

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

“Tísica e Rua: Os Dados da Vida e Seu Jogo”

por

Maria Herminda Carbone

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Endemias na área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr Eduardo Navarro Stotz

Rio de Janeiro, junho de 2000

Aos meus pais, Maria Eliza e Antonio Carbone.
Aos meus avós: Maria Giosa Carbone e Graciano Carbone,
Herminda Dias Pacheco Pedroso e Antonio Luís Pedroso.
A Diva Pedroso, Haydê Mary Berger e Eliana Porfirio pelo exemplo de trabalho em saúde.
Às tias Silvia Carbone e Carmelita Fanganielo pelo constante apoio.
A Joyce Cortez pelo auxílio na revisão do trabalho.
Aos professores Selma Spinelli, Tania Giácomo do Lago, José Mário Dias Feio,
Adauto Gonçalves do Araújo, Nivaldo Carneiro Junior e família Carneiro,
sem os quais este trabalho não seria possível.
Ao Dr. Umberto Fanganielo pelo estímulo.
Aos tios Carolina e Bernardo Jorge Pedroso pelo apoio amigo,
assim como aos primos Lina e Geraldo Lacava e Marlene Souza.
Aos tios e primos que auxiliaram nesta trajetória .
Aos amigos do CSEBF, particularmente às auxiliares de enfermagem a quem tanto devo.
Em especial aos nossos pacientes que, com sua luta e sua esperança,
revelaram dimensões insuspeitadas da grandeza humana.

*“Nunca digam – Isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia
Numa época que se reina a confusão
Em que corre o sangue
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza...
Não digam nunca: Isso é natural!
A fim de que nada passe por ser imutável”.*

Brecht

ÍNDICE

SUMMARY.....	06
INTRODUÇÃO.....	07
1 – A TUBERCULOSE: ASPECTOS DO CONTROLE DE UMA ENDEMIAS.....	21
1.1. Dimensões do problema.....	21
1.2. Importância da tuberculose em nossos dias.....	28
1.3. Mudanças na política de controle.....	35
2 – OS DADOS DA VIDA E SEU JOGO.....	40
2.1. O campo de estudos.....	40
2.2. O perfil dos pacientes.....	41
2.3. Os casos: consultas, exames clínicos e histórias de vida.....	44
3 – ENTRE O CONFORMISMO E A RESISTÊNCIA.....	58
3.1. Calçadas do abandono.....	58
3.2. Luta além das próprias forças.....	62
3.3. Causalidade atribuída.....	67
3.4. O desfecho.....	69
3.5. A busca de significado no estudo dos casos.....	72
3.6. Entendendo as contradições.....	77
CONCLUSÕES.....	84
BIBLIOGRAFIA.....	93
ANEXO.....	103

RESUMO

Este texto foi redigido sobre referenciais teóricos, conceitos, dados estatísticos. Mas a metodologia utilizada, que visava uma fotografia ampla da realidade, foi impotente para atingir o objetivo proposto porque o conteúdo básico da realidade observada é maior que números e palavras. O retrato que se impõe é o do homem como sujeito, debatendo-se dentro de uma estrutura cujo controle lhe foge. Este homem tem as várias faces dos pacientes atendidos e entrevistados. Sua verdade é, contudo, universal: a face do oprimido de todos os tempos. Acima de tudo, o conteúdo desse trabalho é constituído de suas vidas e suas mortes que, talvez indevidamente, expomos.

Discutimos aspectos biológicos e sociais do tratamento de tuberculose entre os excluídos, as características da abordagem terapêutica atual, as peculiaridades da população de rua e os conflitos que despontam nesta relação. O primeiro capítulo abordará a ação estatal no controle da doença conforme a visão de vários autores.

O segundo capítulo se constitui do material empírico que embasará nossas reflexões. Desse material, no capítulo seguinte, delineiam-se cortes do real que foi possível apreender dentro de um olhar que se quer crítico. Como resultado dessas reflexões, é possível concluir que o conceito de cuidado em saúde para com os excluídos deve transcender uma abordagem meramente biologicista para que possa ter uma ação transformadora.

SUMMARY

This text was composed on theoretical references, concepts and statistical data. However the methodology used, which had in view an ample reproduction of reality, was powerless to reach the proposed objective due to the fact that the basic content of the reality observed is larger than figures and words. The picture that prevails is the one from man as the subject, struggling inside a structure that one cannot control. This man has the various faces of the patients who were attended and interviewed. His truth is, nevertheless, universal: the face of the one who has always been oppressed. On top of everything, this project consists of his life and death that we might be unduly exposing.

Biologic and social aspects of the tuberculosis treatment were discussed among the excluded, as well as the characteristics of the present therapeutic approach, the peculiarities of the homeless population and the conflicts that come from this relation. The first chapter is concerned with the state action on the control of the illness according to the view of various writers.

The second chapter consists of the empiric material which is going to be the base of our reflections. Based on this material, in the following chapter, extracts from reality prove that it was possible to learn with a critical view. As a result of these reflections, it is possible to conclude that the concept of health care for the excluded must surpass a merely "biologist" approach so that it might result in a transforming action.

INTRODUÇÃO

Vivemos no contexto de um mundo em mudança mas, como coloca Breihl (1991): “a crise atual é a expropriação da esperança.”

Interpretando o olhar de diferentes teóricos sobre estes tempos, encontramos uma questão sempre presente para os profissionais de saúde: “Quais as ações em saúde possíveis no contexto político econômico de nossos dias?”

Desde o início da Residência de Medicina Social, ao passar pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica, senti imediato interesse pelo trabalho em tuberculose.

Afinal, já conhecia a moléstia antes dos bancos da faculdade. Não por contato pessoal, mas por vê-la, no imaginário da nossa Cultura, como personagem importante de romances, óperas e até aulas de História.

Ela dá nome às “Espumas Brancas” de Castro Alves, é a moléstia de Marguerite Goutier, no romance de Dumas e da “Lucíola” de José de Alencar. Figura vitoriosa na “Traviata” de Verdi ou, mais triste, no sótão da Mimi de “La Bohème”, sem esquecer seu papel no “Cabocla” de Ribeiro Couto, onde alcançou mesmo uma glória televisiva.

Aos outros, sem o brilho da glória, não me ocorria que ela os preferisse, que os fosse buscar em meio a seus trabalhos estafantes ou durante suas refeições minguadas, nos quartos úmidos de habitações coletivas.

Ignorava o que argumenta Reinaldo Guimarães (1985) sobre ser a tuberculose uma das moléstias onde melhor se comprova a teoria da determinação social, por sua óbvia associação com a pobreza e as más condições de vida. Duvidei quase das dimensões epidemiológicas que assume hoje. Parecia-me ser um mal do passado, percebi ser um mal ainda muito presente.

De 1994 a 1996, durante Residência Médica, tive a oportunidade de trabalhar, junto ao Dr. José Mario Dias Feio, no CSEBF (Centro de Saúde Escola Barra Funda), atendendo moradores de rua do Programa de Tuberculose.

À surpresa do contato inicial, logo se seguiu a vivência cotidiana apresentando novos desafios. Mas, no decorrer do segundo ano de trabalho, tornou-se fácil perceber, dentro da demanda do Programa de Tuberculose, dois grupos específicos para quem o prognóstico parecia ser mais sombrio e o seguimento do tratamento mais difícil, mesmo quando o quadro clínico inicial não apresentava maior gravidade. Grupos estes significativos dentro do Programa: O de moradores de rua e de cortiço.

Na verdade, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os dois grupos se incluem na mesma categoria, a dos “homeless” que abrange os sem teto e os que ocupam moradias sem condições mínimas de habitabilidade, como favelas e cortiços.

Estes pacientes possuíam diferentes graus de escolaridade, diversas origens, variadas

atividades informais e estratégias de sobrevivência, formas peculiares de ter chegado à rua, formas diferentes da doença e estágios diversos dela. Em comum, estes pacientes possuíam a solidão, a rua como teto, a exclusão do mercado de trabalho formal.

Quaisquer que fossem as variáveis acima, a evolução dos casos não foi a desejada apesar do acompanhamento e da dedicação dos profissionais. O número de casos acompanhado foi pequeno, não permitindo inferências estatísticas. Mas suficiente para descrever algumas perplexidades e propiciar reflexões.

Como acompanhar pacientes sem domicílio fixo? Como recomendar a ingesta de um medicamento antes ou após a refeição para pacientes que não sabem de onde esta refeição surgirá? Como pedir que retornem para consulta mensal pacientes que têm diferente noção do tempo? Como recomendar o mínimo cuidado consigo aos que vivem ao relento, expostos a todos os agravos? Especialmente, como tratar uma doença, reconhecidamente de determinação social, com procedimentos típicos do enfoque bacteriológico? Penna (1988) coloca que não se pode esperar muito deste modelo...

Estas questões se nos afiguram importantes em nossos dias, quando se aprofundam as desigualdades sociais e aumenta a exclusão do mercado de trabalho, fatores que apontam para possível aumento da população sem teto.

Embora a problemática da tuberculose tenha estado bem presente no século passado, a ponto de ser chamada “o mal do século” ela é um problema ainda muito presente, considerado mesmo pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) uma “urgência”, uma questão que deve ser objeto de atenção em todo mundo.

Objetivamos neste trabalho discutir aspectos ligados ao tratamento e controle da tuberculose na população sem teto, especialmente vulnerável à doença. E refletir sobre a plausibilidade e a pertinência de uma abordagem terapêutica diferenciada para pessoas excluídas.

Assim, este trabalho fala de uma população peculiar, embora heterogênea – a população de rua – e de uma patologia cujo controle hoje nos foge: a tuberculose.

A tuberculose não constitui o principal agravo em saúde na população de rua. Mas, por suas características de doença infecciosa de determinação social (Penna, 1994; Rufino e Pereira, 1982) a problemática da tuberculose nesta população remete a uma discussão ampla dos próprios rumos da epidemiologia.

A população de rua não consta dos censos, mas está cada vez mais visível, nas ruas e praças das grandes cidades, envolvida nas mais originais estratégias de sobrevivência. É a “última reserva de trabalho que fracassou e se deteriorou” (Zaluar, in Rosa, 1995).

Do outro lado do ponto de vista social, o homem de rua, passivo, excluído, questiona em seu silêncio, em seu viver “alternativo”, toda forma de viver da sociedade capitalista: a propriedade individual. Sua impossibilidade de “possuir” leva à impossibilidade de “ser”, à

desestruturação progressiva de seus valores e de sua identidade.

A doença mental, o alcoolismo, o uso de drogas podem estar entre os fatores que levam uma pessoa à rua, mas também são produzidos pelo viver na rua.

Esta população é objeto de preocupação de vários órgãos governamentais e não governamentais como Secretarias de Promoção Social, Prefeituras, organizações internacionais de direitos humanos, associações religiosas, setores acadêmicos. É consensual entre estas entidades a necessidade de criar, para as populações de rua, formas de acesso às políticas sociais básicas e às redes de serviços existentes nos municípios.

É fundamental a reflexão sobre a perspectiva sob a qual as instituições vão trabalhar com esta população, o tipo de relações a serem desenvolvidas, a eficácia e relevância das ações a serem implementadas.

Diversos são os discursos construídos para legitimar uma intervenção sobre a população de rua. Um deles é o higienista, que contempla o cuidado com a população de rua visando preservar a sociedade como um todo. Outra visão é a assistencialista, que se propõe a amenizar a marginalidade e a exclusão dentro da sociedade. Ainda outro prisma é o político, que opta por conscientizar o excluído de seus direitos enquanto cidadão.

Refletir sobre o controle da tuberculose entre a população de rua remete a múltiplas questões sob cada um destes olhares.

Sob o prisma higienista, surge a preocupação com o papel desta população na disseminação da doença, especialmente na propagação das formas resistentes do bacilo. Já do ponto de vista assistencialista, temos ampla discussão no campo da ética e dos direitos humanos.

Para Rosa (1995); “atender à população de rua... é combater uma distorção provocada pelo modo como nossa sociedade se organiza, tarefa básica do Estado – como o é a administração da própria Justiça.” Mas será o Estado capaz de atender a demanda desta população através das políticas públicas, através dos serviços de saúde?

Do prisma político é certo que estas pessoas não têm hoje qualquer capacidade de interlocução, nem exercem pressão enquanto grupo. Mas sua própria existência, em vários países, mesmo nos do capitalismo central e os agravos em saúde aos quais está sujeita, apontam a incapacidade do sistema no sentido de prover o bem estar de toda população.

Algumas colocações subjetivas foram feitas no Primeiro Seminário de População de Rua, em 1992, em São Paulo. Uma delas, a da Professora da *École Supérieure de Formation Sociale* de Louvain, Maria Ghislaine Stoffels: “a minha relação com o pobre é minha relação com a parte pobre de mim.” E do Padre Julio Lancelotti, da Pastoral de Rua de São Paulo: “entender a rua dentro de nós.” Rosa (1995). Até porque, como povo e como nação, também guardamos marcas históricas de opressão e exclusão.

A noção de vigilância a saúde e do cuidado em saúde remete a uma discussão ampla, com

dimensões que transcendem o biológico.

Abrange entre outros temas, a discussão sobre a problemática da equidade, tanto na qualidade de vida como em relação à capacidade dos serviços de oferecerem resposta às necessidades de saúde de toda uma população, inclusive às minorias que delas fazem parte. E respostas eficazes, que atendam não apenas o cuidado da doença, já presente, mas também compreendam as ações preventivas, a promoção da saúde.

Schraiber (1988), chama o primeiro momento de prática em saúde e o segundo de prática de saúde, cuja “base de operação se dá sobre o sadio.”

Mas... que é ser “sadio”, ter “saúde”?

Para a OMS, vigora a noção de “bem estar físico, mental e social”, noção esta muito mais abrangente que o antigo conceito de “ausência de doenças”.

Mas... que é doença? Hoje também não é vista apenas como alteração morfo-funcional do corpo, já que o homem não é apenas o biológico, mas um ser bio psicossocial.

Há um caráter social na gênese do processo saúde doença. E também na intervenção sobre este processo: práticas e saberes aplicados à sociedade como um todo ou à populações específicas, ações de assistência com maior ou menor abrangência, problemas de saúde sendo ou não objeto de políticas governamentais, recebendo maior ou menor atenção e verbas dentro dos programas e do planejamento do setor público.

Em um contexto sócio econômico de desigualdade, com amplo contingente populacional à margem da sociedade, excluído das conquistas desta sociedade e inclusive com pouco acesso aos serviços de saúde, o enfrentamento das questões de saúde supõe uma reflexão ampla sobre o quadro social e sobre as necessidades específicas das populações mais carentes. Sem esta reflexão, as ações de saúde perderão sua resolutividade, pois deixarão de agir sobre o conjunto de determinações que se expressam, não apenas no processo de adoecer, mas no impacto epidemiológico que as diversas patologias assumem.

Apenas a atenção médica individual, de um ponto de vista biologicista, não conseguirá atender as necessidades de saúde de uma população. Ela é apenas uma parte do cuidado em saúde, conceito que é muito mais amplo e não aceita o recorte excludente da medicalização do social. É um olhar reducionista aquele em que uma problemática basicamente social é vista como apenas biológica e restrita a atos médicos.

Se é necessário repensar a intervenção em saúde como um todo, é interessante refletir nas ações em saúde e seu impacto sobre uma doença tão caracteristicamente de determinação social como a tuberculose. E, mais especialmente, no impacto das ações já existentes sobre uma população tão peculiar como a de moradores de rua.

Dentro desta problemática, refletiremos aqui sobre peculiaridades desta população conforme constatadas por diversos autores, comparando-as com as características das ações

terapêuticas tradicionalmente utilizadas para tratamento da doença. E analisaremos o conflito criado nesta relação.

A questão que orienta a nossa investigação pode ser assim formulada: quais são as particularidades da população de rua quando se pensa em termos de programa de controle de tuberculose?

Os estudos sobre o problema, especialmente resultantes de reflexão sobre a prática de atenção a este segmento, apontam para os seguintes aspectos:

1) O tratamento exige regularidade na ingestão da medicação e no comparecimento às consultas conflituando com o rompimento com a rotina presente na vida do morador de rua.

2) O tratamento preconizado exige vínculo com uma instituição para acompanhamento médico e fornecimento da medicação.

3) O tratamento prevê horários rígidos para medicação, consultas, exames o que é dificultado pela diferente noção do tempo do morador de rua.

4) O tratamento supõe submissão à burocracia dos serviços (atendimento, agendamento) em oposição às circunstâncias do viver nas ruas.

5) Os efeitos colaterais do tratamento podem ser potencializados pela problemática enfrentada pelo morador de rua quanto ao retorno ao médico e difícil comunicação com os profissionais.

6) O tratamento da tuberculose requer esforço, persistência, cuidados. Já o morador de rua experiencia frequentemente a solidão, o abandono por parte da família, a baixa auto estima levando-o a negligenciar sua saúde.

7) A cura, dependente da maior resistência orgânica, é impossibilitada pelas condições de vida do morador de rua.

8) A associação freqüente da tuberculose com outras patologias torna mais difícil o tratamento da doença e o comparecimento do doente aos serviços de saúde.

Para ampliar a compreensão da realidade vivenciada no atendimento dos

“homeless” do Programa de Tuberculose do Centro de Saúde Escola Barra Funda, apoiamo-nos em trabalhos que enfocam as vivências da população carente e também em textos relacionados ao tema tuberculose.

Buscamos um olhar mais claro sobre a cidade de São Paulo e a pobreza em seu contexto nos estudos comentados a seguir.

A obra “ São Paulo 1975, Crescimento e Pobreza”, consiste em estudo realizado para a Pontifícia Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de São Paulo , sob coordenação de Lúcio Kowarick e Vinicius Caldeira Brant.

Este livro mostra o rápido crescimento da cidade de São Paulo, sob a ótica da situação sócio econômica de seus habitantes. Demonstra que a miséria não é um problema passageiro que o desenvolvimento irá sanar, mas uma consequência deste mesmo modelo de desenvolvimento.

Já Heitor Frúgoli Jr., em “ São Paulo – (1995) Espaços Públicos e Interação Social ”, da Editora Marco Zero, traz uma visão da São Paulo de hoje como é vista nos espaços públicos da cidade, ruas, praças, parques e shopping centers. E as várias alternativas dos excluídos do sistema econômico, em sua luta pela sobrevivência.

Também um retrato da miséria na cidade é traçado com clareza no livro de Rosa e Vieira: “ População da Rua Quem é, como vive, como é vista .” (1994)

O livro permite um novo olhar sobre estas pessoas que vivem, no dizer dos autores, “ uma situação - limite de pobreza ” ... “ a ruptura com os parâmetros que constróem a noção de uma ordem legítima de vida .” E propicia uma noção das dimensões desta exclusão em São Paulo.

O livro “ População de Rua Brasil e Canadá”, coordenado por Cleisa Maffei Rosa, relata experiências e discussões do Primeiro Seminário de População de Rua, realizado em 1992. Nele se encontram reflexões de pessoas como Alba Zaluar, Aldaíza Sposatti, Padre Júlio Lanceloti, Celso Pedro, Luiz Eduardo Wanderley e muitos outros. E relatos de diferentes profissionais envolvidos com a problemática desta população em 17 cidades brasileiras de diferentes regiões.

A diversidade destas experiências é enriquecida ainda com o relato de especialistas de Toronto, Canadá, revelando com clareza o *apartheid* social como um desafio presente, a pedir soluções criativas.

Consultamos outras fontes quanto às dimensões da pobreza no mundo atual. Utilizamos também dados da Organização Mundial de Saúde que serão mencionados adiante.

Ao buscar compreender a abordagem das doenças infecto contagiosas pelo Estado, revimos primeiramente o livro “A Danação da Norma ”, de Roberto Machado (1978), já que, conforme comenta o autor: “ o desvelamento do passado, do modo específico de emergência das configurações atuais, é indispensável para uma percepção mais lúcida do presente.”

Ainda revendo o passado lemos trechos de Castiglione (1947) em “História da Medicina.” Também encontramos informações em “ A Ciência através dos Tempos ” de Attico Chassot, (1994) em “A assustadora história da Medicina ”, de Gordon (1995) e na apostila “História da Medicina” do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo (1989).

Ao estudar a evolução das concepções sobre a doença e o doente, nos embasamos na obra de Singer (1978) e em texto de Madel Luz (1981) sobre a abordagem institucional.

Também revimos textos de Reinaldo Guimarães (1994) e Ruffino Neto e Pereira (1982), que comentam a tuberculose do ponto de vista epidemiológico e as determinações claras a este olhar.

Foram obtidos dados interessantes em dissertação de Dr. Jorge Afione, diretor do Instituto Clemente Ferreira em informe comemorativo da instituição (1995).

Reviu-se igualmente antigos manuais e textos da Secretária da Saúde do Estado de São Paulo, além de um programa elaborado em 1965 para a ICOMI, por profissionais da Santa Casa de São Paulo, especialmente Dr. Vranjac, guardado no Centro de Saúde Escola Barra Funda.

Para comentar as inovações previstas para o tratamento, serviu de base o “Manual de controle da tuberculose”, do Ministério da Saúde (1994) e as palestras assistidas no fórum municipal de tuberculose (1995).

Para falar nas perspectivas que se apresentam para o tratamento da população de rua reportamo-nos também ao projeto de lei da vereadora Aldaíza Sposatti. Tal Projeto de Lei (207/94), prevê no Artigo 4º., inciso VII:

“Vagas de Abrigo e recuperação com oferta de vagas em serviços próprios ou conveniados que atendam pessoas moradoras de rua em situação de abandono e em tratamento de saúde; portadoras de moléstias infecto - contagiosas, inclusive portadoras de HIV, idosos portadores de doença mental, portadora de deficiências .”

Estas bases bibliográficas nos levaram a aprofundar a visão do que pode vir a ser a atenção em saúde para a multidão dos excluídos. Cada uma das leituras acima referidas, exigiria um estudo além dos limites deste trabalho; para o nosso propósito, serão utilizadas como referência necessária à discussão.

Para analisar os achados da pesquisa pretendemos utilizar a abordagem metodológica das Representações Sociais (RS). Apresentamos a seguir algumas considerações a respeito.

O que são representações sociais?

“A reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento”. E ainda: “... categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”. (Minayo, 1989)

“... categorias que surgem ligadas aos fatos sociais transformando-se, elas próprias, em

fatos sociais passíveis de observação e de interpretação. “É o que a sociedade pensa”. “A sociedade é a síntese das consciências”, “uma síntese sui generis das consciências particulares”. As representações são símbolos através dos quais “é preciso saber atingir a realidade que eles figuram e que lhes dá a verdadeira significação”. (” Durkheim apud Guareschi, 1994).

Weber (1993) fala das representações sociais como “idéias”, “juízos de valor”, “espírito”, “concepções”, “visão do mundo”, de um prisma oposto ao do materialismo histórico. Para ele as idéias não são “um reflexo” de situações econômicas, mas têm, elas próprias, um poder sobre a história. Em seu conceito de “Visão do mundo” ele vê estas concepções como necessárias para a manutenção de cada sociedade.

Schutz (apud Guareschi, 1994), traz idéias da fenomenologia às Ciências Sociais, e vê um conjunto de abstrações, formalizações e generalizações, significados selecionados através de construções mentais que fornecem uma compreensão do mundo, um “sentido” às diferentes situações do dia a dia.

Para Marx (1984) as representações, idéias e pensamentos são o conteúdo da consciência e a consciência é determinada pela vida material e se manifesta pela linguagem. Defende assim, a anterioridade da vida material sobre as idéias, sendo estas a expressão das relações materiais dominantes. Para ele o estudo das RS “informa sobre a base material sobre a qual se move um grupo social”.

Gramsci (1986) diferencia o senso comum do bom senso. O senso comum pode ser transformado em pensamento crítico (bom senso). Explica Minayo (1992) que tanto o senso comum quanto o bom senso gramscianos são sistemas de representação que podemos observar e que mostram as contradições de uma sociedade, tendo em si elementos do passado e projetando o futuro.

As RS podem não ser conscientes e nelas estão presentes elementos de conformismo, de resistência e contradições. Para Minayo (1992), as RS são a “matéria-prima para a análise do social”. “Por que a multidão dos famintos não rouba e a multidão dos explorados não se revolta?”. É a pergunta de Reich, lembra Guareschi (1994) e, para respondê-la precisamos compreender o papel das representações e da “ação da ideologia na manipulação dessas representações”.

Para Moscovici (1986) o conceito de RS deve abranger dimensões físicas, sociais e culturais, “a dimensão dos meios de comunicação e das mentes das pessoas, a dimensão objetiva e subjetiva” e, para Blumer (apud Guareschi, 1994), a forma como se constrói a visão de mundos dos indivíduos. Moscovici (1986) criou o conceito de representações sociais a partir do conceito de Representações Coletivas de Durkheim (apud Aranha e Martins, 1993).

As representações duradouras se transmitem de geração a geração (tradições) como “representações coletivas”, ou “mitos” para Johada (apud Carneiro Junior, 1996) conceito mais

ligado ao de Cultura e que o autor define como “o precipitado da cognição e comunicação em um grupo humano”. É um conceito mais adequado às sociedades em que as mudanças eram lentas. Partindo deste conceito, Moscovici (1986) reflete sobre representações típicas das sociedades modernas, mais dinâmicas, mais efêmeras e as denomina “representações sociais”, “visão básica que determinará nossa percepções e inferências construídas a partir dela, junto com nossas relações sociais”.

Ou seja, nas palavras de Guareschi (1994) “tanto as experiências que temos, como as causas que selecionamos são ditadas, em cada caso, por um sistema de representações sociais”. Assim colocado, este conceito parece sobrepor-se ao conceito de ideologia. Na explicação de Chauí (1980), “ideologia é um conjunto lógico, sistemático e coerente de representações (idéias e valores) e de normas e regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. Ela é, portanto, um corpo explicativo (representações) de caráter prescritivo, normativo, regulador”.

No conceito marxista, a ideologia tem uma função. Para Gramsci (1986), é o cimento da estrutura social. Para Marx (1984), tem influência marcante no mascaramento dos conflitos sociais e torna possível a manutenção dos privilégios de uma classe social.

Gramsci (1986) reflete sobre as ideologias e explica que elas “organizam as massas humanas, formam o terreno sobre o qual os homens se movimentam” e são instrumentos de dominação de uma classe sobre a outra.

Afinal, não há consciência pura separada do mundo, toda consciência é consciência de alguma coisa, um objeto só existe para um sujeito que lhe dá significado. A consciência é fonte de intencionalidades afetivas, cognitivas e comportamentais. “O olhar do homem sobre o mundo é o ato pelo qual o homem experiencia o mundo, percebendo, imaginando, julgando, amando, temendo”. “Jamais sou coisa, jamais sou consciência nua”, escreve Merleau Ponty (1971).

Moscovici (1978) fala das RS em três momentos: no de sua criação, no de sua difusão e finalmente, na fase ideológica, que seria o de sua apropriação e uso por um grupo social. O autor atribui talvez uma neutralidade aos dois primeiros momentos, mas na verdade não é possível um processo de criação totalmente objetivo, a absoluta neutralidade é impossível no pensar humano, como o próprio autor descreve ao discutir o processo de classificação e nomeação, um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos, portanto alguma intencionalidade invade os três momentos.

Como enfatiza Guareschi (1994), com base em diferentes autores, o conceito de RS deve portanto incorporar uma dimensão valorativa, ao mesmo tempo em que inclui, segundo Spink (1993) a “elaboração sócio cognitiva do conhecimento”. Ou seja, originário da Psicologia Social, o conceito de RS abrange especialmente o processo de criação, de percepção e de difusão da

visão do mundo das pessoas.

“A sociedade, além de ser um sistema econômico e político é também um sistema de pensamento (o pensamento como “ambiente”), conforme Guareschi (1994). Há em nossa sociedade dois diferentes universos de pensamento: os consensuais, onde estão as práticas do dia a dia, que produzem conhecimentos espontâneos e os reificados, de teorização e ciências, não familiares. Os reificados tornam-se familiares a toda a sociedade através do ensino e, principalmente, através dos meios de comunicação, ou seja, através da “tradução” do especialista.

Nem por sermos humanos somos sempre racionais, a razão pode estar a serviço dos jogos do poder, a irracionalidade (ou falsa consciência) pode predominar. Para os teóricos da Escola de Frankfurt: Horkheimer e Adorno (1973), a origem do irracional, que está nas bases de todas as formas de dominação, vem de uma forma de racionalidade: a razão instrumental, que tenta adequar os meios aos fins, normalizando, classificando e dominando em função de interesses de uma classe social, impedindo o exercício da razão plena.

Em uma frase de Horkheimer e Adorno (1973): ... “A denúncia daquilo que atualmente se chama de razão é o maior serviço que a razão pode prestar” e, para Marx (1987) “Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, é o seu ser social que, inversamente, determina sua consciência”.

Apresentamos os objetivos e a metodologia utilizada.

Este trabalho descreve uma situação concreta vivida dentro de um serviço de saúde. Através do acompanhamento de alguns pacientes aponta problemas que serão comuns a outros serviços e a outros processos de intervenção em saúde, sem, contudo, pretender, através dos fatos aqui constatados, traçar regras gerais ou ilustrar teorias. Apenas ambiciona levantar questões bastante específicas dentro do tema “atenção em saúde” para a população excluída, acrescentando esta experiência a outros estudos neste campo.

Pretende-se aqui efetuar um “diálogo” entre diferentes olhares: entre a visão biologicista que predomina na atual abordagem da doença e uma visão mais ampla do social que pode resgatar a esperança de um agir mais efetivo.

Os objetivos do presente trabalho são os seguintes:

a) comentar o fenômeno do crescente contingente populacional que vive nas ruas, considerando o contexto econômico atual e a atenção à saúde oferecida, sob o ponto de vista dos direitos humanos e do princípio de equidade.

b) Destacar, à luz da literatura, os fatores relacionados à vulnerabilidade desta população à tuberculose, dentre outras doenças infecciosas e outras agressões à sua integridade física e mental.

c) Apontar, com reflexões respaldadas em diferentes autores e em estudo de casos de

tuberculose em uma população de rua, as dificuldades encontradas no tratamento e controle da doença nesta população.

