Saúde (DSS). O serviço especializado em TB é o Complexo Hospitalar Clementino Fraga.

A rede de atenção primária à saúde (APS) é composta de 186 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 100 Unidades Saúde da Família (USF) e sete equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que perfaz 88,3% de cobertura populacional por serviços da APS. Além das USF, o município disponibiliza cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) para moradores de áreas que não recebem cobertura das Equipes de

Saúde da Família. O atendimento ao público pelas ESF, pelo PACS e pelas UBS acontece de segunda a sexta-feira, no período das 7 às 11 horas e das 13 às 17 horas. Somam-se a esses serviços 34 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 11 equipes de Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), que atuam em conjunto com as equipes das USF para reduzir a hospitalização.

Contam com o apoio da Casa de Acolhida - destinada a pessoas em situação de rua e sem vínculos familiares, até quando não têm mais autonomia suficiente para buscar outros horizontes - do Centro de Referência Especializada para a População em Situação de Rua (Centro POP) - que é vinculado à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e uma unidade de referência de média complexidade que atende às pessoas que fazem das ruas um espaço de moradia e/ou de sobrevivência, com atividades voltadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecer os vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida e alternativas para sair das ruas - e com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) - um serviço específico para cuidar integralmente e de forma continuada de pessoas com necessidades por causa do uso de álcool, de crack e de outras drogas e que funciona durante 24 horas.

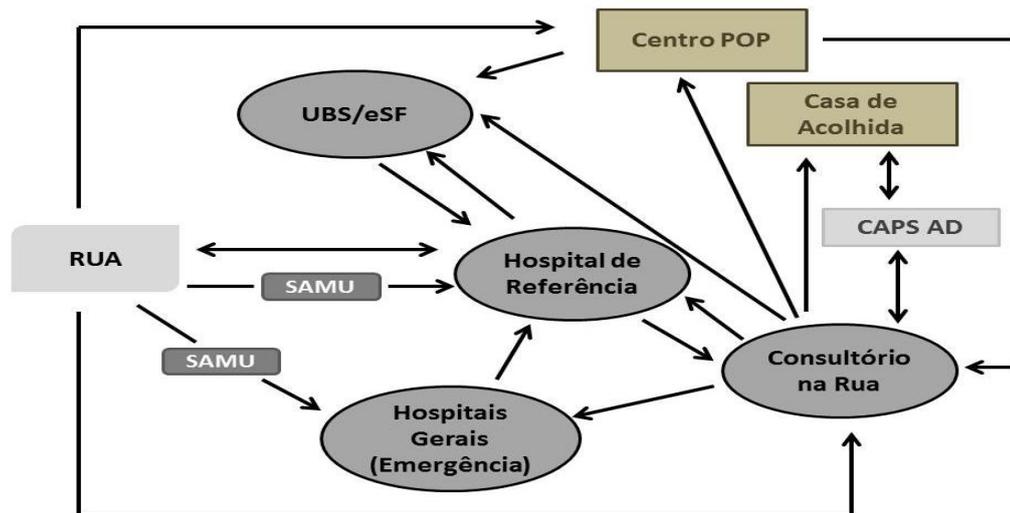
O município também dispõe do serviço do Consultório na Rua (CR), que foi implantado desde 2011. Atualmente, existem três equipes interdisciplinares, compostas de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e agentes sociais, que acolhem as pessoas em situação de vulnerabilidade social, com orientações, cuidados básicos de saúde e encaminhamentos, de acordo com as particularidades dos usuários. Com sede fixa, as equipes atuam de forma itinerante nas ruas de João Pessoa e são divididas em dois territórios: Centro e Praia. A abordagem é realizada por meio de demanda espontânea ou de chamadas telefônicas da população, através de aparelhos de saúde, da imprensa ou da Polícia.

O CR tem atuado para favorecer a vida da PSR nos mais diversos aspectos. O acolhimento, como estratégia de intervenção, tem sido uma ferramenta muito potente para aproximar e formar vínculo da PSR em João Pessoa. Como resultado do trabalho das equipes do CR, podemos citar a redução de danos, a promoção do autocuidado, a melhora na autonomia dos sujeitos e o reconhecimento de seus direitos civis como cidadãos.

Considerando a importância de proporcionar uma atenção integral e integrada a esses sujeitos, vale salientar a importância da participação/articulação não somente dos equipamentos de saúde acima citados, mas também de dispositivos intersetoriais, como assistência social, educação, sociedade civil e justiça.

O fluxograma abaixo representa o mapeamento das instituições/serviços que compõem a rede de assistência (de saúde e social) à PSR doente de TB, no município de João Pessoa – PB (OLIVEIRA, 2017).

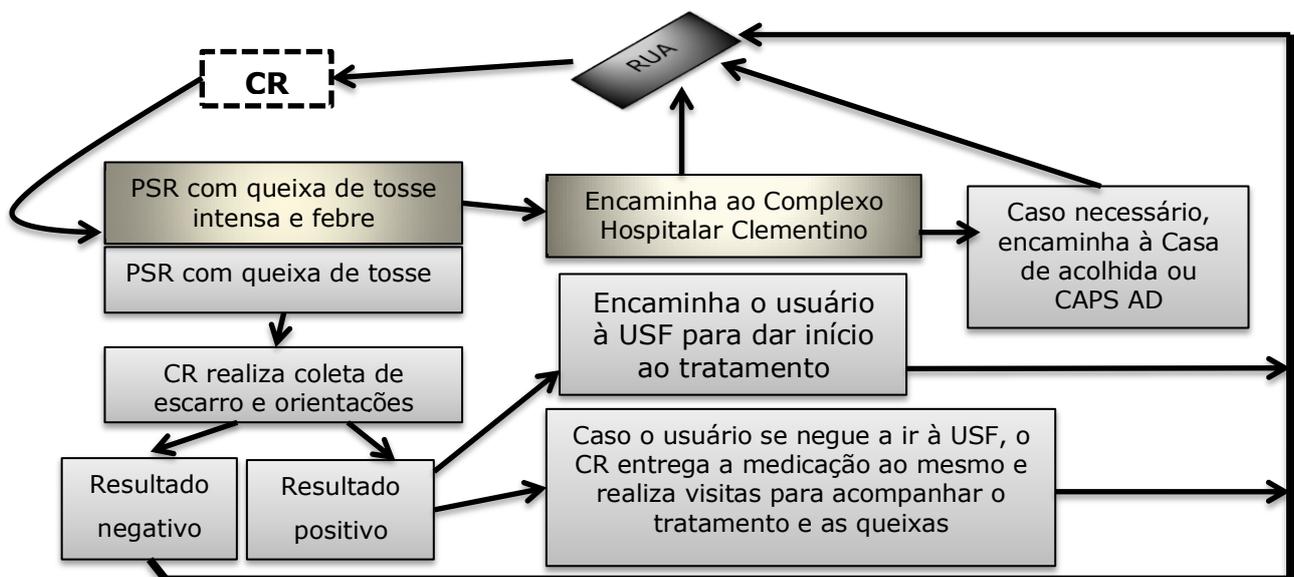
**Figura 01** – Fluxo de assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose na rede de assistência de saúde e social. João Pessoa – PB, 2017.



Fonte: OLIVEIRA (2017)

Quando a PSR doente de TB entra nesse circuito pelo CR, a configuração desse fluxo (que foi desenhado com base na experiência da coleta de dados) resulta no seguinte desenho:

**Figura 02** – Fluxo de assistência à pessoa em situação de rua doente de tuberculose realizado pelo CR. João Pessoa, PB - 2017



Fonte: Dados da pesquisa - 2017

As entrevistas foram realizadas nos territórios escolhidos pelos sujeitos do estudo, que disseram que estariam tranquilos e seguros no momento da entrevista. Os locais foram: a calçada da Caixa Econômica Federal; a lateral do Mercado Central; as margens da BR 230, perto do Hospital de Trauma, e a Avenida Vasco da Gama.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No período em que a pesquisa estava sendo feita, o município de João Pessoa tinha, aproximadamente, 500 pessoas cadastradas pelo Consultório na Rua (CR), 20 das quais tinham o diagnóstico de TB (JOÃO PESSOA, 2015).

A seleção dos participantes foi realizada a partir da orientação do CR, que selecionou as PSRs que eram acompanhadas pela equipe, na época, e estavam doentes de TB ou já haviam contraído essa doença durante a vivência na rua. Foram entrevistados dez colaboradores, dos quais foram selecionados cinco para compor este trabalho, visto que as demais narrativas focavam, quase que exclusivamente, a trajetória do uso de drogas e de violência, sem relação com o adoecimento por TB, portanto, não atendiam aos objetivos da pesquisa. Dos cinco participantes, havia quatro homens e uma mulher, com idade média de 33,1 anos (30-44 anos). Quanto à procedência anterior à vivência nas ruas, foram identificados os seguintes municípios, todas da Paraíba: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Condado e Conceição.

No que diz respeito à profissão/ocupação foram citadas: pedreiro, agricultor, guardador de carros e catador de reciclagem. A maioria disse que é católica (apenas um evangélico) e, quanto ao nível de escolaridade, predominou o Ensino Fundamental incompleto. Em relação ao estado civil, um se declarou viúvo, dois vivem em união estável e os demais são solteiros ou separados. Os voluntários da pesquisa foram selecionados com base nos seguintes critérios: ter o diagnóstico de TB no momento da pesquisa ou história de adoecimento por TB anterior à entrevista, mas que estivesse vivendo em situação de rua durante o adoecimento; ser maior de 18 anos e declarar verbalmente não estar consumindo álcool e/ou outras drogas no momento da entrevista.

Visando manter o anonimato dos participantes principais da pesquisa, conforme regem as normas da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012c), todos foram referidos por meio de pseudônimo, escolhidos por nós, na sequência em que foi feita a entrevista. Os pseudônimos foram escolhidos de modo a homenagear poetas e/ou escritores brasileiros, que também foram acometidos por TB.

Até o final da primeira metade deste século, quase todo o corpo poético brasileiro estava afetado pela TB. Na lista de nomes acometidos pela doença, podemos contabilizar mais de quarenta, entre famosos e anônimos. Eram poetas, jornalistas, advogados, funcionários públicos, que viviam na boemia e, à noite, em botequins e bares, discutiam, bebiam, faziam versos, manifestavam seus sentimentos, ora sarcásticos, ora amargos, ou romantizavam seus sofrimentos, ironizando a própria sorte, até chegar a hora da morte. A maioria morreu precocemente, entre 21 e 35 anos de idade (ROSEMBERG, 1999).

Segue a lista dos homenageados:

1. **Augusto dos Anjos** – Nasceu em Sapé, na Paraíba. Muitas vezes, foi considerado simbolista ou parnasiano.
2. **Auta de Souza** - Nasceu em Macaíba, no Rio Grande do Norte. Poetisa brasileira da segunda geração romântica (ultrarromântica, byroniana ou Mal do século), é considerada “a maior poetisa mística do Brasil”.
3. **Cruz e Sousa** - Com a alcunha de *Dante Negro* ou *Cisne Negro*, foi um dos precursores do Simbolismo no Brasil. Nasceu em Nossa Senhora do Desterro, atual Florianópolis - Santa Catarina.
4. **Castro Alves** - Suas poesias mais conhecidas são marcadas pelo combate à escravidão, motivo pelo qual é conhecido como o “poeta dos escravos”. Nasceu em Pau d'Arco, na Paraíba.
5. **Pedro de Calasans** - Poeta, crítico e jornalista da segunda geração romântica, conhecida como Ultrarromantismo ou Mal-do-Século. Nasceu em Santa Luiza - Sergipe.

### 3.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Para iniciar e manter um diálogo com os sujeitos deste estudo, foram necessários muitos deslocamentos pelos diversos territórios por onde eles circulam e ir ao encontro deles por diversas vezes até que a entrevista fosse realizada. Os motivos variavam desde o não comparecimento no local combinado, até a impossibilidade de se fazer a entrevista por causa da falta de discernimento deles, por estarem usando drogas. O auxílio da equipe do Consultório na Rua e da comunidade católica ‘Filhos da Misericórdia’ foi imprescindível, porque ambos fizeram a mediação entre a entrevistadora e os sujeitos, para formar um

vínculo. A entrevista só seria feita depois de, no mínimo, dois encontros. Houve entrevista que só foi realizada depois de quinze encontros.

Os dados foram coletados por meio da técnica de observação participante e da entrevista em profundidade. Para operacionalizar a coleta dos dados, utilizaram-se um diário de campo e um roteiro de entrevista em profundidade, no período de fevereiro de 2015 a janeiro de 2016. As entrevistas foram gravadas em áudio, através de aparelho MP3, para posterior transcrição e análise, e cada uma durou, em média, 45 minutos. A escolha pela entrevista em profundidade se justifica por ser uma técnica dinâmica e flexível e útil para se apreender uma realidade, tanto para tratar de questões relacionadas ao íntimo do entrevistado, quanto para descrever processos complexos em que o entrevistado está ou esteve envolvido (DUARTE; BARROS, 2006).

Os sujeitos foram informados sobre a natureza e os objetivos do estudo e de que seu anonimato seria garantido. Em seguida, foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (de forma manual ou através do uso da digital do polegar direito) para confirmar sua participação no estudo.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os dados produzidos nesta pesquisa, optou-se pela análise narrativa, como forma de conhecer a forma como os sujeitos interpretam suas experiências. A narrativa é um caminho que o pesquisador segue para compreender as estruturas processuais dos cursos de vida ou as trajetórias dos sujeitos pesquisados (SCHÜTZE, 2011). De acordo com a proposta desse autor, “a análise detalhada do conteúdo, com verificação, confrontação e diferenciação de casos, busca elaborar modelos teóricos sobre a trajetória biográfica de indivíduos pertencentes a grupos e condições sociais específicas” (WELLER, 2009, p. 10).

Através da análise de entrevistas narrativas, elaboram-se modelos teóricos sobre a “trajetória biográfica de indivíduos pertencentes a grupos e condições sociais específicas como, por exemplo: mulheres com cargos executivos, pessoas vivendo em situação de rua, entre outros” (RIEMANN, 2003, p. 47).

Depois que o material empírico foi produzido, procedemos às transcrições. Jovchelovitch e Bauer (2002) explicam que o primeiro passo para analisar as narrativas consiste em transcrever as entrevistas gravadas, e por mais trabalhoso que seja fazê-las, é necessário para que se compreenda bem mais o material a ser trabalhado e a fluência das ideias para interpretar o texto. O grau de detalhes das transcrições varia de acordo com a

finalidade da pesquisa. Também são transcritas as características paralinguísticas, como o tom da voz ou as pausas, visando estudar a versão das histórias não apenas quanto ao seu conteúdo, mas também quanto à forma retórica.

Outro detalhe importante relacionado à transcrição é que deve ser feita, preferencialmente, pelo próprio pesquisador, para evitar um material de baixa qualidade. Nesta tese, todas as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora. Para isso, foi empregado o sistema de transcrição denominado de TiQ – *Talk in Qualitative Research* (Quadro 1), que procura destacar a entonação do discurso, as pausas, os risos e outros elementos da fala. O modelo foi desenvolvido por Ralf Bohnsack e outros pesquisadores de seu grupo de estudos da Universidade Livre de Berlim - Alemanha. É importante saber que a pontuação nas citações de entrevistas não segue as normas gramaticais, mas a entonação da voz (WELLER, 2006).

**Quadro 1** – Códigos utilizados na transcrição e na análise das entrevistas

	<b>Significado</b>
Y	Abreviação para o entrevistador
(.)	Um ponto entre parênteses expressa uma pausa inferior a um segundo
(1)	Um número entre parênteses indica o tempo de duração de uma pausa em segundos
<b>Exemplo</b>	Palavras ou frases pronunciadas em tom de voz alto são colocadas em negrito.
<u>Exemplo</u>	Palavras ou frases pronunciadas de forma enfática são sublinhadas.
@exemplo@	Palavras ou frases pronunciadas entre risos são colocadas entre o sinal de arroba.
°exemplo°	Palavras ou frases pronunciadas em tom de voz baixo são colocadas em pequenos círculos.
exem-	A palavra foi pronunciada pela metade.
[[ ]]	Voz embargada
/exemplo/	Lágrimas contidas nos olhos
‘exemplo’	Fala pausada
<b>exemplo</b>	Proposição não indexada descritiva
<i>exemplo</i>	Proposição não indexada argumentativa
[...]	Supressão de palavras ou frases pronunciadas
(linhas x-xx)	Recorte de linhas citadas nas narrativas

**Fonte:** Adaptado de WELLER (2006, p. 258)

Os códigos [[ ]], “ ”, [...], /exemplo/, exemplo, (linhas 01-05), exemplo e exemplo não fazem parte do modelo de Ralf Bohnsack, nós os criamos devido à necessidade durante as transcrições e a análise.

Seguem-se seis passos para analisar narrativas (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p. 106-107):

1. Transcrição detalhada de alta qualidade do material verbal;
2. Divisão do texto em material indexado e não indexado - As proposições indexadas referem-se concretamente a “quem fez o que, quando, onde e por que”, enquanto as proposições não indexadas vão além dos acontecimentos e expressam valores, juízos e toda forma de uma generalizada “sabedoria de vida”. As proposições não indexadas podem ser de dois tipos: descritivas e argumentativas. As descritivas dizem respeito a como os acontecimentos são sentidos e experienciados, aos valores e às opiniões ligadas a eles e às coisas usuais e corriqueiras; as proposições argumentativas se referem à legitimação do que não é aceito pacificamente na história e a reflexões em termos de teorias e de conceitos gerais sobre os acontecimentos.
3. Uso de todos os componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, cujo produto Schütze chama de “trajetórias” (descrição estruturada do conteúdo);
4. As dimensões não indexadas do texto são investigadas como “análise do conhecimento”. As opiniões, os conceitos, as teorias gerais, as reflexões e as divisões entre o comum e o incomum são a base sobre a qual se reconstruem as teorias operativas, as quais são comparadas com elementos da narrativa, pois representam o autoentendimento do informante (abstração analítica);
5. Agrupamento e comparação das trajetórias individuais e comparação entre elas (comparação contrastiva);
6. Derradeira comparação de casos, em que trajetórias individuais são colocadas dentro do contexto, e semelhanças são estabelecidas. Esse processo permite a identificação de trajetórias coletivas (construção da síntese narrativa coletiva).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Como recorte de um projeto maior, já citado, este já fora aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de João Pessoa e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o CAAE 20446513.0.0000.5188, protocolo 0478/13, para atender às recomendações contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e das diretrizes e das normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012c).



**Os retirantes - Cândido Portinari**  
**Pintor brasileiro (1903-1962)**

*Eu sou sujo, eu sou feio, eu sou antissocial  
Eu num posso aparecer na foto do cartão postal  
Porque pro rico e pro turista eu sou poluição  
Sei que sou um brasileiro. Mas eu não sou cidadão  
Eu não tenho dignidade ou um teto pra morar  
E o meu banheiro é a rua  
E sem papel pra me limpar  
Honra? Não tenho. Eu já nasci sem ela  
E o meu sonho é morar numa favela*

(Trecho da Música “O Resto do Mundo” de Gabriel, o Pensador)

## 4 RESULTADOS

### 4.1 APRESENTANDO OS PARTICIPANTES E SUAS TRAJETÓRIAS

Neste capítulo, apresentamos os dados que representam as *proposições indexadas* deste estudo e uma análise da ordem dos acontecimentos para cada indivíduo (trajetória).

#### a) Augusto dos Anjos

O sujeito estava tranquilo e disposto a colaborar com o estudo. Durante o relato, ele se apresentou à vontade e chegou a se emocionar em alguns momentos, especialmente quando se referia à sua companheira e às suas filhas. Assim, pudemos identificar, além dos elementos linguísticos, os paralinguísticos.

Augusto dos Anjos tem 30 anos, é evangélico, estudou até a 3ª série do ensino fundamental I. É natural de Bayeux – PB - está separado da companheira e teve filhas (gêmeas), com as quais não tem contato. Uma das filhas faleceu, e a outra foi levada para adoção. Já trabalhou como servente de pedreiro e, atualmente, sobrevive recolhendo material para reciclagem. Tem problema renal, dor crônica na coluna, problema de fígado, diabetes e TB.

Fez sua apresentação pessoal com elementos significativos para ele. Comentou sobre sua ida para a rua no final da adolescência e fez uma comparação temporal entre o antes e o depois de ter adoecido. Relatou seu itinerário terapêutico, através da rede de apoio “formal”, e falou sobre a relação entre saúde e trabalho. Ter saúde representa a sua felicidade, sua força. Seu sofrimento está relacionado à limitação para o trabalho por causa das doenças pelas quais foi acometido.

Discorre sobre as dificuldades com que se depara por morar na rua (dormida, alimentação, banho, medicação), que são elementos essenciais para a sobrevivência e uma necessidade para uma pessoa afetada pelas doenças citadas. Concentra sua narrativa nas idas e vindas aos hospitais, para tratar dos sintomas que apresenta. Sua trajetória foi marcada por sofrimento, solidão e abandono. Aceitou o diagnóstico de TB, mas se queixa das dificuldades de fazer o tratamento correto por estar na rua. Finaliza mostrando-se resignado e esperançoso por dias melhores.

b) Auta de Sousa

Auta de Sousa tem 30 anos e nasceu no município de Santa Rita; tem quatro filhos de outros relacionamentos (que vivem com uma irmã) e afirmou estar grávida do atual companheiro. É a única mulher participante deste trabalho. Estudou até a 3ª série do ensino fundamental I. Aos 13 anos, assassinou o marido por causa de uma traição e foi apreendida em uma instituição para recuperação de menores. Aos 18, foi transferida para um presídio e lá ficou durante nove anos. Ao sair, foi morar na rua.

Disse que não gosta de muita conversa, que é bem direta e deixa a entender que sua narrativa seria breve e sem muitos detalhes. Atualmente provê seu sustento como pedinte. Frequentou uma igreja evangélica durante oito anos, agora, não tem religião, as acredita em Deus. Auta se preocupa com a violência na rua, por isso não consegue descansar à noite. O horário de descanso para ela é durante o dia, devido aos riscos de assalto e de morte no período noturno.

Perdeu a mãe devido às complicações da TB e acredita ter se contaminado com ela ao compartilhar pratos, talheres e copos. Reclama dos sintomas da doença e fala que foi internada três vezes em períodos diferentes, pois sempre sai antes de completar o tratamento, já que não gosta de hospital. Disse que o tratamento da pessoa com TB é “pesado”, que causa muita fome e que tem dificuldades de adquirir a medicação por estar sem documento. Expõe sobre seu sonho de ter uma casa e morar com o companheiro e levar alguns colegas da rua para se abrigarem em sua moradia.

c) Cruz e Sousa

Cruz e Sousa tem 31 anos, dois filhos e é mecânico. Nasceu em João Pessoa – PB e só estudou até a 2ª série do ensino fundamental I. Ganha seu sustento como “guardador de carro” e pedindo as pessoas que transitam próximo ao local onde se abriga na rua. Considera-se uma pessoa com educação, se receber tratamento respeitoso, caso contrário, responderá com pancada.

Foi muito receptivo para a realização da entrevista e falou que se sentia importante ao saber seus objetivos. Mostrou-se bem à vontade e deixou transparecer certa ansiedade ao procurar termos mais rebuscados para falar, ao mesmo tempo em que usava muitas gírias.

Perdeu a mãe aos 14 anos e foi morar na rua. Afirma que, nessa época, “virou” a cabeça e iniciou a prática de roubos e uso de drogas. Voltou para a casa das irmãs algumas vezes, mas não escutava o conselho delas para sair da rua. Teve oportunidade de ser um

jogador de futebol profissional e de trabalhar para um padre, mas abandonou tudo para morar na rua. Julga que agora sofre as consequências.

Hoje está afetado pela TB. Fala das dificuldades de morar na rua, como de tomar banho, alimentar-se e repousar. Comenta que já apresentou os sintomas da doença em vários episódios e já fez tratamento no hospital e na casa da sogra, porém não conseguiu concluir porque voltava à rua para buscar drogas e porque, no hospital, não gostava de ficar preso e de levar picada de agulha. Avisa que é “bicho solto”. Não gosta de ficar confinado e por isso não consegue se fixar em uma casa.

Assim como ele, a esposa é dependente de crack. O homem comenta sobre o desejo de ajudá-la a sair da dependência. E mesmo com os sintomas incômodos da TB, ele usa crack, porque gosta da “lombra”. E quando começa a usar, abandona o tratamento. Já vendeu os medicamentos para comprar crack.

#### d) Castro Alves

Castro Alves tem 44 anos e é viúvo. Nasceu em Condado, na Paraíba e tem quatro filhos, que se encontram privados de liberdade em presídios de Pernambuco e da Paraíba. Também já foi privado de liberdade. Está morando na rua há mais de 20 anos por causa de problemas com o pai e a mãe. Ao ser convidado para participar da pesquisa, mostrou-se à vontade, porém foi logo avisando que não iria informar detalhes de sua identidade porque tinha problemas com a Justiça e que sua história de sofrimento faria qualquer um chorar.

A narrativa de Castro Alves tem tom de revolta. Informa que não tem família e tem um histórico problemático com a Justiça. Usa todos os tipos de drogas pesadas e, no dia a dia, usa mais o álcool. É portador de TB, de epilepsia alcóolica e de um desvio sério na coluna. Apresenta cicatrizes de facadas e de tiros em todo o corpo. Acredita que se contaminou de TB ao compartilhar cachimbo para usar crack.

Comenta que o incômodo de ter TB é a agonia da tosse e o frio durante o período de chuva. Já foi interno para se tratar da doença, mas, logo que teve uma melhora, pediu alta e voltou para a rua. Foi embora do hospital porque não gosta de ficar preso nem de levar furadas nas veias e tomar remédios, também porque precisava tomar uma cachacinha e sentia falta das drogas no hospital. Ele disse que não faz o tratamento correto da TB porque não lhe medicaram para melhorar os sintomas da epilepsia alcóolica, e isso lhe causa muita raiva. Ter tuberculose para ele não é o pior, mas morar na rua sem condições de sobreviver.

e) Pedro de Calasans

Pedro de Calasans, cuja idade é de 38 anos, tem uma filha que mora em São Paulo e é separado. Nasceu em Conceição do Piauí (PB), estudou até a 8ª série do ensino fundamental I, é portador de tuberculose e é alcoolista desde a infância. Tem um problema no coração (não especificou) e usa todas as drogas ilícitas a que tem acesso, menos “pico” na veia. Aceitou participar da pesquisa e afirmou que teria muita satisfação em colaborar com ela. Disse que essas pesquisas deveriam ser feitas para descobrir um jeito de as pessoas não quererem mais usar drogas.

Pedro já foi “morador” de um presídio por alguns anos. Há quatro anos mora na rua, desde que foi solto. É “foragido” de sua cidade natal por causa de guerra antiga entre famílias. Sua vida é marcada pelo uso de drogas. Durante a infância, no sertão, trabalhava na agricultura e, à noite, usava bebidas alcólicas. Já na adolescência, foi para a capital e começou a usar outras drogas, como maconha, até chegar ao crack, que, segundo ele, foi o motivo que o levou a praticar crimes. Sua trajetória, daí em diante, foi de sofrimento extremo, pois não encontrava motivo para viver. Só queria usar droga cada vez mais e não tinha mais nenhum cuidado consigo mesmo. Não comia, não dormia, apenas catava, vendia latinhas e papelão e “guardava” carros para ter um dinheiro e comprar a droga.

Sobre a TB, iniciou e interrompeu o tratamento três vezes. Afirmou que fazer o tratamento morando na rua é muito difícil e que o uso da droga também atrapalha.

#### 4.2 NARRATIVAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste item, são apresentados os resultados alcançados na pesquisa de campo, com base na proposta de análise da narrativa de Schütze, no formato de estudo de casos. Por meio de uma abordagem narrativa, buscamos analisar o conhecimento produzido com base nas histórias.

Destacamos com diferentes fontes de escrita, as proposições não indexadas descritivas (Arial) das argumentativas (*Segoe Print*) e fizemos a descrição estrutural do conteúdo, analisando alguns segmentos da narração central. Com base nos pressupostos teóricos de Noguez (2017), optamos por analisar e discutir as dimensões descritivas e argumentativas de forma articulada, já que as informações eram complementares.

As narrativas apresentam marcas de aproximação e distanciamento entre si, que mudam de acordo com a experiência de cada pessoa e as formas como enfrentam e/ou

enfrentaram a doença. Encontramos respostas distintas e específicas em relação a viver na rua e ao adoecimento por TB.

Com o método narrativo, os sujeitos da pesquisa puderam atribuir interpretações pessoais e ordená-las de maneira que suas histórias dessem sentido a si mesmos e às suas experiências. Assim, puderam expor as peculiaridades escolhidas, utilizaram diferentes recursos de linguagem, ressaltaram trechos do discurso, conferiram ação aos outros personagens e alternaram sua participação na história, ora como sujeitos ativos, ora passivos. O tempo narrado nos estudos de caso aqui exibidos é o mesmo que foi apareceu nos acontecimentos trazidos pela memória dos sujeitos participantes. Não é cronológico, afinal, a memória é seletiva, e o narrador profere o que deseja e da forma como se lembra.

Procuramos “apreender aquilo que, na maioria das vezes, não era dito, mas sim vivenciado e que se mostrava nas ações e orientava a compreensão que a pessoa fazia de suas experiências” (NOGUEZ, 2017, p. 60). Essa forma de analisar nos levou a considerar a doença como um fenômeno que desorganiza a vida e o senso de unidade biográfica do doente, e as narrativas, como recursos que não só dão voz a esse corpo/self transformado, como também proporcionam a reconstituição de si e o enfrentamento público da nova condição, como apontam Germano e Castro (2010).

Cada indivíduo compreende a vida social com o seu olhar, e o contexto em que vive leva-o a favorecer as condições mais significativas para sua vida, visto que contar uma história é ordenar os acontecimentos de acordo com o sentido que se quer conferir. Desse modo, identificamos a localização social e cultural do indivíduo, de acordo com o modo como as circunstâncias são narradas e (re)significadas por eles (ALBERTI, 1996).

Frank (1995) enuncia que, por meio da narração da história do adoecimento, é possível recuperar o malfeito e a ruptura que a doença impõe à vida do sujeito adoecido. A percepção que tem da posição que ocupa na vida e para qual direção sua vida está se dirigindo também pode ser modificada. O mesmo autor (2000) afirma que as narrativas recriam um eu prejudicado pelos efeitos da doença e proporcionam ao indivíduo reviver sua história e operar transformações em si mesmo.

#### **4.2.1 Resiliente na dor e no abandono (Augusto dos Anjos)**

Augusto saiu de casa no final da adolescência. A separação dos pais e o convívio difícil com a madrasta, que batia nele, foram os motivos que o levaram a buscar a rua. Então, para se sustentar, foi trabalhar em um lixão como catador de produtos recicláveis.

Apesar de não falar exatamente sobre a idade em que a madrasta entrou na vida dele, entendemos o quanto é importante o adolescente ter um ambiente harmonioso em família para que seu desenvolvimento seja saudável. A ausência da figura materna no lar pode desencadear sentimentos de carência, insegurança, baixa autoestima e conduta antissocial. A negligência do pai em relação a ele se mostra ao permitir que a companheira o agrida, já que afirmou que nunca apanhar do pai.

As rupturas no âmbito familiar impõem lacunas afetivas que marcam profundamente a trajetória de vida dos indivíduos, já que esse deveria ser o lugar privilegiado de afeto e de pertencimento. O desamparo emocional e material faz com que se sinta fora dos padrões habitualmente aceitos pela sociedade e reforça a frustração com o meio social em que se vive.

Depois de um tempo na rua, apareceram-lhe os sintomas da diabetes, tão graves que ele precisou ser internado. A perda de peso foi bastante significativa, e Augusto recebeu orientação do médico para não trabalhar durante algum tempo. Antes de adoecer, ele tinha uma boa imagem de si próprio. Porém, depois, passou a se julgar “acabado”, por não ter mais forças para trabalhar: “/A diabetes me acabou, que eu era gordo “quissó”, forte e a diabetes que eu peguei foi a maga, a diabetes maga/, aí ela acabou comigo” (32-34).

Para alguns grupos da sociedade, ser gordo significa ter saúde, fartura e exuberância. Sem isso, o homem se sente mal e fica impossibilitado de provisão, o que mexe com sua autoestima e dignidade. A magreza, simbolicamente, representa a pobreza e o pouco acesso aos alimentos.

Ao narrar sobre sua (sobre)vivência na rua, Augusto fala das necessidades do ser humano. O trecho a seguir denota que as necessidades humanas básicas não satisfeitas afetam o comportamento humano, e isso pode trazer risco para a preservação da vida. Ele esclarece que é importante ter saúde para poder trabalhar. A falta dela está diretamente ligada à incapacidade para o trabalho, o que provoca tristeza e infelicidade nele.

Nesse caso, a situação de vulnerabilidade social é evidente, e a falta de sentido na vida se apresenta em sua narrativa:

**Ter saúde é muito bom.** Você ter sua saúde é melhor coisa do mundo. É mais feliz, tem mais força, tudo. Essas coisa. A pessoa sem saúde não é nada...(pausa). °A doença pra mim... ° é a pior coisa que tem!(1) *Porque se não fosse a doença, eu tava “trabaiando”.* [[°Seu eu não tivesse adoecido...°]]. (53-57)

O adoecimento, que o impede de trabalhar, leva ao lamento. Ele não se queixa dos incômodos dos sintomas, mas concentra sua narrativa em lembrar que, quando tinha saúde, era forte e podia trabalhar. Essa desorganização na compreensão da realidade caracteriza-se como uma ruptura biográfica. Assim, para cuidar da saúde, Augusto se dirigia à ESF mais perto do local onde se abrigava. Lá tomava a insulina, pegava a medicação, e quando adoecia, a médica o encaminhava ao hospital.

Ele demonstra admiração pela equipe de saúde, pelo fato de se organizar para ajudá-lo no transporte até o hospital e na alimentação. Também vê, com certa estranheza, o fato de a equipe demonstrar muita preocupação por causa de suas condições de vida e de saúde. Talvez isso se deva, possivelmente, por estar “acostumado” a não receber esse cuidado, já que a condição de “morador de rua” o leva a sofrer maus-tratos de todas as ordens.

Depois de sofrer devido à descompensação da diabetes e a uma forte “crise” de coluna, ele foi encaminhado do postinho para o hospital. Passou mais de um mês em tratamento. Nessa época, sua companheira estava prestes a dar à luz a gêmeas. Poucos dias depois do nascimento, um bebê morreu, e o outro foi levado para adoção, já que os pais não tinham condições de cuidar dele nem de sustentá-lo.