O trabalho está estruturado em três partes.

A primeira reúne os marcos teórico – conceituais nos quais a tese se baseia. A segunda parte, relata os fatos como ocorreram: a história de vida dos pacientes, a evolução de sua doença, as limitações do tratamento. É aqui que, através das histórias e das entrevistas, pode-se ouvir a voz dos excluídos e senti-los como sujeitos em meio a um jogo previamente perdido, mas no qual não se negam a atuar com as poucas forças de que dispõem. A terceira parte remete a uma interpretação dos fatos e das vozes, constitui um recorte necessariamente subjetivo, que, partindo da compreensão da postura dos pacientes, quer contribuir para a construção de novos caminhos na abordagem terapêutica da tuberculose.

A primeira parte, consistindo basicamente em revisão bibliográfica, foi construída lentamente, na passagem por diferentes disciplinas, na descoberta de novos saberes.

A segunda parte, que consiste nos dados obtidos, foi traçada no acompanhamento dos pacientes sem teto do Programa de Tuberculose do CSEBF (Centro de Saúde Escola Barra Funda), a quem devemos este trabalho.

Não foi difícil, talvez pelas características próprias da relação médico-paciente, vencer o silêncio discreto do morador de rua. Ao contrário, à reticência inicial seguiu-se logo a necessidade do desabafo, fluíram relatos, queixas, perguntas, reflexões e ironias representando farto material para registro e interpretações variadas, sobre os quais nosso olhar será apenas um recorte limitado.

O acesso aos pacientes foi propiciado à pesquisadora pela condição de médica residente, cooperando no tratamento dos pacientes e também nos procedimentos de vigilância epidemiológica na área de abrangência do Centro de Saúde Escola de Santa Casa de São Paulo – área central da cidade de São Paulo.

Os dados foram colhidos inicialmente para trabalhos de residência médica e a reflexão sobre eles foi ampliada para a tese de Mestrado. O tempo do acompanhamento de pacientes foi variado, dependendo da evolução de sua doença, conforme será visto na história de cada um. O tempo de permanência da pesquisadora no programa foi de 1994 a 1996, sendo que alguns dados foram obtidos após este período.

As questões das entrevistas foram obtidas e anotadas durante consultas médicas. As histórias de vida foram relatadas sem muita ordem, sendo necessária alguma intervenção para manter a seqüência cronológica. Os dados de visitas a pontos de pernoite e outras atividades de vigilância epidemiológica constam das fichas dos pacientes nos arquivos do CSEBF. Embora dispondo de dados estatísticos sobre os pacientes do Programa como um todo, como porcentagem de óbitos, abandono e outros, não os utilizamos neste trabalho, já que preferimos

nos ater aos aspectos subjetivos do acompanhamento de apenas seis pacientes sem teto.

A terceira parte do trabalho aponta as imagens presentes na fala dos pacientes sobre alguns aspectos da luta que experienciam e a ambigüidade de seu discurso, tentando mostrar aspectos da reconstrução, pelos excluídos, da ideologia dominante e até os reflexos desta ideologia conforme dela se apropriam os serviços de saúde. O recorte em que o trabalho se detém é o dos aspectos que interferem diretamente no processo saúde-doença, especificamente na abordagem terapêutica da tuberculose e das contradições da abordagem biologicista hoje dominante no tratamento da enfermidade, dentro da complexa problemática dos excluídos.

A metodologia utilizada foi assim a pesquisa qualitativa, visando apreender as representações sociais destes pacientes e sua importância para o trabalho em saúde, além das contradições encontradas entre o preconizado no tratamento e o que é possível esperar dentro do viver nas ruas.

Utilizamos como material empírico: entrevistas semi estruturadas, tendo como unidade de análise tema e palavra, traçando uma análise do discurso, mapeando as falas e relacionando elementos cognitivos e afetivos. O uso da entrevista, oriundo de forma especial da psicologia clínica, permite observar o real, embora envolva dificuldades como: a subjetividade do observador, as diferentes conotações que pode ter o mesmo discurso, a distância entre as explicações cognitivas em uma frase e seu conteúdo afetivo e outras.

Assim, para melhor análise do discurso, Spink (1993) sugere passos que seguimos; transcrição de entrevista, observar versões contraditórias, detalhes sutis, retórica, definir claramente o objeto da representação, mapear o discurso, observar as relações entre os elementos cognitivos, afetivos e as práticas. Sem esquecer da empatia “possibilidade de compreender e discutir as intenções subjacentes do outro” (Spink, 1993).

Objetivando uma discussão ampla sobre o tema recorreremos a produção teórica de diferentes saberes, não nos restringindo ao conhecimento epidemiológico, já que esta problemática pode ser melhor compreendida sob perspectivas teóricas várias que contemplam suas multideterminações.

Complementarmente utilizaremos trabalhos da área da antropologia (Da Matta, 1995), da saúde mental (Guattari,1992; Bróide, 1993); psicologia (Moscovici 1986, Lüdke 1986); filosofia (Durkheim 1973, Merleau – Ponty 1971); arquitetura (Costa, 1995); direito (Dalari, 1981, Mendes, 1993); teoria política (Maritain, 1981, Levin, 1978); medicina (Guimarães, 1985, Ruffino, 1997, Penna, 1994, Hijjar, 1997, Breihl, 1991, Cohn, 1997); sociologia (Castro, 1980); história da medicina social (Machado, 1978, Foucault, 1984), além de muitos outros. Alguns destes saberes vêm contextualizar esta problemática, ou vêm a permitir sua compreensão, análise e discussão.

Pretendemos, assim, seja este trabalho uma tessitura entre estes diferentes materiais

teóricos e, por outro lado, seja também embasado na praxis de variados profissionais.

Tendo em vista o terceiro objetivo, utilizaremos dados de trabalhos realizados com população de rua dentro do Centro de Saúde Escola Barra Funda, da Santa Casa de São Paulo, no período 1994 à 1996. Esta instituição tem, pelas suas próprias origens, um compromisso histórico com os excluídos e tem realizado, em parceria com outras entidades, amplo trabalho nesta área, do qual participam alunos e residentes da Santa Casa.

Entre sua recente produção teórica sobre a assistência em saúde à população de rua, nos detivemos sobre os trabalhos de Carneiro Jr. (1966) e Amed e Domingos (1995), amplamente citados nesta pesquisa.

Utilizaremos também alguns dados de nossa própria experiência e pesquisa dentro do Programa de Tuberculose desta instituição, de consultas e procedimentos de vigilância epidemiológica, recorrendo assim a dados de fonte primária e de fontes secundárias.

A utilização destes dados visa expressar o que Schaiber (1995) chama “construções do social” e Jodelet (1985) de “elaboração psicológica e social do real” pelos pesquisados.

Durante o período 1994 à 1996, foram acompanhados pacientes moradores de rua do programa de tuberculose deste centro de saúde, com: consultas quinzenais, exames clínicos, radiológicos e laboratoriais, entrevistas dirigidas transcritas, visitas a seus pontos de pernoite, busca ativa de comunicantes.

Estava previsto o acompanhamento destes pacientes por seis meses, tempo habitual do tratamento. Mas, frente aos imprevistos ocorridos, como abandono, retorno posterior, recidiva, o tempo de acompanhamento foi mais amplo.

Também foi necessário dimensionar o espaço desta problemática e para isto utilizamos dados de fontes secundárias, como os do Centro de Vigilância Epidemiológica e da Secretaria do Bem Estar Social de São Paulo.

A questão do atendimento à saúde da população de rua é um problema interssetorial, estreitamente ligado ao exercício de outros direitos, sendo fundamental para a compreensão deste problema o estabelecimento de relações com instituições que acolhem e orientam esta população.

Assim, visando enriquecer a compreensão sobre o homem de rua, incorporaremos ao trabalho algumas informações resultantes do intercâmbio com instituições assistenciais, dentro do recorte “adoecimento da população de rua” e, mais especificamente, “tuberculose” nesta população.

Entre estas entidades destacamos a Organização de Auxílio Fraternal, a Comunidade dos Sofredores de Rua, Casas de Convivência, Abrigos e muitas outras. Já as respostas a algumas questões relativas à tuberculose fomos buscar junto a instituições ligadas ao seu tratamento ou controle como “Sanatorinhos”, “Instituto Clemente Ferreira”, “Central de Vagas do Mandaqui.”

As visitas e coletas de informações junto a estas instituições terão cunho de pesquisa

qualitativa, que tem como principal instrumento de investigação o próprio pesquisador, sua apreensão da realidade e interpretação dos relatos feitos (Lüdke, 1986). Ainda que partindo de um conteúdo cognitivo– emocional prévio, busca-se a objetividade neste olhar. Para Jodelet (1985) acontece inevitavelmente um processo de “ancoragem”, ou seja, a interpretação de uma pessoa sobre qualquer objeto liga-se, inevitavelmente, a “um modo de pensamento social pré existente” incorporado a cada indivíduo no processo de desenvolvimento.

Ao contextualizar o observado, interpretar um relato ou mesmo sistematizar um conteúdo bibliográfico, sem dúvida este processo está presente, em antagonismo com a pretensão de objetividade do pesquisador. Contudo é a pesquisa qualitativa que, para Minayo (1989), permite uma visão holística de uma problemática e através dela pretendemos reconstruir nosso conhecimento sobre o tema.

1 – A TUBERCULOSE: ASPECTOS DO CONTROLE DE UMA ENDEMIAS

1.1 Dimensões do problema

Conforme a publicação da OMS, Genebra, 1993 “Aplicação da Estratégia Mundial de Saúde para Todos no Ano 2000”, o período 1985 - 1990 trouxe mudanças profundas na situação político - econômica mundial, que repercutem no setor saúde.

Ainda na publicação da OMS acima citada, vemos que a recessão de algumas economias desenvolvidas causou transtornos econômicos que modificaram as perspectivas mundiais. O informe conclui que o predomínio dos investimentos no setor financeiro, esvaziando o setor industrial e a globalização das empresas são uma causa de instabilidade econômica.

Segundo estudos do Banco Mundial, entre 1970 e 1985 aumentou consideravelmente o número de pessoas que vivem em pobreza, ou abaixo do nível de pobreza, calculadas em quase um terço da população mundial. A pobreza tem crescido nos países em desenvolvimento, mas também em países desenvolvidos cresceram os bolsões de pobreza em zonas urbanas.

Estudos das estratégias de desenvolvimento revelam que, em vários países, nas últimas quatro décadas, o PIB nacional aumentou sem que por isto diminuísse o nível de pobreza absoluta.

Na sua 16ª Reunião, o Comitê da FAO demonstrou que a produção de cereais no mundo aumentou, sem que este fato tivesse efeitos significativos sobre o estado de nutrição dos pobres, devido principalmente à desigual distribuição. Esta situação parece dever-se a atual estratégia de desenvolvimento que vem perpetuando a pobreza para parte da população, pelas distorções dos mecanismos econômicos empregados para acelerar o crescimento da produção.

Embora se reconheça cada vez mais, em nível internacional, que as medidas para homogeneizar a distribuição de renda possam ter um efeito maior sobre o progresso social que o aumento da produção, não é este o modelo de desenvolvimento aplicado nos países do capitalismo periférico.

Não há perspectiva de mudanças que alterem este quadro. A tendência da corrente internacional de recursos financeiros não é a de chegar predominantemente aos países em desenvolvimento nos próximos anos, nem a de fluir no sentido de financiar este desenvolvimento. Nas décadas de sessenta e setenta as Nações Unidas buscavam um enfoque comum para o desenvolvimento. Hoje, o Banco Mundial busca em seu discurso retomar este enfoque, desmentido pela realidade econômica atual. Entre as seqüelas desta situação de empobrecimento, o informe da OMS cita o aumento do número de imigrantes legais e ilegais em varias regiões, modificando o conceito generalizado de que o capital tem maior mobilidade que a

mão de obra.

Os problemas desta população são difíceis de avaliar, já que é escassa a informação sobre ela, pois muitos vivem clandestinamente nos países que escolheram. Entre as dificuldades que eles enfrentam e agravam estão as deficientes condições de moradia nas concentrações urbanas. Para o setor, o crescimento da pobreza, o aumento da população urbana, as condições de vida deterioradas, trazem um desafio que ameaça de colapso todo o sistema.

Em zonas urbanas e rurais, muito da morbidade e da mortalidade pode ser atribuído a deficiências de moradia, saneamento básico e alimentação. Nas zonas urbanas estes fatores revelam-se mais nítidos. A pobreza traz em realce seus vários aspectos: a dieta insuficiente, a promiscuidade nas habitações insalubres, a violência, a desintegração das famílias, a baixa escolaridade, o trabalho em condições desumanas.

São estas realidades que sobrecarregam os serviços públicos, em especial os serviços de saúde, com uma demanda que toma proporções de crise.

Em setembro de 1978, em Alma Ata, declarava-se: “a saúde é um direito humano fundamental”, “os governos têm responsabilidade sobre a saúde de seus povos.”

Difícil a reivindicação deste direito já que, para que seja exercido “requer condições de natureza biológica, econômica e social” (Moura, 1989), como a “nutrição adequada, a moradia higiênica, o trabalho em ambiente salubre, o lazer suficiente, o saneamento ambiental...”

Mas, como se define “direito”?

Para Mendes (1993) o direito “não se reduz a uma imaginária criação da mente”, está vinculado a realidade histórica, a um contexto social. Para Vasak (apud Moura, 1989) “os direitos humanos são inseridos na ordem social pelo poder político que emana da sociedade”.

O direito adquirido resulta, assim, de conquistas políticas para Mosca (1968) e Murgeon (1981), que vêem como marcos a Magna Carta inglesa e Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 na França. Mas Maritain (1981) lembra conquistas mais antigas: a idéia de direito natural em S. Tomás de Aquino e nos filósofos gregos, ou seja, no pensamento cristão e no pensamento clássico.

Levin (1978) vê na relação “contratual” entre o Estado e o Indivíduo a origem da aceitação dos direitos humanos como parte da Constituição. Contudo para Silva (apud Moura, 1989) “a conquista de direitos humanos fundamentais é um processo penoso para as pessoas marginalizadas”.

O direito à saúde, entendido como direito à integridade corporal já era reconhecido na antiga Roma (Cícero 43 a .C.), conforme cita Moura (1989). Subentendido na ética cristã, este direito só será explicitado na Inglaterra em 1714, dentro de uma preocupação com o ser humano como mão-de-obra, riqueza do Estado, conforme analisa Foucault (1975), sendo posteriormente incorporado às constituições de vários países.

Em 1946, a OMS define saúde e coloca como direito universal “sem distinção de raça, religião, ideologia política e condição econômica e social.”

A Declaração Americana dos Direitos e Deveres Humanos coloca “Toda pessoa tem direito à preservação da sua saúde por medidas sanitárias e sociais concernentes a alimentação, vestuário, habitação e cuidados médicos.”

Os governos, de modo geral, não têm contestado tal direito... nem tornado efetivo o acesso a ele.

O direito à habitação está previsto no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos. A habitação, ou mesmo a toca, sempre foi, desde tempos remotos, percebida pelos seres humanos e pelos animais como lugar de refúgio, como proteção contra riscos a que estavam expostos.

Schaefer (1987) reconhece que “o nível de bem estar físico, mental e social do ser humano em uma comunidade é determinado, em graus variáveis, pelo tipo e, principalmente, pela carência de alojamento.”

Assim, a habitação configura-se como “uma defesa que a sociedade deve à saúde do ser humano” (Moura, 1989) “Déficit habitacional significa não somente uma dívida social qualquer, mas desmascara uma ordem social que nega ao ser humano o exercício do direito à saúde (Moura, 1989).

Em 1976 realizou-se em Vancouver a Conferência das Nações Unidas sobre “Habitat” lembrando a questão dos desabrigados. Mas a situação agravou-se durante aquela década. Em 1987 a quarta parte da população mundial não tinha alojamento adequado e havia 100 milhões de pessoas totalmente desabrigadas. (Moura, 1989)

Foi quando a Assembléia Geral do ONU decretou o Ano Internacional do Alojamento para os desabrigados e a reunião sobre o tema “Alojamento, implicações para a saúde.” Em documento nascido nesta reunião foram sintetizadas as relações entre moradia e saúde, pelo professor de Política e Administração Sanitárias da Escola de Saúde Pública da Universidade da Carolina do Norte, Morris Schaefer (1987).

Algumas conclusões enfatizadas por ele lembramos aqui.

“A precariedade, mais ainda, a falta total de moradia tornam a saúde de qualquer pessoa extremamente vulnerável às periódicas tensões e agressões do meio ambiente. As condições de moradias são determinadas pelo modelo de desenvolvimento econômico e social do país onde se vive.”

No Brasil, o déficit habitacional se acumula há décadas, apesar das promessas governamentais e planos para o setor da habitação. Por anos vigorou uma política que estimulou o êxodo rural rumo aos maiores centros urbanos, superpovoados, criando maior demanda de alojamento nas grandes cidades. Em 1946 já Dutra, pelo Decreto Lei nº 9218 criou a Fundação

da Casa Popular. Em 1964, o Governo Federal, através da Lei 4380 instituiu o BNH (Banco Nacional de Habitação), que desapareceu em 1986, sem nunca ter atingido sua meta, propiciar moradia para a população de baixa renda.

Hoje nas metrópoles do Rio de Janeiro e São Paulo contam-se mais de três milhões de favelados e um número impreciso, porém crescente, de pessoas sem teto.

Morar na rua para Rosa (1995) significa “tornar público o que é privado, privatizando, por outro lado, o que é público, usando os espaços, reorganizando-os, de forma que “espaços na rua podem tornar-se casa.”

Morar na rua não é um fenômeno exclusivo dos dias atuais é um fenômeno presente nas várias fases da história, desde que se configuraram as cidades, estando freqüentemente relacionado a expropriação de terras (Simões, 1992) ou a desestruturação de sociedades predominantemente agrárias. Há registros de moradores de rua na Antiga Grécia, na Roma dos Césares, na Idade Média, nos relatos bíblicos sobre o Oriente Médio, nas histórias das Mil e Uma Noites.

É famosa a Corporação dos Mendigos na França do Rei Sol, que se reuniam no Pátio dos Milagres e formavam praticamente um reino a parte – o Reino dos Excluídos, com seu rei, o “Grande Coesre”, suas próprias leis e seu dialeto peculiar, dominando sem concorrência as margens do Sena quando caía a noite.

Para Ariés (1977), “a rua medieval era um prolongamento da vida privada...” “onde se praticavam ofícios, espetáculos, jogos, conversas.” Já para da Matta (1995) hoje o carinho, a solidariedade são típicos da casa e a rua é “espaço de individualização, luta e malandragem.”

Para Bróide (apud Carneiro Junior, 1996) “a vida na rua remete o sujeito a uma dependência muito semelhante à relação mãe-bebê.”; ou seja, uma relação de total dependência. Para Rosa (1995) a rua é lugar que torna possível a sobrevivência e, perdidos todos os vínculos, nela se estabelecem novos vínculos: companheiros, instituições assistenciais, serviços públicos. É também um espaço que Sommer (1973) caracteriza como “território portátil.” Território potencialmente ameaçador para a integridade física e mental dos seus habitantes.

Um trabalho realizado em 1997 pelo Departamento de Medicina da Família da Universidade de Filadélfia, coordenado por Plumb (1997) concluiu que esta população “é mais vulnerável à doença, com maiores taxas de morbidade e morte prematura.”

Afirma ainda que a prevenção de doença nos moradores de rua requer programas efetivos de controle e a conscientização de profissionais de saúde, acadêmicos, assistentes sociais e outros profissionais. Mas, ainda mais importante é uma posição de toda a sociedade no sentido de evitar que pessoas fiquem ao desabrigo e cheguem à situação de moradores de rua.

Estudo feito por Kleinman (apud Barnes, 1996), seguindo 363 adultos moradores de rua em Los Angeles concluiu por uma prevalência até 60% acima da população em geral de

problemas como: distúrbio vascular periférico, problemas de pele, alterações na visão, hipertensão e tuberculose. Não foram analisados traumatismos, violência, alcoolismo, uso de drogas, problemas mentais que, se levam a rua, são também gerados pelo viver na rua.

A realidade mais próxima - a pobreza em São Paulo

Quando se pensa em São Paulo, lembra-se logo a sua importância econômica, como capital do Estado pioneiro da industrialização, “centro de concentração do capitalismo brasileiro”, como constatam Singer (1978) e colaboradores.

Lembram eles que a superioridade econômica de São Paulo se baseia na propriedade do capital, processo de crescimento em que o capital se multiplica assimilando seu próprio produto.

A chamada “Grande São Paulo”, que engloba a Capital do Estado e os Municípios ao redor, concentra a maior parte da produção industrial do Estado.

Mas o alto grau de desenvolvimento econômico da Grande São Paulo contrasta com a miséria em que vive grande parte de seus habitantes, mostrando que os chamados “problemas do subdesenvolvimento” não são resolvidos apenas com o crescimento econômico.

Como comenta Singer (1976), “a situação privilegiada de São Paulo representa privilégio para alguns mas não para todos.”

No passado, a pobreza urbana foi vista como um fenômeno transitório, que cessaria quando os migrantes da zona rural fossem absorvidos pela economia industrial.

Hoje, temos pesquisas que mostram que a pobreza e o desemprego repartem-se igualmente entre migrantes e não migrantes. No caso de São Paulo, afirma Singer (1976) mais da metade da população é de “pessoas não naturais do município de São Paulo”. Estes estudos realizados em 1975 foram atualizados e demonstram um aprofundamento da crise social.

Análises das grandes cidades mundiais mostram que o próprio modelo de desenvolvimento capitalista, com suas formas de organização da produção e distribuição da riqueza, é responsável pela problemática urbana. Como lembram Rosa e Vieira, (1994), “a classe trabalhadora brasileira vem sofrendo um processo crescente de empobrecimento na última década, o que amplia significativamente o contingente social que vive em situação de miséria”. Nossa sociedade se organiza com base na compra e venda da força de trabalho, sendo necessário que o sistema econômico compre o trabalho.

O atual modelo de desenvolvimento aumenta o desemprego, criando um exército de excluídos. O desemprego é favorecido, por um lado, pelo desenvolvimento tecnológico, de outro, pelas crises econômicas. Numa sociedade capitalista, a situação de desemprego e recessão abala o próprio auto-conceito do trabalhador, cuja dignidade pessoal está baseada em seu papel de provedor.

Referem Rosa e Vieira (1994) o conceito marxista de superpopulação relativa, composta de desempregados e trabalhadores, de alguma forma pouco aptos para o mercado de trabalho, que não conseguem se fixar nele. Este contingente vive a incerteza, as ocupações transitórias, o subemprego.

A perspectiva da miséria e da desintegração familiar ronda as famílias trabalhadoras. Em São Paulo, cerca de 800.000 trabalhadores não ganham o suficiente para adquirir uma cesta básica de alimentação, como cita Aldaíza Sposati (1988). Lembra a mesma autora que, em São Paulo, “o direito de abrigo ficou inalcançável para aqueles que não possuem renda ” e que a cidade “tem hoje um milhão de pessoas morando em favelas e três milhões morando em cortiços”. Além da população de rua cuja estimativa é variável, sendo identificadas no trabalho de Rosa e Vieira 3392 pessoas. Esta população de rua, no passado, era uma minoria constituída de pessoas que se auto excluía da sociedade, egressos de asilos, mendigos, como lembra Patrus de Souza no livro organizado por Rosa (1995). Hoje é constituída em sua maioria por “trabalhadores que não deram certo”, no dizer de Alba Zaluar, e que como refere a autora, “também são familiares e parentes fracassados , na medida em que não puderam contar com a solidariedade familiar” (Zaluar in Rosa, 1995).

Esta população está presente nas grandes cidades em vários países. Ocupam como local de pernoite os viadutos, ruas, praças, canteiros. Carregam consigo seus pertences. O grupo maior é de homens que vivem sós, mas há também crianças, mulheres e famílias. Rosa e Vieira referem que 35,8% dos pontos de pernoite existem há menos de 1 ano e 27,2% há menos de 6 meses.

Segundo os autores : “Estes dados permitem levantar a hipótese de que estaria havendo um crescimento do número de pontos e do número de pessoas que dormem nas ruas. É uma situação que reflete o processo de pauperização da população que, na falta de emprego e habitação, passa a utilizar de forma crescente os espaços públicos como alternativa de habitação e moradia.”

No início do século XX, a sociedade capitalista ocidental era uma sociedade de produção, em que se via a poupança como virtude e grande número de bens eram de produção doméstica.

O objetivo do sistema econômico de então era, uma vez alcançada a fartura de bens essenciais, liberar progressivamente os homens do labor excessivo, dando mais lugar ao lazer.

Este objetivo foi alcançado pela década de 20, mas os que detinham o controle do sistema não souberam lidar com a “utopia” alcançada.

Após a Grande Depressão, Keynes (apud Toynbee, 1976) concebeu o mercado produzindo bens e serviços não primaciais, mas de natureza demonstrativa... A mídia começou a incentivar os indivíduos a diversificar necessidades, a concretizar anseios abstratos em objetos concretos, em mercadorias específicas. É a necessidade de liberdade se concretizando em uma

moto ou veleiro, a de segurança em uma mansão, a de status em um carro, a de identificar-se com uma beldade na posse de um vestido, a saudade da juventude em um creme anti rugas...

A sociedade de produção passou a sociedade de consumo, como descreve Townsend (apud Adorno, 1990). As organizações formais vêm a ocupar todo espaço vital do cidadão, não deixando lugar à capacidade artesanal do indivíduo – até o tempero do alimento já vem pronto, não dando lugar sequer à criatividade da cozinheira.

O homem cada vez mais é visto como detentor do emprego, sem nenhum espaço vital para seus objetivos pessoais. É apenas um fator despersonalizado do processo produtivo, do qual se espera um comportamento estereotipado e um olhar acrítico (Horkheimer e Adorno, 1985).

Vem, contudo, o desemprego, situação não prevista pelos economistas clássicos e inexistente nas sociedades pré industriais. Em uma sociedade em que a pessoa total inexistente e só é valorizada como força de trabalho, com suas aptidões e capacidades desejadas pelo sistema, que resta desta pessoa quando até a sua força de trabalho já não é necessária?

E são muitos já os excluídos do sistema econômico, aqueles da “massa livre de servidão e fortuna” de quem falava Marx (1987), a quem só restava a venda da capacidade de trabalho como alternativa à mendicância ou roubo e cuja capacidade de trabalho não encontra hoje comprador.

Na sociedade pós industrial a ampliação do setor de serviços deslocou a ênfase da produção para o consumo, com estimulação artificial das necessidades, com amplo leque de possibilidades de consumo. Mas, como colocam Aranha e Martins (1993), “ a única coisa a que não se tem escolha é não consumir!”

E que pode fazer nesta sociedade a população marginalizada, com suas necessidades reais de sobrevivência e nenhum poder de consumo?

A vida autêntica para o ser humano ocorre em sociedade, das relações nela criadas emerge a consciência de si, ou seja, o homem é um ser social. Como pode o ser humano exercer um olhar crítico sobre o mundo e sobre si mesmo quando colocado à margem das relações sociais e distante também da comunhão com a natureza que caracterizava as sociedades pré industriais e podia propiciar condições de sobrevivência?

Na verdade o homem sempre faz caminhos, encontra estratégias de sobrevivência. Gusdorf (1987) reflete que o homem não é apenas o que as circunstâncias fizeram dele, mas se define pelo seu agir, por sua busca de alternativas.

Neste trabalho falaremos sobre pessoas que viveram a exclusão e exerceram sua capacidade de sobreviver de “biscates”. Carregavam, em geral, para sua solidão, a invisível tirania da ideologia dominante, transformando seu sofrimento em culpa e seu abandono em fracasso pessoal. Mas há em suas vozes momentos de reflexão e crítica, seu falar ou seu rir habitual subitamente desvelarão a opressão e a falta de opções que se fizeram presentes ao longo

de suas trajetórias.

Na Folha de São Paulo de 9 de Novembro de 1.999, relata-se caso acontecido recentemente. Vera S., 52 anos, moradora de rua, foi estuprada e morta a pauladas em um parque de São Paulo: “Segundo a Polícia Civil, Vera era professora aposentada e, há dez anos, largou a família e o trabalho por desilusão amorosa. Desde então, a ex-professora passou a viver sozinha no parque”.

As causas que levam alguém às ruas são variadas como múltiplos são os sentimentos e circunstâncias que podem levar ao rompimento com a comunidade dos homens.

Embora predomine, nas histórias dos sem teto, o fator econômico na origem do desabrigo, podem anteceder-lo fatores psicológicos e emocionais que levem o indivíduo a um ponto de ruptura, querendo fugir à rede de sistemas de controle através dos quais a sociedade aprisiona o indivíduo.

1.2. A importância da tuberculose em nossos dias

Em 1993, a OMS declarou a tuberculose em estado de urgência no mundo (Ruffino,1997), considerando como principal razão para sua reemergência a pobreza e a desigualdade social crescentes (Cohn, 1997).

A OMS (WHO, 1995) estima em 9 milhões o número de casos mundiais de tuberculose com 3 milhões de óbitos anuais, sendo portanto o *Mycobacterium Tuberculosis* o agente infeccioso que mais mata no mundo.

A OMS (WHO, 1998) estima em 129.000 casos a incidência de tuberculose no Brasil no ano de 98. Ruffino (1997) lembra que, se hoje se notifica cerca de 90.000, estamos notificando apenas 68% dos casos havendo uma “prevalência oculta” de 30%, estando o Brasil entre os países com maior número de casos de tuberculose no mundo.