Nesse interim, foi transferido para outro hospital e recebeu o diagnóstico de pneumonia. Depois de ser submetido ao tratamento e de receber alta, ele e a companheira passaram dez dias hospedados em uma pousada. Como estava tossindo muito, foi encaminhado para o hospital universitário, e com suspeita de tuberculose (TB), foi levado para um hospital referência em doenças infectocontagiosas. Lá foram realizados exames e, antes de receber o resultado, ele pediu para ter alta. Resolveu ir embora porque queria buscar o benefício do INSS.

Augusto lembra que, nesse período, passou por várias adversidades: perdeu as filhas e precisou sair na chuva com tosse e dores para vender material de reciclagem para seu sustento e o da companheira que estava de “resguardo”. Seu sofrimento foi intenso.

Aí quebrei o tratamento. Prá resolver meus “negoço”, minha papelada. Aí adoeci e deu uma recaída “neu”. Deu uma recaída “mermo”. Foi através da pneumonia. Foi! Depois que tratei da pneumonia ai a “tuberculose” apareceu. (92-95). [...] Quando a bebezinha morreu(.) eu tava na vila. //[[Tenho até remorso quando me lembro disso...porque dói ainda]]// Levei uma chuva pesada. Ai eu tinha saído pra catar “recicragem”. Levei uma chuva pesada e cheguei em casa todo molhado. Eu tava “mei” lá, “mei” cá. Eu tava tossindo, ai sai pra catar uns papelão, ai pesei pra o “mode” arrumar um dinheiro pra comprar comida pra dentro de casa, nesse dia. Tava

sem dinheiro. Tinha gastado muito com ela no hospital. Eu também tinha saído do hospital (1) ai ficou naquele “negoço” do aperto. Ai doente “mermo”, tinha pedido minha alta, porque tava com uma pneumonia, e sai pra trabalhar debaixo de chuva...ai amanheci todo mole...daquele jeito. Eu gritava dentro de casa de dor...foi da pneumonia...foi dessa chuva. Pneumonia curou e apareceu a “tuberculose”! Quando eu peguei a “tuberculose”, eu tava sem força, até pra andar, eu andava “devagazinho”. Era uma tosse com catarro, mas eu não sabia que era “tuberculose”. Nem desconfiava. (101-115)

Depois da morte de uma filha, do encaminhamento da outra para adoção e do agravamento em seu quadro de adoecimento, a companheira o abandonou. Ele não comenta esse fato, mas foi informado pela equipe de Consultório na Rua e resolveu viajar para a casa da mãe, no interior de Alagoas. Ao chegar lá, seu estado de saúde piorou consideravelmente - muita febre, vômito e diarreia. Foi internado e passou 15 dias fazendo exames e recebendo tratamento. Lá fez três exames de escarro, e o resultado foi positivo para TB. Depois de perguntarem de onde ele era, aconselharam-no a fazer o tratamento no hospital de referência de sua cidade.

Augusto relembra o período em que esteve doente e tentou se tratar morando na rua. Ao receber o diagnóstico de TB, não demonstrou desespero ou preocupação excessiva, mas apontou as dificuldades que encontra na rua para cuidar da saúde. A incerteza das horas seguintes o deixa inseguro. (Diário de campo, 15/06/2015)

Eu tava muito mal. Sentia muita dor no corpo. Passava mal direto. Ai tomava meus medicamento. */Mas na rua é difícil/*. Eu tomava os comprimido e tava piorando. *O meu poblema é porque na rua as coisa ficam mais difícil...porque não tem canto certo*. Pra ficar melhor...eu já resolvi meus “negoço”, minhas papelada lá...sou vou parar quando ficar bom. Quando a “bacteria” já tiver morrido. ai quando eu ia arrumar o café “pa” mim, lá nos canto conhecido, arrumar um dinheiro aqui no Pam de Jaguaribe, que eu vinha pedir por aqui uns trocados pra interar o café, comprar o café, ai quando vinha tomar o café é nove horas, dez horas. Ai tinha tomado o remédio em jejum e não tinha aquele repouso, porque precisava que ter, quando tomar os meu comprimido, precisa que ter, *ai* eu ia tomar minha insulina, precisava de repouso, *ai* não tinha na rua, eu precisava sair com a carroça no sol quente pra cima e pra baixo. Não tinha aquele tratamento certo. (132-153)

Entender seu real quadro de saúde é importante para que ele compreenda sua biografia e consiga redirecionar suas ações devido ao quadro em que se encontra. Então, continuou sua narração contando que voltou para João Pessoa e lembra que sempre que ia ao postinho tomar

a insulina, pois a diabetes estava sempre descompensada e recebia apoio e conselhos sobre seu modo de viver.

Assim, pediu um encaminhamento para iniciar o tratamento da TB em um hospital de referência, conforme tinham indicado. Durante a internação, sentiu solidão. Ao falar nisso, Augusto tenta conter as lágrimas em vão: *“Porque quando fiquei sozinho... /[[quando tava internado(.) a mulher foi “simbora”]]/, @desapareceu@, /me deixou sozinho no hospital, ai não tinha ninguém pra tirar pra mim/(161-163)”. (seu benefício).*

Lamenta, mais uma vez, a falta de condições de trabalhar. Dessa vez, com detalhes sobre seu sofrimento, suas dores e o risco de morte.

Eu preciso dá entrada pra vê se eu consigo me aposentar. Porque não tô em “condiçõe” de “trabaiá” agora. Tenho “probrema” na coluna e diabete. Sinto muitas dor na coluna e nos osso.[ ] .Tem dia que nem me levanto. Começa na coluna a dor e vai “pras” perna. Dói as junta, dói tudo. Teve uma vez que eu quase batia as bota. No hospital a minha diabete abaixou “demaí”, pra 59, abaixou “demaí”. Quase que eu mor... Quase que eu ia. Deu uma confusão em “neu”. Fiquei branco, roxo. Foi de manhã, quando eu vim me acordar era três hora da tarde e eu nem me lembrava de nada, quando vim acordar. *É um perigo*. Já aconteceu duas vezes no hospital. /[[Imagina se isso fosse na rua, eu sozinho!]]/ Já aconteceu duas vezes no hospital. Tenho que arrumar um canto melhor que a rua, e uma pessoa pra ficar mais eu. Porque não presta eu sozinho. A médica “mermo” disse. Porque a minha diabete é tipo 1 e é a mais perigosa. Como ela pode matar? Ela baixa ou então alta. A 2 não é nem tanto assim, a 2 é “mei” fraca. Porque eu fiz “enxame” pra saber o tipo da minha. A 1 é a minha, que é “mei” perigosa. (166-182).

Quando questionado sobre seu futuro, ele fala que decidiu de vez que vai seguir o tratamento completo.

**Decidi de uma “vêi” seguir o tratamento.** Não tem mais nada pra resolver. /[[Não tem mulher e “fi”]]/ (1)...pra aperrear e pra tomar conta. Fiquei “badonado, sozim”! **Agora eu vou me cuidar pra depois cuidar deles.** Eu não sei nem como anda aquela outra [a ex-companheira]. Quando as meninas [equipe de Consultório na Rua] vê ela, pode mandar ela me procurar. Eu não tenho raiva dela. Eu tem pra mim que eu gosto dela ainda. Pra não mentir, eu gosto dela ainda. O que separou a gente de deixou ela lá e eu cá, foi... “pobema”. Teve “pobema” com as duas menina aí, aí pronto. Ficou com a cabeça...(1) “Maí” quem não sabe a gente se gosta tudo de novo? Começa tudo “dinovo”? *Ninguém não morreu...a vida continua.* (196-212)

A perda da companheira e das filhas gerou mais uma ruptura em sua vida, intensificou seu sofrimento e o faz querer construir uma nova identidade. Augusto assume que ainda nutre um sentimento de amor pela ex-companheira e que quer estar bem para cuidar dela e da filha um dia. Reafirma esse sentimento ao pedir que, se a equipe do Consultório na Rua (CR) encontrar com ela, peça-lhe que o procure para lhe entregar uns documentos, o que, na verdade, é uma desculpa para vê-la. A mulher, segundo a equipe CR, já está com outro companheiro e não tem interesse em saber notícias dele. Quando fala da ex-companheira, seus olhos se enchem de lágrimas, e a voz fica embargada.

Em relação ao futuro, Augusto demonstra certa revolta relacionada ao curso da vida. Fala que é importante valorizar o espírito, que as pessoas não valorizam a vida. Comenta sobre a violência e, novamente, sobre sua solidão!

*A gente “somo” tipo de uma carne “pôde”. O que vive aqui na gente é o espírito. Saiu esse espírito, xau. “Si interrou”, xau. “Si dermancha” todo. Eu digo porque a gente antes de morrer... a gente paga pra nascer, paga pra viver e paga pra morrer. Três coisa do ditado. **Porque a gente adoce, gancha, gancha, gancha**[trabalha]tanto...pra morrer...a vida é assim. ‘Porque tem tanta gente querendo viver e tem jovem que acaba a vida entrando no mundo das “droga”, o jovem estragando a vida’. Nesse sistema. Nas “droga”, bebo por ai de moto, um matando os “zoto”. Eu vejo na televisão, todo dia assisto. De menor, 13,12, 14 ano morrendo. A violência em João Pessoa tá grande... e eu gostei dessa conversa porque eu me sinto muito só!(55-62)*

Grande parte da sociedade associa a pobreza à criminalidade e a aponta como responsabilidade individual. Do mesmo modo, o papel social de morador de rua é, quase sempre, depreciado.

*‘A vida na rua não é fácil’(.) os povo pensa que a gente é gente ruim, mas não sabe os sofrimento que a gente passa. Não é mole não. Eu gosto de conversar. De botar pra fora o que eu sinto. Se vocês quiserem vim aqui pra -conversar, pode vim quando quiser, porque eu gosto de conversar. Se precisar saber alguma coisa de como é viver na rua, é só falar comigo, porque eu gostei muito dessa conversa. Eu agradeço. (185-190)*

#### 4.2.2 Uma vigilante noturna (Auta de Sousa)

Aos 13 anos, Auta de Sousa assassinou o marido e sua amante depois de presenciar uma traição. Foi apreendida e passou 14 anos privada de liberdade. Durante esse período, sua infelicidade foi intensa. Porém, mesmo depois de ter saído do presídio, o flagelo não cessou, e ele foi morar na rua.

*Oxe...e meu sofrimento? E depois que eu sai [do presídio], minha mãe faleceu! /E depois minha outra irmã caiu também lá [no presídio]. Oxe! Eu sofri demais- menina! Passei fome e fri-. Apanhei. Mas se aprontar comigo eu mato mermo! A pessoa tem que se defender mermo\.* (20-24)

Ao narrar essa fase de sua vida, Auta aponta seu martírio, que foi perpetuado pela perda da mãe e pelo fato de a irmã também ter sido presa. Nesse momento de sua fala, dá ênfase a sua infelicidade, enquanto a emoção toma conta dela.

Nessa narrativa, a entrevistada se lembrou dos fatos que causaram a maior parte de seu sofrimento e de suas respectivas reações sobre tais eventos. Há, também, uma observação acerca da sua capacidade de vingança, que é apontada em tom de agressividade quando tenta justificar tal postura.

*Oxe. A dificuldade de tá na rua que acho ruim é porque não posso.../Não posso ficar, com meus filho/. Eu vou trazer eles pra ficar no mei da rua, é?*

*[[Eles tá com a minha irmã. Ai o marido da minha irmã, e minha irmã mandou eu buscar meus filho. Mas eu vou trazer meus filho pra cá pra perder meus filhos pras...[silêncio] Ai eu vou fazer o que?]]*

*Porque morar na rua é muito ruim.*

*Depois que perdi a minha mãe, eu acho péssimo! E na rua é ruim tudo porque a malícia tá muito triste! Violência!*

*Óia, eu durmo de dia, mas, à noite, eu não durmo! Tenho medo. De que? Da violência que tá tendo, homi! É violência. O povo robando o caba! É um morador de rua roubando o outro! Eu não durmo não. O povo diz que sou tetéu. Durmo nada. Fico a noite todinha, pra lá e pra cá, pra lá e pra cá, pra lá e pra cá!* (28-41)

Morar na rua representa o desprovemento de muitas coisas e nenhuma ou pouquíssimas possibilidades. A ausência dos filhos na convivência diária é apontada com receio de que eles também “se percam” na rua. A perda da mãe é reverberada, e a violência

que assola as ruas resulta em um medo que a faz perder o sono. Esse trecho da narrativa configura que, como mora na rua, entre várias outras carências, Auta fica extremamente vulnerável à violência urbana, e os riscos que a ela impõe a fazem inverter o horário de repouso. A entrevistada mostra-se firme em tal hábito, em um misto de receio e de indignação, que são frutos da constatação frequente da violência em seu meio.

Assim, enquanto muitos dormem, Auta passa a noite a vagar, perto do local onde mora, vigilante, com medo de perder os poucos pertences e de sofrer algum tipo de agressão.

Eu passei **oito** anos dentro da igreja, mas depois que minha mãe morreu de tuberculose no Crementino, eu não quero mais nada... *porque eu não sinto vontade de nada.*

E quando eu tô ruim as menina do consultório de rua ajuda a gente. Elas traz remédio e leva pra fazer exame.

Mai agora tão sem vim. Tamo badonado por elas.

Espero que digam a elas que venha. Nós tá precisada. E só quem ajuda, é elas mermo.

Queria ajuda delas. Porque também tenho um sonho(1).

**Tá, quem não tem um sonho?**

Meu sonho era sair daqui e morar numa casa mais meu marido(1).

*Aqui é ruim. E tá numa malícia dessa!*

Aqui a gente tem de dormir com um olho fechado e outro aberto.

*A gente tem que ter uma casa. @Se tenho uma casa! Né mior, não?@* Agora quando eu arrumar o meu canto, os meus figura da rua eu levo pra dormir na minha casa! (1)

Esse aqui vai, aquele, o irmão dele que tá preso ainda, aquele, muitos daqui vai. Mas muitos daqui eu não levo não, minha irmã.

Porque tem muitos que dá de amigo mas, é covarde.

**Aquele ali mermo. Eu tenho ódio daquele bicho. Tenho um abuso da cara dele. Ele é muito falso. Eu não gosto de gente falso não.** (49-69)

A morte de sua mãe é novamente enfatizada como resultado de sua falta de alegria e de motivação. Esse trecho narrativo aponta uma ruptura, quando o sofrimento de Auta se intensifica, e ela afirma que não tem vontade de fazer nada. Fala que precisa de cuidados da equipe do CR, que ausente há, aproximadamente, um mês. O sentimento de abandono é visível, e a queixa sobre as astúcias e as perversidades a que está exposta na rua a levam a expressar seu desejo de sair das ruas.

Para ela, o CR é de suma importância para aqueles que vivem nas ruas e é essencial para que realizem seu sonho: possuir uma casa. A irmandade está presente em sua fala, quando aponta a ânsia de levar seus companheiros de rua para sua casa, quando conseguir adquiri-la. Porém, revela que não considera como parceiros muitos dos membros de seu

grupo, pois eles têm um caráter ruim ou duvidoso, o que demonstra uma sensação de insegurança social, mesmo entre os próprios moradores de rua, e reforça a forte busca por cautela.

Auta reconhece os sintomas da TB, disse que pegou a doença com a mãe, compartilhando pratos e talheres, e fala de sua adoção e das internações:

**Oxem!** Se eu tava ruim. Tinha que me internar, né não?  
 Já fui três vez. *Aí saio porque não gosto de hospital.*  
 Ai passa um tempo e a doença vem de novo.  
 É porque não consigo terminar os tratamento.  
 Porque as veze falta remédio, ou se não, as menina do consultório não vem deixar pra mim. E eu não sei onde pega.  
 Fui pro Crementino que as gêmeas me levaram quando adoeci!  
 Disseram que era pra lá que eu tinha que ir. Ai eu fui com elas.  
*Porque elas que sabe o que é melhor pra nós na rua. (70-75)*

Ela sofreu com os sintomas da doença, teve recidiva da TB três vezes e precisou de internamento. A dificuldade que tem de ficar internada durante o tempo necessário para concluir o tratamento atrapalha a cura da doença e a faz voltar de tempos em tempos.

Auta se queixa de que o tratamento é pesado, que tem ingerir muitos comprimidos, sente muita fome e precisa de repouso, o que não é possível nas condições em que ela vive. Do mesmo modo, encontra apoio em uma comunidade católica que a ajuda com alimentação. O Centro POP é citado como serviço que ela procurou e dará suporte na busca de um novo cartão do SUS, mas a ausência da equipe de CR é novamente mencionada. Dessa vez, delata que não está tomando a medicação e reclama do desamparo do CR, que só aparece esporadicamente. Finaliza sua fala afirmando que não gosta de muita conversa e que as pessoas que moram na rua estão todas abandonadas, porque o CR não aparece mais.

#### **4.2.3 Eu sou bicho solto! (Cruz e Sousa)**

Ao perder a mãe aos 14 anos, Cruz foi morar na rua onde vivia roubando e usando drogas. Sua vida alternava entre a rua e a casa das irmãs, porque seu comportamento oscilava entre calma e violência. A dificuldade de conviver com as irmãs e o gosto pela liberdade da rua o impediram de viver na casa delas.

*Eu como homi tombém posso trabaiar, posso ter meus negoço mas só que (1) Eu prefiro mai tá na rua mermo, porque eu acho é bom. As veze eu esquento a cabeça, ai é melhor na rua. (14-30)*

As dificuldades encontradas para sobreviver na rua eram muitas. A experiência de não ter um lugar certo para tomar banho e dormir deixava-o triste. Além disso, a possibilidade de a sociedade julgar quem mora na rua como marginal levava ao descontentamento por estar ali (Diário de campo, 16/07/2015).

Cruz e Sousa afirma que não gosta de ir ao médico e só foi porque a esposa o levou forçado, porque estava num estado de saúde muito ruim. Não gosta de médico porque ele passa remédios, e ele não gosta de tomar nada. Prefere pedir uma ajuda na igreja e se automedicar. Também não tem coragem de procurar ajuda sozinho em serviços formais de saúde e o faz com a ajuda da equipe da CR ou de uma equipe da igreja. Argumenta que buscar ajuda médica sozinho é perda de tempo porque ele não tem endereço certo. Seu endereço é o mundo, e os serviços de saúde não vão aceitar quem mora no mundo.

E a tuberculose é um germe, a tuberculose. [...].

Eu comecei primeiro é (1) dor de cabeça, frio, as perna fraca, comia pouco, líquido pouco, comecei a sentir mal, começava a dá queimô na garganta, dano queimô na garganta, ai fui me sentindo mal, não tava mais aguentando se drogar. Quando eu pegava no cachimbo, pegava num isquero, pegava num fósforo, as mão ficava todo se tremendo. Fraco quissó. Não conseguia me drogar (.).ai fui pra casa da minha sogra.

Na primeira vez que tive a doença, fui pra casa da minha sogra e passei mai mal ainda, ai fui parar no hospital (1)lá no Crementino. Fui com minha irmã.

Em casa eu tumei uns remédio, mas não tô lembrando qual foi.

Já faz um ano que começou tudo.

Depois eu fui preso. Faz um ano.

Porque eu comecei o tratamento. Ai fui pra o Crementino. Passei três mese no Crementino. Ai o médico me deu alta.

Mai era 6 mese o tratamento. Ai fui pra casa da minha sogra, ai quando compretô os quatro mês...ai eu desisti. Ficou faltando só 2 mês. Ai eu desisti e fui pra rua de novo... ai depois fui preso.

Eu fui pra rua porque eu precisava usar, né! E lá não dava.

*Depois foi quando eu tava preso, ai a doença voltou.*

*Porque não fiz o tratamento de 6 mês.*

Depois eu contei ao deretor, contei a todo mundo que eu era doente, ai os preso lá abalaro lá a grade e me botaro pra frente porque se eu passasse mal é mais perto dele e mais perto da ambulância, dos negoço pra me levar pra o médico. Ai pronto, ai tombém os médico e

a juíza mandou uns negócio pra me soltar, pra mim poder ir pra o hospital e se tratar.

Até hoje (1) eu peguei fugi e não fui se tratar não! Eu fugi...*é ruim demais hospital. A pessoa leva furada. E fica preso. Eu não gosto de ficar preso. Ai eu fugi. @Fugi do hospital pela janela do banheiro@*

Eu tava bom, mas doente você não tá muito bom. Voltei um pouquinho fraco. Mas depois fui logo me recuperando. (84-116)

A necessidade de usar drogas e a falta de liberdade foram fatores que pesaram na decisão dele de não continuar no hospital para se submeter ao tratamento da TB, o que o expõe ao risco de desenvolver a TB multirresistente.

*Nem medo da morte mai eu tenho, homi. Eu não se assusto com nada não. Depois que eu perdi meu pai, minha mãe, minha vó, meu tio, minha tia, meu bisavô (1) pra mim tanto faz tá vivo, como tá morto. Pra mim tanto faz.*

Eu sei que é um germe que se for muito contagiosa, tanto você pode pegar na culé como você pode pegar no copo, dependendo da saliva, dependendo da coisa que você comer e passar pra outro, dependendo se você não tiver se cuidando [tosse]

Se você tiver escarrando e aquele catarro tiver muito grosso, tiver jogando sangue pra fora, ali é mais contagiosa e é mais avançada pra você pegar mais rápido.

Mai tô tranquilo com a tuberculose.

Quando sai do hospital tinha os remédio tudo legalizado.

Na hora de comer, na hora de dormir. Na hora do almoço, na hora do café, tudo certinho. (117-133)

E apesar de saber dos riscos da TB para sua vida, Cruz relata que, devido às perdas que já teve, não tem medo de morrer. Sua trajetória relacionada ao período em que a doença foi descoberta (sofreu com os sintomas) e recebeu os cuidados é encarada com normalidade. Para ele, as limitações que a doença lhe proporciona não são por causa das drogas.

*Eu acho melhor tá tendo a força e a experiência que vocês tem do que tá no canto aberto, com as pessoa que quer seu bem. Por isso vou me internar. Já era pra mim ter ido.*

Como eu já disse, eu quero um canto, que eu não saia pra rua. Que eu fique naquele canto, até eu me tratar. Se eu se tratar num canto, na rua eu não vou mais não. Só quero me tratar no hospital, porque lá é melhor.

Porque na rua entro em desperdiço.

*Mas tomém, assim que eu começo a ficar bom, eu quero logo é sair. Porque hospital não é lugar de gente.@ Eu sou bicho solto! @*

Então, tô tentando ir agora, na outra semana.

O consultório de rua, com a boa vontade de deles. Que Deus tá dando força a eles de vim até aqui, a força que Deus dá a vocês. A saúde que vocês tem. O respeito. De vocês me procurar, não tem inveja, nem nada. E sempre querer ajudar o próximo, isso é maravilhoso e é muito bom pras pessoa, né?

*Na rua tô só bebendo, tô só me matando. Tô acabando com eu mermo. Tô só bebendo, só se drogando, ai eu tento tomem tirar minha esposa do vício do crack, mas eu amo muito ela ai eu penso duas vezes, né mais em primeiro lugar ter que ser minha saúde.*

*Se os zoto não quer, mas eu tenho que ir, né? (1)*

Ai quando a equipe veio eu disse: tô me sentindo mal, quero que vocês me levam no hospital pra o médico bater, fazer um exame pra eu ver o que eu tô sentindo, o que eu tô por dentro, porque eu acho que eu peguei a tuberculose, e eu acho que ela não foi embora não. Ai, foi dito e feito, quando ele me levou, eu fui.

E fui atendido bem, graças a Deus.

E fiquei sabendo o que eu tenho.

*Agora eu vou falar uma verdade: eu sei que é melhor me internar, mas não posso sinão os home me pega dinovo, ai fica difícil(1).*

*Na rua não dá pra tratar mode a chuva, a fome, o frio.*

*E os remédio fica no sol, na chuva. Ai é melhor vender logo e usar de pedra. Entendeu?(134-171)*

Quando se depara com a possibilidade de ir para o hospital novamente, ele fala da importância de o tratamento ser realizado lá, porque, na rua, há um grande empecilho, que é a oferta fácil de drogas. E acrescenta que na rua também não tem condições de fazer devido à fome e à exposição dele da medicação ao clima.

#### 4.2.4 Se eu contar a minha vida, até um bezerro chora!(Castro Alves)

Castro Alves foi morar na rua há 20 anos, por ter problemas com os pais. Afirma que não gosta de trabalhar, julga-se um preguiçoso e que foi abandonado pela família. Desde a infância, seu pai foi envolvido com tráfico de drogas. Dos seus quatro filhos, dois estão presos, e ele, foragido. Apresenta um histórico de uso e tráfico de drogas, violência e dívida com a Justiça. Tem várias cicatrizes pelo corpo resultantes de agressões que sofreu. Atualmente, está com TB e problemas na coluna. Ainda amarga a perda da companheira amada, que faleceu em 2014.

**Eu era jovem, mas fiquei velho. Já passei por muito sofrimento.**  
Minha família me abandonou, me desprezou, ai por isso eu vim pra rua. O que o levou a morar na rua? Por causa de problema com pai e mãe. Meu pai era gerente de uma boca, é uma longa história(1).

Se eu for contar minha vida até um bezerro chora!

*Por isso que eu tenho medo de contar, porque é muito sofrimento.*

Já fui do presídio do Róger, do Aníbal Bruno, do Barreto Campelo!  
 Já participei até de Tele audiência, quando estava num presídio na Ilha de Itamaracá.

Só eu sei o que eu passei. Hoje Jesus me libertou, mas ainda tenho cicatrizes de facada e tiro na barriga.

<sup>o</sup>Jesus levou a minha esposa<sup>o</sup>. /Foi em 2014.

Não quero arrumar outra mulher/. Gosto muito dela ainda. Já amei um bocado. Agora uns troços que tem por ai perdido, eu não quero nenhum, pra mim só dá trabalho, só pra perturbar o juízo da pessoa. Um dia Jesus me dá uma de coração, de corpo e alma, eu aceito, se for Deus que mandar pra mim.

De quem não presta já basta à pessoa mesmo!

É (1) porque se arrumar uma pessoa que zele pela pessoa e ela zelar por ela, bate o maior prazer de ter, botar dentro de uma casa, ser feliz ele e ela, casar, e a pessoa tem que zelar pela mulher e a mulher pela pessoa. Formar família.  
 (14-40)

Essa narrativa espelha bem o sofrimento vivenciado pelo indivíduo. Ele constrói sua identidade como uma pessoa que passou por fortes experiências como transgressor da Lei. Atualmente se considera uma pessoa desprezível, ao mesmo tempo em que enfatiza o desejo de ter uma companheira para viver ao seu lado e ser feliz.

Seu sofrimento provém, principalmente, de suas contravenções, uma vez que reverbera seu infortúnio por várias vezes. Porém, subsistir na rua também tem sua fração de culpa em sua penúria, porque as dificuldades apontadas são muitas. A dificuldade de dormir e de ter um lazer, bem como os desentendimentos, as intrigas e as ciladas entre os próprios companheiros de rua são exemplos desse emaranhado.

*Porque na rua a pessoa sofre muito.*

E uma dificuldade grande é o sofrimento porque a pessoa não consegue dormir, a pessoa não tem o lazer, não tem a boa vontade, é só traição e covardia. (61-68)

Quando associado a quem mora na rua, o uso de drogas é destacado como catalisador da construção de uma imagem social de uma pessoa perversa e de má índole. Nesse sentido, as respostas sociais reforçam preconceitos e estigmas que podem potencializar as situações de vulnerabilidade daqueles que já se encontram expostos à situação de rua. Castro Alves julga que as drogas e a contaminação por TB foram responsáveis por seu estado geral atualmente, um estado de miséria e de infelicidade (Diário de campo, 13/12/2015).

Uma cachorra aqui é melhor do que muita gente que vive por ai.  
Cachorro é ouro perto da gente, é paz e amor, defende a gente. É uma anjo de Deus!

E para cuidar da minha saúde vou arrumar uma mulher velha. Porque essas novas eu não quero. Essas novas só fazem trair o cabra, as velhas ninguém quer.

@Panela velha é que faz comida boa@! Pra zelar eu e eu zelar ela. Arrumar uma mulher é o que eu preciso fazer pra cuidar de mim. [...] Eu sei que é difícil pra arrumar, porque tem mulé e tem mulesta.  
@Eu queria arrumar uma mulher de verdade pra mim. Aquela que vai cuidar de mim e eu cuidar dela@.(79-88)

Castro Alves comenta sobre o desejo de ter uma mulher como companheira. A necessidade de cuidados o faz referir que é importante ter uma mulher madura ao seu lado. Julga que mulher nova só serve para trair o homem e compara a lealdade dos cachorros em detrimento da dos humanos.

Com a voz embargada, alternando sua narrativa em tom de raiva e de desânimo, contou um episódio de adoecimento e internação:

Eu não me lembro de como eu estava quando cheguei no hospital. Só sei que desmaiei, mas não foi por causa da tuberculose. Eu acho

que foi por causa da epilepsia alcoólica. Ai eu tive que me internar no hospital.

°[[De vez em quando aconteceu isso, aí eu não me animo não. Eu desmaio por causa desse problema na cabeça, ai quando acordo, fico bem triste mesmo°]].

**Então, meto a cara na cachaça. !**(94-117)

Apesar de os sintomas da TB serem muito incômodos, o que mais gera tristeza e revolta em Castro Alves não são essas manifestações, mas a epilepsia alcóolica a que se referiu, visto que os desmaios são muito desagradáveis.

A dificuldade de Castro continuar no hospital devido às queixas sobre a medicação, à necessidade das drogas e à sensação de se sentir preso o fez pedir alta hospitalar, por isso não foi curado, por não ter recebido as doses indicadas, o que pode gerar a multirresistência dos bacilos da TB e, até, a morte.

O tratamento da TB é demorado e requer do doente disciplina em seu comportamento, que transcende, muitas vezes, seu modo de viver. Por isso, os profissionais envolvidos nessa dinâmica devem considerar a subjetividade de cada um, levando em conta suas necessidades e dificuldades.

E também se você vacilar, a turma vende seus remédios. Ai não dá certo nunca.

*E também o álcool na rua que desmantela tudo.*

*As drogas acabam com tudo (1).*

*Por mim tanto faz fazer ou não o tratamento da tuberculose. Porque a tuberculose não é o pior na minha vida. O bom mesmo é a pessoa está boa, com saúde, mas o ruim mesmo é morar na rua.*

*Não adianta nada eu tratar a doença e ficar morando na rua. Feito um cachorro sarneto!*

*E eu ainda tenho um sonho: ter uma casa, uma mulher pra cuidar de mim. Eu cuido dela e ela cuida de mim. Porque ter um amor é bom demais. Quem tem uma casa e um amor, tem tudo. (123-140)*

O tratamento da TB não é prioridade na vida de Castro Alves, porque, para ele, morar na rua é muito pior do que ter a doença, especialmente devido à exposição às drogas. Habitar a rua é uma característica marcante de constante pobreza, miséria e marginalização.

#### 4.2.5 Tenho sono de passarinho... (Pedro de Calasans)

Durante uma guerra antiga entre famílias do alto sertão da Paraíba, onde o pai de Pedro fez justiça com as próprias mãos, ele também se envolveu e foi preso. Depois de pagar sua pena, foi solto, mas, com medo de voltar para sua cidade, resolveu viver na rua. Escolheu a calçada de um supermercado de João Pessoa para ser seu abrigo, onde improvisou uma barraca. Para se sustentar, passou a guardar carros. Pedro comenta que não gosta de se lembrar dessa época porque o sofrimento foi intenso.

Morando na rua, dormia em cima de papelões e passava muito frio e fome. Usava cachimbo compartilhado para se drogar e acredita que pegou a TB através disso.

*°Sou uma pessoa que sofreu muito°.*

Agradeço muito, muito pelo que algumas pessoas faz por mim e quem veve na rua, como tô dizendo, precisa de um apoio, de umas pessoa que (1) aconsei (1) porque na rua só dá pra o que não presta. Eu tiro por mim, sabe? [...]

Era assim: eu passava o dia trabaiando e chegava de noite e ia beber, e no outro dia ia trabalhar do mesmo jeito. Todo dia.

E droga também já fumei todas, visse? Nem conto o tempo (.) Já usei crack, aranha, cola, roupinal, maconha, isso até o mês passado. Pico eu nunca tomei não, mas, já passei por tudo. Maconha. O crack eu comecei em 98 até o mês trasado. A maconha comecei no sertão e depois que comecei com o crack eu esqueci a maconha, ai fiquei só no crack, direto!

Ai não queria mais ligar pra nada (1).

*Olhe, quem realmente usa essa droga, ele não liga pra tomar um banho, não liga pra família, não liga pra ninguém. Essa droga é a lágrima do Santanai!*

*Esse crack! Quem fez ele é o demônio em vida!*

Você pode fazer dinheiro, que não mata o vício dele não.

Porque lá onde eu trabalho [estacionamento] todo dia eu ganhava 20, 30 conto, 40. Era ganhando 10 e já corria pra uma boca pra comprar pedra, chegava, fumava ai já metia a mola (1); arrumava de novo e fumava de novo.

Catava papelão, latinha, ai já comprava de novo.

Passava a noite catando latinha, quando era bem cedo só dava pra comprar uma ou duas peda. Nunca lembrava de comê (.).

Mas graças a Deus tá com três mês que eu tô fora disso, e peço muito a Deus que eu não volte.

Hoje, peço muito a Deus pra não passar de novo, porque não tem o que dá não. Cigarro era direto. Um atrás do outro.

Se eu passasse a noite acordado era uma carteira, ou uma carteira e meia. Chegou até esse ponto, né? Do pulmão não aguentar. Fumaça, química, álcool (1) ai já vem dormindo na rua, em cima do papelão. [[°Porque quem mora na rua não pode ter nada°]]. [...]

*Agora, hoje em dia eu não me sinto mais como um drogado. Me sinto como um cidadão, tendesse? Agradeço muito a Deus.*

Porque não é todo mundo que para pra conversar. Vê a gente como cidadão. Tem muitos que não confia na gente, porque mora na rua. Acha que porque você veve na rua vai matar, vai robar. Tem muitos que fazem isso, muitos! Uns na rua que não merece confiança não. Porque chama o cara pra robar.

**Oxe! Vamo robar boy!** Que o caba sem dinheiro, sem nada. Vamo robar pra se drogar! *Muitos bota os outro a perder.*

Eu digo logo: eu vou roubar mais você, ai vou dormir aqui e mais tarde, tô dormindo e caba chega e atira neu: pá pá pá, mata você e vai simhora, não dá nada! **Quer fazer seus negócio, vá fazer só!**

Quantas vezes já não chamaram eu a noite aqui pra fazer isso, homi, mas graças a Deus eu tô desviando porque só eu sei o que eu já sofri.