Também em dados da OMS (Who/TB/98.239) sabemos que a tuberculose mata mais mulheres do que todas as causas outras de mortalidade materna juntas. Mais de 100 mil crianças morrem anualmente da doença. Mais jovens e adultos morrem de tuberculose do que de qualquer outra doença infecciosa. Mais de 50 milhões de pessoas poderão se infectar nos próximos anos com bacilos multidrogas resistentes. As cepas incuráveis ameaçam os 50 anos de avanços científicos no combate à tuberculose. Atualmente, 2 a 3 milhões de pessoas por ano morrem em consequência da tuberculose e pode-se prever uma mortalidade de 30 milhões de pessoas na próxima década.

Lembra Dr. Arata Kochi (1998, in WHO/TB/98.293), coordenador do programa de tuberculose, da OMS: “Para aqueles com tuberculose, metade da luta está ganha. Eles não precisam esperar pela descoberta da cura: já existe uma, com 95% de eficácia. O que é preciso agora é uma ação coordenada e responsável das pessoas nos governos, fundações, corporações e

ONGs que possam financiar e implementar mais programas de tratamento de tuberculose”.

Sendo a tuberculose uma “urgência” mundial e o sucesso dos programas de controle estando associado não apenas às verbas destinadas ao programa em si, mas às condições de vida da população, justifica-se a preocupação com esta doença entre grupos populacionais peculiares expostos a condições de vida mais precárias.

Segundo o manual do Ministério da Saúde “Controle da Tuberculose”, 1989, a Organização Mundial de Saúde, acredita que um terço da população esteja infectada pelo bacilo de Kock. Mundialmente ocorrem por ano cerca de dez milhões de casos novos de tuberculose e aproximadamente três milhões de mortes. Assim, a tuberculose configura-se ainda hoje como um problema de saúde de proporções maiores do que se poderia prever há poucos anos.

Os dados que citaremos neste capítulo foram retirados do texto acima mencionado, do Ministério da Saúde.

Durante os últimos anos, houve pouco declínio e até mesmo houve um recrudescimento, a partir de 1986, no número de casos novos notificados devido, provavelmente, à associação com a AIDS.

Sendo moléstia intimamente associada às condições sócio-econômicas verificamos ser maior sua incidência na Ásia, África e América do Sul. Na Europa, América do Norte e Oceania, o risco de contrai-la é menor. Nestes países ela permanece mais restrita aos “bolsões ” urbanos de miséria e aglomeração humana. Entre os países subdesenvolvidos, o Brasil é o segundo com maior número de casos, sendo ultrapassado apenas pela Índia.

Em 1973, iniciou-se um sistema de vigilância Epidemiológica unificado e notificaram-se no país 45.655 casos. Em 1980 foram registrados 86.411, média que se manteve nos 5 anos seguintes. Em 1987, o risco de adoecer por tuberculose no Brasil, foi estimado em 0,6% ao ano. Na maioria dos países este risco é de 0,1 a 0,3%, mas há países da África onde o risco é de 2 a 5% ao ano. Pelo Brasil, havia em 1987, ainda segundo o informe do Ministério da Saúde, diferente risco de adoecer, conforme as regiões. Este risco era maior nas Regiões Norte (1,1%) , Nordeste (0,7%) e Sudeste (0,5%) e menor no Sul (0,3%).

Em 1992, conforme o Informe Epidemiológico do SUS, de Maio/Junho de 1993, vemos a seguinte distribuição de casos notificados, conforme a região: Norte: 85.955, Nordeste: 24.615, Sudeste: 41.201, Sul: 8.369, Centro-Oeste: 4.279. Destes totais, veremos que apesar de índices significativos de cura, também são altos os índices de abandono, recidiva e óbito.

A revista Salud Mundial, nº.04, Julho/Agosto de 1993, traz um artigo dos Drs. Porter, McAdam e Feachem, em que os autores afirmam: “ a tuberculose que há algum tempo se considerava dominada, está ressurgindo em muitos locais.” Na mesma revista, os Drs. Reider e Raviglione demonstram o aumento da incidência da tuberculose também nos países industrializados, embora reconheçam ser a situação muito grave nos países em desenvolvimento.

Segundo o informe do CVE de 1995:

“Fatores como o número de infectados pelo HIV e alto índice de abandono de tratamento pode manifestar seu efeito em poucos anos e de uma forma extremamente perversa, aumentando a incidência e causando epidemias de tuberculose multi-resistente. Foi o que ocorreu em Nova York, onde se constatou que cerca de 1/3 dos casos eram resistentes a algum medicamento anti-tuberculose e 20% eram resistentes à Rifampicina e Isoniazida .”

No Estado de São Paulo, anualmente são notificados aproximadamente 18 a 19 mil casos novos de tuberculose. Mesmo sendo assustadores esses números, sabe-se que a subnotificação ainda é considerável. Conforme o informe do CVE, em 1994, tivemos 813 casos de óbitos por tuberculose em pacientes cuja doença não fora notificada. Quando o paciente apresenta simultaneamente AIDS e tuberculose, a tuberculose aparece na ficha de notificação de AIDS, mas muitas vezes deixa de ser notificada em ficha própria, o que mascara a realidade.

A tuberculose não acontece sob forma epidêmica, e, sim, endêmica, embora recrudescer em épocas de miséria e condições de vida ruins, ocorrendo aumento da sua incidência em períodos de guerra e convulsões sociais. Entre os infectados, a proporção de casos clínicos não é grande, é de aproximadamente 5% a 10%.

A profilaxia seria fácil se pensarmos apenas nos recursos técnicos de que dispomos: vacinação, tratamento dos doentes, controle dos comunicantes, o PPD para verificar a susceptibilidade, um serviço de Vigilância Epidemiológica. Mas torna-se difícil como consequência dos problemas sociais que mantêm esta doença na comunidade, problemas estes de difícil solução. Até dez anos atrás esta doença vinha declinando, e este declínio justificou certo descaso quanto a ela por parte dos sistemas de saúde de vários países. Mas hoje ela vem recrudescendo nos mais diversos contextos sócio - econômicos, tanto nos países pobres, como entre a população pobre dos países ricos.

Em 1993 a tuberculose passou a ser encarada pela Organização Mundial de Saúde como uma emergência mundial. Outro perigo se anuncia: a resistência aos medicamentos. A tuberculose multi-resistente é freqüentemente incurável, mesmo quando se dispõe de medicamentos caros.

Em 1994, no Estado de São Paulo, foram notificados segundo o CVE 18.975 casos novos. Verifica-se ligeiro aumento desde 89. Aumento ligeiro, sim, porém progressivo, levando a interrogar se denuncia uma tendência.

Já a mortalidade vem crescendo de forma mais acentuada que o aumento de número de casos notificados. A tuberculose é hoje também a maior causa de morte em pacientes de AIDS, segundo o relatório apresentado por profissionais do Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo no fórum municipal de tuberculose de 1995.

Dentro do Estado de São Paulo há diversidade considerável de coeficientes de incidência,

estando mais altos no litoral, na capital e na Grande São Paulo. Cidades como Campinas e Ribeirão Preto apresentam também alto coeficiente de incidência, contrastando com os coeficientes muito mais baixos do norte e nordeste do Estado.

Segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica, divisão de tuberculose e outras Pneumopatias, tivemos, entre os pacientes que iniciaram o tratamento em 1994, conforme a situação no sétimo mês: abandono: 15,7%, obito: 6,4%, cura: 50,0%, em tratamento: 16,9%, outros: 11,0%.

Conforme a literatura disponível, os índices de cura para tuberculose que deveríamos almejar, com a quimioterapia específica, seriam em torno de 90%. Contudo, o máximo que se alcança, nos serviços em que a estimativa é mais otimista, segundo dados do CVE de São Paulo, é de aproximadamente de 50%.

Assim como o aumento dos casos notificados e o crescimento da mortalidade pela doença são preocupantes, também o é a porcentagem relativamente pequena de curas obtidas.

A tuberculose é uma doença crônica transmissível, causada pelo Bacilo de Kock, uma micobactéria da ordem dos actinomycetos, resistente a Ph extremos, portanto ácido álcool resistente. O nome da doença vem de tubérculo (batatas, massa ou nódulo), pelo aspecto dos granulomas.

Como todas as micobactérias, seu poder imunogênico não é alto, estimula a imunidade celular tardia do hospedeiro.

O *M. tuberculosis* é um bacilo sem flagelos e que não produz toxinas. É aeróbio estrito, necessita de oxigênio para crescer e multiplicar, podendo contudo fazê-lo no interior de células fagocitárias, sendo assim um parasito intracelular facultativo. De modo geral é resistente a agente químicos, mas sensível a radiação ultra violeta, morrendo rapidamente sob a luz solar.

Normalmente a fonte de infecção é o paciente com a forma pulmonar da doença, que elimina os bacilos no escarro. As gotículas mais pesadas se depositam, mas as mais livres permanecem em suspensão no ar, por serem leves e sofrerem evaporação. Os núcleos secos das gotículas (núcleo de Wells), com 1 ou 2 bacilos em suspensão, são aspirados por outro indivíduo, atingindo os alvéolos, onde irão se multiplicar. Já as gotículas maiores, contaminado copos ou talheres ou o trato respiratório superior, não terão importância na transmissão porque aqui os bacilos serão deglutidos, inativados no estômago e eliminados nas fezes.

Muitas causas determinarão a probabilidade de ser o indivíduo infectado e de que esta infecção evolua para a doença, entre elas a resposta imunológica do organismo. A competência imunológica está relacionada a fatores genéticos e ambientais, de forma especial aqueles atrelados às condições de vida.

Descrevemos a seguir como se desencadeia a resposta imune.

Quando o bacilo de Kock penetra no organismo, suas estruturas antigênicas estimulam os

linfócitos B, que terão mitoses e tornar-se-ão plasmócitos secretores de imunoglobulinas. Mas estas imunoglobulinas não conseguem destruir o bacilo e este não produz toxinas que possam ser neutralizadas. Também a fagocitose de bactérias é inútil no caso do BK porque ele vive bem dentro das células que o fagocitarão.

Na verdade, a imunidade neste caso depende basicamente do sistema timo-dependente, dos linfócitos T helper (OKT4) e dos macrófagos (monócitos, células de Küpfer, histiócitos).

O macrófago, fagocitando o bacilo, secretará a interleucina 1, que ativará o OKT4. Este linfócito vai secretar a interleucina 2 que vai induzir a proliferação dos OKT4. Também secretará um fator que detém os macrófagos no local de infecção e os fará secretar enzimas líticas que atacam o bacilo e impedirão sua multiplicação. Geralmente os bacilos sobrevivem às enzimas, mas tem sua proliferação impedida, permanecendo viáveis, mas quiescentes. A imunidade à tuberculose é, assim, basicamente bacteriostática.

Todo este processo é altamente destrutivo para os tecidos do indivíduo, quando a bacteriostase não se efetua. A secreção de enzimas e a fagocitose levam à destruição de tecidos e a ativação de fibroblastos causa fibrose, além do granuloma e da necrose de caseificação. Isto ocorrerá quando o equilíbrio bacilo hospedeiro não se estabelece na primo-infecção ou porque o número de bacilos infectantes é muito grande ou porque o hospedeiro não possui um sistema imunológico competente (como casos de AIDS, desnutrição, etc.). Também pode ocorrer, quando há reinfecção exógena, ou seja, o equilíbrio for rompido por nova infecção na qual o número de bacilos supere a imunidade anteriormente conseguida. E ocorre ainda quando há depressão nos OKT4, fazendo com que se reativem os bacilos que permaneciam quiescentes no interior das células.

A resposta imunológica depende não apenas o adoecer na primeira infecção, mas o desencadear da doença em um indivíduo infectado há muitos anos e que nunca adoeceu. É assim comum pessoas idosas desenvolverem tuberculose por reativação endógena, como consequência do stress social (menor renda após aposentadoria, solidão) ou por doenças associadas como diabetes ou desnutrição.

Segundo o Manual de Controle de Tuberculose do Ministério da Saúde (1994) cerca de 95% dos primo-infectados tornam-se antigos infectados, sem as alterações evolutivas da doença. E cerca de 5% evoluem para a doença após a infecção. Esta proporção é certamente muito diferente entre a população sem teto.

O risco de se infectar pela primeira vez está relacionado às oportunidades de contato com o agente etiológico e isto depende das fontes bacilíferas existentes e fatores como moradia, transporte, trabalho, que podem propiciar ou não maior contato com estas fontes. Entre os moradores de rua o contato com doentes pode ser maior ou menor, mas certamente se dá de forma diferente do restante da população.

Já o risco de que a primo-infecção leve à doença depende muito da idade em que ocorre a primo-infecção, sendo este risco mais elevado nos primeiros anos de vida (se não houve vacinação), baixo na idade escolar, voltando a se elevar na adolescência e início da idade adulta, caindo após os 25 anos. Assim como o risco de infecção é também muito relacionado às condições de moradia, estado imunológico, intensidade de contágio. Aqui o estado imunológico desempenha papel fundamental e sabemos que ele depende do estado nutricional do organismo e das patologias associadas, assim como o stress.

Comentaremos algumas pesquisas, na maior parte realizadas no sul dos Estados Unidos e, no decorrer do trabalho, voltaremos a discorrer sobre peculiaridades da população de rua que podem explicar resultados encontrados.

Em 1996, a Universidade de Medicina da Califórnia fez uma pesquisa, coordenada por Barnes e colaboradores visando determinar a freqüência da reativação do foco primário em homeless, comparando-a com a população em geral. Foi um estudo prospectivo com uma amostra de trinta e quatro pacientes. A freqüência encontrada foi de 53% enquanto que, na população em geral, é estimada em 10%.

Também na Universidade da Califórnia, na cadeira de Ética Médica foi feito um estudo, por Oscherwitz e col. sobre abandono do tratamento de tuberculose. Entre os pacientes seguidos pelo período 1994-1995, dos pacientes que abandonaram o tratamento 46% eram moradores de rua e 81% eram alcoólatras ou drogados. A pesquisa conclui que o tratamento deve incluir alguma forma de acompanhamento e apoio psicossocial para evitar essa não aderência ao tratamento. Um dos objetivos deste trabalho é explicar alguns motivos pelos quais é mais difícil para os homeless acompanhar o tratamento pelo tempo estabelecido.

Em Los Angeles, Asch e col. (1998), no Centro Médico dos veteranos estudaram pacientes moradores de rua com tuberculose ativa, comparando-os a pacientes com domicílio normal. Encontraram maior freqüência de lesões cavitárias nos homeless (24% versus 16%, $p=11$). Também foi significativa a freqüência maior com que o diagnóstico é feito de forma mais tardia nos homeless, ou pela maior dificuldade desta população em perceber-se doente ou pelo menor acesso aos serviços de saúde.

Em estudo feito em Sydney, Austrália, Lau e Ferson (1997) acompanharam moradores de rua por 4 anos fazendo screening através de RX e compararam os casos de tuberculose encontrados com a prevalência da doença na população em geral. De 3555 pessoas, 14,2% apresentaram alterações ao RX, mas aproximadamente 58% destes pacientes com alterações ao RX não voltaram para consulta não se podendo portanto afirmar que todos possuíam tuberculose ativa. Mas o estudo aponta para a necessidade de detecção precoce da tuberculose na população desabrigada.

Diferentes estudos feitos, em várias localidades, com esta população, trazem conclusões

interessantes que podem apontar novos caminhos de pesquisa ou contribuir para a formulação de políticas de saúde mais abrangentes.

No caso dos moradores de rua esta imunidade estará certamente comprometida, propiciando a evolução da primo-infecção para a doença. Sabemos que a alimentação do morador de rua é precária e irregular e que o suporte nutricional é básico para assegurar a competência imunitária. Também irão influir negativamente sobre a possibilidade de uma defesa imune eficaz: o excessivo stress e as patologias já existentes.

Compreendendo os fatores biológicos e sociais na gênese e no decorrer do processo de adoecer por tuberculose na população de rua, compreenderemos melhor a facilidade com que o morador de rua evolui da tuberculose-infecção à tuberculose -doença e a pequena possibilidade de cura que há quando se vive ao relento. Se, como diz o poeta Mário Quintana, a rua é uma espécie *sui generis* de lar, que lar perigoso ela representa!

Tendo abordado alguns aspectos sobre a vulnerabilidade do morador de rua à tuberculose-doença, uma vez tendo entrado em contato com o bacilo, é importante compreender também o evoluir do processo de adoecer.

Quando o indivíduo recebe um ou dois bacilos nos alvéolos pulmonares, terá em quinze dias aproximadamente 10^5 bacilos que, por via hematogênica, chegarão aos diferentes órgãos. Estes bacilos serão geralmente destruídos pela ação imunitária que se instalará, mas podem estabelecer uma porta de entrada para formas extra pulmonares da doença.

O organismo normal, na terceira semana, reconhece a presença do bacilo e desencadeia a resposta imunológica. No local da inoculação inicial forma-se o foco de Gohn, de 1 a 2 mm, esbranquiçado, amolecido, formado por material caseoso cercado de linfócitos e macrófagos. Para a maior parte dos infectados o processo se detém aí, já alguns deles desenvolvem a tuberculose miliar ou diferentes formas da doença.

Nestes pacientes têm grande importância o diagnóstico e o tratamento precoces e bem conduzidos. O diagnóstico é feito a partir do exame físico, dos sintomas febre, tosse com expectoração, emagrecimento e dos exames complementares. Destes exames tem maior importância a baciloscopia que detecta o bacilo no escarro do paciente quando existem mais de 5000 bacilos por ml na amostra de escarro examinada. O RX tem menor importância, já que não existe imagem patognomônica de tuberculose, apenas imagens sugestivas da doença.

O morador de rua dificilmente tem acesso ao diagnóstico precoce da doença, devido a fatores como a diferente percepção da doença e o reduzido acesso aos serviços de saúde.

Preocupado com sua sobrevivência imediata, o morador de rua minimiza os sintomas da doença até que ela impeça sua movimentação habitual (Berlinguer,1998). E, nesta altura já é mais difícil para ele procurar um serviço de saúde. Contudo, se chegar a este serviço de saúde, o paciente encontrará especial dificuldade em ser atendido. A burocracia dos serviços exige que os

documentos do paciente sejam apresentados antes mesmo do atendimento. Os moradores de rua raramente possuem documentos, já que estes costumam ser roubados, até mesmo por outros moradores de rua ou perdidos (Carneiro Jr. et al, 1996).

Se, explicando seu problema, o morador de rua conseguir ser atendido, enfrentará ainda a discriminação e o preconceito, especialmente devidos à sua aparência e à dificuldade de higienização (Carneiro Jr. et al, 1996), podendo reter um odor desagradável que dificulte o relacionamento com os profissionais de saúde e com os outros pacientes, prejudicando até o exame físico.

Vencendo estes obstáculos, o morador de rua ainda terá que superar sua própria relação com o tempo, o espaço e as instituições, para retornar dentro de uma semana e ter enfim o diagnóstico da doença e iniciar o tratamento.

É *sui generis* a relação do morador de rua com a topografia da cidade. Nem sempre o local onde houve o diagnóstico será o local onde poderá ser feito o tratamento. Mas, conforme o acolhimento recebido em um serviço de saúde, este poderá tornar-se um marco de referência dentro do “mapa” do morador de rua, de forma especial se puder atender a suas outras necessidades, como a de higienização, de obtenção de vales-transporte, documentos, etc...

Apenas uma abordagem multidisciplinar, priorizando os aspectos sociais, pode criar vínculos entre o morador de rua e um serviço de saúde. Contudo, uma vez construídos estes vínculos, resta ao morador de rua enfrentar os problemas próprios do longo tratamento da doença.

1. 3. Mudanças na política de controle

No livro “Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80”, organizado por Reinaldo Guimarães, Madel Terezinha Luz cita, a respeito da dicotomia “Prática Institucional Política Institucional” o texto de Chico Buarque e Rui Guerra em Calabar: “Se trago as mãos distantes de meu peito é que há distância entre intenção e gesto, de tal maneira que, depois de feito, desencontrado eu mesmo me contesto.”

A “ distância entre intenção e gesto”, é perceptível quando se observam as diferenças entre o discurso institucional e as práticas de saúde. Neste caminho vão influir discursos paralelos, as diferentes interpretações da normalização e os diversos interesses envolvidos.

Para Madel Luz, há diferentes verdades: a) a retórica institucional, b) o discurso normativo (programas, leis) e c) a prática real vigente.

Certo é que a realidade impõe-se sobre o discurso se este insiste em ignorá-la. E o discurso já aparece um pouco modificado para aproximar-se da prática quando se reflete em normas. Observa-se esta distância entre o discurso e a realidade ao pensar na abordagem do

problema “ tuberculose ” .

As políticas públicas de saúde são efetivadas pelo Estado, através de instituições médicas. Como lembra Luz (1982), o conceito “ saúde “ deveria remeter tais políticas a uma preocupação mais ampla, incluindo as condições de vida como um todo: alimentação, repouso, habitação, etc... Com a redefinição do papel do Estado, hoje, ao se falar em Políticas de Saúde, fala-se também nas Instituições que se ocupam da cura das moléstias, em medicalização, em “suprir medicamente a carência de saúde da população ” .

Assim, o discurso institucional parece esquecer a diversidade de condições em que vive a “população alvo ” de seus programas. E ignorar que a efetividade dos programas de controle é continuamente sabotada pelo quadro de profundas desigualdades sociais do país.

Tome-se como exemplo, a redução contínua e rápida dos leitos para internação por tuberculose, que demonstra a distância entre um discurso correto, coerente, que contudo perde sua consistência frente ao cotidiano vivido.

O discurso oficial lembra, baseado especialmente na pesquisa feita em Madras, na Índia, ser eficaz o tratamento da tuberculose ambulatorial, sendo indicada hospitalização apenas em casos especiais como: Meningite tuberculosa, Indicação cirúrgica, Intolerância medicamentosa, Intercorências clínicas e cirúrgicas graves (Norma Técnica da Secretaria da Saúde, n.º : 30184, no DOE de 07/12/84) Até 1995 as indicações para internação não contemplavam critério social, o que parece ter sido corrigido no novo Manual de Controle de Tuberculose da Secretaria da Saúde.

A argumentação consistente utilizada mostrava que já não vivemos em tempos da Polícia Médica, nem pensamos em confinar o indivíduo para proteger a sociedade, afastando-o de sua família e de seu lar. Contudo, o que ocorreu, a nível dos instituições, foi tal redução nos leitos disponíveis, que estes não são suficientes para atender os casos mais graves.

A redução iniciou-se de maneira drástica na década de setenta, conforme depoimento do diretor do Dr. Germano Gerhardt, da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária à Revista Radis, da Fiocruz, de dezembro de 1982,. Nela afirma ter havido de 1973 a 1981, redução de 78% dos leitos a nível nacional, ou seja de 24.000 leitos para cerca de 5.000 em 1982.

Mais recentemente, em 1990, no Relatório Anual de Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose, verifica-se que, desde 1981, reduziram-se mais os leitos. O relatório exemplifica comentando a diminuição dos leitos do Hospital Mandaqui, referência em tuberculose para o Estado, que passou de 500 leitos em 1983 / 1984 para 104 leitos em 1990, resultando em dificuldade cada vez maior para se conseguir uma internação. Em recente Fórum Municipal, ao falar sobre estes números, argumentaram que, hoje, já não se dispõe de todos estes leitos...

Se a retórica institucional fala em preservar a liberdade do paciente, em não confiná-lo como nocivo à sociedade, a realidade com que se defrontam os serviços é a necessidade de

preservar o paciente de uma sociedade que lhe impõe condições de vida nocivas. Não necessariamente internando-o, mas até encontrando vagas para isto quando preciso.

A realidade atual com que se defrontam os serviços vem mostrando que não se trata de afastar o indivíduo de sua casa que é a rua, nem da família, que não possui. A realidade do crescimento da população sem teto, dos cortiços e favelas, do número crescente de miseráveis, é hoje um desafio que se impõe ao sistema de saúde, exigindo um novo olhar para os problemas da população.

Como tratar só com medicamentos, a serem ingeridos antes ou após o desjejum, pessoas que não sabem quando e o que irão comer? Como prescrever esses medicamentos para determinado horário a pacientes que, pela sua ruptura com a rotina, têm diferente noção do tempo?

Se não há leitos hospitalares disponíveis, por outro lado uma maior oferta destes leitos resulta em despesas nem sempre necessárias, implicando em oferecer recursos como enfermagem noturna e retaguarda de UTI, dispensáveis em muitos casos, para pacientes que só necessitam um teto, alimentação regular e medicamentos.

Entre as alternativas, existe a opção “Casa de Apoio” para a população de rua com a moléstia. Esta opção implicaria em gastos menores que os de uma internação e proveria regularidade na ingestão medicamentosa e na nutrição destes pacientes.

Outras alternativas poderiam ser atendimento tipo Hospital dia ou o Tratamento em Esquema Intermitente Supervisionado que, embora não suprissem todas as necessidades destes pacientes, poderiam ter efeito na regularidade da terapia. Nesta forma de tratamento o paciente ingere os medicamentos sob as vistas de um profissional da saúde, 2 a 3 vezes por semana. O Ministério da Saúde reserva este procedimento para os pacientes com história de tratamento irregular, alcoolistas, usuários de drogas e *homeless*.

No caso dos *homeless*, sua mobilidade usual e a dificuldade de encontrá-los metodicamente nos mesmos locais, provavelmente dificultará o trabalho do profissional de saúde.

A idéia do tratamento intermitente baseia-se no retardo de multiplicação bacteriana após exposição às drogas. Após contato com as doses normais de Isoniazida, as bactérias voltam a se multiplicar em dois ou três dias. Com a Rifampicina, em uma semana. Mas neste Esquema, a dose do primeiro medicamento deve aumentar para 14 a 17 mg (Kg) peso por dia de tomada. Já a Rifampicina não precisa ter a dose aumentada. O uso intermitente das drogas é para a fase de manutenção, nos dois meses da fase de ataque o uso deve ser diário.

No tratamento da tuberculose, são estas as novas perspectivas que se discute no momento.

Nos países desenvolvidos, os programas de controle têm alcançado bons resultados. Mas,

mesmo neles, perdeu-se a ilusão de que a tuberculose poderia ser erradicada, o máximo que se conseguiu foi seu controle. Diminuiu, nesses países, o risco de adoecer, mas ele continua existindo, especialmente em bolsões de pobreza.

Em nosso país, como em todo o mundo, tem havido um novo despertar da atenção sobre o problema, por parte da população e dos sistemas de saúde, buscando respostas para a gravidade desta problemática.

A complexidade do desafio que a exclusão social representa para o nosso sistema de saúde, exige a implementação de novas políticas, que contemplem os desfavorecidos e de um olhar mais abrangente para as ações de saúde. Mas, pela difícil articulação destas políticas no momento atual, há igualmente necessidade de intervenções em saúde com algum impacto que possam ser efetivadas desde logo.

Devido à redução de leitos, delinea-se uma situação em que mesmo quadros graves não conseguem vagas para internação, o que resulta em maior mortalidade ou em agravamento da doença.

De 1989 à 1990, diminuíram em duzentos o número de leitos, de 1984 à 1990 a queda foi de trezentos leitos. O Hospital do Mandaqui atende uma média de seiscentos pacientes ao mês no pronto socorro, internando aproximadamente cem pacientes ao mês. Os pacientes podem permanecer vários dias no Pronto Socorro aguardando internação.

A alta letalidade mostra a gravidade desses casos. Em 1990, dos casos internados, houve 396 óbitos. Destes, 65 casos morreram dentro de vinte e quatro horas e 155 em uma semana de internação. Em Hospital de Referência, houve reinternação de 20% dos pacientes, mostrando que se força a alta precoce, pela necessidade permanente de leitos. É a crise presente na saúde como um todo, se refletindo nesta deficiência de vagas, mas também o resultado de uma política que vigora há duas décadas.

O Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira (Ministério da Saúde, 1994), coordenador do Programa de Tuberculose, reconhece estar o Sistema de Saúde despreparado para enfrentar a doença.

Os dados já citados mostraram acentuada redução de leitos, mas lembramos que, na década seguinte, esta redução prosseguiu, configurando o quadro atual. Lembra que muitas unidades estão fechando o atendimento à tuberculose, como o Centro de Saúde da Penha, ou diminuindo o número de leitos, no caso do Hospital de Referência.

Isto ocorre quando por exemplo, em 1992, foram notificados mais de 78.000 casos no Brasil, quase 17.000 no Estado de São Paulo, onde morreram pela doença 515 pessoas, 378 delas na Capital.

Ainda remetendo ao passado, entre os anos 1973 e 1981, tivemos no país uma redução de 78,3% de leitos para tuberculose, segundo dados da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, citados na revista RADIS da Fiocruz, Rio de Janeiro, dezembro de 1982. Numericamente, de um

total de 24.045 leitos em todo país em 1973, viermos a ter um total de 526 leitos apenas em todo país em 1981, ou seja, uma redução de quase 80% dos leitos em 8 anos. Só região Sudeste, de 16.471 leitos viermos a ter 3.501 leitos e na região Nordeste a redução foi mais drástica: de 3.241 leitos restaram apenas 299 leitos. Hoje há uma disponibilidade flutuante de leitos já que esta disponibilidade está atrelada à ocupação de leitos por outras moléstias, mas pode-se contar com menos de 400 leitos no país.

Portanto, a opção “Hospitalização”, como alternativa de tratamento para a população sem teto, esbarra na significativa redução da disponibilidade de leitos para internação por tuberculose e no elevado custo em que implica. Por outro lado, muitos destes pacientes não necessitam de uma estrutura hospitalar, com enfermagem noturna ou aparelhagens sofisticadas, que iriam apenas onerar o tratamento. Tudo o que muitos deles necessitam é de um local adequado para dormir, alimentação suficiente, medicação administrada com regularidade, supervisão médica mensal.

Face a esta realidade uma casa de apoio pode atender tal demanda com um custo menor do que implicaria a utilização da rede hospitalar.