A pessoa só aprende sofrendo! *Quando sofrer(1). [...]*

O consumo de drogas é uma prática costumeira entre moradores de rua, porém não, de todos. Essas substâncias são utilizadas pelos mais diversos motivos. A intenção de alterar a percepção sobre a realidade e o humor, que, na maioria das vezes, altera o comportamento, é o principal motivo do uso e gera dependência física e psicológica. A conjuntura apresentada pelo ambiente da rua, como perspectiva de moradia/lar para o ser humano, pode trazer à tona suas mais profundas potencialidades e fragilidades, que deixam o sujeito susceptível ao uso de substâncias psicoativas, com o fim de enfrentar os desafios impostos nesse cenário.

Pedro usou todas as drogas que estavam acessíveis para ele. Das lícitas às ilícitas e de modo intenso. O uso o fez deixar de cuidar de si. Não comia, não bebia nem ligava mais para nada. Ele acha que essa sua conduta, associada às noites mal dormidas na rua, prejudicou muito o seu pulmão e sua vida como um todo. Também se queixa da falta de confiança dos companheiros de rua, que o convidam para praticar atos ilícitos. O risco de perder seus poucos pertences é constante, e a desconfiança das pessoas ao redor, em relação a ele como morador de rua, faz com que se lembre de que já sofreu por causa das infrações cometidas.

Pedro perdeu os pais e, há muito tempo, não tem contato com a filha de 11 anos, que mora em São Paulo com a mãe. Desde que foi preso, perdeu o contato total com todos os membros da família e alega que, atualmente, sua família é uma moça que conheceu no hospital, em umas de suas internações para tratar a TB multirresistente.

Reconhece a importância do CR para as pessoas que vivem ali disse que, se não fosse a equipe, teria morrido. Estava tão mal quando eles o acharam que, quando veio a si, achava que tinha morrido e estava no céu. Do mesmo modo, queixa-se da vida que levava. Usava

drogas e estava acometido por TB, mas nenhum companheiro de rua chegava para ajudar, só para oferecer mais drogas e convidá-lo para práticas ilícitas. O repouso à noite também é uma justificativa para a lamentação. Porém, Pedro sorri quando comenta sobre outros temas relacionados à sua rotina. A partilha na hora da comida e do álcool, muitas vezes, ocorre em tom de brincadeira e de descontração.

Aí (1) o pessoal que tá na rua tem a hora de se encontrar. Uns traz um burrinho, aí toma uma. Uns brinca, outros briga @ por causa das menina que mora na rua também, que dorme com a gente@. Sempre dá confusão! @Tu sabe, né? Tu não sabe porque tu nunca lidou com isso....viu falar! @Mas quem veve na rua (.) já ouviu falar, né?

@Porque vocês que trabalha com esses pessoal...quem veve na rua tem sempre uma companheirazinha, né? Uma jogadinha também, acompanhando a pessoa!@

@ Ai uns quer ficar com ela, outro quer também, ai termina em confusão, tendesse? É desse jeito@.

Ai quando amanhece o dia cada um vai olhar carro, outro limpar um jardim. Durante o dia se encontra, a noite.

O outro faz uma panelada, se ajunta um mói. É aquelas pelanca. Mistura tudo. Ai todo mundo come naquela hora. @Tem uns que é brigando pra comer primeiro. Outros já quer comer quando começa a ferver, não espera nem cozinhar.@ É quiném formiga! @É desse jeito!@

A gente chama os ponto da rua de CTI. Eu vim do CTI lá do mercado, perto da Cagepa. Ai arrumei umas discussão por lá e me afastei pra praça Cristo Rei. Agora fico só no estacionamento.

Tem muita gente que tem bom coração. Chega com uma roupa, com uma sopa (1) agora tem uma sopa que passa no carro, sabe?

É como a gente vai levando no dia a dia.

°As meninas do Consultório me pegaram quase morto°. Eu tava quase morto, e achava até que era uns anjos que vieram me buscar, sabe? Eu tava quase morto. Não tava mais me levantando, ai de repente, sabe?

Foi na primeira vez. Ai agora na segunda, já foi outra vez. Ai na terceira, já foi um cara que me internou.

Ai você pega! Porquê? Quem mora na rua não tem o que fazer, ai vai se deparar com o quê? Ai se dana a beber. Às vez a fumar droga, cigarro.

Quem mora não rua não tem sossego, não dorme a noite não, tá entendendo? Porque não tem como não!

Porque você tá dormindo ai chega um mexe com você, chega outro mexe. E outra coisa, a pessoa que veve na rua, que dorme na rua tem uma dormida de passarinho. Dorme 5 minuto e passa 10 acordado, porque fica com medo, né? De acontecer alguma coisa ruim.

Tem muita gente que gosta de fazer o mal.

A pessoa tá dormindo, tem uns que toca fogo, tem uns que (1) **é chei de mala**. E principalmente quem anda fazendo coisa errada sabe? Eu não!

*Graças a Deus eu morei 4 ano. [...]*

*Todo mundo gosta de mim, e todo mundo me ajuda. Agradeço muito e principalmente a vocês que me ajuda, entendesse? Na rua eu hoje tenho muita amizade. Todo mundo gosta de mim.*

Apesar de todos os embaraços impostos para se viver na rua, Pedro narra seu cotidiano de maneira descontraída. Sobrevive driblando as dificuldades e reinventando seu modo de viver a cada dia e mostra como se dão as relações sociais.

Falou sobre saúde, doença e de sua visão sobre o adoecimento:

*Oxe! Saúde é uma coisa boa, homi!*

*Não tem nada melhor no mundo que a saúde da pessoa. Porque a pessoa tem coragem pra se levantar, tem coragem pra andar, tem coragem pra correr, pra trabalhar! Pra tudo, sabe?*

*A pessoa sem saúde não é ninguém não!*

*/Já a doença é a coisa mais ruim que tem no mundo/*

*/Você sente vontade de comer uma coisa e não pode! /*

*°/Você sente inveja de quem joga uma bola e sentir inveja dos outro é pecado, mas, não pode dá uma carreira?!°/*

*Porque eu mesmo não posso dá uma carreira que eu canso!*

*Eu passo é mal. Eu acho que não trabalho mais em serviço pesado não! Por causa do meu pulmão! Meu pulmão tá acabado!*

*/A pessoa que tem essa doença ele não tem saúde mais não/.*

*Pra voltar, ela volta por besteira, basta fumar ou beber!*

*/E outra coisa: é muito difícil a pessoa arrumar um trabalho, tendesse?/ Porque quando a pessoa vai arrumar um trabalho, tendesse? O pessoal pede logo um laudo médico. E ali tem né? Que a pessoa teve tuberculose.*

*E tem gente que pensa que tuberculose é coisa de outro mundo. Já não quer a pessoa junto, tá ligado? É muita humilhação, entendesse? Não quer a pessoa junto. Tem gente que chega*

*(1) uma humilhação!*

*No hospital tem umas enfermeira que bota a mão na boca pra falar com a gente. Uma besteira! Porque se Deus, quiser ela pega na mesma hora!*

*Eu não tô mais soltando bacilo(.) porque se tiver uma pessoa perto (.) do jeito que eu já tive três vez, se chegar alguma pessoa mal perto de mim, ai eu pego de novo!*

Essa narrativa mostra que a chegada da doença gerou uma ruptura na vida de Pedro. Ele considera o adoecimento muito desagradável e penoso, porque, além de sentir incômodos físicos, passou por situações constrangedoras pelo fato de a doença ser a TB. Além disso, o fato de não poder mais trabalhar devido ao seu estado geral lhe causa um grande mal-estar.

**Mas o meu problema sério na verdade é o do coração.**

@E pra cuidar da saúde é com é como Deus quer@.

@É como animal, ninguém liga de ir numa farmácia, num hospital, nem essas coisa! @

@Só quando tá nas última mermo@.

Não liga porque não quer saber merm-.

Porque as vezes, se saber é pior.

Eu nunca vou atrás de cuidar da saúde não.

Quando sai do hospital, fiquei pegando os remédio no PSF de Mangabeira. Recebia uma cesta basicazinha. @Que não dava pra nada porque quando chegava no mei da galera@. @**Todo mundo comia um mói todo@só de uma vez só@.** Ai pronto!

As menina do PSF passava com os remédio pra dá, mas tem dia que não encontrava a pessoa, porque quem mora na rua anda demai, boy!

Tem dia que a gente tá aqui, @tem dia que tá na praia@

Anda muito! É! Desse jeito. Quando um ponto não tá bom aqui, eles procura outro.

Os cuidados com a saúde de quem mora na rua são precários. A falta de interesse e de estrutura deixa margem para o adoecimento e suas complicações. A itinerância dessas pessoas também dificulta esse cuidado. Existe certa naturalização do adoecimento, e a saúde não é considerada como uma prioridade no contexto geral em que se vive.

Eu sou multirresistente, sabe?

Já tive tuberculose três vez. É quando dá mais de duas vez. Ai o bacilo já vem mais forte. Ai são **nove** comprimido.

Começou com uma tosse, eu já disse, entendesse?

Foi no presídio do Roger. Na primeira vez que tive a doença, não procurei ninguém. Tava ruim mermo. Nem me levantava. Foi os agente do presídio do Roger. Não foi eu que procurei. Me levaram pra o hospital Clementino.

Eu tinha frio, febre e não tinha apetite pra comer, entendesse? Sentia frio. Oxe! Uma hora dessa?(16:00) eu tinha era que tá enrolado. Era aquele frio, uma frieza maior do mundo. Sem vontade de trabalhar nem nada.

Eu tinha uma barraquinha lá na cela, e entrava pra dentro e até com saco plástico eu me vestia. Eu me vestia com saco plástico por causa do fri. Porque o saco esquenta, né? Quando o saco esquentava a febre saia. E não comia. Porque que tem esse problema não sente fome não.

A primeira vez que levaram eu pra o hospital, ai depois de 2 mês eu sai. E voltei pra lá. E debandei a usar droga de novo.

Ai quando minha pena foi diminuindo, cheguei na Penitenciária Média (1) ai liguei pras meninas do Consultório e elas deram um jeito, levavam meu tratamento. Enquanto tava preso, fiz o tratamento.

Ai, depois, fiquei só indo pra o presídio fim de semana, e depois fui pra ficar só assinando no mês....ai abandonei o tratamento e fiquei mal mermo. **Minhas perna tava inchava, chega tava rachando, feito uma panela. Vi a hora eu morrer.**

Na rua não tem como, se tratar direito, né?

Não tem lugar certo pra guardar meu remédio!

Não tem o alimento certo! Ai não tem como se tratar na rua, entendesse? Enquanto eu tava no presídio da Média, eu tava tomando. Ai quando voltei pra rua eu botei numa sacola e não lembrava mais.

*Ai ficava tomando na hora errada (1).*

Vamo supor: era pra tomar de 8 hora e eu só lembrava de 11. Ai o germe (.) é como esse cupim, **não tem cupim que come madeira? Do mermo jeito dá no pulmão da pessoa. Ai o remédio não combate mais, porque não tá tomando na hora certa, não tá se alimentando, tendesse?**

E também na rua não tem onde tomar banho, lavar roupa.

[[As veze a pessoa é humilhado]](1). Na alimentação (1) durmida.

**Em tudo!**

E a comida a pessoa quem cozinha mermo, numas panela veia. Suja. Não lava nem nada. Come umas pelanca, umas carne veia. Do jeito que chega, só joga dentro da água da panela, torra, come com farinha, do jeito que tiver. Pra sobreviver, né?

*Nunca me deparei pra pegar coisa dos outro.*

*Já erreí, sabe? Mas não quero errar mais nunca na minha vida. °Eu já sofri bastante. Sofri demais°.*

[[Sofri 7 ano dentro de prisão. Perdi, bem dizer, minha família todinha pra o vício. Ai eu peço muito a Deus que eu não volte pra esse vida.]]

Ao narrar sobre o adoecimento, Pedro diz que, apesar de todo o sofrimento que a doença impõe, ele não se abalou quando soube do diagnóstico de TB. Ele é multirresistente e refere que suas necessidades básicas não atendidas na rua - alimentação, higiene, abrigo, repouso e afeto - são evidentes e urgentes, e que só poderá fazer o tratamento correto da doença quando elas estiverem sendo satisfeitas. Também afirmou que deseja ter uma companheira ao seu lado, mas que é difícil achar, porque muitas mulheres também usam

drogas na rua e porque ainda não tem uma casa. Fala de planos para um futuro próximo, que inclui, além da companheira, um lugar para morar que não seja a rua.

Resolvi me tratar direito, porque eu sofri muito.  
Agora tô guardando meus remédio no Lojão da Cerâmica.  
E eu peço a Deus que arrume uma companheira que não tenha vício nenhum, pra eu não cair nessa vida de novo. Mas pra isso tá difícil, né? Porque tem que ter uma casa, um negócio pra gente ficar.

Mas eu peço muito a Deus que dê certo o INSS porque fica melhor.

Eu alugo um cantinho, numa favela merma. Enquanto aparece alguma coisa melhor.

Comprar um pedaço de terreno, qualquer coisa. Eu penso assim, sabe?

E peço a Deus que dê certo. Porque quem veve na rua, pra arrumar uma companheira pra não ser uma drogada, ou que vive bebendo direto, é difícil demais. [...]



**Fonte:** Imagem capturada durante a coleta dos dados - 2016

### ***Pneumotórax***

*Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.  
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.*

*Tosse, tosse, tosse.*

*Mandou chamar o médico:*

*— Diga trinta e três.*

*Trinta e três . . . trinta e três . . . trinta e três . . .*

*Respire.*

*O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.*

*Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?*

*Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.*

(Manuel Bandeira)

## 5 AGRUPAMENTO E COMPARAÇÃO DAS TRAJETÓRIAS INDIVIDUAIS

O agrupamento das narrativas e a comparação das trajetórias individuais originaram duas categorias:

### 5.1 EXPERIENCIARES DE ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE NO ASFALTO: CONTRADIÇÕES E ENFRENTAMENTOS RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES DE VIDA

A condição de pobreza extrema e de vulnerabilidade à qual as pessoas que vivem em situação de rua são expostas, repercute, quase sempre, em um cenário cujo pano de fundo apresenta vínculos familiares interrompidos ou bastante fragilizados, desemprego e uso de álcool e de outras drogas. Sobre(viver) no contexto da rua é um desafio para as pessoas que se submetem a essa prática e para implantar políticas públicas intersetoriais.

A necessidade de uma estrutura mínima relacionada à moradia para se continuar vivo e prover cuidados com a própria saúde determina uma condição de infortúnio. Nesse sentido, a falta desse suporte acentua o conjunto de fortes experiências que vão marcar profundamente as trajetórias de vida de cada uma dessas pessoas, cujos recortes narrativos apontam dificuldades significativas na luta por sobre(viver) na rua.

Quando a pessoa não tem uma casa e mora na rua, passa por muita coisa durante a noite. É muito sofrimento, muita tristeza.

Quando chove, a gente vai pra algum lugar pra se esconder, pra não molhar as nossas coisas. Castro Alves

A dificuldade mai é porque as veze não tem banhe certo! Um torneira...água pra tomar banhe.

E a durmida?. A durmida...porque eu tô aqui nesse terreno mai quando o dono vim (1) Porque é assim: quem mora na rua não tem canto certo pra dormir porque tá aqui, tá ali, tá aculá. Tá num canto a poliça chega tira dali.

Os pessoal liga pra poliça, as poliça pensa que a gente é marginal, bandido, manda a gente sair daquele local, ai você já vai pra outro, ai não tem canto fixo pra descansar, pra dormir. O ruim é isso.(46-54) (Cruz e Sousa).

O álcool é o pior que tem, e a droga que não tem futuro. Acaba com tudo! E todo mundo acha que quem mora na rua é marginal. Porque eu já fui ruim um dia. °Mas agora tô acabado°. As drogas acabaram comigo. E a tuberculose também! (61-68) (Castro Alves).

No Brasil, o albergue configura-se como a principal estratégia destinada a abrigar as PSRs e a atender às suas necessidades. Além disso, esse equipamento social deve oferecer um ambiente acolhedor, onde as pessoas se sintam seguras (BISCOTTO et al, 2016).

Pesquisa de Andrade, Costa e Marquesi (2014) apontou algumas vantagens e desvantagens do albergue, segundo as PSRs. Algumas afirmaram que gostam dos albergues porque eles proporcionam cuidados de higiene, repouso e alimentação. Outros falam que a rotina, as normas rígidas e os maus-tratos são insuportáveis para se viver nesses lugares. Há, ainda, os que dizem o contrário. A falta de normas deixa a convivência muito a desejar. A perda da autonomia e a imposição da convivência forçada também foram citadas por eles.

Em João Pessoa, os serviços disponibilizados que se assemelham aos albergues são: a Casa de Acolhida e o Centro POP. O primeiro, até o momento da pesquisa, oferecia 30 vagas (insuficientes para amenizar a problemática, visto que o município contava com, aproximadamente, 500 PSRs) e as pessoas podiam ficar lá por um período de até três meses (tempo considerado razoável para se conquistar um emprego), com direito a alimentação, a banho, a um espaço para dormir e socialização, além do apoio de uma equipe formada por assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros. Já o Centro POP disponibilizava alimentação, atividades de recreação, banho e apoio psicossocial, mas não oferecia pernoite.

Bezerra et al (2015), em um estudo sobre o cotidiano de pessoas em situação de rua, realizado em Maceió (AL), constataram que a maioria geralmente prefere dormir em albergues para tomar banho, alimentar-se e se proteger da violência, das mudanças climáticas e de animais, além de terem mais conforto, porque, fora deles, dormem no chão, forrado com papelão. Os que preferem a rua apontam como desvantagens do albergue a falta de liberdade de usar drogas e/ou o horário de chegada para conseguir vagas.

O resultado da pesquisa realizada com PSRs atendidas em um grande Centro de Saúde para o controle da TB, em Londres - Reino Unido – apontou algumas das barreiras individuais e institucionais para se ter acesso aos cuidados e ao tratamento. Grande parte da prevenção da doença incide sobre a necessidade de aumentar a conscientização através do reconhecimento dos sintomas. No entanto, a pesquisa mostrou que os pacientes tendem a normalizar seus sintomas no contexto de sua vida cotidiana (CRAIG; JOLY; ZUMLA, 2014). Esse resultado também foi encontrado neste trabalho.

O estudo de Maffaccioli, Oliveira e Brand (2017) identificou que 91,6% dos participantes apontaram o histórico de situação de rua como fator principal para que abandonassem o tratamento medicamentoso. Assim, o abandono do tratamento resulta em reincidência nas internações e em casos de TB-MDR, que também constatamos neste estudo.

Devido às condições insalubres a que as PSRs estão expostas na rua, o adoecimento é quase que inevitável, e a contaminação por TB ocorre, principalmente, com os que se abrigam em espaços apertados e com pouca ventilação. Como resultado, o corpo sofre.

A forma pós-primária da TB pode ocorrer em qualquer idade, porém é mais comum nos adultos jovens. Os principais sintomas são tosse (seca ou produtiva), escarro (pode ser sanguinolento) e febre ao entardecer. Também são comuns sintomas como sudorese noturna, falta de apetite e emagrecimento (BERTOLOZZI, 2014).

E a tuberculose é um germe, a tuberculose. [...].

Eu comecei primeiro é (1) dor de cabeça, frio, as perna fraca, comia pouco, líquido pouco, comecei a sentir mal, começava a dá queimor na garganta, dano queimor na garganta. Cruz e Sousa

*O ruim de ter tuberculose é a agonia da tosse, e de noite faz frio na rua quando chove, mas fora isso, não tem nada demais. Não tive muito aperreio. Quando soube da tuberculose, fiquei tranquilo. Sou um camarada tranquilo. Não se assusto com nada, não. Lá no hospital fizeram um bocado de exame. E disseram que era tuberculose (1). Pra mim não foi nada demais[tosse]. (Castro Alves)*

*Mas quando descobri que estava com tuberculose não senti nadinha não. Só queria ficar bom logo, mais nada não. Pedro de Calasans.*

Quando eu descobri que estava com tuberculose não senti nada não, pensei: vou se tratar normal. Eu não sou assim, não. Nem fiquei aperriado, porque tem gente que se aperreia, quer botar a corda no pescoço, não sei o quê! Eu não! É o jeito se tratar. (Augusto dos Anjos)

Mesmo que estudos apontem o caráter estigmatizante da TB (BRASIL, 2015; CHANG; CATALDO, 2014; LY et al, 2013), na perspectiva das narrativas dos sujeitos participantes deste estudo, o caráter simbólico de “descobrir” que está com a doença encontra-se em segundo plano, talvez pelo fato de suas condições gerais de vida causarem mais impactos e serem elencadas como prioridades. Para eles, a saúde está ligada à capacidade de enfrentar as dificuldades oriundas do seu cotidiano na rua, enquanto o conceito de doença está ligado à impossibilidade de lutar para sobreviver (AGUIAR; IRIART, 2012).

Carneiro Júnior et al (1998, p. 56) afirmam que

estar doente diz respeito à incapacidade de locomover-se na vida. Tal estado ocasiona impedimento de ir à procura de outros lugares, como por exemplo, das "bocas de rango" (lugares onde se fornece alimentação, organizados

principalmente por entidades filantrópicas e religiosas) e, portanto de viabilizar a sobrevivência. Salienta-se ser importante essa maneira de perceber o agravo, já que confuta com a concepção de adoecimento e de necessidades de cuidados dominantes na sociedade, ou seja, aquela vinculada predominantemente à manutenção da força de trabalho.

Para Baptista (2006), a maneira como a pessoa percebe o adoecimento varia de acordo com seu aprendizado, seus valores e seus costumes relacionados à saúde e à doença, assim como as formas como comunicamos aos outros o sofrimento. A doença é um processo construído socialmente, e não, apenas, uma condição orgânica especial.

Grande parte das discussões no meio científico é para analisar as respostas sem compreender a visão de mundo dos doentes e de seus familiares. Todavia, a maneira como as pessoas vivem e pensam está diretamente ligada ao modo como percebem e enfrentam a doença. O fato de não compreenderem que é preciso se prevenir de doenças pode potencializar a vulnerabilidade a certos agravos, como a TB, por isso é imprescindível conhecer o conjunto de experiências intelectuais do doente sobre o processo saúde-doença (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2004).

Oliveira et al (2015) concluíram que a percepção da gravidade da doença é determinante para procurar o serviço de saúde. Nesse sentido, aspectos a serem considerados na construção dessas narrativas podem ser uma dificuldade real de compreender essa gravidade e/ou de não quererem procurar ajuda em um serviço de saúde, visto que só têm acesso a eles quando o CR, os serviços de urgência e emergência ou instituições de caridade os levam.

Quando começa o tratamento através da APS, em uma UBS, certamente o sujeito deverá dirigir-se a ela periodicamente para ser acompanhado e receber as orientações e os cuidados de acordo com suas necessidades. Nesse movimento, em muitas circunstâncias, as equipes ainda reproduzem o cuidado centrado na atuação médica, orientados por atos prescritivos (MERHY, 2002) e protocolados, e apresentam exigências como horários fixos na agenda da assistência e a falta de atendimento no momento em que as pessoas apresentam efeitos colaterais, o que resulta em uma baixa adesão ao diagnóstico e ao insucesso no tratamento.

Um estudo realizado em São Paulo apontou que, aproximadamente, 42% das PSRs relataram problemas de saúde na semana anterior à entrevista; desses, 62% procuraram atendimento em um serviço de saúde; dos 38% que não procuraram atendimento, 43% consideraram desnecessário; 22% praticam a automedicação; 8% referiram que o atendimento seria demorado, e 5% alegaram falta de dinheiro (BARATA et al, 2015).

Essa resistência a procurar os serviços de saúde espontaneamente também pode acumular problemas de saúde e gerar reincidência de doenças mal tratadas, como tem acontecido com a TB (VARANDA; ADORNO, 2004). Em uma pesquisa sobre desigualdade social em saúde na população em situação de rua, Barata et al (2015) constataram que cerca de um terço dos participantes afirmaram sentir-se discriminados nos serviços de saúde. Muitos são os obstáculos que as pessoas que vivem em situação de rua com TB encontram para aderir ao tratamento, e isso representa um desafio para a Saúde Coletiva. Além das questões desafiadoras já citadas, depois de aderir ao tratamento, o paciente deve conscientizar-se de sua importância para enfrentar as reações adversas e não abandonar o tratamento. Essas reações adversas podem se manifestar de maneira intensa ou branda. Quando são menos intensas, geralmente não é necessário suspender o esquema de medicamentos, e a maioria dos pacientes consegue finalizar o tratamento. Os principais fatores de risco para o aparecimento de reações adversas são: idade a partir de 40 anos, desnutrição, alcoolismo, doença hepática prévia e coinfeção pelo HIV, com fase avançada de imunossupressão (BRASIL, 2011).

O pessoal das comunidade traz comida pra nós. São muito legal. @Se não fosse eles, era ruim, porque os remédios dá uma fome de onça.@ E também porque a gente não tem descanso. O tratamento tem que ter descanso, porque os remédio é muito pesado(.) (Auta de Sousa).

*É ruim “demai” fazer o tratamento em rua! É ruim! (1). ‘Porque não faz o tratamento direito, não tem repouso, não tem descanso’(1). É como diz aquele ditado: a pessoa toma o remédio em jejum, 6 hora da manhã, “adepoi”, aí o café não tem hora certa (Augusto dos Anjos).*

Essas falas demonstram que os sujeitos participantes deste estudo são expostos diretamente a tais reações, uma vez que apresentam histórico de desnutrição e uso crônico de álcool, conforme apresentamos adiante.

No estudo de Dias (2013), alguns pacientes que faziam tratamento de TB consideraram as reações advindas dos medicamentos mais intensas do que as atitudes de preconceito que vivenciavam.

## 5.2 EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE NO ASFALTO: BARREIRAS NA ADESÃO E NA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

É fato que viver na rua deixa as pessoas mais vulneráveis a ingerirem álcool e outras drogas. Esse uso pode ser apontado como um suporte para lidar com as questões da vida na rua (VILLA et al, 2017) e pode ser considerado um estilo de vida sob a ótica cultural de quem vive no asfalto (SNOW; ANDERSON, 1998), o que resulta no abandono do tratamento. O uso de múltiplas drogas, como o tabaco, o álcool e/ou o crack, é uma prática frequente entre os participantes deste estudo. Por isso foram recorrentes os casos em que esses pacientes com TB abandonavam o tratamento para usar essas substâncias.

O tratamento da TB objetiva reduzir a morbidade, a mortalidade e a transmissão da TB. Para isso, é necessário o uso de fármacos que vão interromper a transmissão, prevenir a seleção de cepas naturalmente resistentes e prevenir a recidiva da doença (SOTGIU et al, 2016). Uma estratégia mundialmente recomendada para promover a adesão terapêutica denomina-se tratamento diretamente observado (TDO), uma modalidade supervisionada de administração dos medicamentos (BRASIL, 2011).

Ressalte-se, contudo, que a adesão do paciente ao tratamento ainda é um dos maiores desafios para o controle da TB (SILVA, 2017). De maneira geral, dentre os aspectos que dificultam a adesão terapêutica, podem ser elencados: esquecimento, outras prioridades, decisão de pular doses, falta de informação e fatores emocionais. Outras condições incluem tratamentos demorados e complexos, pobreza de informação acerca dos efeitos colaterais e como lidar com eles e não considerar o custo das medicações ou o estilo de vida dos pacientes (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

No tratamento da TB, identificamos os mesmos fatores, além da falta de informação dos familiares, do nível de escolaridade, do uso de álcool e outras drogas, das barreiras sociais, econômicas, demográficas e culturais, dos problemas relacionados aos medicamentos e ao TDO (SILVA et al, 2014).

Da outra vez que me internei, quando eu fugi, eu tava com três mês de tratamento, aí fiz mais um e quase matava o germe.

*°Mas eu gosto da lombra° Eu sei que faz mal. @Mas eu gosto@.* Faltava só dois mês, mas eu cai em contradição e comecei a beber, ai voltei pras droga [tosse]. (Cruz e Sousa)

Fiquei internado uns dias pra tratar a tuberculose e depois que fiquei um pouco melhor, pedi alta e fui embora (1). Fui embora porque não

gosto de ficar preso, e também porque precisava tomar uma cachacinha. Voltei pra rua! Eu pedi alta porque eram muitas furadas nas veias. Fiquei uns dois meses ou três (.) Era uma bolsa de remédio, e outra de comprimido. Muito ruim. E também sentia falta das drogas lá no hospital. Ai quando estava me sentido forte, pulei fora! (94-117). (Castro Alves)

*Na rua não tem como tratar. A pessoa só faz beber, levar fumar fumaça na cara.* (Pedro de Calasans)

*Mas na rua você acaba caindo em @disperdição de novo e volta de novo a se drogar e esquece o remédio@.* (117-133) (Cruz e Sousa)

Nessa narrativa sobre a escolha por usar drogas demonstra que os sujeitos têm consciência do mal que elas fazem ao organismo, porém, ao mesmo tempo, não pode ser compreendida sob uma ótica positivista, visto que é uma prática complexa e interpelada por fatores sociais, históricos, econômicos e culturais, que se afunilam com o campo das políticas públicas intersetoriais.

De acordo com Lindner (2016), durante a internação para se tratar da TB, as PSR recebiam todo um suporte de alimentação, higiene, repouso, além de aulas de português e de matemática se desejassem. A princípio, essas medidas faziam bem ao paciente, todavia, olhando a fundo toda a assistência e os cuidados oferecidos, a liberdade dos que vivem na rua é inteiramente afetada por um confinamento em um lugar com um muro alto, onde eles precisam seguir regras com as quais não estão acostumados.

A rua representa um espaço de novas sociabilidades e liberdades, especialmente para o uso de drogas, já que não há julgamentos da família ou de seu entorno. No entanto, quando as necessidades de saúde começam a exigir cuidados, também é preciso abrir mão dessa liberdade, porque a pessoa deverá ter disciplina para tomar os medicamentos, atenção redobrada à alimentação, aumentar a ingestão hídrica, tentar dormir melhor e, talvez, o mais embaraçado cuidado de todos: diminuir ou deixar de consumir álcool e outras drogas. Essas exigências, muitas vezes coagidas, podem representar as mesmas condições que levaram as pessoas a decidirem morar nas ruas, e isso gera um impasse quando precisam se decidir a cuidar da saúde e se recuperar ou seguir a vida em liberdade (LINDNER, 2016). A decisão a ser tomada retrata um desafio para aqueles que fazem da liberdade nas ruas uma alternativa de vida e para os que usam essa liberdade para ingerir álcool ou outras drogas como refúgio ou lazer, o que é uma barreira para que continuem a se tratar da TB.

Na pesquisa de Deus Filho e Carvalho (2018), a principal patologia relacionada com a TB foi o alcoolismo, e em um estudo sobre a recidiva de TB na cidade de Jundiá, os autores

constatarem que 17,6% dos casos eram etilistas, e 2,9% usavam outras drogas (BARDOU, 2016). Sá et al (2007) referiram que, entre outros fatores associados ao abandono do tratamento, destacam-se o etilismo, o tabagismo e o uso de drogas ilícitas. Maffaccioli, Oliveira e Brand (2017) assinalaram que o uso de drogas é uma justificativa para que as PSR não façam o tratamento correto da doença.

Um estudo de coorte retrospectivo realizado com PSR com diagnóstico de TB, em Portugal, apontou que esse grupo apresenta mais prevalência no uso de álcool e/ou de outras drogas e coinfeção pelo HIV. A taxa de tratamentos malsucedidos é alta e significativamente associada aos dois fatores citados (DIAS et al, 2017). Assim, a probabilidade de deixar o tratamento da TB é sete vezes maior nas pessoas que ingerem álcool e/ou outras drogas. Um estudo realizado na Nicarágua reafirmou essa afirmação como fator de risco significativo alta para o abandono do tratamento (ÁLVAREZ; CORREA; URIBE, 2009). Além disso, o alcoolismo predispõe ao comprometimento do tratamento e traz resultados desfavoráveis por causa da bebida (VILLA et al, 2008).

Considerando a realidade dos participantes desta pesquisa (usuários de drogas e/ou traficantes), podemos afirmar que uma justificativa deles para não priorizarem o tratamento da TB seria a necessidade fisiológica de usar drogas, denominada pelos mesmos de “fissura”, juntamente com o desejo de sentir o prazer que elas causam. Lindner (2016) concluiu que, apesar das dificuldades com que se deparam as pessoas que moram na rua, a prioridade de algumas delas é de usar drogas, talvez pelo prazer efêmero que ela proporciona, ao amenizar seu sofrimento físico e social.

Os participantes da pesquisa de Maffaccioli, Oliveira e Brand (2017) reconheceram que os conflitos nas relações sociais, sobretudo no âmbito familiar e no afetivo-sexual, impulsionam as PSRs a usarem drogas e a perderem o ânimo para cuidar da saúde.

*Porque lá no presídio tem mais droga do que na rua.*

*Aí debandei de novo. Abandonei o tratamento. Foi desse jeito. (Pedro de Calasans)*

*Por tudo que eu já passei, por tudo que eu já sofri (1) Sim, sofri porque eu já passei um bocado de tempo na cadeia. Se eu for contar o que fiz, vão me fazer voltar pra lá. (Castro Alves)*

Foram apontadas situações comprometedoras com a Justiça. Alguns sujeitos intitularam de ‘aventuras e viagens’ alguns crimes cometidos desde a adolescência, como furto, roubo, homicídio e tráfico de drogas. E, por causa do possível risco de serem

identificados como procurados pela Polícia (embora a equipe de CR tenha garantido o sigilo e o anonimato do estudo), eles se negavam a ser internados e a ficar em um local fixo, para que o CR levasse as medicações para o tratamento da TB (Diário de campo – 6/10/2015), alegando também ser “bicho solto”.

Na pesquisa realizada nas comunidades de Manguinhos - Rio de Janeiro - sobre o tratamento da TB no contexto de violência urbana, com profissionais de saúde e usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por TB, constatou-se que a necessidade de fazer o tratamento superava os possíveis riscos de serem identificados e presos, refutando o senso comum de que sujeitos em situação de vulnerabilidade tendem a não priorizar seus cuidados em saúde (FERREIRA, ENGSTROM, 2017). Esse resultado contraria a realidade deste estudo.

A abordagem do CR, nessas situações, era diferente da tradicional. As conversas descontraídas e sem barreiras linguísticas guiavam o acolhimento e fortaleciam o vínculo, que, quanto mais se consolidava, mais as PSR se sentiam seguras para seguir algumas orientações da equipe. Em cada bate papo, uma nova conquista por parte de ambos. A contação de histórias e as trocas que permeavam a semana das PSR faziam com que ambos compreendessem os pequenos progressos, que variavam da tomada dos medicamentos e da diminuição do uso de drogas até o aumento da ingestão hídrica concomitantemente com o álcool para diminuir a desidratação (Diário de campo – 8/10/2015).