Há em São Paulo, abrigos e casas de convivência. Uma casa de apoio poderia estar ligada a um destes locais de atendimento. O projeto de Lei (207/94), da Vereadora Aldaíza Spozati, prevê no artigo 4º., inciso VII, vagas em abrigos para a população carente que adoecer.

Se esta formulação se concretizar no que diz respeito aos muitos enfermos de tuberculose carentes, acreditamos que virá a solucionar parte dos problemas encontrados e abrir para eles novas perspectivas de recuperação quanto à doença e até de posterior reintegração à sociedade.

Ao se pensar na opção Casa de Apoio como solução de custo relativamente baixo, não se pode também ignorar uma solução mais fácil em termos operacionais e talvez mais econômica: a reativação dos leitos ociosos dos antigos Sanatórios de Campos de Jordão.

Contando já com toda uma estrutura direcionada para o tratamento da tuberculose, com profissionais em diferentes níveis voltados para a problemática da doença, estes Hospitais oferecem à Secretária da Saúde seu serviços a um custo relativamente baixo.

Dentro das despesas por eles previstas para com o paciente internado, o gasto maior é com a alimentação, despesas de rouparia e outras que teríamos também em Casa de Apoio. É pequeno o gasto com profissionais de saúde e aparelhagem mais sofisticada.

Talvez por isso, a Secretária da Saúde tenha assinado em Janeiro de 1996, convênio com a Instituição “ Sanatorinhos ” reservando mais 130 leitos para internação pela doença. Opta assim, por um caminho que leva a solucionar, ao menos temporariamente, este impasse.

2 – OS DADOS DA VIDA E SEU JOGO

Neste capítulo esta descrito o material empírico obtido no acompanhamento dos pacientes moradores de rua, do Programa de Tuberculose. Constitui-se esse material que sugere uma reflexão mais detalhada e que será objeto do próximo capítulo, com a discussão sobre ideologia, representações sociais, recriação dos valores vinculados à ideologia dominante e também a crítica subentendida nos depoimentos prestados pelos pacientes.

2.1. O campo de estudos

O Centro de Saúde Escola Barra Funda localiza-se em área de abrangência da região central do Município de São Paulo. Nesta vive uma população de aproximadamente trinta e duas mil pessoas, a maior parte dela em idade produtiva, apesar de contar também com expressivo contingente de idosos. O Centro de Saúde Escola, visa, além da atenção primária à saúde, também o ensino e treinamento dos profissionais de saúde em diferentes níveis.

O Centro de Saúde Escola Barra Funda foi inaugurado na década de 70. Desde esta década o bairro sofria, como outros próximos à área central das grandes cidades, um processo de deterioração da qualidade de vida oferecida.

Grandes avenidas foram abertas, trazendo ao bairro ruas com características de corredor de tráfego que liga os bairros periféricos ao centro da cidade. Parques, praças e os vãos sob os viadutos tornaram-se alternativa de moradia para a população sem teto. A instalação de fábricas, oficinas, galpões e depósitos de indústrias, a poluição sonora, a poluição do ar foram fatores que o tornaram progressivamente preterido como bairro residencial. Em muitos dos antigos casarões, deteriorados nos limites do habitável, instalaram-se cortiços e pensões, utilizados principalmente por migrantes ou pessoas a margem do mercado de trabalho.

A imigração que, no princípio do século, foi principalmente italiana, foi substituída por volta dos anos 60 pela migração interna, especialmente dos estados do nordeste do país.

Hoje, segundo trabalho coordenado pelo Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUCSP, publicado pela Folha de São Paulo em 26/11/95, encontramos, sobre a área da Barra Funda, dados que aqui relacionamos:

Quanto a renda familiar, a porcentagem da população que vive em domicílios precários, no bairro, é de 12%. Já quanto ao acesso aos serviços de saúde, a porcentagem de pessoas atendidas no distrito é de 100%.

Como a área de abrangência do Centro de Saúde Escola Barra Funda se estende ao Bom Retiro, citamos também dados referentes a este bairro, da mesma pesquisa. Aqui verifica-se que a porcentagem da população que vive em domicílios precários é de 5% e a porcentagem da

população atendida no Distrito é de 100%.

Nos últimos anos, bolivianos e coreanos também têm ocupado casarões em que instalam oficinas de costura, conforme apuramos em visitas domiciliares aos pacientes. Nestas oficinas, trabalham e moram outros imigrantes, muitas vezes com situação não regularizada no Brasil.

Aglomerados nestas oficinas, com suas famílias, têm uma jornada de trabalho abusiva, da qual participam suas esposas e seus filhos, lembrando as condições de vida que, imaginamos, tenham vigorado no princípio da Revolução Industrial. Entre as famílias bolivianas que vivem esta realidade há pacientes do Programa de Tuberculose do Centro de Saúde Escola Barra Funda.

Parte da população migrante instala-se no bairro de forma provisória, tendo poucos laços com o local, mudando-se breve para outros bairros a procura de trabalho. Esta realidade reflete-se em menor aderência aos Programas com altos níveis de abandono de tratamento, e também resulta em maior dificuldade no controle de comunicantes e na busca de sintomáticos respiratórios. Esta realidade se revela especialmente quanto aos pacientes que habitam cortiços e pensões pois, para não serem expulsos desses locais, os pacientes escondem a moléstia dos seus comunicantes.

2.2 O perfil dos pacientes

Através dos arquivos do Serviço de Vigilância Epidemiológica do Centro de Saúde Escola Barra Funda, dos prontuários dos pacientes e das cópias das fichas de notificação, foi possível quantificar alguns dados e delinear um perfil da população - alvo do Programa de Tuberculose e levantar alguns dados que embasam a presente pesquisa.

Nos anos 1994 e 1995, foram atendidos 38 pacientes com diagnóstico de tuberculose. No mesmo período foram investigados outros sintomáticos respiratórios sem que os exames confirmassem a suspeita inicial, não estando, portanto, incluídos neste estudo.

Dos pacientes do Programa nesse período, 21 foram do sexo masculino. A faixa etária compreende pacientes de 21 a 50 anos de idade, com apenas um paciente entre 15 e 21 anos e 5 pacientes com mais de 50 anos. Estes dados indicam clara predominância da população adulta em idade produtiva, como é típico desta moléstia.

Quanto à forma clínica, havia nítida predominância da forma pulmonar, (31 dos casos), em relação às extra pulmonares. Destas, 7 casos apresentavam tuberculose pleural, (um deles associado a forma pulmonar) e apenas 1 caso era de tuberculose mesentérica.

Contudo, conforme relato dos profissionais do CVE no fórum municipal de tuberculose de 1995, houve uma tendência ao aumento da incidência de tuberculose ganglionar, forma comum em aids. No Centro de Saúde Escola Barra Funda neste período, só encontramos um caso, em um paciente com AIDS.

Relativamente a presença de tratamento anterior encontrou-se 6 pacientes apresentando retorno da doença após tratamento. O espaço de tempo em que ocorreu recidiva foi variável. Antes de completar um ano depois de constatada a cura, apenas um caso; após o período ocorrido entre 1 e 5 anos, dois casos; entre 5 e 10 anos, dois casos; no período posterior a 10 anos da cura, um caso. Com os dados acima, verificamos recidiva em pacientes que foram computados nos índices de cura: os que se inserem nos períodos de tempo acima descritos.

A maioria dos pacientes avaliados neste trabalho foi contatada por ocasião de consultas feitas no Centro de Saúde, quando foram diagnosticado sintomas respiratórios (24 pacientes). Destes, seis pacientes retornaram ao Centro de Saúde, após convocação da Vigilância Epidemiológica, por serem comunicantes de pacientes do Programa. Um outro caso foi contatado através de visita domiciliar, e conduzido ao Serviço. Oito pacientes apresentaram-se ao Centro de Saúde sem sintomas respiratórios, mas quando deram respostas ao questionário que tinha como objetivo pesquisar sintomáticos respiratórios, a doença foi detectada.

Os outros seis pacientes aqui vieram encaminhados de outros serviços, dois deles com suspeita de tuberculose, que foi confirmada no Centro de Saúde Escola Barra Funda e quatro deles com diagnóstico estabelecido em outro serviço. Destes, tivemos um diagnóstico firmado após laparotomia e biópsia de epiplon.

Quanto a patologias associadas, embora a associação tuberculose - AIDS seja freqüente, conforme comprovam dados computados pelo CVE, em nosso serviço houve apenas dois pacientes apresentando a Síndrome. Entre os que não apresentavam a doença não foram realizados os testes em muitos deles. Em 1994 não fazia parte da rotina do serviço pedir o exame. Em 1995, embora o Programa se dispusesse a investigar todos os casos, nem todos os pacientes acederam em fazer os testes. Naqueles em que o exame foi feito, o resultado foi negativo.

O etilismo era a patologia associada mais freqüente, o que provocava comprometimento hepático, cirrose ou alteração dos fatores de coagulação. Em segundo lugar vinha a diabetes mellitus. Houve um caso de linfoma, tratado com quimioterapia e supõe-se que a presença desta doença deveu-se ao quadro de depressão imunitária do paciente.

De acordo com os dados de escolaridade, as estatísticas mostraram que quatro pessoas possuíam nível superior, dois tinham completado o Segundo Grau e quatro abandonaram os estudos após o término da 8ª Série do Primeiro Grau. A maioria das pessoas era alfabetizada e chegou a freqüentar a escola pelo período entre um e quatro anos. Podemos encarar a baixa escolaridade como fator que contribui para a não inserção no mercado de trabalho ou para exercício de funções mal remuneradas no mercado informal.

No tocante ao perfil profissional do grupo, alguns poucos eram profissionais especializados: um psicólogo, um professor, um carpinteiro, um escrevente, um fotógrafo. Doze pacientes pertencem ao proletariado típico, conforme Brofmann, ou seja, vivem apenas do seu

salário, tendo contudo algum tipo de inserção profissional no mercado de trabalho formal.

A maior parte dos pacientes são do subproletariado. Segundo Rosa, este é o segmento da população que vive a permanente tensão do trabalho temporário ou sem garantias, da ameaça de desagregação familiar e perda da moradia.

Entre os pacientes acompanhados havia cinco costureiros que exerciam a profissão sem vínculo empregatício, nas oficinas anteriormente descritas.

Em relação a nacionalidade, havia cinco bolivianos, um angolano e os outros eram brasileiros. Dentre os brasileiros, seis eram naturais da cidade de São Paulo e, dos restantes vinte quatro pacientes, seis migraram do interior do Estado; e doze vieram de outros Estados da União; sobre o restante não temos informações. Dos migrantes, a maior parte residia na capital há mais de dois anos e menos de dez, outros há mais de dez anos e dois há mais de quinze anos.

Quanto ao estado civil, residiam com seus cônjuges ou companheiros apenas 12 pacientes, sendo o restante solteiros, desquitados ou viúvos. Destes residiam com parentes (irmãos, pais, primos e filhos) 4 pacientes. Vinte e dois pacientes viviam sós.

Foram constatadas as seguintes condições de moradia entre estas trinta e oito pessoas: dezesseis possuíam casa própria ou alugada; quatro moravam em cortiço; sete eram moradores de rua; seis pacientes moravam no próprio local de trabalho e sobre cinco pacientes não foi possível obter informação.

O fato de seis pacientes morarem no próprio emprego chamou a atenção, uma vez que a situação destas pessoas estava constantemente ameaçada, pois caso ocorresse a perda do emprego, perderiam também a moradia. E, mesmo que essa fosse uma acomodação precária, acanhada e insalubre, sua perda significaria o risco de total desabrigo. Neste caso incluíam-se os trabalhadores que habitavam as oficinas de trabalho, os galpões de construção ou eram empregados em casas de família.

Vê-se que os pacientes moradores de rua e de cortiço representavam 28% do total de pacientes do Programa. Esta porcentagem é alta, maior que a porcentagem dos *homeless* no total da população. (Vimos no estudo da PUC já citado que a porcentagem de pessoas que viviam em domicílios precários na Barra Funda é de 12% e no Bom Retiro é de 15%).

Quanto à evolução da moléstia, o índice de cura foi de 47%. Mas houve casos de óbito (13%), especialmente entre moradores de rua. Dos casos de abandono do tratamento, dois apontavam para possível óbito, como veremos no Estudo de Casos. Configura-se abandono em onze casos (29% do total de casos), sendo sete casos (18%) entre os *homeless*.

Contudo, o número de pessoas que o Programa atende é pequeno e o Centro de Saúde Escola Barra Funda situa-se na vizinhança de cortiços e próximo a praças e viadutos onde habita a população de rua. Assim, não podemos tirar destes dados qualquer conclusão, nem sugerir que a incidência da doença seja maior neste segmento da população.

Do total de casos acompanhados, foram escolhidos seis casos para um estudo mais detalhado. Estes casos foram escolhidos por serem exemplo de insucesso, com a finalidade de exemplificar as dificuldades do acompanhamento terapêutico.

2.3. Os casos: consultas, exames clínicos e histórias de vida

Casos Clínicos

Esta tese fala de um caminho percorrido pelos pacientes e profissionais de saúde do CSEBF dentro do Programa de Controle de Tuberculose daquela instituição.

O ponto de partida de cada reflexão foi o diagnóstico da doença e o início do acompanhamento dos casos. Casos estes muito diversos e desta mescla pôde surgir a discussão que embasa o trabalho, que busca olhar sob ângulos novos as dificuldades encontradas no tratamento da tuberculose.

Já a história de cada paciente desponta de seus relatos, de forma bem anterior a sua chegada ao serviço de saúde e nos interessa por apresentar as limitadas alternativas que tiveram e os conduziram às situações em que os encontramos.

Narramos a seguir a história dos pacientes, sua trajetória dentro do Programa, sua trajetória além do serviço, e os impasses para os quais esta trajetória aponta.

Caso 1: Edson S.S.

Edson, 27 anos, solteiro, natural de Recife, era ex-bancário, tendo concluído o colegial. Nos últimos anos tornara-se catador de Ferro Velho.

Chegou ao CSEBF em 94, tendo como queixa principal tosse, acompanhada de febre, emagrecimento e sudorese noturna. Exacerbando-se os sintomas por cinco dias, especialmente a tosse e a dor torácica, decidiu procurar atendimento médico.

Como história patológica pregressa referia alcoolismo há cinco anos. Negava pneumopatia prévia e desconhecia casos de tuberculose na família.

Até seis anos atrás vivia com os pais e irmãos em Pernambuco, onde trabalhava em uma agência bancária. Segundo seu relato, veio a morar nas ruas após quadro depressivo decorrente do rompimento de seu noivado. Deixou seu emprego, sua família e sua terra natal, rompendo com seu modo de vida habitual. Em São Paulo, veio a morar na rua, trabalhando como Catador de ferro velho e embriagando-se constantemente. Frequentava bares nas vizinhanças do Centro de Saúde, seu ponto para dormir era na Rua Sérgio Thomás, também na Barra Funda. Bastante popular entre pessoas que frequentavam estes bares e outros moradores de rua, era conhecido

como lagartixa.

Trajectoria dentro do programa: iniciou tratamento com Esquema I, em 18/10/94. Comparecia ao Centro de Saúde de forma irregular, geralmente ao sentir piora do quadro. Algumas consultas ocorreram com o paciente em razoável confusão mental. Encaminhando à Saúde Mental nunca compareceu às consultas. Várias vezes foi procurado em visitas domiciliares a seus pontos habituais de trabalho e lazer.

Devido a piora progressiva do quadro geral e sua difícil inserção no Programa, procuramos vaga para internação, esbarrando na habitual indisponibilidade de leitos de nossa rede hospitalar.

Até que dia 08/12/94, após prolongada ausência, o paciente retornou ao Centro de Saúde Escola Barra Funda em mau estado geral, com tosse, dispnéia, febre, escarros hemoptóicos, tomado por extrema fadiga.

Foi enviado por nosso serviço ao Pronto Socorro do Mandaqui, onde permaneceu até melhora de seu quadro, sendo então transferido para o Hospital Santa Isabel da Cantareira, a fim de prosseguir o tratamento.

Preocupados com a ausência de notícias do paciente após a internação, nos dirigimos ao Hospital Santa Isabel, onde soubemos que o paciente se encontrava melhor e lá poderia permanecer até sua cura. Contudo, no mesmo dia de nossa visita 12/01/95, o paciente rebelou-se contra sua internação, conseguindo com isto ser remetido de volta ao Hospital Mandaqui, segundo informou o Hospital Santa Isabel. Avisados de tal fato, tentamos localiza-lo no Hospital do Mandaqui, sem sucesso.

Procuramos por ele em seus pontos habituais, mas não o encontramos. Os moradores de rua da região não souberam dar notícias dele e, pelo que sabemos nunca mais foi avistado na localidade. Julgamos que, pela gravidade do quadro que apresentava, não podemos descartar a possibilidade de ter chegado ao óbito.

História de vida

- Como era sua família?

- *Normal, meu pai é trabalhador, minha mãe é muito boa. Nada de riqueza, mas tinha fartura lá em casa.*

- O senhor estudou até o 2º grau, seu Edson?

- *Foi, eu e minhas irmãs.*

- E começou a trabalhar?

- *É, logo arrumei emprego. Trabalhava em banco, entrei no banco quando acabei de estudar. Não bebia, não cheirava. Estava noivo e ia casar. Então começou um diz que diz e por causa de bobagem, minha noiva rompeu comigo e casou com outro.*

- Sofri, tive muita revolta, só quis vir embora, nem sabia pr'a onde, só sumir. E dei comigo aqui em São Paulo.

- Na bebida conheci os amigos, fui esquecendo, mas não queria mais nada. Conheci muita mulher, ajuda a esquecer. Não pensa que sou santo não, doutora. Eu era um moço bom, arretado. Desde este tempo não fui mais o mesmo, certo?

- Eu morri lá, agora não estou ligando. Quero que minha família pense que estou morto e enterrado, é melhor assim, não quero que saibam o que estou passando.

- Mas você ainda é um moço bom, Edson, que você faz para viver?

- Eu trabalho para o ferro velho da rua Tomáz Edsom. Saio catando para eles e eles me pagam um pouco. Não tenho registro nem obrigação, trabalho quando estou bom.

- E dorme aonde?

- Às vezes durmo no ferro velho, mas não é bem coberto, chove igual que na rua. Quando eu não bebo o dono deixa eu dormir lá.

- E para comer?

- Olhe, fome eu não tenho. Quando estou na catação ganho coisas. Tem lanchonete que também dá umas comidas no fim do dia quando fecha. (Mc Donald's e outras). Mas setiver que ficar na fila eu não fico esperando. Quando recebo, como o que quero e pago bebida pr'os outros. Sinto falta é da comida de casa, mas não é fome, é saudade de mãe.

- Como o senhor veio aqui no Centro de Saúde?

- Eu conheço aqui faz tempo, já vim consultar e tomar banho.

(OBS – Em certo tempo, o CSEBF forneceu banho para moradores de rua).

Agora, comecei a tossir sangue. O que tiver que acontecer, tá certo, não reclamo. Mas eu tomo remédio, se tiver. Tossir eu tusso faz tempo, mas agora tô ruim demais, certo?

- E agora o senhor vai seguir o tratamento como recomendamos?

- Até quero tratar, mas será que dá? Morando na rua, comendo às vezes, não sei.

Caso 2: Moacir F.S.

Moacir, tinha 54 anos, era desquitado e natural de Votorantim, interior de São Paulo, onde havia completado a oitava série do primeiro grau. Era etilista e tabagista.

Quando ainda jovem mudou-se para a capital, onde casou e teve filhos. Trabalhou durante vinte anos como conferente em uma empresa de transportes, estando aposentado há alguns anos.

Quando os filhos casaram, o paciente separou-se da esposa. O pequeno valor da aposentadoria o obrigou a procurar fontes alternativas de renda, tendo trabalhado

temporariamente como guarda noturno. Perdeu, contudo, este novo emprego e não mais conseguiu lugar no mercado de trabalho. Foi então morar no cortiço da rua Inhaúma, onde dividia o quarto com outro paciente do “ Programa de Tuberculose ” do Centro de Saúde, quando podia pagar. O quarto era úmido e desconfortável e, sem poder cozinhar no local, o paciente alimentava-se irregularmente e de forma precária.

Chegou ao serviço tendo como queixa principal tosse, febre, emagrecimento. Como história da doença atual o paciente, há 1 ano, apresentou quadro de tosse e febre. Os seus amigos lhe disseram que poderia ser tuberculose, mas o paciente, tendo tido melhora, não buscou tratamento. Seis meses depois começou a apresentar tosse persistente, produtiva, com expectoração amarelada, febre, sudorese noturna, adinamia. Referia emagrecimento de aproximadamente seis Kilogramas durante este tempo. Agravando-se o quadro, buscou finalmente o Centro de Saúde, em 17/ 02 / 94. Etilista, trazia diagnóstico de cirrose hepática há 3 anos. Também há 3 anos sabia ser hipertenso.

Fala do Paciente :

-“Já não sou mais o mesmo, doutora. Só sinto fraqueza, tusso o tempo todo, acordo molhado de suor”.

-“Acho que não tem jeito, não. Onde moro é úmido, frio, não é lugar de gente morar, não. Só como quando tenho algum dinheiro e a comida sai cara, não posso cozinhar lá na pensão. Antes, quando eu não podia comprar comida, sentia fome. Agora nem fome eu sinto mais, não ligo mais para isto.”

Trajetória dentro do programa: tendo iniciado o tratamento com esquema I, paciente o seguiu de forma regular. Teve acesso a cesta básica doada quinzenalmente e conseguiu ser aceito em casa de um filho casado, onde encontrou mais conforto.

Na terceira consulta já referia acentuada melhora do quadro, com aumento do apetite, confirmado por um ganho ponderal de quatro quilos. Já não tinha queixas de sudorese noturna, apresentava-se afebril.

Desde o início do tratamento deixou o hábito de fumar e de ingerir bebidas alcólicas.

A baciloscopia no escarro negativou-se após dois meses de tratamento.

Na 2º. Fase do Esquema I, o paciente continuou vindo pontualmente às consultas e ingerindo corretamente a medicação, parecendo ter criado laços de confiança em relação a equipe do Centro de Saúde Escola Barra Funda.

Apresentou melhora progressiva do quadro pulmonar, embora ainda à ausculta persistissem roncos difusos, por enfisema pulmonar antigo. Já não apresentava prostração, mas queixava-se de dificuldades de deambular por dores articulares. Foi pedido Raio X por suspeita de tuberculose óssea, mas esta suspeita não se confirmou. Encaminhado ao serviço de ortopedia, não se encontrou patologia que justificasse estas dores.

Ao final do prazo convencionado para o tratamento, a baciloscopia persistia negativa. Ao RX havia apenas sinais de lesão cicatricial e nenhum sinal de lesão ativa (12/10/94). O paciente teve, assim, alta do Programa de Tuberculose, permanecendo em tratamento clínico. Porém, faltou a consulta clínica agendada.

Segundo relato de outra paciente do Centro de Saúde Escola Barra Funda, a alta do Programa coincidiu, para o paciente, com um retorno à forma como vivia anteriormente. Alguns meses depois, o paciente foi internado com grave quadro pulmonar no Hospital de Parada de Taipas, onde veio a falecer.

História de vida

- Como vai o senhor?

- *Mal, muito mal, doutora. No tempo de antes fui homem trabalhador, mas outros mais novos tomaram meu lugar, fui sendo esquecido. Até minha família tocou-me lá de casa. “Se está velho e não tem onde cair morto, não tem lugar para você aqui.” – é o que dizem.*

- *Só meu irmão não é assim. Ele pouco pode me ajudar, mas ajuda como pode, também tem família para cuidar, mas me quer bem, até me trouxe aqui e está procurando lugar para eu me internar.*

- *Tenho muitos amigos, amigos no bar, na rua, amigos de farras antigas. Mas não gosto de pedir nada para ninguém conhecido, tenho vergonha. Faço uns bicos quando posso, quando a saúde permite.*

- *De uns tempos para cá, doente, quando saio da bebida dou comigo em cada canto feio, com gente sarnenta, sem a menor compostura nos modos. Mas não é gente minha; eu tô pobre e acabado, não tenho dinheiro, mas tenho educação. Só que, como ninguém me emprega tenho que viver nestes cantos, nesta necessidade, não sou de pedir, nem de roubar, vou fazer o quê?*

- O senhor nasceu em Votorantim, não é? Por que veio para cá?

- *Ah, para procurar ganhar mais, ter vida melhor. Minha família era direita, os filhos todos estudaram, eu fui à escola cinco anos.*

- *Trabalhei lá, depois casei e vim tentar emprego em São Paulo. Arrumei logo emprego bom, era conferente da Mafra, casei e criei dois filhos.*

- *Beber bebia, mas era só final de semana, quando ia com os colegas e com o meu irmão, jogar “bocha” e a noite umas batidinhas em casa. Fazer o quê? É o meu divertimento. Mulher tem igreja, tem as comadres para conversar. Homem não tem nada disso, tem só beber e jogar para aproveitar a vida...*

- Mas agora o senhor está sozinho? E a família?

- *Os filhos casaram e tem a casa deles e não me querem lá. A mulher me deixou já tem tempo. E eu fiquei assim. Quando a gente é velho e pobre ninguém quer...*

- E o emprego? O senhor largou?

- *Não, moça, eu trabalhei a vida toda e aposentei. Recebo aposentadoria, é títica, mas é o que me deixa viver. Os bicos que eu sempre fiz é que não aparecem mais.*

- E onde o senhor mora?

- *Quando a mulher me deixou eu fui dividir um quarto com uns amigos num cortiço. Agora quando dá para pagar eu vou para lá, quando não dá não vou. Mas não gosto muito, tem umidade, barulho e o povo às vezes é de briga, tem uns crianças metidos a valente. Mas é melhor que nada. Mas bom mesmo é ficar com a família...*

- E agora, o senhor pretende se tratar aqui conosco?

- *Trato, sim, mas não vou ficar bom... Se continuar nesta vida, nesta canseira, neste lugar onde eu durmo, moça, acho que não curo não...*

Caso 3: João Batista R.

João Batista tinha 41 anos, era paulistano e desquitado. Completou a quarta série do primeiro grau. Era etilista e tabagista. Desempregado, trabalhava esporadicamente como balconista de lanchonete.

Apresentava como queixa principal tosse, febre, relatava acordar “ banhado de suor.” Sobre a história da doença atual contava que, quase um ano antes de comparecer ao médico vinha apresentando tosse e indisposição. Usou xaropes comprados sem receita médica, não tendo alívio dos sintomas.

Seis meses depois a tosse era produtiva e constante e o paciente não conseguia alimentar-se, apresentando emagrecimento acentuado. Também apresentava febre vespertina e sudorese, procurando então o Centro de Saúde, em Fevereiro de 1994.

O paciente dizia ser só, nada contando sobre sua família. Parecia ter dificuldade em manter emprego regular, encontrando contudo trabalho esporádico. Estava desempregado por ocasião da primeira consulta, mas, logo a seguir, começou a trabalhar como balconista em um bar.

Lacônico, o Sr. João se restringia a comentários sobre a moléstia.

“ Respiro mal, doutora. E, quando quero respirar mais fundo, sinto uma dor no peito que não tem tamanho. Só quero descansar, não quero mais nada. A senhora não tem um lugar para me colocar onde eu possa me tratar direito ? ”.

Atendido em consulta, o Sr. João iniciou o tratamento com Esquema I, em 23/02/94, que seguiu por dois meses. Referia alimentar-se irregularmente por falta de recursos para prover sua alimentação. Teve melhora do quadro pulmonar e da sintomatologia e, sentindo-se melhor,

abandonou completamente o tratamento, em Abril de 1994. Voltou seis meses depois, com o quadro pulmonar agravado, predisposto a recomeçar o tratamento. Recomeçando, voltou a ingerir a medicação de forma descontínua, raramente comparecendo ao Centro de Saúde para as consultas agendadas ou em resposta a convocações. Recebeu visitas da equipe do Centro de Saúde Escola Barra Funda em seu trabalho, mas retomava o tratamento só de forma esporádica. No início de 1995 recebemos notícia de seu óbito (08/05/95).

OBS.:* Juntamente com a informação de seu óbito, uma agência bancária nos solicitava informações sobre parentes do falecido, que havia deixado alguma quantia (o banco não nos forneceu o valor) em conta tipo poupança naquela instituição e o endereço do centro de saúde como seu endereço.

História de vida

- *Eu não quero falar da minha família, ela não tem nada com isto. A minha família não tem culpa de eu estar aqui. Quer dizer, uns e outros até tem culpa sim, mas deixa pr'a lá, a vida é minha.*

- Então agora o senhor está sozinho?

- *Tô. É que sozinho é melhor. A doutora me desculpe, mas muié é bicho brabo. Faz um inferno da casa da gente e quando o home vai pr'o bar ela reclama. Não quero mais saber de mulher pr'a viver não, mulher só pr'a cama e tchau.*

- O senhor faz o que para viver, Sr. João?

- *De tudo um pouco. Já fui até garçom. Agora ajudo às vezes num bar. O problema é que toda gente lá tá desconfiada de eu andá tossindo muito e desse catarro que não me deixa. Tô com medo de não me quererem mais por lá.*

- Mas o senhor está conseguindo trabalhar bem ou está se sentindo muito mal?

- *Aí depende. Tem dia que eu tô um caco, tem dia que dá pr'o gasto.*

- Como o senhor começou a achar que estava doente?

- *Eu tenho um colega, o Moacir, que trata aqui e eu tô igual a ele. Tusso e tenho a mesma moleza no corpo. Por isso vim aqui.*

- E agora que o senhor sabe que está mesmo doente, vai tratar como recomendamos?

- *Se vão me dar remédio de graça eu tomo, tudo bem. Não sei se vou tomar este o tempo todo... e se ficar bom antes, por que não posso parar de tomar?*

- Porque o senhor pode pensar que está bom, mas se parar de tomar o remédio, a doença poderá voltar, Sr. João. Vamos tratar do jeito certo?