Esse movimento ajudava a reduzir os danos causados pelo uso das drogas e os frequentes déficits vivenciados pelas PSR naqueles territórios existenciais.

A dificuldade que tenho é o cartão do SUS que o papai [o marido] rasgou numa briga. Aí agora eu não tenho mais.

Aí as gêmeas nunca mais vieram prá me levar prá tirar meu cartão prá pegar os remédio.

**Sem o cartão do SUS, a gente não é ninguém, sabia?**

Porque não atende em canto nenhum se você não tiver o cartão.

Vou fazer o quê? É três remédio. É quatro comprimido.

Eu como mais do que a onça!

Agora....eu já lutei. Já fui no Centro POP, já fui falei com uns pessoal, pra eles ir mais eu pra vê se arruma meu cartão pra pegar meus remédio, mas agora, nós tá tudo abandonado porque as duas gêmeas do Consultório de Rua tão sem carro.

Só vem duas vez. Amanhã e na quinta. Só vem duas vez na semana.

**E tem semana que nem vem. Aí eu não tô tomando nada não!**

Elas só vieram aqui quando eu tava com meu braço inchado, ai trouxeram remédio e olhe o remédio o que fez! **Eu sou assim mermo! Não gosto**

**de muita resenha não. Nós na rua tamo tudo badonado.**

porque o consultório não vem mais. Já faz é dia. (76-88) Auta de Sousa.

Essa narrativa ressalta as barreiras no acesso ao tratamento da TB. A falta do cartão do SUS impede o indivíduo de usufruir dos serviços públicos de saúde, e isso demonstra uma carência do sistema para lidar com pessoas que têm menos instrução e autonomia social.

Questões acerca das concepções do adoecimento e do processo de cuidado das PSR contribuem para a não adesão aos tratamentos de saúde, porém os aspectos relacionados à organização do serviço também podem ser decisivos para facilitar ou dificultar o acesso, como por exemplo, a exigência de documentação (CARNEIRO JÚNIOR et al, 1998). Entre tantas outras condições que cessam o direito das PSRs à saúde, acrescenta-se a condição de não ter documentos ou não os estar portando, como o cartão do SUS, o que as impede se cadastrar nas UBS, mesmo que o Artigo 19 da Portaria nº 940 dispense a comprovação de endereço domiciliar da PSR (BRASIL, 2011b).

Do mesmo modo, a ausência da equipe do CR para intervir nessa causa resulta em dois problemas: a paciente não faz o tratamento de saúde porque não tem o cartão do SUS e não tem o cartão porque a equipe de CR não está atuando na área. Assim, o tratamento foi interrompido e correu o risco de não ser concluído.

A presença da equipe de CR junto com a população de rua é fundamental para ampliar os direitos dessa população à saúde. A PSR não conhece esses direitos, acredita, em alguns momentos, que os serviços oferecidos pelo SUS são favores e presume que o CR é o único serviço responsável por eles e que só podem adentrar os demais por meio da equipe (Diário de campo, 12/11/2015). Com essa crença, as PSR ficam dependentes do CR, que conhece suas necessidades, particularidades e singularidades. Por outro lado, esse pensamento reproduz uma falta de autorresponsabilização por parte desse público, que pode estar associada ao desconhecimento dos seus direitos, conforme já comentado.



**'Tempos difíceis' - Hubert von Herkomer**  
**Pintor inglês (1849-1914)**

### *Rua da Passagem*

*A cidade é tanto do mendigo  
Quanto do policial  
Todo mundo tem direito à vida  
Todo mundo tem direito igual  
Sem ter medo de andar na rua  
Porque a rua é o seu quintal  
Todo mundo tem direito à vida  
Todo mundo tem direito igual  
Boa noite, tudo bem, bom dia,  
Gentileza é fundamental  
Pisca alerta prá encostar na guia  
Com licença, obrigado, até logo, tchau.*

(Lenine)

## 6 SÍNTESE NARRATIVA COLETIVA

As trajetórias individuais expostas neste trabalho são permeadas de subjetividade e multifacetadas. Elas foram comparadas pelas semelhanças e resultaram na apresentação de uma síntese narrativa, construída com base nos fragmentos das narrativas dos participantes. Portanto, apresentamos uma síntese narrativa coletiva, elaborada com base nas experiências narradas, que representam os significados e as experiências de pessoas em situação de rua, relacionados ao viver na rua e ao adoecer de tuberculose.

*“Sou um apanhado das histórias que narram os significados e as experiências de pessoas em situação de rua acometidas por tuberculose que aqui foram relatadas. Sou homem e mulher, tenho idades de adulto jovem, apenas creio em Deus e também posso ter várias religiões. Vivo longe de minha família há alguns anos. Saí de casa movido por conflitos familiares. Meu temperamento difícil gerava brigas. Fui forçado a deixar minha casa e foi melhor assim. Desde que vim para a rua, consigo meu sustento vendendo material reciclável, vigiando e lavando carros e mangueando nos semáforos. Mas também me envolvi em atividades ilícitas. Usei todos os tipos de drogas, das mais simples às mais pesadas. A sobrevivência na rua é muito difícil. Situações de solidão, medo, perdas, abandono e violência são muito constantes em minha vida. Aos olhos dos outros, sou uma ameaça. E do mesmo modo, não sou ninguém. Não significo nada. Nem existo. Sou invisível. Porém, eu respeito a todos os que me respeitam e não me olham atravessado. Gosto de conversar bastante, mas tem horas que prefiro distância das outras pessoas. A visibilidade em relação a quem mora na rua é seletiva pela sociedade. E é demonstrada através do controle, da repressão, do viés do assistencialismo e da caridade. Exposto a todas as formas de exclusão e invisibilidades pelo meu despertencimento familiar, de moradia fixa e de trabalho formal, hoje tenho várias carências gritantes e algumas doenças. A tuberculose é uma delas. Lembro que, quando tive a notícia do diagnóstico, não fiquei assustado. Essa doença, para mim, não representa nada demais. Tudo o que faço nessa vida é viver um dia de cada vez. E apesar de ter sonhos, não penso muito no futuro. Preciso pensar em como conseguir comida para daqui a pouco ou até mesmo a droga. Também necessito ver aonde vou dormir, caso esteja chovendo. Então, a tuberculose é apenas uma coisa a mais dentro do meu mundo de necessidades. Os sintomas são bastante incômodos, porém as condições de vida em que me encontro me fazem sofrer mais. Gostaria de fazer o tratamento dessa doença, mas é muito demorado. A rua não me dá condições para fazê-lo e por isso é necessário internamento. Porém, ficar no hospital não me agrada. Não gosto de ficar preso e curto o uso de álcool*

*e/ou de outras drogas. Assim, logo que os sintomas desaparecem, eu volto para a rua antes de finalizar o tratamento. Sei que isso torna a tuberculose multirresistente e que isso não é bom. Na rua, tenho dificuldade de finalizar o tratamento, principalmente porque tenho a tentação das drogas. Eu gosto do efeito que elas fazem no meu corpo, embora saiba que as mesmas podem me causar prejuízos. Então, acabo deixando a ingestão dos medicamentos para fazer o uso de drogas. Agora não consigo mais trabalhar como antes. E outras coisas não me ajudam nos cuidados que preciso para seguir o tratamento. Passo fome, frio. Meus medicamentos estragam por causa da chuva ou ficam expostos ao sol. Até mesmo podem desaparecer. Os outros companheiros de rua podem vendê-los. Já aconteceu de não poder pegá-los porque meu cartão do SUS foi extraviado. Também não consigo dormir ou ter repouso direito porque a violência me tira o sono à noite e preciso correr atrás da minha comida, mesmo naqueles dias em que estou bem sofrido, com tosse, febre e muito cansaço. Preciso sair em busca do sustento diário. Eu tenho o sonho de ter uma casa para morar e dá abrigo a alguns dos meus companheiros de rua. Também gostaria de arrumar uma pessoa para amar e me fazer companhia. Mas também gosto da liberdade que tenho morando na rua”.*



**Hariton Platonov - Pintor russo (1842-1907)**

### ***Paciência***

*Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma. Até quando o corpo pede um pouco mais de alma. A vida não para. Enquanto o tempo acelera e pede pressa. Eu me recuso, faço hora, vou na valsa. A vida é tão rara.*

*Enquanto todo mundo espera a cura do mal. E a loucura finge que isso tudo é norma. Eu finjo ter paciência.*

*O mundo vai girando cada vez mais veloz. A gente espera do mundo e o mundo espera de nós. Um pouco mais de paciência.*

*Será que é tempo que lhe falta pra perceber. Será que temos esse tempo para perder. E quem quer saber. A vida é tão rara, tão rara.*

*Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma. Mesmo quando o corpo pede um pouco mais de alma. Eu sei a vida não para a vida não pára não.*

*Será que é tempo que lhe falta pra perceber. Será que temos esse tempo pra perder E quem quer saber?*

*A vida é tão rara. Tão rara. Tão rara.*

*A vida é tão rara.*

(Lenine)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já referimos, nesta pesquisa, foi empregada a abordagem narrativa para analisar os significados e as experiências de pessoas em situação de rua (PSR), relacionados ao adoecimento por tuberculose (TB).

O estudo apontou que as condições precárias em que vivem as PSR acometidas por tuberculose e os contextos em que interagem lhes impõem um comportamento que prioriza a busca pela sobrevivência. Ao mesmo tempo, o adoecimento lhes parece resultante da forma como vivem na rua. Apesar de os sinais e os sintomas da TB causarem incômodo, sofrimento e dor, o impacto por causa do diagnóstico e o tratamento não fazem com que essas pessoas abram mão do seu modo de viver, ou seja, as ações de autocuidado por parte das PSR não estão centradas no enfrentamento da TB, mas nas necessidades de sobreviver.

Também se constatou que todas as carências estruturais, sociais e afetivas ocasionaram a falta de pertencimento e um vazio existencial por parte das PSR, que ora parecem não se importar com a maneira como seus modos de viver as afetam, como se fossem um nada, sem voz, sem alma, apenas um corpo que habita o inabitável e não tem nada a perder.

Entendemos que as condições de vida de PSR com TB não favorecem a adesão ao tratamento e à sua continuidade. Portanto, é necessário um enfoque multidisciplinar, voltado para os fatores de risco relacionados à forma como essa população vive, e não, apenas, ao aspecto biomédico. Assim, a articulação em rede da área da saúde com a assistência social, nutricional e psicossocial pode intervir favoravelmente nas principais barreiras apontadas por PSRs acometidas por TB, para aderir ao tratamento e continuar a fazê-lo. Nessa perspectiva, é preciso um olhar direcionado às peculiaridades desse grupo populacional. Isso requer a articulação dos setores de saúde, educação, habitação, desenvolvimento social, lazer, cultura, entre outros.

Este estudo apresentou algumas limitações importantes, a saber: a coleta dos dados, em alguns momentos, foi adiada, por causa de acontecimentos inesperados no cenário do estudo (chuvas, outra chamada de urgência, briga no grupo próximo ou chegada de traficante pedindo para que a conversa se encerrasse), os participantes, às vezes, marcavam a entrevista, mas não compareciam por terem ingerido álcool e outras drogas e o fato de, em algumas vezes, o participante não estar no local combinado.

Esperamos que o estudo possa contribuir para se intensificarem as discussões a respeito da subjetividade que permeia as experiências de pessoas que vivem em situação de rua relacionadas à vivência nesse ambiente e ao adoecimento por TB.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **História oral na Alemanha:** semelhanças e dessemelhanças na constituição de um mesmo campo. Rio de Janeiro: CPDOC, 1996.

AL ALAM, M. C. L. **População em situação de rua:** o território como lugar de trabalho em saúde. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pelotas, 2014.

ALECRIM, T. F. A. **A rua que acolhe, a rua que cura:** equipe de Consultório na Rua como estratégia para atenção à pessoa com tuberculose. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, 2015.

AGUIAR, M. J. G. **Moradores de rua na cidade do Guarujá - SP:** condições de vida, saúde, emoções e riscos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos. Santos, 2014.

AGUIAR, M. M; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia - Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 28:115-24, 2012.

ÁLVAREZ, M; CORREA, M; URIBE, M. Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con tuberculosis. **Medicina UPB**, 28(1):22-32, 2009.

ALVES, P. C; RABELO, M. C. B. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,. 264 p., 1999.

ALVES, P. C. **A experiência da enfermidade:** considerações teóricas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, jul/set, 1993.

ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do estado de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1248-1261, 2014.

ARAÚJO, K. M. F. A. et al. Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001- 2010. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 296- 302, 2013.

BAPTISTA, C. M. de A. **Das tramas do corpo ferido: dor e sofrimento em narrativas de mulheres.** Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Programa EICOS – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, 2006.

BARATA, Rita Barradas et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 219-232, jun/2015.

BARBOSA, I. R.; COSTA, I. C. C. Estudo epidemiológico da coinfeção por tuberculose - HIV no Nordeste do Brasil. **Rev Patol Trop**, Vol. 43 (1): 27-38. jan-mar, 2014.

BARDOU, M. L. D. et al. Recidiva de tuberculose: perfil clínico e epidemiológico. **Medicina** (Ribeirão Preto), 49(3):258-64, 2016.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 93, n. 2, p. 83-89, jun/2014.

BEZERRA, I. H. P.; MACÊDO FILHO, Irivan; COSTA, R. J. L. M. et al. População em situação de rua: um olhar da Enfermagem sobre o processo saúde/doença. **Enferm Revista**, 18(1):3-14, 2015.

BISCOTTO, P. R.; JESUS, M. C. P.; SILVA, M. H. et al. Understanding of the life experience of homeless women. **Rev Enferm USP**, 50 (5):749-755, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8742. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 de dezembro de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de setembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da tuberculose no Brasil – PNCT**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

BRASIL. Portaria n<sup>o</sup> 940, de 28 de abril de 2011. **Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)**. Diário Oficial da União 2011; 2 mai.2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012c.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa**: experiências do Distrito Federal, de Paris e de Londres. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico**. 2014; 45(2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico**. 2015; 46(9).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico**. 2017; 4(8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico**. 2018; 49(11).

BROWN, P. Antiguidade Tardia. In: VEYNE, P. (org.). **História da vida privada, 1**: do Império Romano ao ano mil. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

BURSZTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: \_\_\_\_\_. **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, p. 27-52, 2000.

BURY, M. Illness narrative: fact or fiction? **Sociol. Health Illn.**, v.23, n.3, p.263-85, 2001.

CALIARI, J. S; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 43-47, 2012.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes. 1998.

CASTELLANOS, M. E. P. **O adoecimento crônico infantil: processo e narrativa – contribuição para o estudo de pacientes com fibrose cística e asma**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 430 f, 2007.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado com a saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, dez/2004.

CARNEIRO JÚNIOR. N.; NOGUEIRA, E. A.; LANFERINI, G. M. et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde Soc**, 7:47-62. 1998.

CARNEIRO JÚNIOR. N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A estratégia de saúde da família **Saúde Soc**. para equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. 19(3):709-16. jul./set; 2010.

CHANG S. H.; CATALDO, J. K. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, 18, 168 - 173. 2014.

CRAIG, G. M.; JOLY, L. M.; ZUMLA, A. ‘Complex’ but coping: experience of symptoms of tuberculosis and health care seeking behaviours - a qualitative interview study of urban risk groups, London, UK, **BMC Public Health**, 14, 1, 2014.

DANTAS, B. S. et al. Políticas públicas sobre drogas e população de rua: humanização ou coisificação dos sujeitos?. **Revista Gestão & Políticas Públicas**. vol. 2(2): 267-287, 2012.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

DEUS FILHO, A.; CARVALHO, I. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose em Hospital Universitário de Teresina - PI. **J. Ciênc. Saúde** [internet], 2018.

DIAS, Ana Angélica Lima et al. Tratamento da tuberculose na visão do usuário. **Revista Rene**, v.4, n.6, p.1133-1140, 2013.

DIAS, M. et al. Tuberculosis among the homeless: should we change the strategy? **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Volume 21, Number 3, 1 March, pp. 327-332(6), 2017.

DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. Atlas, São Paulo, 2006.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**. 7(2), 371-378, 2002.

DRURY L. J. From homeless to housed: caring for people in transition. **Journal of Community Health Nursing**. 25:91-105, 2008.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. “Vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro”. In: BURSZTYN, Marcel (org.). **No meio da rua: nômades, excluídos, viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, jun/2016.

FARIAS, B. G. de. **Narrativas autobiográficas sobre o processo de saída da situação de rua**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Curso de Pós-Graduação em Psicologia. 114 f., 2014.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016.

FERREIRA, F. P. M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos**: o caso de Belo Horizonte 1998 - 2005. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais. 2005.

FERREIRA, J. T.; ENGSTROM, E. M. Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.4, p.1015-1025, 2017.

FRAGA FILHO, W. **Mendigos, moleques e vadios na Bahia do Século XIX**. São Paulo: editoras HUCITEC e da UFBA, 1996.

FRAGA, P. **População em situação de rua e acesso à saúde**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

FRANK, A. W. **The wounded storyteller**. Body, illness and ethics. 1st ed. London, UK: The University of Chicago Press Ltd; 1995.

GEREMEK, B. **Os filhos de Caim**: vagabundos e miseráveis na literatura européia, 1400-1700. São Paulo: Cia. Das Letras, 1995.

GERMANO, I.; CASTRO, C. A. Pesquisa em saúde: Perspectivas narrativistas, métodos e níveis de análise. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 28, n. 60, p. 17-29, jan-mar/2010.

GÓMEZ, M. A; CORREA, M; RÍOS, M. U. Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con tuberculosis. **Medicina UPB**, 20:22-32, 2009.

GOOD, B. J. **Medicina, racionalidad y experiència**: una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra; 2003.

HÅKANSON, C. R. N.; ÖHLÉN, J. R. N. T. Illness narratives of people who are homeless. **Int J Qual Stud Health Well-being**. 11: 10, 2016.

HINO, P.; CUNHA, T. N. da.; VILLA, T. C. S. et al. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1):1295-1301, 2011.

HOA, N. B. et al. Household expenditure and tuberculosis prevalence in VietNam: prediction by a set of household indicators. **Int J Tuberc Lung Dis**, 15(1):32–37, 2011.

HWANG, S. W. Homelessness and health. **Canadian Medical Association Journal**, 164:229 – 233, 2001.

IBGE. Dados do município de João Pessoa - PB. **Censo 2010 publicado no Diário Oficial da União do dia 04/11/2015**.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Consultório na Rua. João Pessoa: 2015.

JOÃO PESSOA. **Leis municipais**. Lei complementar nº 3, de 30 de dezembro de 1992, 2016.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa: In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, p. 90-113, 2002.

KASPER, C. P. **Habitar a rua**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo - 2006.

KHAN, K.; REA, E.; MCDERMAID, C. et al. Active tuberculosis among homeless persons, Toronto, Ontario, Canada, 1998-2007. **Emerg Infect Dis**, 17:357-65, 2011.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann Intern Med**, 88(2):251-258, 1978.

KUNZ, G. S. **Os modos de vida da população em situação de rua: narrativas de andanças nas ruas de Vitória**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais. 2012.

LACERDA, T. F. de. **Bioética e diversidade**: condições de saúde da população adulta em situação de rua do Distrito Federal. 2012. 144 f., il. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

LI, Y. et al. Factors associated with patient, and diagnostic delays in chinese TB patients: a systematic review and meta-analysis. **BMC medicine** **11**, 156, 2013.

LINDNER, L. da C. **Dando uma moral** - Moralidades, prazeres e poderes no caminho da adesão ao tratamento e da cura da tuberculose na população em situação de rua do município de São Paulo. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultation office of/in the street: challenge for a healthcare in verse. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, jun/2014.

LONNROTH, K.; JARAMILLO, E.; WILLIAMS, B. G. et al. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. **Soc Sci Med**, 68:2240 – 2246, 2009.

MAIA, C. N. **Sambas, batuques, vozerias e farsas públicas**: o controle social sobre os escravos em Pernambuco no Século XIX (1850-1888). São Paulo: Annablume, 2004.

MAFFACCIOLLI, R.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; BRAND, E. M. Vulnerabilidade e direitos humanos na compreensão de trajetórias de internação por tuberculose. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.1, p.286-299, 2017.

MARTINS, D. C. Experiences of homeless people in the health care delivery system: a descriptive phenomenological study. **Public Health Nursing**, 25:420 – 430, 2008.

MAGNI, C. T. **Nomadismo urbano**: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 1994.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, 16 (2): 47-58; maio-ago/2004.

MCADAM, J. M. et al. Latent tuberculosis and active tuberculosis disease rates among the homeless, New York, New York, USA, 1992-2006. **Emerg Infect Dis.** Jul; 15(7): 1109-11. 2009.

MCCABE, S.; MACNEE, C. L.; ANDERSON, M. K. Homeless patients' experience of satisfaction with care. **Archives of Psychiatric Nursing**. 15:78 – 85, 2001.

MCNEIL, R. GUIRGUIS-YOUNGER, M. Illicit drug use as a challenge to the delivery of end-of-life care services to homeless persons: perceptions of health and social services professionals. **Palliative Medicine**. 26:350-359, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 140-152, dez/2012.

NASCIMENTO, D. R. Narrativa autobiográfica: a experiência do adoecimento por AIDS. **Revista de Humanidades**. V. 07. N. 17, ago./set. de 2005.

NOGUEZ, P. T. **Experiência do adoecimento e práticas de autoatenção de pessoas com câncer em cuidados paliativos**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N Engl J Med**. 2005 Aug 4;353(5):487-97. 2005.

OTTE, Janete. **Trajetória de mulheres na gestão de instituições públicas profissionalizantes: um olhar sobre os Centros Federais de Educação Tecnológica**. 2008. 159f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

OLIVEIRA, L. C. S.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D. et al. A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], 17(1):12-20, jan-mar/2015.

OLIVEIRA, A. A. V. **A assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de tuberculose: percepções de enfermeiros de município prioritário da Paraíba**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília (UnB), 2017.

OXLADE, O.; MURRAY, M. Tuberculosis and Poverty: why are the poor at greater risk in India? **PLOS ONE**, volume 7, nov/2012.

PAIVA, I. K. S. et al . Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago/2016.

PEREIRA, M. B. **Insight na perspectiva de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial**: um estudo de narrativas de experiências de adoecimento. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2013.

PEREIRA, V. S. Expressões da questão social no Brasil e população de rua: notas para uma reflexão. **Libertas**, Juiz de Fora, v.4, n.1, p. 179 - 205, jul-dez/2009.

RAPOSO, C. Alexandre e Diógenes: o Grande e o Cínico. Maio, 2009. Disponível em: <<https://scribatus.wordpress.com/2009/05/11/alexandre-e-diogenes-o-grande-e-o-cinico/>>.

RIEMANN, Gerhard. Erzählanalyse. In: BOHNSACK, Ralf; MAROTZKI, Winfried; MEUSER, Michael (Org.). **Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung**. Opladen: Leske + Budrich, p. 45-48, 2003.

ROCHA, D. S.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde soc.**, vol.21, n.1, p. 232-245. 2012.

ROSEMBERG, José. Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, dez. 1999.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm**, 16(4): 712-8. Florianópolis, out-dez/2007.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v. 12, n. 1, abr/2004.

SARMENTO, R. S. M. **A assistência social à população em situação de rua**: um estudo na cidade de Florianópolis/SC. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Florianópolis, SC, 279 p., 2015.

SCHÜTZE, F. **Die technik des narrativen interviews in interaktionsfeldstudien**

- Dargestellt an Einem Projekt zur Erforschung von Kommunalen Machtstrukturen. Unpublished manuscript, University of Bielefeld, Department of Sociology. 1977.

\_\_\_\_\_. **Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives: how to analyse autobiographical narrative interviews – Part 1.** 2007.

\_\_\_\_\_. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: WELLER, Wivian; PFAFF, Nicolle (orgs.). **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática.** Petrópolis: Vozes, p. 210-222, 2010.

SCHMIDT, M. L. **A experiência de psicólogas na comunicação de massa.** Tese (Doutorado) - não publicada – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - São Paulo, 1990.

SCHÜTZE, F. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: WELLER, Wivian; PFAFF, Nicole. **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação.** 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 210-222, 2011.

SILVA, C. C. **Atenção primária e população em situação de rua: a prática de cuidado em um consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 132 f., 2013.

SILVA, C. L. **Estudos sobre população adulta em situação de rua: campo para uma comunidade epistêmica?** Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

SILVA FILHO, D. S. **A pobreza desigual entre a população de rua do Rio de Janeiro: formação de redes e critérios subjetivos de estratificação e ocupação.** XXVII Encontro Anual da ANPOCS, 2003, Caxambu, 2003.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad Saúde Pública**, 30:805-14, 2014.

SILVA, M. L. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005..** Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília. 220 f, 2006.

SILVA, P. F. et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.8, p.1745-1754, ago. 2014.

SILVA, W. A. et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose no Piauí nos anos de 2010 a 2014. **R. Interd.** v. 10, n. 1, p. 110-117, jan-mar/2017.

SNOW, D. ANDERSON, L. **Desafortunados**: um estudo sobre o povo da rua (S. Vasconcelos, Trad.) Petrópolis, RJ: Vozes. 1998.

SOTGIU, G.; NAHID, P.; LODDENKEMPER, R. et al. The ERS-endorsed official ATS/CDC/IDSA clinical practice guidelines on treatment of drug-susceptible tuberculosis. **Eur Respir J.**, 48(4):963-71, 2016.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Editora Graal. 1984.

SOUSA, A.G. L. **“Eu sou de rua, mas também sou gente”**: intersubjetividade e construção de identidades dos indivíduos em situação de rua de João Pessoa-PB. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2012.

SOUSA, D.; SILVA FILHO. **A pobreza desigual entre a população de rua do Rio de Janeiro**: formação de redes e critérios subjetivos de estratificação e ocupação. XXVII Encontro Anual da ANPOCS, 2003, Caxambu, 2003.

SOUZA, E. C. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. **O processo saúde-doença**: do xamã ao cosmos. Odontologia Social: textos selecionados publicados pelo Curso de Mestrado em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte: Editora da UFRN; 1998.

SOUZA, E. S. **População em situação de rua e tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose (TB)**: a percepção dos usuários. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2010.

SOUZA, D. Especificidades do atendimento à população em situação de rua. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF, 2012.

STOFELS. Marie-Ghislaine. **Os mendigos na cidade de São Paulo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

TABUCHI, T.; TAKATORIGE, T.; HIRAYAMA, Y. et al. Tuberculosis infection among homeless persons and caregivers in a high-tuberculosis-prevalence area in Japan: a cross-sectional study. **BMC Infect Dis.**, 11:22, 2011.

THIESEN, I.; SANTANA, M. A. **Do exame à identificação ou do panóptico ao banóptico: memória e representações.** XIII ENCONTRO DE HISTÓRIA ANPUH RIO – IDENTIDADES, Rio de Janeiro, UFRJ, 4-7, out/2008.

TREICHEL, B.; SCHWELLING, B. **Extended processes of biographical suffering and the allusive expression of deceit in an autobiographical narrative interview with a female migrant worker in Germany** [65 paragraphs]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 4(3), Art. 24, 2003.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática.** Porto.; 2(1):93-108, jan-jun/2000.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, abr/2004.

VARANDA, W. **Liminaridade, bebidas alcóolicas e outras drogas: funções e significados entre moradores de rua.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2009.

VENDRAMINI, H. F.; SANTOS, N. S. G. M.; SANTOS, M. L. S. G. et al. Análise espacial da co-infecção tuberculose/HIV: relação com níveis socioeconômicos em município do sudeste do Brasil. **Rev Soc Bras Med Tropical**, 43: 536-541, 2010.

VEYNE, P. O Império Romano. In: VEYNE, P. (org.). **História da vida privada, 1: do Império Romano ao ano mil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

VILLA T. C. Factors predicting unfavorable results in tuberculosis treatment: an integrative literature review (2001-2005). **Online Braz J Nurs** 7, 2008.

VILLA, E. A. et al. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, 11(Supl. 5):2122-31, maio, 2017.

WHO. World Health Organization. **WHO Global tuberculosis report.** 2014.

WHO. World Health Organization. **WHO Global tuberculosis report.** 2015.

WHO. World Health Organization. **WHO** Global tuberculosis report. 2016.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, v. 32, n. 2, p. 241-260, 2006.

\_\_\_\_\_. Tradições hermenêuticas e interacionistas na pesquisa qualitativa: a análise das narrativas segundo Fritz Schütze. In: Reunião anual da ANPeD, 32, Caxambu, MG. **Anais...** Caxambu, MG: ANPeD, p. 1-16, 2009.

WELLER, W. ZARDO, S. P. Entrevista narrativa com especialistas: aportes metodológicos e exemplificação. **Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 22, n. 40, p. 131-143, jul-dez/2013.

RICOEUR, P. **Hermenêutica e ideologias**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

\_\_\_\_\_. **O si-mesmo como outro**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

UCHOA, E. VITAL, J. M. A antropologia médica: elementos conceituais e metodologia para uma análise da saúde e doença. **Cad Saúde Pública**, 10:493-504, 1994.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, **Khivia Kiss da Silva Barbosa**, aluna do Curso de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde – CCS da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, em nível de Doutorado, orientada pela Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá, pesquisadora do Centro de Ciências da Saúde – CCS - da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, estou desenvolvendo a pesquisa **SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA ACOMETIDAS POR TUBERCULOSE** e conto com a colaboração de profissionais da Secretaria de Saúde de João Pessoa, alunos da UFPB, alunos e professores da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - e alunos da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

O objetivo da pesquisa é de analisar os significados e as experiências de pessoas em situação de rua relacionados ao adoecimento por tuberculose na rua. Este estudo foi elaborado devido à necessidade de produzir conhecimentos acerca da subjetividade que está presente nas experiências de pessoas que vivem em situação de rua, relacionadas a essa vivência e ao adoecimento por tuberculose. Esperamos que esta investigação amplie a discussão a respeito dos cuidados oferecidos a esse público, considerando as peculiaridades do contexto em que vivem, e proporcione ações que descentralizem a doença e adentrem as concepções e os valores das pessoas, para evitar o uso de métodos coercitivos, que, em muitas circunstâncias, são utilizados com esse público.

Convidamos o(a) senhor(a) participar da pesquisa proposta, respondendo algumas perguntas sobre dados relacionados ao seu viver na rua e adoecer de tuberculose. Quando os resultados forem publicados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato e assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa e o direito de desistir de participar dela. Também não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. O estudo poderá apresentar o risco de constrangimento ao falar da temática, porém os benefícios superarão esse risco. Sua participação na pesquisa é voluntária, e portanto, o/a senhor/a não é obrigado/a a dar as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa ou resolva, a qualquer momento, desistir, não sofrerá nenhum dano, nem sua assistência será

prejudicada, caso esteja recebendo. A pesquisadora e seus colaboradores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos por sua contribuição para a realização da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi o(s) objetivo(s), a justificativa, os riscos e os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar dela. Declaro, também, que a pesquisadora<sup>2</sup> me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS – UFPB<sup>2</sup>. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento – a(s) página(s) anterior(es) rubricadas e a última assinada por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

---

Lenilde Duarte de Sá  
Pesquisadora responsável



---

Khivia Kiss da Silva Barbosa  
Pesquisadora participante

---

Participante da Pesquisa/Testemunha

---

<sup>2</sup> Endereço residencial da pesquisadora responsável: Rua da Falésia, nº. 1260, Condomínio Village Atlântico Sul, Bairro Ponta de Seixas, João Pessoa – PB, CEP: 58045-550 E-mail: sa.lenilde@gmail.com Telefones: (83) 3216 7559; 98714 8419 2Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Bloco Arnaldo Tavares, sala 812, CCS – Cidade Universitária. Email: eticaccsufpb@hotmail.com

**APÊNDICE B**  
**QUESTIONÁRIO**

**Nº da entrevista:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
**Entrevistador:** Khivia **Iniciais:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** \_\_\_\_\_ **Grau de instrução:** \_\_\_\_\_  
**Idade:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_  
**Filhos:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Ocupação:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_

• **Agravos de saúde:**

ISTs ( )	Alcoolismo ( )
Câncer ( )	Pneumonia ( )
Diabetes ( )	Nefropatias ( )
Depressão ( )	Hipertensão arterial ( )
Cirrose hepática ( )	Uso de substâncias psicoativas ( )
Úlceras venosas em membros inferiores ( )	
<b>Outras:</b> _____	

• **Há quanto tempo o(a) senhor(a) mora na rua?** \_\_\_\_\_

- 1) Fale para mim como o(a) senhor(a) se vê.
- 2) Fale para mim o que levou o(a) senhor(a) a morar na rua.
- 3) Fale para mim como o(a) senhor(a) provê o seu sustento.
- 4) Poderia me contar sobre as dificuldades que o(a) senhor(a) encontra pelo fato de ser morador de rua?
- 5) Em sua opinião, o que é saúde? E o que é doença?
- 6) Fale para mim como o(a) senhor(a) faz para cuidar da sua saúde?
- 7) Conte para mim quais as principais dificuldades que o(a) senhor(a) encontra para conseguir assistência à saúde?
- 8) Na época em que o(a) senhor(a) adoeceu de TB, o que o fez desconfiar de que estivesse doente?
- 9) Quando estava queixando-se dos sintomas, o(a) senhor(a) buscou algum tipo de ajuda ou tratamento?
- 10) Poderia me falar sobre o que o (a) motivou a buscar ajuda quando desconfiou que estava doente?
- 11) Qual o primeiro lugar que o (a) senhor (a) procurou quando desconfiou de que estava doente?

- 12) Conte para mim como o(a) senhor(a) chegou ao serviço de saúde pela primeira vez quando desconfiou que estivesse com TB?
- 13) Conte para mim o que o(a) senhor(a) sentiu quando descobriu que estava com tuberculose.
- 14) Por estar morando na rua, o(a) senhor(a) deve encontrar algumas dificuldades no dia a dia para sobreviver. Conte para mim as principais dificuldades que encontrou para seguir as orientações do tratamento da TB.
- 15) Conte para mim os motivos que levaram o (a) senhor (a) a abandonar ou seguir o tratamento.

# **ANEXOS**

## ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 8ª Reunião realizada no dia 20/08/2013, o Projeto de pesquisa intitulado: **“ANÁLISE DOS PONTOS DE ESTRANGULAMENTO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA NOS MUNICÍPIOS DE JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE - PB”**, da pesquisadora Lenilde Duarte de Sá. Prot. Nº 0478/13, CAAE: 20446513.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Méd. SAPE 1117310  
Secretária do CEP-CCS-UFPB

## ANEXO B

Essas imagens (autorizadas) representam algumas memórias dos momentos compartilhados na coleta dos dados deste trabalho. Foram meses em um trabalho lindo, com inúmeros desafios, medo, frustrações, limitações e superações.