- *Pode falar a verdade e dizer que não tem fim bom este negócio. Eu tomo o remédio, mas não acredito, não.*

Caso 4: Maria A.S.

A senhora Maria Almeida, de 55 anos, era viúva e natural de Minas Gerais. Chegou a ser alfabetizada. Trabalhou como empregada doméstica, mas, por ocasião da primeira consulta, era pedinte e morava na rua. Seu ponto de pernoite era sob um viaduto.

Apresentava como queixa principal: tosse, febre, dor ao tossir. Como história da doença atual relatava, há aproximadamente quatro meses antes da primeira consulta: dor em pontada no hemitórax direito à inspiração e ao tossir. Já tossia anteriormente, achando natural por ser tabagista, mas a tosse passou a ser mais freqüente e a paciente começou também a apresentar expectoração amarelada, febre e prostração. Procurando um serviço de saúde, recebeu medicação para pneumonia. Persistindo o quadro, veio ao Centro de Saúde.

Como história pessoal antes da chegada ao C.S.E.B.F relatava ter filhas casadas, em sua cidade natal, tendo vindo à São Paulo trabalhar como empregada doméstica, morando no emprego. Tendo deixado este emprego, foi morar em um cortiço junto a linha férrea em frente a um viaduto próximo ao Metrô Barra Funda. Com a demolição do cortiço ficou ao desabrigo.

Alternava a princípio atividades de faxineira diarista e pedinte. Posteriormente veio a exercer apenas o papel de pedinte, agindo no horário das missas matinais da igreja próxima. Pelo que sabemos, não era procurada pela família.

Fala da paciente :

“Eu tô sempre ocupada porque tenho hora para pedir minhas esmolas aqui na Igreja Santo Antônio. Gente da Igreja arruma muita coisa para mim.

Antes eu também fazia faxina para ganhar algum, mas agora o corpo não agüenta. Saio de manhã, quando volto só quero beber e dormir, mas não durmo direito. Dói o peito e acordo tussindo, com a boca seca e parece que está tudo rodando.

De manhã fico melhor, mas tusso muito, até engasgo. Não tenho fome, só sede e moleza. Parece que tem muita sujeira no meu peito querendo sair. Eu quero me tratar, mas não sei se agüento, eu tô muito cansada... ”.

Tendo sido atendida no CSEBF, foi prescrito para a paciente o Esquema I, em 05/06/95, sendo fornecida a medicação. Ela parecia ter compreendido a importância do tratamento, esforçando-se para a realização dos exames pedidos.

Contudo, no segundo mês de tratamento sua vida sofreu importante modificação. O cortiço onde morava foi interditado pela Prefeitura para posterior demolição. Sem opção de moradia, a senhora Maria Almeida abrigou-se sob o viaduto em frente ao cortiço com seus pertences e seu cãozinho de estimação.

Tendo faltado a consulta agendada no segundo mês, a paciente compareceu dias após, explicando ter sido impossibilitada pela chuva de chegar ao Centro de Saúde no dia marcado.

Procurou pela a médica residente, não a encontrando. No dia seguinte, foi realizada uma visita domiciliar à paciente sob o viaduto, onde havia montado precário barraco, junto a outros semelhantes que lá existiam. Reconhecendo seus pertences, chamamos pela paciente diversas vezes, sem sucesso. Lembrando que poderia ser horário de recolher as esmolas, deixamos em sua mesa nossa convocação para retornar ao Centro de Saúde.

Na semana seguinte, repetimos a visita. Novamente chamamos por ela, sem encontrá-la. Voltamos a visitá-la após quinze dias sem encontrá-la e sem que os vizinhos surgissem. Quando procurávamos contato com outros moradores, esses não se dispunham a falar conosco.

Afinal, em uma das visitas falamos com algumas crianças que nos informaram em 22/09/95, haver ela se mudado e falecido. Em posterior busca de informações, dias 07 e 15/12/95, soubemos nos bares da vizinhança uma história que pode ser real.

Segundo testemunhas, após acalorada briga com outras pessoas que viviam no local, a paciente foi agredida fisicamente e ameaçada com faca, sendo expulsa do local, sem poder levar nada de seu, vindo a falecer sob o viaduto Pacaembú. Não se pode descartar a hipótese de que seu óbito esteja relacionado às agressões sofridas e não à tuberculose.

História de vida

- É, nasci no interior, tinha família grande. Meu pai plantava e a gente ajudava na roça e a vendê verdura. Eu tinha muito irmão, não sei mais deles. Eu fui pr'a escola com eles até a 3ª série.

- O problema é que me casei muito nova e fiquei viúva logo. Tenho filhos, uma muito rebelde, tudo que eu falava com ela ela vinha pr'a cima de mim. Depois eles tomam seu rumo, casam e eu vim pr'a São Paulo trabalhar.

- Trabalhei pr'a começa numa casa boa, a dona era muito direita, as crianças legal. mas o homem foi embora com outra, a dona ficou sem dinheiro e foi para a casa da mãe dela e eu tive que ir para outra casa.

- Aí ganhava pouco e não podia nem dormir nem jantar naquela casa, então achei um apartamentinho para mim e fazia faxina por dia porque ganhava mais, deixei de trabalhar por mês. Trabalhei muito tempo assim, quando dava preguiça ganhava pouco.

- Mas daí fui ficando mais cansada, com mais preguiça, não agüentava mais carregar peso nem pegar na água fria. Quando chegava depois do almoço eu já queria ir embora dormir, as patroas achavam que era malandragem, mas não era, eu não agüentava mesmo.

- Daí comecei a pedir quando a necessidade era grande e não tinha nada em casa.

- Primeiro eu pedia pr'as patroas, depois comecei a pedir na porta da Igreja. Só nunca roubei, nem quando passei fome. Passei muita fome mesmo, às vezes eu peço e ninguém dá, manda eu trabalhar, mas não consigo trabalhar, não tenho força na mão mais.

- Depois não sinto mais fome, depois que eu comecei a tossi. Para falar a verdade, agora tanto faz comer ou não comer, eu só quero mesmo é descansar, mas se ficar deitada, daí é que morro mesmo sozinha e ninguém vê, só o Faísca. (o cachorro).

- Pois é, moça, é duro, eu trabalhei 18 anos em casa de família, antes cuidei da minha casa, criei filho, hoje toda gente me trata como vagabunda, sou xingada por tudo e por todos.

- Acabei despejada de casa porque tinha perdido tudo, daí fui morar no cortiço que era mais barato (na Barra Funda).

- Mas o cortiço estava ruim, o banheiro no corredor fedia muito e saía uma água que se espalhava no corredor inteiro, a moça precisava vê que dó as crianças todas pisando nesta água e brincando ali. Até chovia dentro dos quartos, tinha goteira, as paredes tinham rachas e eram pretas do úmido.

- Então a prefeitura veio e mandou fechar, mandou todo mundo sair e tirar os trens porque ia derrubar e derrubou mesmo, não ficou nada e nós ficamos na rua com as coisas todas. Daí eu peguei as coisas e coloquei debaixo do viaduto, mas tive que dar umas coisas para um pessoal que tem lá para eles me deixá fica e disse que dava um dinheiro quando desse.

- Só que estou tossindo muito e o pessoal do viaduto tá incomodado com minha tosse. Falei co'as moça da Igreja, primeiro me dero xarope e depois me trouxero aqui.

- (E agora que a senhora está aqui, vai se tratar como estamos aconselhando?)

- Agora a senhora diz pr'a eu me trata, mas não sei como vai sê isto. A moça falou pr'a eu voltá sempre, quando vem eu tenho que esperá... mas eu não posso vim em dia de missa que é dia que a esmola rende e sem ela, que é que eu vou fazê?

- A dona vê, eu sempre fui muito limpa, moro no viaduto e nem parece porque me lavo na igreja, lavo toda a roupa, todo dia, no viaduto mesmo, carrego a água com balde desde uma casa que me deixa pegá. Até o cachorro eu lavo. Bebê não bebo, só um traguinho pr'a esquentá de noite ou pr'a dar coragem quando tenho medo.

- Mas comê não é sempre que como, se eu levo coisa para fazer no fogareiro às vezes os colega pega, as criança então pega mesmo. Eu sei onde tem sopão, mas é longe e não dá pr'eu andá até lá. A dona falô de me dá coisa de comê... se não roubare, tá bão, vamo vê.

- Eu vou fazê força de voltá e tratá.

Caso 5: João Cosme S.

João Cosme, 32 anos, natural de Suzano, São Paulo, solteiro, havia cursado até a quarta série do primeiro grau. Desempregado, fazia trabalhos esporádicos em carga e descarga de caminhões.

Como queixa principal apresentava tosse e febre. Sobre a história da doença atual relatava emagrecimento há meses, febre, tosse, sudorese noturna, insônia, inapetência.

Em sua história patológica pregressa relatava epilepsia desde a infância, usando Gardenal. Uso de bebidas alcoólicas e drogas (maconha e cocaína) desde a adolescência. Em 1989 teve rinorragia por coagulopatia devido à hepatite alcoólica, ou à inalação de drogas.

Como história de vida até a chegada ao centro de saúde relatava ter em Suzano mãe e irmãos. Vindo para São Paulo, trabalhou inicialmente para a firma Prodoplast. Tendo perdido este emprego, teve dificuldades de moradia, e de nova inserção de trabalho no mercado, indo dormir em um caminhão do Play Center. Posteriormente começou a fazer serviços avulsos de carga e descarga para a firma Mafra, trabalhando de forma irregular.

Trajetória dentro do programa :após resultado de exames, o Esquema I foi prescrito pelo Dr. José Mário Dias Feio. Mas o paciente abandonou o tratamento em seu início. Convocado para comparecer ao Centro de Saúde, não atendeu à convocação. Abordado em visitas a seu ponto de pernoite, recusou tratamento.

Tendo tido piora do quadro, foi levado a Suzano pelos familiares, mas insistiu em voltar para São Paulo. Procurou então nosso serviço e foi encaminhado ao Hospital do Mandaqui. Lá permaneceu poucos dias, sendo orientado a prosseguir o tratamento ambulatorial após a alta. Contudo, o paciente não voltou a se tratar, exceto esporadicamente, quando sentia maior mal estar. Abordado em visitas domiciliares sobre a razão de não querer continuar o tratamento, respondeu.: (29/11/95)

- “ *Dona, tô curado! Meu médico é o álcool!* ”

Em 1996, encontrava-se emagrecido, com tosse, apresentando, aparentemente, a forma crônica da doença. Faleceu em 1997, conforme foi comunicado às auxiliares da vigilância epidemiológica, nunca tendo retomado o tratamento.

História de vida

- *Comecei primeiro com a erva (maconha). Meu problema não era só a droga, eu bebia. Todos os dias tomava mistura. Não conseguia me dar com a família, brigava com meu pai. Em casa ficava bravo com qualquer coisa e dava porrada. Uma vez bebi e juntei droga – fui parar no hospital. Tudo passou logo. Saí de casa, gostaram que eu saí, todo mundo tinha medo de mim e da confusão que eu podia arrumar lá em casa e das más companhia que eu andava. Era viciado.*

- E como o senhor se sustenta?

- *Quando estou bom eu carrego caminhão. Quando não, deito por aí. Tens uns colega que divide a pinga e tem os que pega tudo. Os menino são os pior, fico longe deles.*

- Onde o senhor morou?

- *No caso eu morei num barraco e num quarto, quando dava.*
- *E a saúde?...*
- *A saúde tá acabada.*
- *Morei num barraquinho onde chovia dentro e eu tinha que pagar. Entrava tanta água que fiquei ruim dos peito.*
- *Como o senhor veio aqui?*
- *As muié daqui (auxiliares da vigilância) viero e me pegaro.*
- *O senhor sabe que tem doença nos pulmões chamada tuberculose?*
- *Tenho doença é em tudo, moça, tá tudo ruim, não queira me enganar, não, doutora, isto não tem saída.*
- *O senhor vai se tratar conosco?*
- *Sei não, eu tomo o remédio, se não beber. Tinha é que tê alguém para dá o remédio pr'a eu não me esquecê. Todo dia, como a senhora quer, não dá, eu se esqueço.*

Caso 6: Joana I.S.

A Sra. Joana, 49 anos, da Bahia, estudou até a quinta série do primeiro grau. Trabalhou como cozinheira e prostituta.

Como queixa principal apresentava tosse e febre vespertina, tratando com xarope. Sabe ter tido tuberculose há 2 anos e diz ter tratado. Verificando seu prontuário no Centro de Saúde, vimos que seu tratamento foi irregular, em 1992. Como história patológica pregressa apresentava hipertensão em uso de Hicroton.

Como história de vida até a chegada ao centro de saúde referia ter sido empregada doméstica em casa de família conhecida. Posteriormente, tendo deixado este emprego, veio a morar no cortiço da Rua Inhaúma onde fornecia marmitas para as pessoas que moravam ou trabalhavam nas redondezas, enquanto teve forças. Referia exercer a prostituição para complementar sua pequena renda.

Trajetória dentro do programa: medicada com Esquema I, reiniciou o tratamento corretamente. Mas, após começar a se recuperar, teve ganho ponderal que muito a desagradou, fazendo-a relutar em seguir o tratamento.

Passou a alternar períodos em que ingeria corretamente a medicação e comparecia às consultas com outros períodos em que negligenciava ambos os procedimentos. O tratamento teve que ser prolongado além do previsto, A irregularidade com que o seguia fazia temer pelo resultado.

História de vida

- A senhora é da Bahia, dona Joana? Como era a vida lá?

- *Era dura. Meu pai morreu cedo com problema muito grave no pulmão, ele foi pessoa boa, que batalhou para ter a família unida. Quando ele morreu eram muitos filhos, o mais novo com cinco anos, passamos até fome, mas os mais velhos conseguiram ir para a escola, até que o pai morreu. Desde minha infância nós nunca tivemos nada, meus pais, nunca tiveram nada, eu vim da Bahia com um sonho de vencer. Meu homem bebia um pouquinho...*

- *É, ele bebia e quando bebia perdia o controle. Quando a gente se juntou a gente não tinha nem panela nem garfo, a gente se juntou e veio tentar a vida aqui, mas foi tudo muito difícil. Eu comecei a cozinhar para fora, a gente morava no cortiço e eu fazia um rango para as pessoas de lá que queriam e carregadores de caminhão, ele também carregava caminhão.*

- E conseguia ganhar o suficiente para viver bem?

- *A gente procurou na época tudo que era trabalho, a gente se gostava muito, mas não se entendia. Arrumamos trabalho de dia e de noite e com muita luta a gente se mantinha e foi vivendo assim e passando o tempo.*

- *Mas daí ele bebia muito, a gente tinha briga feia, de bater, até que ele foi embora e eu fiquei três anos sem ter notícia. Quando ele apareceu eu estava com outro, mas eu não cuidava mais da minha casa (quarto no cortiço) e saía de manhã e voltava de noite para dormir.*

- *Daí os homens aqui que queria começaram a me convidar para sair e eu comecei a dormir com eles para ganhar e não pensar. O homem que estava comigo fazia que não via, queria mais era viver às minhas custas.*

- *Eu levava uma vida atribulada para não pensar, senão não agüentava. Cadê a Joana batalhadora que se cuidava ? Eu não tinha vontade de nada, não lavava roupa, não pintava a cara. Daí fui embora, larguei o homem e cada dia ia para um lugar com quem quisesse. Comecei a tossir e emagrecer. Lembrei logo do que meu pai teve, ele também era fraco de pulmão. Um cliente falou que eu estava doente, ele também já teve tudo isto e tratou aqui e me trouxe aqui.*

- Quando foi isto, dona Joana?

- *Já faz uns dois anos.*

- E a senhora se tratou?

- *É, tratei, melhorei. Comecei até a fazer faxina, depois voltei a ter quarto no cortiço e cozinhar, mas não deixo meus clientes porque são meus amigos e eu preciso do dinheiro para viver. Só a comida não dá, o povo aqui é pobre, só pode pagar pouco e às vezes paga, às vezes não paga. Tinha gente velhinha que no fim do mês ficava esperando receber para pagar e mesmo assim eu dava a comida fiado, dava porque tinha dó.*

- A senhora não terminou o tratamento em 1992?

- É, eu sumi... Quando comecei a tratar eu fiquei boa logo, por isto que não vim mais. Também eu engordei muito, assim que parei de tossir me deu fome e eu não quero engordar. Depois começou a acontecer uma pá de coisas e eu já estava boa e não voltei mais para tratar. Fui vivendo, daí as moças daqui foram me buscar, mas eu não vim. Vim só uma vez no ano passado fazer Papanicolau.

- Do ano passado pr'a cá comecei a tossir de novo e tive que parar de fazer comida porque não tinha força. Daí comecei a ter muito pesadelo, acordava molhada de suor e tossindo. Dei para sonhar que estava mal do pulmão por isto voltei para me tratar.

- E a senhora tem como se cuidar direito, comer e tomar o remédio?

- Depende. Se ainda tiver dinheiro para pagar o quarto, dá para cozinhar lá e me tratar. A senhora sabe, a gente que cozinha, com qualquer coisa faz um banquete. Deus é Pai, eu quero tratar mas é difícil. Internar eu também não quero, porque senão quando sair vou ficar mais perdida do que agora, vou perder meus clientes, minhas coisas, vou fazer o quê?

3 – ENTRE O CONFORMISMO E A RESISTENCIA

3.1. Calçadas do Abandono – os pacientes, suas vozes, suas posturas perante o tratamento.

Foram escolhidos para acompanhamento neste estudo seis pacientes sem teto (na ocasião do início do tratamento) do programa de tratamento de tuberculose do CSEBF.

Nossa escolha não obedeceu a outros critérios que não o da ausência de domicílio, mas, curiosamente, nos deparamos nestes casos com pessoas de características muito diversas e com trajetórias de vida muito particulares.

Dos pacientes, o mais jovem tinha 27 anos e a mais idosa 55 anos. Quanto à escolaridade encontramos um paciente com 2º grau completo, um parcialmente alfabetizado e os outros cursaram parte do 1º grau.

Quanto a inserção anterior no mercado de trabalho formal, encontramos um ex-bancário, um aposentado ex conferente de empresa, um balconista de lanchonete. Em inserções não formais, um carregador, uma ex-empregada doméstica e uma cozinheira e prostituta. Do ponto de vista médico, todos apresentavam a forma pulmonar da doença, em diferentes estágios de evolução.

Um ponto comum entre os seis pacientes que acompanhamos é não terem estado sempre na rua, todos têm um ponto de referência “antes” da rua e a ele se reportam com frequência, percebendo bem o “antes” e o “depois” de estar na rua como um marco divisório em suas vidas, após o qual tudo passou a ter uma conotação diferente. Para Edson que passou a morar na rua em São Paulo, vindo do Nordeste, significou um final: - *“Eu morri lá”*. E uma fuga: - *“Minha família não sabe de mim, pensam que morri. Não quero que saibam que vivo assim”*.

O estar na rua significou para todos uma ruptura com a ordem estabelecida e, de certa forma, o vínculo com o Centro de Saúde significou um retorno à ordem em meio à desordem de suas vidas, com suas consultas marcadas, retornos previstos, consultas domiciliares. Assumimos, os médicos e a Equipe de Saúde, um pouco o papel de pais, impondo uma vivência terapêutica com normas e regras bem delimitadas. E havia uma cruel ameaça implícita na transgressão a estas regras: o risco do fracasso da terapia, da recaída e quiçá da morte.

Frente a estas imposições, as reações foram diversas.

Moacir aceitava, até com certo alívio, as regras que cooperavam para a cura. Acatava as normas, esforçava-se por segui-los, fazia do Centro de Saúde uma referência básica do novo viver “em tratamento”.

Moacir se considerava “teimoso”, não no sentido de perseverar em alguma coisa, mas de ser, em suas palavras “birrento”. - *“Todo mundo acha que estou acabado, mas não tô não. Todo mundo pensa que não vou me tratar porque bebo, mas eu me trato sim”*.

E realmente esforçou-se para seguir o tratamento, vindo sempre (sem muito método, mas com muita frequência) ao Centro de Saúde.

Joana era diferente, tinha gestos de desafio e “esperteza”, numa contínua mudança de perspectivas e estado de espírito.

Ora se assustava: - *“Toda minha família tem mal dos peito, eu também vou morrer assim”*, ora reduzia a importância da doença em relação à estética: - *“Não sei se quero tomar o remédio, porque se tomar, eu vou engordar”*.

José Cosme se percebia como “insolente”: - *“Nunca respeitei nem ouvi ninguém, não vai ser agora, só porque estou doente, que vai ser de outro modo”*.

A busca de um “modo”, de um “jeitinho brasileiro” de “sair da enrascada” da doença parecia estar presente em todas as falas...

A fala de José Cosme tinha algo de simultaneamente arguto e ingênuo, em seu total despojamento ironizava ou francamente debochava dos esquemas estabelecidos: hábitos, horários, normas de conduta.

Joana e José Cosme faziam aberta resistência à excessiva normalização do tratamento. Joana simulava aceitar regras, mas transgredia todas ao sentir alguma melhora. José Cosme, irônico, manifestava não ter qualquer propósito de tratar-se, pelo menos da forma que lhe sugerimos.

Já Maria Almeida guardava um tom sofrido e calmo, até mesmo desesperançado, contrapondo-se à fala amedrontada de Joana. Esforçava-se para se adaptar às normas, mas sentia que isto estava acima de suas forças:

- *“Como é que vou fazer para tomar o remédio se não é sempre que tenho nem o que comer? E para saber como é que volto aqui? O pessoal da Igreja diz que me ajuda, mas é muita gente e eles se esquecem. Tem dia que não consigo nem andar”*.

João Batista também encarava o tratamento com ceticismo, como se buscasse mudar as regras deste jogo, demasiado difícil: - *“A gente tenta... mas todo este tempo com remédios todo dia... não dá. E quando eu beber, como é que vai ser?”* *“Vou tomar só quando não estiver de cara cheia”*.

João Batista era “impertinente”, como ele mesmo se colocava *“a senhora não repare, sou mesmo assim...”* Da doença, aceitava a culpa *“Eu mereço, sabia no que ia dar a vida que estou levando, devia de ter pensado antes...”*

Mas às vezes criticava: - *“O pessoal da farmácia não tem boas maneiras...”* Claro que não era uma percepção da ausência de etiqueta social, era conformada constatação de não ter sido bem tratado, de ter sido discriminado... Os olhos de repente lacrimejavam, seria a consciência do risco de morte que estava correndo, do fracasso da vida... ou simplesmente poeira nos olhos?

A fala de Edson tinha um tom mais anárquico, tinha vôos que buscavam a liberdade. Mas também uma nota mais sensível, parecendo guardar um ressentimento profundo.

Claro que a nenhum dos pacientes escapava a percepção da situação difícil que atravessavam, todos conseguiam unir indícios e chegar a conclusões – mas estas conclusões eram abrandadas pelo componente afetivo, pela esperança – e eram mais claras na fala de Edson.

“Até quero tratar, mas será que dá? Morando na rua, comendo às vezes, não sei”. “Agora, comecei a tossir sangue. O que tiver de acontecer, tá certo, não reclamo”. “Tossir eu tusso faz tempo, mas agora tô ruim demais, certo?”

Do tempo em que diz ser “Moço bom, arretado”, à hora em que rompeu com seu mundo, vemos um “não gostar muito” desta sociedade preocupada com a lógica do ganho, mas permanecia o apego e a saudade da família – *“Sinto falta é da comida de casa, mas não é fome, é saudade de mãe”*.

De certa forma seu discurso se alternava entre o “dentro” (da sociedade, da família) e o fora (do seu mundo, de seu lar).

O “fora” não é só o correr por estradas, o tédio, a rebeldia, é mais o cultivo de alguma dor oculta. Se aos outros uma conjuntura social e econômica levou às ruas, aliada muitas vezes ao alcoolismo, para Edson as dificuldades que levaram ao desabrigo parecem ter origem psicológica, afetiva.

-“Não bebia, não cheirava. Estava noivo e ia casar. Então começou um diz que diz e por causa de bobagem minha noiva rompeu comigo e casou com outro. Sofri, tive muita revolta, só quis vir embora nem sabia pr’a onde, só sumir : E dei comigo aqui em São Paulo...”

E desde então andava sem rumo, sem prudência, pronto a observar e aceitar tudo, sem expectativas nem esperanças, contemplativo, mas crítico.

Talvez, de todos estes pacientes, a ele se aplicasse a frase de um romance de Truman Capote: -“... Não quero possuir coisa alguma até que saiba que encontrei o lugar onde eu e as coisas pertencemos. Ainda não tenho certeza de onde fica este lugar...”

Sobreviver entre “a ordem e a desordem”, entre o “tempo e o não tempo”, movendo-se em um espaço concreto, com alguns pontos de referência fixos, faz parte do viver na rua. A relação espaço-tempo fica mais clara se lembrarmos que o morador de rua tem um traço andarilho, suas distâncias sendo as que se percorre a pé, que se alongam ou se reduzem conforme seu estado de saúde e sua disposição para caminhar.

No “mapa” ou seja, na ordem topográfica figurativa que entre estes pacientes se estabelece, há pontos de referências fixos e geralmente consensuais: alguns viadutos “pontos de pernoite”, algumas “bocas de rango”, casas de convivência, locais que permitem banho e locais em que podem fazer “bicos”: ferro velhos, terminais de carga e outros. Entre nossos pacientes não havia nenhum catador de papel, para as pessoas envolvidas nesta atividade há outros pontos

de referência de grande valor. O espaço, o longe e o perto é das poucas relações que concretizam o tempo, que dão a ele uma dimensão mais clara. Mas as distâncias não são exatas, dependem do seu ritmo ao caminhar.

De qualquer forma a relação, de modo geral, do morador de rua com o tempo não é de cálculo, mas de improvisação, não é de submissão, mas de contemplação, como se apenas o visse passar.

Relativamente, ele é dono do tempo ou, pelo menos, perdeu a dimensão cronológica à qual nos submetemos, “a dependência servil ao tempo marcados nos relógios”, como coloca Woodcock (1981). Tem de volta, como os homens antes da Revolução Industrial ou como o indígena ainda hoje, o tempo representado pelo cair da tarde e pelo nascer do sol, pelos meses de frio ou de calor, pelas horas que deve caminhar rumo a um lugar, pela espera de alguma coisa.

Algo como a frase de uma criança ao pai, que ouvi casualmente: “Amanhã é verão, depois é Natal, depois vou ganhar a bicicleta”. É uma frase semelhante a visão de alguns dos nosso pacientes.

“Time is money” não penetra no seu imaginário, já que, se é pobre em dinheiro, é rico em tempo, o que parece impossível na sociedade ocidental.

Woodcock (1981) comenta sobre o lugar do tempo em nossa sociedade: “O homem ocidental civilizado vive em um mundo que gira de acordo com os símbolos mecânicos e matemáticos das horas marcadas pelo relógio. É ele que vai determinar seus movimentos e dificultar suas ações. O relógio transformou o tempo, de um processo natural, em uma mercadoria que pode ser comprada, vendida e medida como um sabonete ou um punhado de passas de uvas... “O relógio representa um elemento de ditadura mecânica na vida do homem moderno, mais poderoso do que qualquer outra máquina”. E é conforme uma agenda previamente montada dentro desta racionalidade que oferecemos a assistência em saúde.

A este desenho programado da rotina de qualquer serviço – e do trabalho em saúde – o paciente morador de rua opõe uma desordem, traz o casual que se sobrepõe aos espaços e tempos estabelecidos. A dor, o mal estar e até a fome o trazem ao serviço de saúde, não o dia agendado para a consulta, que lhe é muito mais abstrato.

A noite confere, sim, um sentido de tempo, especialmente se uma noite fria ou com um acontecimento especial a ser lembrado ou “*a noite que passamos no abrigo*”, ou de uma briga memorável ou de uma bebedeira inesquecível: - “*A noite em que bebi tanto que me levaram tudo, até o remédio... e eu nem vi*”(Moacir).

Pode-se esperar que a noite seja um marco quanto a hora de ingerir a medicação, mas nem sempre: - “*Quando bebo viro a noite e o dia e não sei de nada.* ” (Edson).

Mesmo quando o homem de rua não se refugia no mundo sem regras do alcoolismo, sua noção de tempo é diferente, porque não existe a preocupação com a pontualidade, seu dia não é

dividido em tarefas que caracterizam a rotina da maioria de nós.

Enfim, o não ajustar-se a uma rotina, o ser um dissidente em relação ao tempo é uma das características da população de rua, assim como o transgredir regras.

Já a normalização rígida na ingestão da medicação, e no retorno ao serviço por, no mínimo, seis meses, são pressupostos do tratamento tradicional da tuberculose.

Conciliar a caótica irregularidade do viver na rua com a rotina programada do tratamento nos parece tarefa além do que se pode esperar de qualquer serviço de saúde.

3.2. Luta além das próprias forças

Embora não tenhamos escolhido a palavra como unidade de análise, tanto nas entrevistas como nas histórias de vida, algumas palavras e expressões se repetem de forma marcante, expressando realidades.

A palavra “vida” aparece 14 vezes, o vocábulo “tosse” 13 vezes, a palavra “comida” 8 vezes. Expressões de impotência como: “Fazer o quê?”, “será que dá”, “de que jeito?” , aparecem 14 vezes. A palavra “esquecer” aparece 5 vezes, “medo” 6 vezes, os vocábulos “morte e morto”, 6 vezes. “Nascer pobre é um azar!” diz José Cosme, filósofo, inocentando-se da culpa que outras vezes assume por sua doença e miséria.

Mas a palavra “pobre” aparece pouco: 2 vezes, assim como “dinheiro”: 3 vezes. Parece que o alimento e o abrigo em si são objetos mais próximos de seu desejo: a fome e o frio concretizam a realidade da miséria, o dinheiro é mais um sonho ou uma lembrança distante.

“*Agora que o corpo reclama*” dizia Maria Almeida, mas talvez a queixa do corpo expressasse a queixa de todo o ser. A fome e o frio são mais que o vazio do estômago e o frio das noites paulistas – simbolizam o abandono em uma sociedade vazia de solidariedade, o desabrigo, a exclusão social que não são citados explicitamente.

“*Fazer o que?*” é expressão muito repetida, independente da origem social. Expressa conformismo, desânimo, mas, contraditoriamente, um restinho de esperança, de que talvez alguém indique o que fazer, de um auxílio concreto.

Aranha e Martins (1993) lembram que o homem é um “ser desejante”, além de um ser pensante. O desejo mobiliza as pessoas, a razão vai definir os desejos e buscar os meios para realizá-lo.

Nestas pessoas há, explícito, o desejo da cura e de uma vida melhor. A razão permite distinguir e explicitar estes desejos, mas os meios para realizá-los estão fora do alcance destes indivíduos, parece haver neles a sensação de que os meios existem, mas que eles os desconhecem e alguém pode, de repente, lhes revelar.

“E agora, que estou doente, será que vão cuidar direito de mim?” (Moacir)

“Só se tivesse como eu mudar de vida” (Edson)

“Fazer o que?” (Maria Almeida)

“Não tem jeito, não é?” (João Batista).

Afinal, como coloca Susan Sontag (1989), a doença não é apenas uma manifestação corpórea, é importante o sentido que o homem dá à doença. Pode representar, no caso do morador de rua, a expectativa do abrandamento da severidade com que a sociedade o contempla, embora uma doença contagiosa, como a tuberculose, também signifique um estigma, frente a sociedade, como também o é o fato de ser morador de rua.

A vida é luta e susto, procura e ausência, frente aos quais se pode chorar ou rir ou apenas, filosoficamente, escolher os ombros e aceitar o inevitável. – *“Nunca se sabe o que vai acontecer nestas ruas”*. (Edson)

E o morador de rua segue aceitando o inevitável. A noite, a chuva, o frio, a violência da cidade grande, em uma procura ou uma fuga, atrás do pão de cada dia – e para nenhum dia a mais – do abrigo para uma noite apenas, caminhando para lugar nenhum, superando o medo e a vergonha na luta pela sobrevivência.

Como Maria Almeida que tinha medo e vergonha de pedir esmola na porta da Igreja, mas de repente assumia que a fome era maior.

-“Porque pedir o de comer não é vergonha e às vezes se acha alguém de bom coração...”

Nos caminhos que os pacientes trilharam é possível distinguir alguns atalhos comuns a todos eles, como a exclusão do mercado de trabalho formal, a perda de vínculos familiares; a dificuldade na formação de novos vínculos; o beco sem saída do alcoolismo; a perplexidade ante a violência e a promiscuidade das ruas; a esperança frustrada de “ser cuidado” e amparado em sua luta. Sabemos que o quadro à nossa frente é bem mais amplo, este é apenas um recorte de uma realidade muito maior.

A exclusão do mercado de trabalho formal não teve a conotação de algo desejável na fala da maior parte dos pacientes, ao contrário, parece ter sido o fator determinante do estar na rua.

Já o vínculo empregatício, a volta da saúde para trabalhar, enfim o retorno ao mundo do trabalho parece ser desejado como ponto de redenção, contrapondo-se ao abandono e miséria da rua. Mas esta volta não é vista com esperança, é mais uma miragem distante ou uma recordação: *-“Enquanto tive saúde, trabalhei” “Tive que parar de fazer comida porque não tinha força”*. (Joana)

-“Mas daí fui ficando cansada, com mais preguiça, não agüentava mais carregar peso nem pegar na água fria. Quando chegava depois do almoço eu já queria ir embora dormir, as patroas achavam que era malandragem, não era, eu não agüentava mesmo”. (Maria Almeida)

-“No tempo de antes já fui homem trabalhador, mas outros mais novos tomavam meu

lugar” (Moacir)

-“ *Ajudado às vezes num bar. O problema é que toda gente lá tá desconfiada de eu andá tossindo muito e deste catarro que não me deixa...*” “*Tem dia que eu tô um caco, tem dia que dá pr’o gasto*”.(João Batista)

Só Edson e Cosme pareciam apreciar a ausência de compromisso.

-“*Quando estou bom eu carrego caminhão. Quando não, deito por aí*”. (Cosme)

-“*Eu trabalho para o ferro velho da rua Thomas Edson. Saio catando para eles e eles me pagam um pouco. Não tenho registro nem obrigação, trabalho quando estou bom*”. (Edson)

Certa dificuldade de manter vínculos com trabalho, família ou outras instituições foi também um ponto comum entre os pacientes. Talvez porque estes vínculos contrariem a noção de liberdade do andarilho em eterna peregrinação – talvez em busca de si mesmo.

Os moradores de rua se movimentam pretensamente livres, mas atrás desta “liberdade” ilusória há a consciência de estarem destinados a viver uma vida muito difícil, há a negra sombra da absoluta miséria, da carência de tudo que é necessário a um mínimo bem estar.

Como os servos que, livres dos senhores feudais, foram para as cidades e os escravos libertados em 13 de Maio, resta aos pobres o “açóite da fome” de que fala Engels, portanto a liberdade em meio à pobreza é mentirosa, mas o sentir-se “malandro” e “acima das regras” é muitas vezes real no discurso do excluído. E a “culpa” por isto aparece em suas falas, no sentir a doença como punição.

-“*Até mereço, bebi no que tive saúde e bebo mais agora. Sempre fui cabeçudo. Trabalhei e muitas vezes, carreguei muito peso, mas ia mais era para a farra, ia colher o quê?*” (José Cosme)

Aqui aparece o discurso da hegemonia “Quem planta, colhe”, esquecendo-se que muitos dos que apenas trabalharam seguindo todas as normas impostas pela sociedade, também contraem a doença. Vê-se assim, atrás do “malandro”, a ideologia da classe social de que se origina, a figura oculta de uma família e seus “conselhos”.

A família também aparece idealizada nas falas dos pacientes, como uma lembrança ou anseio.

-“*Já criei família, casei filhas*”. (Maria Almeida)

-“*Já tive família, tenho filho casado. Mas a gente fica velho ninguém quer mais nem para trabalhar, nem para morar*”.(Moacir)

Para Maria Almeida também a lembrança das filhas em outra cidade era apenas como cenas de um filme antigo; nunca aceitou que tentassem localizá-las, nunca as procurou.

O paciente João Batista nunca mencionou a família, aparentemente era separado da mulher, não falou em pais nem irmãos, evitando o assunto. Disse apenas: - “*Minha família não tem nada com isto*” e – “*Mulher para mim é só para dormir e tchau*”.

José Cosme e Joana também aparentemente não mantinham contato com seus familiares.

A dificuldade de formação de novos vínculos na rua – com instituições como abrigos, serviços de saúde, igrejas, ou com pessoas – relaciona-se não só com o descompromisso do morador de rua, mas também com a discriminação que sofre. A dificuldade em encontrar locais onde possa cuidar de sua higiene pessoal (banhos públicos, banheiros, lavanderias para a roupa) torna sua aparência indesejável e provoca sua rejeição até mesmo por parte de profissionais cuja formação deveria contemplar a aceitação destas limitações.

No caso dos pacientes aqui estudados, este fator “dificuldade de higienização” não estava presente, todos eles tinham acesso a banho e eram bastante cuidadosos com sua higiene pessoal. Mas, ainda assim, sofriam vários tipos de discriminação e não mantinham vínculo com instituições, a não ser o Centro de Saúde e, no caso de Maria Almeida, com a Paróquia de Santo Eduardo, da Igreja Católica, onde esmolava. Moacir mantinha seu vínculo de parentesco e amizade com o irmão, que algumas vezes até o acompanhava em consultas e tinha uma vida “normal”.

Por outro lado, a amizade entre os moradores de rua existe e é forte, embora também existam a agressão e a violência. É bastante conhecido o temor que os homens de rua têm dos meninos de rua, bem mais violentos que os primeiros. Dos nossos pacientes dois já eram amigos: Moacir e João Batista, que se consideravam como irmãos, embora se desentendessem às vezes. Joana e José Cosme conheciam-se e eram amigos. Edson andava solitário e isto contribuiu com as circunstâncias de sua morte.

Algumas frases de nossos pacientes trazem aspectos do relacionamento entre os moradores de rua.

- *“Tenho muitos amigos, amigos no bar, na rua, amigos de farras antigas...”* (Moacir). Mas o mesmo paciente estranha a promiscuidade das ruas. - *“...Quando saio da bebida dou comigo em cada canto feio, com gente sarnenta, sem a menor compostura nos modos. Mas não é gente minha, eu tô pobre e acabado, não tenho dinheiro, mas tenho educação”*.

Joana mostra também a face da solidariedade nas ruas:

- *“Eu dou comida, porque tenho dó”*.

Cosme mostra a violência:

- *“Tem uns colega que divide a pinga e tem os que pega tudo. Os menino são os pior, fico longe deles”*.

Maria Almeida mostra aspectos ainda mais cruéis desta violência em sua fala e em sua história:

- *“Daí eu peguei as coisas e coloquei debaixo do viaduto, mas tive que dar umas coisas para um pessoal que tem lá para eles me deixá ficar e disse que dava um dinheiro quando desse. Só que estou tossindo muito e o pessoal do viaduto tá incomodado com minha tosse...”*

-“Comer não é sempre que como, se levo coisa para fazer no fogueiro os colega pega, as criança então pega mesmo”.

No relacionamento entre os moradores de rua, o álcool tem papel importante:

É, como reconhecem vários profissionais, um elemento de socialização. Talvez o álcool seja um dos principais fatores que leve à vida nas ruas, mas, com certeza, mesmo quem não bebia antes de estar na rua, passará a beber quando está ao relento.

Afinal, o álcool aquece, faz esquecer a fome, as dores físicas e morais, cria pontos de reunião, “une” a multidão dos carentes em um prazer comum a todos e em uma sincera fraternidade. Quanto às outras drogas, embora saibamos estarem também presentes no viver das ruas, só foram mencionadas por um dos pacientes. Já o álcool está presente na fala de todos eles, exceto na de Joana.

-“Na bebida conheci amigos, fui esquecendo, não queria mais nada” (Edson)

-“Doutora, tô curado. Meu médico é o álcool”.(Cosme)

-“Homem só tem beber e jogar para aproveitar a vida”. (Moacir)

-“Bebê não bebo, só um traguinho pr’a esquentar de noite ou pr’a dar coragem quando tenho medo”. (Maria)

Outro aspecto presente no discurso de nossos pacientes é o desejo de serem cuidados que lembra a constatação de Broide (apud Carneiro Jr, 1996) de que “O estar na rua remete à relação mãe-bebê”. De qualquer forma, é situação de total carência e desproteção em que todo auxílio é bem recebido:

-“Até quero tratar, mas será que dá? Morando na rua, comendo às vezes, não sei se dá”. (Edson).

-“Se me der remédio de graça eu tomo, tudo bem “ (João Batista)

-“Se continuar nesta vida, nesta canseira, neste lugar onde eu durmo, moça, acho que não curo não”. (Moacir)

-“Agora a senhora diz pr’a eu me tratá, mas não sei como vai ser isto...” (Maria)

A fala dos pacientes expressava a consciência de que sua possibilidade de cura dependia de auxílio externo. Moacir recebeu este auxílio de família por algum tempo, mas não o bastante para consolidar a cura e a evitar recidiva.

Buscamos internação para os pacientes, mas o critério social para internação não era considerado suficiente. Com dificuldade, conseguimos internação para Edson em hospital terciário (quase uma casa de repouso), mas de lá ele desapareceu.

Ainda procurávamos vaga para Maria quando não mais a encontramos, tendo sabido depois de sua morte: o socorro demorou demais.

Já Cosme não desejava consultas nem internação, provavelmente desenvolvia mesmo o pensamento mágico de que o álcool o curaria...

João recebia cesta básica quando comparecia ao serviço – mas só vinha quando seu estado geral piorava, assim como Joana.

De qualquer forma, suas histórias também foram feitas de expectativas e esperanças, e se esgotaram entre a alternância: buscar cura, travar batalhas desgastantes pela saúde ou descansar, desistir e se deixar morrer. E se para nós esta alternância tem tom dramático, para eles vinha temperada de um estoicismo não despidido de ironia.

Como a observação imprevista de Cosme, rompendo o medo, a afirmar que, se for para o céu, vai continuar bebendo por lá, negando com a frase a angústia de não conseguir chegar ao ponto desejado: a cura.

3.3. A causalidade atribuída à doença, no caso, à tuberculose

No desenrolar da história, o homem atribuiu a doença a diferentes causas. Da magia ao castigo divino, dos humores gregos à teoria miasmática, da visão bacteriológica à teoria da determinação social, o ser humano lentamente construiu uma visão de mundo mais abrangente e um conhecimento mais profundo sobre o processo de adoecer.

Porém, se o conhecimento da humanidade como um todo trilhou este caminho, muito diversa é a construção do conhecimento para cada indivíduo. Em especial para aqueles que, por viverem uma situação de exclusão do sistema econômico, vivem também à margem das conquistas intelectuais da sociedade, ou absorvem apenas de forma fragmentada o conhecimento compartilhado por outros segmentos sociais, à sombra de uma ideologia “copiada” das classes dominantes.

Na cultura popular acontece uma “convivência” de todos estes olhares sobre a causalidade da doença conforme vistos em vários pontos da trajetória humana.

Ainda estão muito presentes a visão do mágico e da doença como “castigo do céu”. Ou um olhar culpado.

-“*Caí nesta vida e tô me acabando assim*”. (José Cosme)

-“*É a mardita bebida, quem mandô eu bebê?*” (Maria)

-“*Essa vida de farra, o que é que eu queria?*” (João Batista)

-“*Uma coisa ruim que não deixô nada dá certo em minha vida.*” (Edson)

Até um pouco do “humores” gregos, das tendências pessoais, se pode perceber no discurso dos pacientes.

-“*Sempre fui fraco dos peito.*” (Moacir)

-“*Minha mãe também morreu com o peito ruim, minha família é assim mesmo.*” (Joana)

E vê-se muito da teoria miasmática em sua percepção da doença, e do conceito de

contágio.

-“*Neste lugar úmido, cheio de gente fedida...*”(Moacir)

-“*Tive um cliente que sofria do peito, mas não sei se foi dele que peguei isso.*” (Joana)

Sem conhecer conceitos teóricos de determinação social é, contudo, ao seu estilo de vida que a maior parte dos pacientes atribui o processo de adoecer.

-“*Com a vida que eu tô levando, não sei se dá pr’a me curá, não.*” (Moacir)

-“*A senhora tem boa intenção, mas como ;e que eu vô ficá bom, vivendo assim? Durmindo por aí no frio, na umidade, comendo porcaria, a gente fica doente mesmo.*” (João)

-“*Pegando frio. Comendo quando dá, eu tinha de ficar doente.*” (Maria).

-“*A gente morava no cortiço tudo afundado, naquele fedor, tinha de pegar doença. Mas na rua é pior ainda...*” (Moacir)

Seu discurso até mesmo explicita a sua impotência entre as forças manipuladoras da nossa sociedade e determinantes de seu jeito de estar no mundo:

-“*Depois de velho ninguém quer a gente pr’a trabalhar, nem pr’a morar junto? Por isto fiquei neste abandono que põe doente.*” (Moacir)

-“*Num tive estudo, só servi mesmo foi pr’a carregá peso toda minha vida. Agora tem dia que não agüento, fazer o quê?*” (José Cosme)

-“*Quando não tive mais força pr’a fazê faxina, ninguém ajudô, o que restou foi ser pedinte e ouvi desaforo de tudo. Aposentadoria não tenho porque minhas patroas nunca quizero assiná carterá.*” (Maria)

-“*Quem nasce pobre morre pobre o tem que sê muito esperto pr’a se dá bem senão morre de fome mesmo ou morre bêbado na rua por aí.*” (João)

- Apesar desta visão, predomina um olhar acrítico, de submissão às regras desta sociedade ou apenas a percepção da própria impotência determina um comportamento passivo e dependente?. Para Bakhtin (1977) a experiência da fome em uma sociedade individualista e cheia de desigualdade, pode criar diferentes formas de elaboração ideológica, predominando uma ideologia de resignação.

Podemos encontrar este discurso em nossos pacientes, ou seja, em pessoas da sociedade contemporânea expostas a situação de extrema privação, agravada pela doença?

Sim, em parte. Está presente, como vimos, o discurso da dominação onde se pode distinguir não apenas a resignação com a privação e o abandono, mas até a culpa por esta privação e abandono, a culpa por ter fracassado na sociedade competitiva e consumista.

Mas não é um discurso monológico, outras falas vêm contradizê-lo. Sob a face passiva da resignação pode-se distinguir entonações de ironia ou revolta. Uma visão crítica que, temerosa, esconde-se logo em um reconhecimento de culpa.

E pode-se vislumbrar a consciência de pertencer a uma sociedade que lhes deve

solidariedade e ajuda efetiva, mais do que mera orientação. Talvez um juízo sobre a culpa desta sociedade esteja implícito na expectativa de tudo receber dela.

Procuram assim na atenção e cuidado dos serviços de saúde uma compensação pelo desgaste que a sociedade lhes causou:

-“E agora, doutora, agora que eu estou doente grave assim, vão me internar, vão cuidar de mim direito?” (Moacir)

E depositam nos serviços de saúde até uma esperança de reintegração a esta sociedade e de resolução de sua problemática pessoal.

-“Se me tratarem e eu puder mudar de vida, pode ser que eu fique bom...” (Edson)

3.4. O desfecho

José Cosme foi, entre estes pacientes, o que melhor representou para nós a dificuldade de ligar-se a um serviço de saúde, que parece contrariar a noção e a liberdade do andarilho em eterna peregrinação – talvez em busca de si mesmo.

E foi para Moacir que a família teve papel importante no tratamento. Ele teve apoio do irmão e, posteriormente, foi acolhido em casa do filho, contribuindo com cesta básica que recebia como doação de profissionais do Centro de Saúde. Talvez esta acolhida lhe tenha devolvido em parte a energia suficiente para prosseguir o tratamento, até que foi considerado curado. Mas, por circunstâncias especiais do serviço da época, sua alta foi dada para acompanhamento clínico, sem que persistisse algum acompanhamento social e psicológico. Este fato somado à ausência súbita de alguns profissionais significou para o paciente uma nova ruptura no modo de viver até então. Não mais podendo auxiliar em casa, voltou à vida anterior. Procurado posteriormente, não o encontramos. Cerca de um ano depois foi atendido em hospital geral com recidiva da doença, tendo falecido no mesmo hospital.

Maria, pouco antes do tratamento, não vivia na rua. Vivia em um cortiço que, tendo sido interditado pela prefeitura, acabou sendo demolido. Foi então que levou seus poucos pertences – e seu cachorro – para os baixios do viaduto onde a fomos visitar. Neste viaduto moravam algumas famílias. Na segunda e na terceira visita não a encontramos. Os moradores do viaduto fugiam apressadamente ou respondiam de forma agressiva quando dela perguntávamos. No “barraco” aberto, já não se viam seus pertences nem seu cãozinho. Só na quarta visita, perguntando em um bar próximo, tivemos notícias. Segundo o dono do bar, a paciente teve séria briga e luta corporal – com que forças? – com os outros moradores do viaduto e dali foi expulsa machucada e sem seus pertences, indo falecer sobre o viaduto Pacaembu, outro ponto de pernoite próximo. Desconhecemos se faleceu em virtude da sua moléstia ou de alguma violência sofrida.

O paciente João Batista nunca mencionou a família, aparentemente era separado da mulher, não falou em pais nem irmãos, evitando o assunto. Disse apenas: - *“Minha família não tem nada com isto”* e - *“Mulher para mim é só para dormir e tchau”*.

Seguiu o tratamento de forma irregular, tomando às vezes os remédios, esquecendo de sua doença por alguns meses até que a tosse e a febre o obrigavam a retornar. Não se curou, vindo a falecer cerca de dois anos após o início do tratamento, tendo sido atendido em insuficiência respiratória em Pronto Socorro do Estado.

Fato curioso seguiu-se ao seu falecimento: informada de sua morte, (não sabemos por quem, talvez pelo Serviço Social do hospital que o atendeu), uma agência bancária procurou o Centro de Saúde, cujo endereço o paciente forneceu como seu. Esta agência perguntava de familiares do paciente já que este deixara uma quantia considerável em caderneta de poupança.

Não sabemos porque o paciente, se tinha algum recurso financeiro, não procurou ter maior bem estar que talvez lhe propiciasse a cura. E, se economizava para auxiliar outra pessoa, porque nunca a mencionou, nem no Centro de Saúde, nem na agência bancária, nem no Hospital?

Do fato só tivemos a percepção mais clara de quão pouco penetramos no universo destes pacientes, de como cada palavra pronunciada supõe um mundo de palavras ocultas e do quanto seu silêncio é rico de verdades não expressas. Há nestas ruas dos abandonados uma simbologia peculiar, valores próprios que desconhecemos.

Joana também não teve sucesso em seu tratamento, alternando períodos de franca melhora, em que voltava às suas atividades normais – e negligenciava o tratamento – e recidivas progressivamente mais graves.

José Cosme só era avistado em visitas aos seus pontos de pernoite – nas quais ninguém conseguia convencê-lo a tratar-se – ou casualmente, andando pelas ruas do bairro, ocasiões em que parecia particularmente contente em nos encontrar, mas não disposto a acompanhar-nos ao Centro de Saúde. Após breve período sem avistá-lo tivemos notícia de seu falecimento através de outros moradores de rua, cerca de três anos após o diagnóstico de sua doença – sua “malandragem” enfim vencida pelas duras regras deste jogo de cartas marcadas.

Edson foi aquele que mais teve dúvidas sobre a eficácia do tratamento e sobre sua capacidade de segui-lo:

-“Vou fazer força de tomar o remédio e voltar aqui. Mas não sei não, quando bebo não sei nem de mim. E se continuar nesta vida que levo, vou curar de que jeito, na chuva e no frio, andando por estas ruas, carregando este peso todo?” (Carrocinha de ferro velho). Entre os pacientes, contudo, Edson foi o primeiro para quem conseguimos a internação, que parecia desejar. Mas, após algum tempo no tempo no hospital, depois de uma visita nossa à instituição, sem que, contudo, tivéssemos autorização de visitá-lo, o paciente evadiu-se do hospital, segundo

informou a instituição, e nunca mais foi visto, nem no Centro de Saúde, nem em seus pontos habituais de pernoite ou de alimentação. Procuramo-lo em variados locais, mas nunca mais tivemos notícias suas, o que nos parece inexplicável.

O viver na rua tem segredos nos quais não nos é dado penetrar. E, se é difícil interpretar as falas, a conduta, muito mais difícil é compreender os silêncios, as palavras não ditas, a ausência.

Philippe Ariés (1977) resume em uma frase a postura humana perante a morte – “No fundo de nós mesmos, nós nos sentimos não mortais”. Para Jaspers (apud Ariés, 1977) “existe algo em nós que não se pode crer suscetível de destruição”.

Uma recusa manifesta em abordar a temática do morrer humano permeia todas as classes, em nossa sociedade (Aranha e Martins, 1993) “Em nenhum tempo a recusa do enfrentamento da própria finitude foi tão visível.”

Para Da Matta (1995) os caixões lembrando camas confortáveis são uma tentativa de transformar a figura do morto na de alguém que está apenas descansando.

Talvez o individualismo, o consumismo e os valores singulares que imperam em nossa sociedade colaborem para a difícil aceitação da finitude da vida. Quando se pensa em viver nosso tempo em função da aquisição de geladeiras ou de carros ou mesmo de iates ou da construção de uma mansão, não se consegue pensar com tranquilidade na morte, porque a idéia de morte traz a questão ‘pelo que’ trocamos nossas vidas finitas e todas as coisas parecem perder o valor que tradicionalmente lhes é atribuído.

Nos serviços de saúde, frente à possibilidade da morte, é muito freqüente nos confrontarmos com reações de negação do problema, de racionalização.

No caso de uma patologia como a tuberculose, em que existe, simultaneamente, ampla possibilidade de cura e o risco da morte, há a tendência de negar o risco e não perceber o fio da navalha em que está colocada a vida, tanto por parte dos pacientes como dos profissionais de saúde: o fio tênue entre a determinação e a liberdade.

Ou seja, uma determinação no tempo, no espaço, na inserção social que aponta, nos casos de moradores de rua, o pior prognóstico. E a possibilidade de, reconhecido este determinismo pelos profissionais de saúde e, até certo ponto, pelo paciente, exercer uma ação transformadora capaz de alterar este prognóstico.

Apenas a consciência deste determinismo não é suficiente, mas é sem dúvida necessária para alterar o nexos causal.

No dizer de Aranha e Martins (1993):

-“A consciência que o homem tem das causas se transforma, por sua vez, em outra causa, capaz de alterar a ordem das coisas. Com isso, não se rompe o nexos causal, mas introduz-se uma outra causa – a consciência do determinismo – que transforma o homem em ser atuante, e não

simples efeito passivo das causas que agem sobre ele.”

Os autores dão como exemplo a atuação do vírus da tuberculose no corpo humano: pela história natural da doença, a morte estará determinada em grande parte dos casos. Quando Kock descobriu o nexo causal da ação do bacilo, o conhecimento das causas permitiu uma ação mais efetiva reduzindo a mortalidade.

Mas, como não reconhecemos o nexo causal mais amplo desta determinação, o elevado número de óbitos persiste e nossas ações no combate à doença se mostram menos eficazes à medida em que se agravam os níveis de exclusão social.

Negar o risco de óbito, tranquilizar o paciente e a equipe não é a forma de promover uma ação transformadora. Por outro lado, apenas a consciência do risco sem construir um projeto de ação não romperá o nexo causal.

É importante que esta consciência, este saber, acarrete um poder, um domínio sobre esta situação, uma nova abordagem terapêutica para as conjunturas de maior risco.

3.5 A busca de significados no estudos dos casos: um olhar além dos estigmas

O significado da palavra “pobreza” é diferente para cada sociedade e em cada época. A carência de todo conforto e mesmo de alimento, para o camponês na Idade Média, não implicava em marginalização. Pobre embora, continuava a ser parte de uma sociedade em que tinha seu papel bem demarcado – e privações ocasionais faziam parte deste papel. A estas privações aparentemente não se somavam a culpa e a vergonha – até, segundo a racionalidade religiosa predominante, acreditava-se serem estas privações recompensadas na vida futura, nos céus. Mas, dentro do “espírito do capitalismo”, apontado por Weber, a pobreza é relacionada ao desperdício e à ociosidade, que são “pecados maiores” dentro da visão protestante.

Na sociedade capitalista formou-se o que Marx chama “exército industrial de reserva”, a “superpopulação relativa”, composta de trabalhadores irregulares (o subproletariado), desempregados e, em outra categoria, os incapazes para o trabalho por idade, doenças, etc.

Desempenhando funções menos valorizadas e irregulares, estes grupos não têm um “ganho certo” e, embora não tenham necessariamente que chegar ao “viver na rua”, estão expostos a um risco maior de chegar a esta situação-limite de miséria.

Quando ocorre esta ruptura com a forma de viver que nossa sociedade legítima (ruptura mais freqüente na atual situação de recessão e desemprego) é como se ocorresse a queda da corda bamba em que o indivíduo se apoia para evitar a completa exclusão.

No dizer de Halebsky (1987, p.55). “O homem perde a visão de si próprio, sem rumo, esquecido de suas raízes, privado de um sentimento de integração, perdendo a estabilidade moral e psicológica, isolado dos principais objetivos e finalidades de sua cultura...”

Rompem-se elos, rompem-se, geralmente ao mesmo tempo, vínculos familiares que as novas estratégias de sobrevivência não permitem preservar. Mas não são rompidos tão subitamente os vínculos com a ideologia da classe trabalhadora.

O fato de ser morador de rua torna a pessoa estigmatizada por parentes, amigos, pela sociedade como um todo. Mas, principalmente, este estigma cresce em importância ao próprio olhar do morador de rua.

A ética do trabalho condiciona o sentimento de valor pessoal, de dignidade, ao bom desempenho do papel de provedor, ao ato de “trazer o sustento da família”.

Esta ética e sua elaboração no imaginário dos excluídos exercem papel fundamental em sua baixa auto estima, em sua desesperança, condicionando seu comportamento em relação ao serviço de saúde e ao tratamento.

A miséria à qual esta população está submetida transcende o aspecto econômico, afeta a sua avaliação social e determina sua rejeição dentro dos serviços e fora deles.

Em suas vidas fragmentadas , nas quais a busca da sobrevivência faz de cada dia uma aventura isolada, há algo contínuo: o ver-se no espelho distorcido da ética imposta pelo sistema.

Preservam tabus escondidos em frases como:

- “*Eu era moço bom, trabalhador* (Edson)

- “*Tive família , criei filhos*” – diz Maria, como se só neste tempo seu valor como pessoa encontrasse referencial.

Em outros momentos, vemos invertida a relação causa-efeito: não há a percepção das lesões que a sociedade lhes está impondo; parece-lhes estar lesando a sociedade de alguma forma. Por exemplo: seu discurso reflete a visão de que não é o “estar na rua” que impede o cuidado com sua própria saúde, é sua falta de cuidado com a saúde que, de alguma forma, os impede de sair da rua:

- “*Assim, doente, sem força, quem vai querer para trabalhar?*” Maria

- “*Trabalho quando estou bom*” – um sorriso de Edson acompanha a frase, sorriso de menino que burlou alguma norma.

O alcoolismo, muito presente nos relatos, nunca é visto como doença, só como transgressão, alimentando a culpa.

Há momentos em que está presente a impotência, a consciência de não ter em mãos a possibilidade de afastar a doença. Visto assim, à luz do progressivo declínio de sua esperança, o freqüente abandono do tratamento é bem compreensível.

Mais paradoxal é seu cotidiano heroísmo ao recomeçar a luta que no íntimo reconhecem previamente perdida:

“Este negócio não tem fim bom, não!”... (João)

A busca de retorno à “ordem legítima” do viver em sociedade está presente na busca de trabalho de Joana, no “fazer um lar”, ainda que de caixotes, de Maria, na esperança de reintegração familiar de Moacir.

Estas “pistas” para o entendimento da postura do excluído frente à vida são também “pistas” de soluções para um cuidado em saúde eficiente.

Afinal, o desafio que se propõe não é o de agir apenas embasados nos avanços do conhecimento técnico, que dados epidemiológicos recentes mostram estar sendo insuficientes para conter a moléstia. O subproduto indesejável de uma abordagem de recorte puramente biologicista tem sido o elevado número de óbitos e altos índices de abandono de tratamento que preocupam os serviços.

Talvez seja necessário o reconhecimento de que alguns programas de saúde possam estar desajustados às necessidades humanas globais. Nos casos que estudamos, procuramos, dentro de conhecimentos interdisciplinares, explicações para o fracasso da intervenção em saúde.

Refletiremos a seguir sobre cada caso, deles buscando abstrair verdades mais profundas que emergem da relação paciente-serviço de saúde. Sem negar a “marca” morador de rua que caracteriza estes pacientes, é importante ver além deste traço. Enxergar, dentro das estruturas excludentes de nossa sociedade, que destroem o sentimento de dignidade do indivíduo, a força do ser humano para ainda lutar e ter esperança – talvez fé “só não se sabe fé em quê” – como canta Herbert Viana.

Os casos aqui relatados falam da dificuldade de tratar o paciente morador de rua sem retirá-lo da rua.

Muitos teóricos da área de saúde pública argumentam, de forma consistente, que é inútil tirar o paciente da rua apenas provisoriamente, enquanto está acontecendo o tratamento – é necessário integrá-lo à sociedade depois. Mas, frente ao desejo de retirá-lo das ruas, pelo menos durante o tratamento, para assegurar condições mínimas de vida compatíveis com a cura, vivemos o impasse representado pelo número reduzido de leitos para a doença no sistema público de saúde e pelo não reconhecimento do critério social como justificativa para internação.

Na história de Joana, não podemos subestimar a luta cotidiana pela sobrevivência que mobilizava as forças da paciente, não permitindo o repouso e a nutrição necessários para que seu corpo encontrasse a cura. Foram igualmente reais suas dificuldades para ir ao Centro de Saúde – o cansaço dificultando o andar, a inevitável espera pelo atendimento.

Outro fator de risco, perceptível no caso de Joana, foi a interrupção do tratamento logo no início da melhora clínica. Muitas vezes esta melhora é vivenciada como cura, favorecendo o

abandono do tratamento, que na verdade acontece em grande parte dos casos. (Segundo dados do CVE de São Paulo, em cerca de 20% do total dos casos, imaginamos que esta porcentagem pode ser bem maior entre os pacientes moradores de rua.)

Os efeitos colaterais do tratamento também foram importantes na desistência da paciente de seguir o tratamento, assim como a não aceitação da gravidade de sua patologia e a constante negação do risco maior a que estava sujeita. Talvez falhas em sua comunicação com a equipe de saúde não lhe tenham permitido compreender a gravidade do problema – ou lhe tenham permitido negar o risco.

Já o caso de Moacir ilustra a importância do seguimento do caso por uma equipe multiprofissional que privilegie em seu olhar os aspectos sociais, mesmo depois de constatada a cura sob o aspecto biológico.

Moacir teve inicialmente uma excelente resposta à intervenção em saúde, vindo a sentir o espaço do Centro de Saúde como um lugar seu. Evidenciava relações de pertencimento e ligação emocional com o serviço e até mesmo dependência afetiva dos profissionais envolvidos em sua recuperação.

Tendo recebido, como doação dos profissionais da saúde, cesta básica mensal, conseguiu, em troca dela, ser readmitido no ambiente familiar e obter melhora provisória de suas condições de vida.

Buscando dominar o alcoolismo e seguir o tratamento corretamente, em breve apresentou melhora do quadro clínico, evoluindo para a cura no tempo previsto.

Contudo, devido a contradições internas do serviço, logo que constatada a cura, seus laços com a instituição foram bruscamente rompidos pela ausência de um profissional e pelo não acolhimento pelo restante da equipe. A isto somou-se a interrupção do auxílio material que recebia, o que o remeteu às condições de vida anteriores ao tratamento. E, posteriormente, à recidiva da doença, sem que desta vez o paciente voltasse a confiar no serviço de saúde ou a procurá-lo. Após muito tempo foi atendido em Pronto Socorro com quadro grave da doença, evoluindo para o óbito.

O caso de Maria Almeida será o próximo que iremos discutir. Ele mostra bem a complexidade do mundo da rua, seu hermetismo para quem a ele não pertence.

Exemplifica também as falhas do serviço em criar vínculos com os pacientes e em ser acessível ao paciente quando este vive situações críticas ou problemas aos quais o serviço de saúde poderia trazer respostas e que, pela sua urgência, requerem um cuidado imediato e sempre disponível.

Clinicamente, no início do tratamento a paciente apresentava-se emagrecida, febril, com lesões pulmonares perceptíveis ao RX de tórax, baciloscopia positiva. Contudo, o que esboçava um prognóstico sombrio, mais que o quadro clínico que apresentava, eram as condições em que a

paciente vivia.

Quando procurou um dia, sem dúvida demandando para isto muito de suas forças, o serviço de saúde com urgência, buscando auxílio, não encontrou a profissional que a acompanhava e nem acolhimento imediato por outros profissionais da equipe.

Talvez, o problema que a trazia ao serviço fosse exatamente a questão da falta de abrigo, tão estreitamente ligada a sua morte. A excessiva burocratização do serviço, exigindo agendamento prévio para qualquer atendimento, pode ter impedido que a paciente recebesse orientação e auxílio necessários em uma situação limite.

João Batista, como João Cosme, não criou com o serviço laços mais fortes de confiança. Seguiu o tratamento apenas quando apresentava piora de quadro clínico ou um mal-estar que comprometesse sua rotina diária. Nunca tentou realmente abandonar os hábitos que sabia agravarem sua moléstia, como o alcoolismo. Seu quadro clínico agravou-se progressivamente, especialmente pela forma irregular como o tratamento foi seguido.

É difícil a interpretação das atitudes de pessoas que vivenciam o mundo das ruas, a lógica que preside seu comportamento, o universo simbólico que determina o seu agir.

Talvez deste caso possamos abstrair a inadequação de um enfoque apenas normativo de abordagem terapêutica dentro da experiência concreta da vida ao relento, onde as pessoas muitas vezes sentem-se incapacitadas não só para o trabalho, mas para qualquer esforço em direção a um objetivo.

A criação de laços de confiança é uma tarefa difícil para um serviço de saúde, assim como o estabelecimento de relações que, ancoradas no espaço do serviço, possam transpor as barreiras dos padrões culturais do mundo da rua ou levar a este mundo os padrões de comportamento que o serviço considera desejáveis.

Estas mesmas limitações são claras no caso de José Cosme. Seu quadro clínico havia aparentemente evoluído para uma forma crônica da doença. Mas, como seria de esperar em suas condições de vida precárias, agravadas pelo alcoolismo, a ação insidiosa do bacilo foi inexorável, levando a quadros progressivamente mais graves, até o óbito.

De forma semelhante ao caso anteriormente comentado, este caso ilustra as contradições entre o ideário do serviço de saúde e o universo simbólico de sua clientela.

“Doutora, meu médico é o álcool”, dizia José Cosme e seu discurso tornava claro que, o que para o serviço era um obstáculo à cura, para o paciente era um bem desejável, um valor em que ancorava sua esperança.

Na verdade, a complexidade dos aspectos envolvidos na evolução da doença, torna difícil julgar a importância de dois fatores que se entrelaçam: as limitações do serviço e as condições de vida do paciente. Outro caso marcante é o caso de Edson S., que, como os outros, mostra a importância das determinações sociais não só na gênese da doença como na dificuldade de

superação dela.

Clinicamente, o paciente apresentava quadro de tuberculose pulmonar em ápice, apresentando tosse, febre, emagrecimento acentuado. Contudo, o quadro clínico agravou-se progressivamente devido à irregularidade do tratamento, evoluindo para lesões cavitárias e episódios de hemoptise, que faziam vislumbrar um prognóstico sombrio.

A trajetória de Edson ilustra também um fator muito presente na vida do morador de rua: a solidão, o rompimento dos laços familiares agravando a desesperança do paciente e promovendo sua desistência frente à luta pela cura. Edson, embora lembrando com saudade e afeição sua família, relutava em procurá-la, com vergonha de recorrer a ela na dificuldade que vivenciava.

Neste caso é possível que uma orientação multiprofissional, abordando aspectos sociais e psicológicos pudesse ter fornecido ao paciente elementos em que se apoiar para transpor a distância que o separava de sua família – da qual talvez pudesse ter recebido apoio na luta que travava pela própria vida. Mais do que enfrentar o questionamento da família era difícil para Edson enfrentar sua sensação de fracasso na cidade grande, que tanto promete e tão pouco oferece ao migrante.

Outro fator a ser lembrado é a forma como acontecem as relações entre o paciente e os serviços de saúde – são relações caracterizadas por impessoalidade, autoritarismo, normatização rígida e, fundamentalmente, por um monólogo em que só a ideologia do serviço encontra expressão. Já o paciente de rua é basicamente livre de obrigações socialmente determinadas, sendo-lhe particularmente custosa a submissão esperada pelos serviços. No caso de Edson esta não obediência aos ditames do Programa de Tuberculose é muito clara, assim como nos casos de José Cosme e João Batista.

Muitas vezes, no decorrer dos fatos aqui narrados, foi impossível manter a sensação de “estranhamento” que Malinowski (1978) aconselha ao pesquisador. O objetivo desta pesquisa, ao narrar os fatos, não é, contudo, uma análise mais profunda da população de rua, é apenas pontuar impasses encontrados na abordagem terapêutica, refletindo assim sobre o próprio significado e abrangência do que se entende por “cuidado em saúde” para esta população.

Tema este que será retomado na conclusão do trabalho, quando alguns aspectos, aqui recortados dentro da visão da praxis do serviço, serão revistos sob o prisma de suas determinações mais amplas.

3.6 Entendendo as contradições

As idéias refletidas no discurso dos pacientes, que são objeto de análise nesta tese, procuramos torná-las claras com o uso de diferentes instrumentos: relatos, entrevistas,

comentários anotados em consultas e visitas domiciliares. Vistas sob diversos prismas e observadas reiteradas vezes, estas idéias podem ser melhor analisadas, apesar do pequeno número de pessoas estudadas.

Utilizamos neste item, além destes dados, algumas informações contidas em questionário aplicado aos funcionários em 1997. Este questionário foi respondido, com autorização da direção e aquiescência dos trabalhadores, para utilização em “paper” da disciplina “Planejamento em Saúde”, da UNICAMP, oferecida pelo professor Luís Cecílio e partes dele são mencionadas aqui. Assim como novos comentários compilados em breve retorno ao campo de estudos durante o período da banca prévia.

As questões abrangiam a motivação dos profissionais para permanecerem no serviço, e sua postura quanto ao entendimento oferecido pelo CSEBF à população e aos excluídos.

Buscamos assim captar parte do confronto entre a imagem idealizada do CSEBF nas expectativas dos pacientes e a visão da “missão institucional” por parte dos trabalhadores.

Sob um espectro amplo não ocorre neste momento o encontro de conteúdos ideológicos muito diferentes. Na verdade, pacientes e a quase totalidade dos funcionários têm como classe social de origem: pequena burguesia, proletariado e subproletariado. Valores e regras internalizados também são semelhantes. Os pacientes, ao violarem estas regras, dentro do processo de desclassificação a que foram submetidos, guardam consciência da transgressão e culpa por ela.

Não se percebe nos pacientes nem nos funcionários uma certeza de estar acima das regras, mais comum nas classes dominantes. Nem uma “dupla moral”, aquela concepção de que as regras são úteis para os subordinados ou os valores necessários para que se possa ser bem servido e manter os privilégios.

Contudo, se o bom senso – que Gramsci (1986) chama “o núcleo sadio do senso comum” é bastante semelhante entre funcionários e pacientes, estabelece-se contudo uma diferença quando, tendo a doença como mediação, os funcionários vêem a refletir a cultura da instituição a que pertencem e seu senso comum está imbuído da lógica do serviço.

Para melhor compreender esta construção do ideário dos trabalhadores de uma instituição recorremos a alguns teóricos do campo da organização social do trabalho. Dentro da abordagem substantiva da organização vigora hoje a visão das instituições como tendo seu próprio sistema epistemológico; de forma que o trabalhador perceba o mundo através do vocabulário da organização.

A Razão Instrumental, para qual aponta Weber (1967) é, segundo Simon (apud Aranha e Martins, 1993) veiculada, dentro das organizações, pela comunicação instrumental, dentro da qual o indivíduo rejeita o que lhe diz sua experiência direta e reprime sua expressão individual.

As comunicações são formais, com objetivo claro e pouco lugar para ambigüidade.

Cada instituição tem um conteúdo epistemológico (teoria) que se entrelaça com sua estrutura (relações) e com os meios (tecnologia) de que dispõe. Para o conteúdo teórico dos serviços de saúde, por exemplo, a ciência é a única forma de conhecimento reconhecido.

Cada instituição tem um “ethos” próprio e a “cultura institucional” e a visão da “missão” de cada instituição vai determinar o agir de seus trabalhadores dentro do “mundo do trabalho” e até influenciar seu agir e pensar dentro do “mundo da vida”, de suas relações informais.

Nos serviços de saúde é nítido este apropriar-se da ideologia das instituições por parte dos trabalhadores e é dentro deste enfoque que melhor se compreende a distância entre pacientes e profissionais de saúde quando, ainda que originários da mesma classe social, encontram-se em papéis diferentes no cenário das ações em saúde.

No caso dos profissionais do CSEBF falamos de um grupo especial de funcionários recrutados, na maior parte, na década de 70 para um Centro de Saúde Escola que deveria servir como modelo de ensino em serviço.

Estas pessoas passaram por um processo de aprendizado e reciclagem constantes ao longo destes anos e a “missão” da instituição foi enfatizada em sua formação profissional.

Dentro de seu trabalho e aprendizado, houve constante sensibilização às necessidades da população, especialmente às das camadas mais carentes. A convivência constante com os alunos, para os quais estas necessidades eram repetidamente expostas, reforçou a consciência delas neste profissionais. Profissionais estes de diferentes categorias e de nível médico, superior e primário, quanto à escolaridade, entre eles destacando-se as auxiliares de enfermagem.

Dentre as auxiliares de enfermagem há aquelas que completaram algum curso de nível superior, sem contudo deixar seu trabalho. Há uma psicóloga, uma assistente social, uma bióloga, uma bacharel em história, entre outras. Entre os profissionais que atuam dentro do CSEBF em funções de nível superior é maior a rotatividade, mas a aderência é ainda significativamente maior que em outros serviços de saúde.

No questionário anteriormente mencionado, ao investigar a motivação dos funcionários para permanecer no serviço, a remuneração financeira foi pouco citada (8%). O horário de trabalho foi escolhido como motivo de aderência ao serviço por 20% dos profissionais, as relações informais no trabalho por 32%. A maior parte dos profissionais, apesar do anonimato garantido pelo instrumento, escolheu como motivo de sua permanência no serviço a consciência da importância do trabalho que realiza e o prazer que tem neste trabalho. Percebemos por estes dados que estes profissionais são altamente motivados para lidar com a população carente – mas surgem conflitos, ainda assim.

Ainda que criado na década de 70, com uma visão progressista da doença como socialmente determinada e sob influência do conceito de Ações Programáticas em Saúde, o ideário dos funcionários tem certo cunho higienista.

Alguns argumentos dos funcionários no “convencimento” dos pacientes a aderir ao tratamento, mostram certa inconsciência dos obstáculos reais por eles enfrentados e um raciocínio linear, positivista, estilo Monteiro Lobato em “Jeca Tatu”:

“Com boa vontade e energia o senhor consegue”.

“O senhor não resolve trabalhar e mudar de vida...” “Tem que levar uma vida sadia que vale a pena”

“A gente consegue tudo nesta terra abençoada por Deus”.

“A alimentação pobre é que deixa o senhor assim preguiçoso”.

“O senhor tem é que parar de beber, trabalhar e recuperar o tempo perdido”.

Aqui, mais do que o ideário do serviço, talvez seja o senso comum da funcionária que prevaleceu, já que ela confidencia:

- *“Eu também tenho mágoa de meu filho não pensar em trabalhar, mas um dia ele há de assentar a cabeça”.*

É nítida também nos discursos a visão do alcoolismo e do desemprego como transgressões, como atitudes voluntárias e não a percepção do alcoolismo como doença e do desemprego como contingência.

A condição de mulher - comum à maioria dos funcionários – gera certa solidariedade para com os problemas femininos. Formam-se laços de compreensão para com a desabrigada que se queixa das “cantadas sem vergonha que dão medo na gente” e sente-se a preocupação das funcionárias com a mulher indefesa.

A própria ênfase dada nos serviços para o setor “Saúde da Mulher” trouxe um espaço maior para elas... e as mulheres sem teto parecem ser melhor acolhidas que seus companheiros, no que diz respeito ao acesso à higienização, ao auxílio às suas necessidades imediatas. Outra diferença marcante está na aceitação da autoridade e de uma hierarquia. Exemplificando, um paciente saiu do consultório de um médico que o desagradou, dizendo:

“Este não há de me dar mais ordem, não. Não volto a consultar com ele”.

Já os funcionários discutem defeitos e virtudes de cada administrador, mas não lhe ocorre desobedecê-lo ou contestá-lo. E aconselham à residente:

“Tem paciência, que precisa saber obedecer para saber mandar”.

E quando vêem alguma coisa que não acham certa:

“Se a gente diz a verdade sofre e se prega mentira sofre também. Tem mais é que calar a boca”.

E talvez porque esta submissão lhes seja custosa é ainda mais difícil aceitar a não submissão dos pacientes às regras, horários, agendas. Para os médicos sobretudo, esta displicência dos pacientes parece inaceitável, tendo conotações de ofensa pessoal. Admiram-se da resistência às suas ordens, podendo encaminhar o paciente a outro profissional, desistir dele.

Um estudante, comentando a atitude de um paciente, esboçou o que acredita será sua conduta futura:

“Se o paciente me aborrecer, estou fora. Não tenho porque suportar”.

“E você não se importará de perder seus pacientes?”

“Posso perder quantos queira. Não vou trabalhar porque preciso de dinheiro, mas para ser homem que meu pai quer que eu seja”. (foi o enunciado de uma ética muito pessoal!)

A submissão à hierarquia por parte dos funcionários menos categorizados, a submissão aparente pode ser rompida por pequenas transgressões encobertas por um pedido de silêncio:

“Disfarça, se a “Jabiraca” descobrir!”

O paciente de rua não “disfarça”, não encobre a transgressão, assume displicentemente sua não obediência e esta atitude geralmente incomoda quem não pode se permitir imitá-la.

Outro ponto de conflito entre o ideário dos profissionais e o viver nas ruas é o “tudo esperar” do serviço ou da solidariedade das pessoas, típico do morador de rua.

Para a maior parte dos profissionais é um valor importante o esforçar-se por alguma coisa, o “ir à luta” pelos seus desejos e necessidades. Neste ponto, talvez o ideário da população de rua se aproxime mais das classes dominantes, uma vez que o trabalho objetivando pequenas conquistas e a satisfação de necessidades reais ou impostas não costuma ser valorizado em ambos os extremos da escala social. Ou desde que se chegue a um ponto em que não seja preciso usar o dinheiro para fazer mais dinheiro e se possa ignorar algumas regras desta sociedade utilitária.

Assim, o ser “dono do próprio tempo” está presente nos extremos da riqueza ou da miséria e geralmente inexistente para o profissional de saúde. Talvez por isto, qualquer postura assistencialista dentro do serviço incomode alguns funcionários mais simples:

“Não se pode dar um tiquinho de confiança, que o paciente empina o peito e começa a exigir”.

“Não é nossa obrigação, o que ele passa ainda é pouco, não quer trabalhar...”

Outros ao contrário afirmam:

“O que se faz pelos outros reverte para o nosso bem. A gente está no mundo para isto, um para ajudar o outro”.

Predomina entre os funcionários do CSEBF esta última postura, toda uma moral em que o ser humano dá sentido à sua vida ao ser solidário. Mas esta postura não é geral e os comentários de alguns funcionários faziam os pacientes queixarem-se de que “estavam de implicância” com eles. Como:

“Você aqui a esta hora?”

“Moacir não tem hora, está sempre aqui”.

Quanto aos funcionários de formação superior, havia uma crítica à abordagem assistencialista e o desejo de que se conscientizasse estes pacientes de seus direitos de cidadania – algo difícil dentro do quadro grave da doença.

Os aspectos que enfocamos até aqui têm mais a ver com o senso comum dos funcionários, mas a postura, diferente quanto ao doente/ à doença está imbuída da forma de pensar o trabalho em saúde por parte dos serviços.

Ou seja, a “missão do serviço de saúde” é vista mais como o atendimento ao “tuberculoso” que ao indivíduo.

Sob um ponto de vista “bélico”, os serviços de saúde se preocupam como “combate” à tuberculose e outras doenças e nesta “guerra” o paciente é, quando muito, um aliado (ou não) e não o objeto maior da preocupação e da ação em saúde, muito menos o sujeito que irá determinar a ação. Em dado momento aparece quase como uma peça a atrapalhar o “jogo maior” que se trava entre a doença e a assistência...

Quem é atendido não é a pessoa X é o tuberculoso X e como tal tem a atenção do serviço. Uma vez ausente a doença – ou vencida como no caso de Moacir – o serviço se desinteressa, a vida do paciente não mais lhe diz respeito...

E Moacir, tendo sido dado como “curado”, teve grande dificuldade de retomar a relação com o serviço até desistir dela. Pois, por que motivo seria acolhido se já não era mais tuberculoso? Uma das missões do serviço é o atendimento aos pacientes de tuberculose, não à pessoa que, acuada pela fome e ao relento, pode vir a adoecer.

É difícil para os trabalhadores da área transpor esta visão limitada do ideário dos serviços de saúde e transcender as relações formais do mundo do trabalho, retomando as verdadeiras relações entre seres humanos.

Pontuando outro momento em que há divergência entre o senso comum dos pacientes e dos trabalhadores, ressalta-se a dicotomia entre o atendimento à demanda e a oferta planejada de serviços.

No dia a dia do relacionamento com os pacientes esta “demanda” parece vir a atrapalhar todo um planejamento. Permeia nosso ideário de profissionais de saúde a visão autocrática de que o que temos a oferecer é melhor que aquilo que o paciente espontaneamente exige.

É assim, difícil escutar o paciente, suas queixas, pedidos e sugestões, vê-lo como sujeito da ação de saúde. Ao invés disto temos (a direção, os médicos, as recepcionistas) um conjunto de regras prontas e condutas estereotipadas, poucas vezes modificadas ou enriquecidas como saber advindo da práxis do serviço ou da escuta imparcial dos pacientes.

Talvez o ponto central de contradição entre a conduta dos profissionais de saúde e as aspirações do paciente seja a postura de detentores de todo o saber, que assumimos enquanto profissionais, negando o saber do doente, do “dono” da patologia, que tem sua própria concepção

sobre o que lhe trará socorro e alívio. E geralmente, mais que algum medicamento, pede nossa atenção para o seu viver como um todo.

CONCLUSÃO

Este trabalho, tematizando o enfrentamento da tuberculose dentro de um segmento populacional específico, não pretende fugir à dimensão política das práticas sanitárias. Nem objetiva legitimar, através de um discurso científico, práticas de marginalização deste grupo populacional.

O quadro com que se depara a sociedade frente à tuberculose hoje, justifica a frase de Arata Kochi (1991), da OMS, citado em impresso do CVE : “ não é uma emergência somente para aqueles que se preocupam com saúde, mas também para os que se preocupam com justiça”.

No mesmo impresso do CVE, são consideradas como principais causas de expansão da moléstia: o surgimento da epidemia de infecção pelo HIV, a negligência da humanidade face a um problema que vinha diminuindo há três décadas, com desorganização dos sistemas de saúde e a presença de grupos humanos em precárias condições de vida.

Estes grupos humanos têm poucas condições de interlocução e precária consciência de seus direitos de cidadania. Necessitam de uma abordagem diferenciada, não para discriminá-los, mas para assegurar-lhes o direito a vida.

Exatamente por isto cabe agora retomar os termos da problematização a que nos propusemos neste estudo, confrontando-os com os resultados de nossa investigação:

1) O tratamento exige regularidade na ingestão da medicação e no comparecimento às consultas conflituando com o rompimento com a rotina presente na vida do morador de rua. O tratamento, como vimos, implica em uma continuidade que contrasta com a descontinuidade sempre presente no viver nas ruas. O comparecimento mensal às consultas é obrigatório para controle do tratamento e obtenção do medicamento. Supõe, o que é ainda mais difícil, a ingestão assídua da medicação em horários regulares. O morador de rua, pelas circunstâncias próprias de seu viver, tem uma relação *sui generis* com o tempo mas também com o espaço da cidade, observação esta presente em vários estudos feitos com população de rua, o que dificulta o retorno pontual aos serviços. Seu rompimento com a rotina, a irregularidade nos seus horários de adormecer, despertar, alimentar-se, tornam altamente improvável a ingestão dos medicamentos nos horários prescritos.

2) O tratamento preconizado exige vínculo com uma instituição para acompanhamento médico e fornecimento da medicação. Esta exigência contrasta com a noção de liberdade do andarilho, reconhecida por autores como da Matta (1995) e Carneiro Jr (1996). Também na fala do pacientes está expressa essa confrontação, as relações difíceis entre o morador de rua e os serviços de saúde interferindo no processo de cura. O viver nas ruas tem caráter livre, descontínuo, despojado, desvinculado e o serviço de saúde invade este viver com um caráter

normatizador, trazendo uma variedade de imposições e compromissos dificilmente assumidos pelo paciente. Isto obriga o paciente a um esforço considerável, cuja recompensa não será vista de imediato, reforçando a sensação de impotência frente a doença e a possibilidade de abandono do tratamento.

3) O tratamento prevê horários rígidos para medicação, consultas, exames o que é dificultado pela diferente noção do tempo do morador de rua.

O tratamento tem um tempo previsto e horários dentro dos quais as ações terapêuticas devem ocorrer, até para tornar viável o agendamento das atividades dos serviços de saúde. É o serviço de saúde que detém o monopólio da autoridade, que vai determinar quando, em que dia, a que horas, por quanto tempo o indivíduo receberá certo tipo de atenção em saúde.

Já para o morador de rua, desvinculado da rotina, o tempo de procurar o serviço de saúde é o tempo de seu desconforto físico, de sua dor. Ou até de sua possibilidade de, com considerável esforço, conseguir chegar ao serviço para demandar esta atenção.

4) O tratamento supõe submissão à burocracia dos serviços (atendimento, agendamento) em oposição às circunstâncias do viver nas ruas.

Sabemos que o morador de rua tem dificuldade em conservar seus documentos, que são perdidos ou roubados com muita frequência, geralmente por outros moradores de rua que deles necessitam. A apresentação dos documentos é uma das primeiras exigências dos serviços antes que o atendimento se efetue.

Quando superado este obstáculo burocrático, o morador de rua deve também superar a rejeição dos profissionais de saúde pela sua aparência. A carência de higienização (Carneiro Jr, 1996), dificilmente vencida por quem mora na rua, sem acesso a chuveiros e banheiros, provoca um olhar de repulsa com que se defronta o morador de rua desde a recepção dos serviços até, muitas vezes, lamentavelmente, durante o próprio atendimento médico. E que dificulta sua passagem pelos diferentes trâmites burocráticos do tratamento, como receber medicação na farmácia, agendar nova consulta, marcar exames, etc...

Dentro dos programas de tuberculose, a medicação é habitualmente fornecida por um mês, o que vai de encontro à dificuldade de acondicionar medicamento ou de guardar qualquer pertence dentro do viver das ruas.

A medicação, que deve ser ingerida regularmente pelo paciente, é geralmente fornecida na unidade de saúde até a próxima consulta médica. Sabemos que a validade destas substâncias químicas depende da forma como são acondicionadas, preferencialmente em local seco.

Além do risco maior de perder a medicação (ao dormir nas calçadas, quando sob efeito do álcool, etc...) o morador de rua tem maior dificuldade em acondicionar o medicamento, já que

ele mesmo está exposto as interpéries, ao calor do sol ou sendo alcançado pelas chuvas. Geralmente o medicamento é guardado em algum bolso, em contato com o corpo, mas não fica protegido de eventuais danos.

5) Os efeitos colaterais do tratamento podem ser potencializados pela problemática enfrentada pelo morador de rua quanto ao retorno ao médico e difícil comunicação com os profissionais.

O uso dos medicamentos implica em efeitos colaterais de intensidade variável, que devem ser logo detectados pelo médico, para que possam ser minimizados.

Os três medicamentos do esquema 1 trazem efeitos colaterais que podem ter maior ou menor gravidade em cada paciente. A isoniazida e pirazinamida, por exemplo, sendo hepatotóxicas, em pacientes alcoólatras com algum grau de comprometimento hepático, podem levar a quadros graves de disfunção hepática. Também a isoniazida pode trazer, em presença de carência de vitamina B6, neuropatia periférica e pelagra. Até reações psicóticas podem seguir-se ao tratamento, assim como não é incomum a síndrome Lupus Like.

Resumindo: todos os medicamentos utilizados, como especificaremos ao abordar os aspectos biológicos do problema, trazem efeitos colaterais. Por suas carências nutricionais, pelo comprometimento hepático freqüente, pela presença constante do alcoolismo, por outros fatores, o morador de rua é especialmente vulnerável a possíveis complicações do uso dos esquemas terapêuticos.

Por outro lado, preocupado com sua sobrevivência imediata, o morador de rua tende a minimizar os sintomas das patologias ou a percebê-los tardiamente. Somam-se a esses fatores suas dificuldades em retornar aos serviços de saúde, resultando maior probabilidade de que os efeitos colaterais também demorem a ser percebido pelo médico e venham a causar dano substancial ao paciente.

6) O tratamento da tuberculose requer esforço, persistência, cuidados. Já o morador de rua experiencia freqüentemente a solidão, o abandono por parte da família, a baixa auto estima levando-o a negligenciar sua saúde.

É muito freqüente que o rompimento dos vínculos familiares anteceda o viver nas ruas. Alba Zaluar (1992) observa que o morador de rua geralmente se vê como fracassado enquanto trabalhador, rejeitado pelo mercado de trabalho e também se vê derrotado enquanto familiar na medida em que não pôde contar com a solidariedade de seus parentes. É verdade que a solidariedade entre os moradores de rua pode amenizar a sensação de solidão em meio a diferença e rejeição da multidão dos homens. Mas dificilmente este apoio dos iguais pode concretizar um auxílio efetivo em situação de doença.

7) A cura, dependente da maior resistência orgânica, é impossibilitada pelas condições de vida do morador de rua.

O viver na rua compromete a resistência orgânica e a reação imunitária do organismo. O desabrigo, a pobreza, a alimentação imprópria ou irregular (Rosa, 1995), o stress, a ausência de repouso, diminuem a resistência orgânica (Moura, 1989). Para isto contribuem também o alcoolismo e a presença freqüente de outras patologias.

Como vimos na discussão sobre os aspectos biológicos da tuberculose, são variadas as causas que determinam a probabilidade de ser o indivíduo infectado pelo bacilo de Kock e de que esta infecção evolua para a doença. Entre estas causas a principal é a capacidade de resposta imunitária do organismo. A competência imunológica está relacionada fatores genéticos e ambientais, como o estado nutricional do organismo.

No caso dos moradores de rua esta imunidade estará certamente comprometida, propiciando a evolução: da primo-infecção à doença. Sabemos que a alimentação do morador de rua é precária e irregular e que o suporte nutricional é básico para assegurar a competência imunitária.

Embora existam “bocas de rango”, entre “sopões” de entidades assistenciais e doações de lanchonetes, restaurantes e particulares, não há assiduidade suficiente neste fornecimento para assegurar uma nutrição completa.

Mesmo para os moradores de rua que conseguem ganhar algum dinheiro, a alimentação fica muito mais onerosa por não terem onde acondicioná-la nem onde prepará-la.

Cada refeição só pode servir para aquele momento, já que não há refrigeração para conservá-la. O preparo da comida é dificultado, uma vez que geralmente o morador de rua não dispõe de fogão – no máximo alguns têm fogareiro. Assim, geralmente a alimentação terá que ser comprada pronta – o que irá encarecê-la consideravelmente.

Além do alto custo da alimentação para que mora na rua, há outros fatores que dificultam a nutrição equilibrada, como a ausência de uma rotina de vida e o alcoolismo geralmente presente diminuindo o apetite.

Também irão influir negativamente sobre a possibilidade de uma defesa imune eficaz o excessivo stress e as patologias já existentes.

O excessivo stress a que o morador de rua está continuamente exposto é dificilmente compreensível para quem tem teto. É difícil saber o que significa dormir sempre exposto a toda violência possível em uma cidade, ao ruído dos viadutos e avenidas, às interpéries, ao frio da madrugada ou ao calor do sol, acordar expulso por um morador ou advertido por um policial. Ou procurar, muitas vezes em vão, por um banheiro ou um local para lavar o corpo, vencer grandes distâncias a pé em busca de alimento ou água, ter só a roupa do corpo e não ter onde lavá-la... e

não ter “férias” da difícil tarefa de sobreviver na rua.

8) A associação frequente da tuberculose com outras patologias torna mais difícil o tratamento da doença e o comparecimento do doente aos serviços de saúde.

A problemática das patologias associadas ao viver na rua tem algumas referências na literatura, alguns estudos abordam este tema, em diferentes países, como vimos no decorrer do trabalho.

Também algumas casas de conveniência procuram registrar estas patologias, em especial o abrigo Porto Seguro em São Paulo. Segundo estas fontes, as patologias mais frequentemente associadas são: alcoolismo, uso de drogas; traumatismos devido a violência ou acidentes; lesões em membros inferiores, como ulcerações, varizes, traumatismos, abscessos, insuficiência vascular; lesões dermatológicas como pediculose e escabiose; hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, hipertensão porta; desnutrição, desidratação, hipoproteinemia; insuficiência hepática, cirrose e ascite e outras.

As lesões em membros inferiores estão relacionadas com o excessivo andar na rua, geralmente sem calçados adequados. Já as lesões dermatológicas se relacionam à dificuldade de higienização. A cirrose, ascite e presença de circulação colateral porta se relacionam ao alcoolismo frequente.

Sabendo o papel deste acúmulo de patologias a exigir muito do sistema imunitário e a deprimi-lo, podemos compreender melhor a facilidade com que o morador de rua evolui da tuberculose – infecção para a tuberculose – doença e a pequena possibilidade de cura que há quando se vive ao relento.

A comparação entre aspectos do tratamento tradicional e peculiaridades da população de rua aponta contradições e revela impasses com que se defronta o processo terapêutico. Os aspectos aqui discutidos são apenas pequeno recorte de uma realidade ampla, são faces do real que se fizeram presentes na praxis do trabalho em saúde.

A reflexão sobre esta problemática aponta para uma questão que é compatível com o princípio da equidade: será necessário e plausível um cuidado em saúde diferenciado para cidadãos que vivem uma situação de exclusão?

Retomando, ao concluir as sugestões anteriormente formuladas, enfatizamos que o aumento do número de leitos para a doença, com reativação dos leitos ociosos, presentes em alguns locais, permitiria contemplar a internação rápida dos casos mais graves.

A criação de casa de apoio para os doentes desabrigados também facilitaria o acompanhamento e a cura destes pacientes, permitindo o prolongamento, após a cura, dos cuidados e, em alguns casos, talvez sua reintegração à sociedade.

Sem dúvida, qualquer dessas alternativas poderia trazer um ônus financeiro para o

Estado. Mas o insucesso no controle da doença traz, a longo prazo, um ônus muito maior para o sistema de saúde.

Outros caminhos que tornem mais eficaz a atenção em saúde para esse segmento da população ocorrerão aos profissionais da área e este trabalho não tem por objetivo desenvolver novas estratégias de controle, apenas apontar para a necessidade de novas abordagens. Ou de colaborar na discussão do próprio conceito de “cuidado em saúde” para que este seja mais que uma intervenção medicalizante.

Esta tese não pretende abarcar as diferentes dimensões da alienação entre os excluídos. Mas, frente ao desafio de relatar e comentar a experiência destes pacientes buscamos ângulos de reflexão que revelam formas de dominação presentes e o confronto entre a submissão aparente e o questionamento implícito no falar e no agir destas pessoas, destacando os momentos em que elas assumem ser também sujeitos no processo de cura, emergindo da obediência passiva, que parece ser mais comum em seu cotidiano.

Todo ser humano tem uma concepção própria de seu mundo, e é dentro desta concepção que o indivíduo cria sua identidade. Esta concepção é historicamente determinada pela sua inserção – ou exclusão – no cotidiano de uma sociedade e pelo seu acesso ou não a bens, serviços, idéias. Esta visão de mundo condicionará o agir, as opções feitas – quando opções existem. Ou será o debater-se contínuo, a falta de alternativas, o que se mostrou mais verdadeiro no caso de nossos pacientes.

Sendo nosso objeto de estudo uma população muito peculiar – a de moradores de rua – este olhar sobre sua realidade é duplamente interessante e tem implicações mais amplas. Porque o “viver na rua”, o “ser morador de rua” pode em si significar a escolha de um caminho de resistência, uma revolta pessoal, um agir anárquico. Ou pode apenas significar um processo de marginalização do qual não houve fuga possível.

Entre os pacientes que estudamos, houve um “ponto de partida” antes da rua. O viver na rua não era o objetivo desejado, mas em algumas histórias surge após uma recusa de aceitar alguns papéis impostos ou situações dadas.

Cosme recusa ser o trabalhador assíduo e o familiar “bonzinho” que a sociedade espera dele. Foge para o trabalho esporádico, o alcoolismo, o uso de drogas. Prefere o viver boêmio e incerto à luta cotidiana pelo pão.

Moacir não é apenas o aposentado carente racionando sua refeição até o próximo pagamento, preocupado com os netinhos. Se a família o abandonou, ele talvez não tenha aceito o roteiro em que o quiseram colocar. Faz seus “bicos”, aproveita rapidamente seus poucos proventos solidarizando-se com os amigos, vai às “farras”.

Joana também não segue os caminhos tradicionais: alia à forma tradicionalmente aceita de ganhar a vida (cozinhar para fora), uma atividade discriminada como a prostituição.

Edson, melhor inserido no processo produtivo que os outros pacientes, ao ter uma decepção amorosa, recusou-se a continuar contribuindo com seu trabalho para uma sociedade que lhe recusou a oportunidade de ser feliz.

De João Batista soubemos, após seu falecimento, que, apesar de viver as limitações impostas pela miséria absoluta, possuía dinheiro no banco. Por que não o utilizava para viver segundo as normas ditadas pela sociedade?

Maria Almeida é, destes pacientes, aquela que traz maior cunho de conformismo e aparenta ter sido levada a viver nas ruas mais pela pobreza que pela transgressão. Para compreendê-la, mais que seu discurso, foi importante uma visita “domiciliar”.

Seu domicílio: tábuas pregadas de forma irregular sob um viaduto. Caixotes de madeira formando uma “mesa”. Sobre ela, uma caixa de ovos, um fogareiro, “xepas” da feira. No chão, colchão e tecidos, mas nas “paredes”, retratos de santos. À porta, a figura de seu cãozinho doméstico confirmava que, não obstante a pobreza, aquele era uma lar – ou a expressão concreta possível do desejo de ter um lar, tão além do seu alcance. Em seu discurso também está muito presente a idealização da vida “normal”, fora das ruas. Mas, em certo ponto de sua trajetória, também ela avaliou, em meio à situação de empregada doméstica, que aquele trabalho não era lucrativo, fazer faxina por dia oferecia renda melhor e maiores vantagens.

Ou seja, a história de vida de nossos pacientes é, em si, história de inconformismo, da busca de um atalho que lhes permitisse fugir aos lugares comuns que a sociedade lhes oferecia. Indícios reveladores desta busca são mais claros em suas vidas que em seus discursos. Porém, em seus “saltos” por um campo sem opções, caíram no beco sombrio da doença, miséria e abandono das ruas. Neste ponto em que os encontramos, os caminhos se estreitam, a possibilidade de escolha, que já era mínima, aqui praticamente inexistente.

Já não resta saúde para aceitar qualquer trabalho. A ruptura com a família parece ter ido além da possibilidade de retorno. A sociedade e os serviços de saúde não oferecem as condições necessárias para a recuperação.

Ao sentirem-se doentes e dirigirem-se a um serviço de saúde, estes pacientes estão, dentro de suas possibilidades, optando pela vida, pela cura. Estão indo ao encontro de vínculos que os prendam à vida, mas, ao chegar, receberão apenas medicamentos e normas impostas. O serviço de saúde não será um ponto seguro, será apenas mais um dos vários espaços em que acontece a vida nas ruas.

Afinal, como vimos, vivemos uma época em que a esfera de ação do Estado se restringe, em que há um desmonte das políticas públicas. Um tempo em que a sociedade capitalista, como lembra Forrester (1997), não sabe o que fazer com os indivíduos que não estão inseridos no processo produtivo, vistos, segundo a autora, como “decaídos, imprestáveis, impuros”. O setor

saúde, combatido pela lógica do atual sistema, não tem respostas para os excluídos, não tem para eles um acolhimento especial.

A relativa impotência e inocuidade do serviço sobre o impasse que o paciente vive são percebidas por ele. Esta percepção pode ser expressa em angústia, desconfiança ou desistência.

A situação de extremo desamparo vivida pelo paciente provavelmente não lhe tem permitido uma expressão mais clara de revolta. Até porque estão sós e, embora unidos no companheirismo criado nas ruas, não estão inseridos em uma rede de solidariedade mais ampla.

A desconfiança que o paciente manifesta, às vezes, em relação aos serviços de saúde se justifica: o discurso otimista e normalizador dos profissionais omite a incompatibilidade entre saúde e vida ao relento, esquece o contraste entre os aspectos biológicos envolvidos no processo de cura e as precárias condições de vida destes pacientes.

Já a angústia dos pacientes, seu medo frente à dificuldade de recuperação que experienciam, estão mesclados de culpa, de consciência da transgressão, de decepção com os “atalhos” que buscaram para fugir aos caminhos que lhes eram a priori destinados. Sabem que “falharam” em não perseguir ou em não atingir as metas que são propostas a todos os indivíduos “de bem” – ou em não acreditar nelas? Metas como conservar seu emprego, por pior que seja, poupar dinheiro a qualquer custo, viver para a família e o trabalho. Talvez a culpa maior da percepção da relatividade destas metas, da descrença nelas, seja a pedra angular de sua marginalização.

Afinal, no dizer de Marcuse (1973), em nossa civilização, “os controles sociais são introjetados a ponto de até o protesto individual ser afetado em suas raízes” ou “a tal ponto que toda contradição parece irracional”. Quem não se submete a esses controles é necessariamente excluído.

Escreveu Lafargue (1999): “A moral capitalista, triste paródia da moral cristã, rodeia de anátemas a carne do trabalhador, seu ideal é reduzir o produtor ao mínimo de necessidades, suprimir suas alegrias e paixões e condená-lo ao papel de máquina de gerar trabalho, sem trégua e sem piedade”.

O morador de rua não se submeteu a este papel, ou de alguma forma perdeu até mesmo o direito de desempenhá-lo, mas o que lhe resta em troca? Além da extrema miséria, apenas a culpa e a vergonha do fracasso que, apesar de econômica e socialmente determinado, o excluído vê como consequência apenas de seu modo de agir.

Chauí (in Lafargue 1999), lembra que crianças e jovens são preparados “para o dever do emprego em uma sociedade do desemprego endêmico”, que o capitalismo hoje “opera por exclusão, pois o capital financeiro, o monetarismo e o desenvolvimento tecnológico trazem um novo tipo de concentração privada de riqueza que dispensa o trabalho e o consumo de massa”.

Por isto, ainda segundo Chauí (in Lafargue 1999), do lado de fora do muro invisível erguido pelo Capital permanece a “massa de humilhados e ofendidos, dos envergonhados e culpados por não possuírem aquilo que o capitalismo não lhes deixa possuir – um trabalho – e os faz crer que têm o dever moral e social de possuir – um emprego”.

Se a culpa e a vergonha aumentam a angústia do excluído, esta persiste contudo porque persiste a esperança.

Mas, em alguma altura desta trajetória, pode surgir o que Engels chama “o ponto de desistência”, em que o indivíduo, cansado de travar esta luta constante contra forças tão superiores às suas, abandona toda esperança e desiste de lutar. Desaparece silenciosamente do cenário dos serviços de saúde ou do cenário da vida.

Forrester (1997), lembra que o nazismo impôs o forno crematório aos que julgou imprestáveis e indesejáveis e se pergunta o que farão os “donos da economia e do planeta” quando chegarem à questão de como livrar-se da mão-de-obra inútil. De forma menos perceptível que em revoltas da Febém ou do Carandirú, este contingente de mão-de-obra “inútil” ao sistema morre também de tuberculose nas ruas ou de outras patologias que políticas públicas eficientes poderiam evitar. A omissão do Estado na criação de políticas sociais ou no fortalecimento das políticas já existentes significa muito mais que uma alternativa para a balança orçamentária – esta omissão tem conotações de crime.

BIBLIOGRAFIA

- ADORNO, S. 1990. A gestão filantrópica da pobreza urbana, *Revista da Fundação SEADE*, São Paulo: 2: 9-11; 14-17.
- AFIONE, J. 1995. *Informe Comemorativo da Fundação do Instituto Clemente Ferreira*, pp. 3-6. São Paulo: Instituto Clemente Ferreira.
- ALVES, R. 1981. *Filosofia da ciência*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- ALTHUSSER, L. 1981. *Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado*, São Paulo: Editora Martins Fontes.
- AMED A. D & DOMINGOS, B. 1995. *Moradores de rua e o C.S. Barra Funda: a problemática desta população e a possibilidade de atendimento*. Monografia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: pp.65-68.
- ARANHA, M. L. 1993. *Maquiavel, a lógica da força*. São Paulo: Editora Moderna.
- ARANHA M. L. E MARTINS A., 1993. *Filosofando*, São Paulo: Editora Moderna.
- ARANTES, G. 1977. *Planejamento anti tuberculose*. Tese de Livre Docência. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- ARANTES, G. R.; BELLUOMINI, M.; SALAMEIDA, M. M. B. & LIMA, M. M., 1997. Monitoração das ações antituberculose: Cartas gráficas baseadas em unidades desvio padrão e tabelas de classificação baseadas em média - síntese. *Medicina*, 1:243 – 258.
- ARIÈS, P. 1977. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.
- ARIÈS, P. 1986. *A Família in História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- ASCH, S. 1998. Tuberculosis in the homeless patients in *Ann Emerg Med* Aug; 32 (2); pp. 144-7.
- BAKHTIN, F. 1977. *Le marxisme et la philosophie du langage*, Paris, Minuit.
- BARNES, P. 1996. Transmission of tuberculosis among the urban homeless in *JAMA* Jan 24-31; 275 (4); 305-7.
- BENJAMIM, W. 1987. *“O narrador. Obras escolhidas”*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- BERLINGUER, G. 1998. *A doença* São Paulo: CEBES – Editora Hucitec.
- BOBBIO, N. 1986. *Dicionário de política*. Brasília: Universidade de Brasília.
- BOCHENSKI, J. 1964. *Diretrizes do pensamento filosófico*. São Paulo: Editora Herder.
- BOLTANSKY, L. 1979, *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Editora Graal
- BORDIEU, P. 1996. “A ilusão biográfica”. In: Ferreira, M. (orgs.) *“Usos e abusos da história oral”*. Rio de Janeiro: FGV, pp. 183-192.

- BRASIL. 1990. Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8080. 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde.
- BREIHL, J. 1991, *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- BRÓIDE, J. 1993. *A rua enquanto instituição da populações marginalizadas*. Dissertação de Mestrado. Campinas: Pontifícia Universidade Católica, pp. 33-35.
- CAMPOS, G. W. S. 1991. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Editora Hucitec.
- CANGUILHEM, G. 1982. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CANGUILHEM, G. 1994, *Etudes d'Histoire et de Philosophie des Sciences*. Paris, Vrin.
- CARNEIRO JR. 1996. *População de Rua: necessidades de saúde e organização de serviços*. – Relatório final de pesquisa. Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul. São Paulo (mimeo).
- CARUSO, I. 1982. *A separação dos amantes; uma fenomenologia da morte*. São Paulo, Editora Cortez.
- CASSIRER, E. 1972. *Antropologia filosófica*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- CASTIEL, L.D.& RIVERA, F.J.U. 1985. Planejamento em Saúde e Epidemiologia: casamento ou divórcio? *Cadernos de Saúde Pública*, 1 (4): 447-456, out/dez. Rio de Janeiro.
- CASTIGLIONE, A. 1947, *História da Medicina*, São Paulo: Editora Nacional.
- CASTRO, J. 1957, *O Livro Negro da Fome*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- CASTRO, J. 1965, *Geopolítica da Fome*. 7ª ed., São Paulo: Editora Brasiliense.
- CASTRO, J. 1980, *Geografia da Fome*. 10ª ed., Rio de Janeiro: Antares / Achiamé.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1986. *Comprehensive Plan for Epidemiological Surveillance*. Atlanta, CDC.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1993. "Tuberculosis Morbidity and Mortality". *Weekly Report*, 42:696-704.
- CECÍLIO, L. C. O. 1994, Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: *Inventado a Mudança na Saúde* (L. C. O. Cecílio, org.), pp. 235 – 333, São Paulo: Editora Hucitec.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. 1992. Principles of epidemiology, self-study course 3030-6 (10/88:4R). 1988. In WALDMAN, E.^a & GOTLIEB, S.L.D. *Glossário de Epidemiologia*. Informe Epidemiológico do SUS/MS/FNS/CENEPI. Brasília: V. 1, n. , pp. 5-27, dez.
- CHASSOT, A. 1994. *A ciência através dos tempos*. São Paulo, Editora Moderna.
- CHÂTELET, F. 1977. *História da filosofia, idéias, doutrinas*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

- CHAUÍ, M. 1980. *O que é ideologia?* São Paulo: Editora Brasiliense.
- COHN, A. 1997 – *Desenvolvimento social e impactos na saúde. Condições de Vida e Situação de Saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO.
- CORBISIER, R. 1974. *Enciclopédia filosófica.* Petrópolis: Editora Vozes.
- CORBISIER, R. 1983. *Introdução à filosofia.* Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- COSTA, P. 1995. Cidades sucumbem ao desafio da moradia. In *Cadernos do Terceiro Mundo*, Rio de Janeiro.
- DALARI, D. A. 1981. *Elementos da teoria geral do Estado* – São Paulo: Editora Saraiva.
- DALARI, D. A. 1981. *O que são direitos da pessoa.* São Paulo: Editora Brasiliense.
- DATASUS (Departamento de Informática do SUS), 2000. *IDB 98.* Janeiro de 2000.
<<http://www.datasus.gov.br>>
- DELEUZE, G. 1989. *Spinoza e os signos.* Lisboa: Editora Ré.
- DONNANGELO, M. C. 1975, *Medicina e Sociedade.* São Paulo: Editora Pioneira.
- DURKHEIM, E. 1973. As Regras do Método Sociológico. *Os pensadores*, São Paulo, Editora Abril.
- ECO, U. 1980. *Mentiras que parecem verdades.* São Paulo: Editora Summus.
- FARMER, P. 1996, Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emergent Infectious Diseases*, 2: 259 – 269.
- FARMER, P. 1997, Social scientists and the new tuberculosis. *Social Science and Medicine*, 44: 347 – 3458.
- FARMER, P. 1999, *Infections and Inequalities.* Berkeley, University of California Press.
- FERREIRA, A. B. H. 1986. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- FONSECA, M. G. P.; SILVA, N. V. & HASENBALG, C. 1999, *Saúde e Desigualdade Social e Regional no Brasil, 1996/1997.* Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. (mimeo.)
- FORRESTER, V. 1997. *O horror econômico,* São Paulo: Editora Unesp.
- FOUCAULT, M. 1975. *O Nascimento da Clínica.* Rio de Janeiro: Editora Imago.
- FOUCAULT, M. 1984. *Microfísica do Poder* – Rio de Janeiro: Editora Graal.
- FRANCO, T.; MERHY, E. E. & BUENO, W. 1997, *O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim/MG.* Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas. (mimeo.)

- FROMM, E. 1979. *Anatomia da destrutividade humana*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- FRÚGOLI JR. 1995. *São Paulo: Espaços Públicos e Interações Sociais*, São Paulo: Editora Marco Zero.
- GOFFMAN, E. 1987. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Unesp.
- GORDON, R. 1995. *A assustadora História da Medicina*, Rio de Janeiro: Editora Ediouro.
- GRAMSCI, A. 1986. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- GUATTARI, F. 1985. Espaço e Poder. A Criação de Territórios na Cidade, in: *Revista Espaço e Debates*, 6, 109-120.
- GUATTARI, F. 1992. *Caosmose*. Rio de Janeiro: Editora Hucitec.
- GUARESCHI, P. 1994. Sem dinheiro não há salvação: ancorando o bem e o mal entre os pentecostais. *Textos em Representações Sociais*, Petrópolis: Editora Vozes, pp. 20-23; 34-39.
- GUILLAUME, P. 1966. *Manual de Psicologia*. São Paulo: Editora Nacional.
- GUILLAUME, P. 1996, *Le Rôle Social du Médecin Depuis Deux Siècles (1800 – 1995)*. Paris, Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale.
- GUIMARÃES, R. 1985. *Determinação Social e Doença Endêmica*, Texto de Apoio, Rio de Janeiro: Abrasco.
- GUIMARÃES, R. 1994. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Abrasco
- GUSDORF, G. 1987. *A agonia da nossa civilização*. São Paulo: Editora Convívio.
- HALEBSKY, S. 1987. *Sociedade de massa e conflito político*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- HEIDEGGER, M. 1975. *Poetry, language, thought*. New York, Harper & Row.
- HIJJAR, M.; MELO, F. DALCOMO.M; & PRADO, W. 1997. Condutas para pacientes portadores de tuberculose multirresistente. *Jornal de Pneumologia*, 23 (6); 329.
- HOBBS, T. 1974. *Leviatã*. Col. *Os pensadores*. São Paulo: Editora Abril Cultural.
- HORKHEIMER, M. e ADORNO, T. 1973. *Termos básicos de sociologia*. São Paulo: Editora Cultrix, Edusp.
- HORKHEIMER, M. e ADORNO, T. 1985. *Dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- HUBERMAN, L. 1969. *História da riqueza do homem* – Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- ILICH, I. 1975. *A expropriação da saúde: Nêmeses da Medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

- JAPIASSU, H. 1975. *O mito da neutralidade científica*, Rio de Janeiro: Editora Imago.
- JAPIASSU, H. 1977. *Introdução à epistemologia da psicologia*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- JODELET, D. 1985. La representación social, fenómenos, concepto y teoría, in *Moscovici, S.-Psicologia Social*. São Paulo, Paidós.
- JOLIVET, R. 1975. *Vocabulário de filosofia*. Rio de Janeiro: Editora Agir.
- JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. 1994, Introdução. In: *Textos em Representações Sociais* (S. Jovchelovich & P. Guareschi, orgs.), pp. 17 – 16, Petrópolis, Editora Vozes.
- KOWARICK, L. & BRANT, C. 1975. *São Paulo, 1975 Crescimento e Pobreza*, São Paulo: Editora Loyola.
- KOWARICK, L. 1979. *A expolição urbana*, Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- KOYRÉ, A. 1979. *Do mundo fechado ao universo infinito*. São Paulo: Edusp; Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- KUHN, T. S. 1975, *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- LAFARGUE, P. 1999. *O direito à preguiça*, São Paulo: Editora Hucitec, Unesp.
- LAU, A e FERSON M. J. 1997. *Surveillance for tuberculosis among residents of hostels for homeless men*. Aust NZJ Public Health Aug, 21 (5): 447-50.
- LÈVI-STRAUSS, C. 1970, *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- LEVIN, L. 1978. *Os direitos humanos e a comunidade internacional*. Editora Correio da Unesco, 6 (12).
- LÜDKE, M; ANDRÉ, M. 1986. *Pesquisa em Educação; Abordagens qualitativas* – São Paulo: EPU, 1986.
- LUZ, M. T. 1981. *“Instituições médicas no Brasil”*, Rio de Janeiro: Editora Graal.
- LUZ, M. T. 1982. *Medicina e ordem política brasileira: Política e instituições de saúde*”, Rio de Janeiro: Editora Graal.
- LUZ, M. T. 1988, *Natural, Racional Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- LUZ, M. T. 1996, *A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças*. São Paulo: Editora Dynamis.
- MACHADO, R. 1978. *Danação da Norma : A Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Graal.
- MALINOWSKI, B. 1978. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Editora Abril.
- MARCUSE, H. 1973. *A Ideologia da sociedade industrial*, Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- MARITAIN, J. 1962. *Elementos de filosofia: lógica menor*. Rio de Janeiro: Editora Agir.

- MARITAIN, J. 1981. *Os direitos do homem e a lei natural* – Rio de Janeiro: Editora José Olímpio.
- MARX, K. 1974. Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos. Col. *Os pensadores*. São Paulo: Editora Abril Cultural.
- MARX, K. e ENGELS, F. 1984. *A ideologia alemã*. São Paulo: Editora Hucitec.
- MARX, K. 1987, *O Capital*. V4, São Paulo: Editora Difel.
- MATOS, O. 1993. *Escola de Frankfurt; luzes e sombras do Iluminismo*, São Paulo: Editora Moderna.
- MATTA, R. DA. 1995. Espaço-casa, rua e outro mundo: o caso do Brasil in : *A casa e a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*, São Paulo: Editora Brasiliense, pp. 25-54; 117.
- MENDES, C. 1993. *De 1948 à 1972; os novos direitos do homem*. Rio de Janeiro: Editora Sedoc.
- MENDES, E. V. 1996, *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- MENDES, R. 1980. *Medicina do trabalho e doenças profissionais*. São Paulo: Editora Sarvier.
- MERHY, E. 1992. *O capitalismo e a saúde pública*. São Paulo: Editora Papyrus.
- MERHY, E. 1997, Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde: Um desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 71 – 112, São Paulo, Editora Hucitec/Buenos Aires, Lugar Editorial.
- MERLEAU – PONTY, M. 1971. *Fenomenologia da percepção*. Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos.
- MINAYO, MCS. 1989. *O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social e saúde*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, ENSP/FIOCRUZ.
- MINAYO, MCS & SOUZA, H. O. 1989. Na dor do corpo, o grito da vida In: *Demandas populares, políticas públicas e saúde* (NR Costa, CL Ramos, MCS Minayo, E.N. Stotz, orgs.) vol II pp 76-101, Petrópolis: Editora Vozes.
- MINAYO, M. C. S. 1992, *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo: Editora Hucitec.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1989. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. *Manual de normas para o controle da tuberculose*. 3 ed. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 36p. (Série A: Normas e manuais técnicos, 13)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE / CENEPI. 1992. *Informe Epidemiológico do SUS*, (2) julho; 3 (agosto); 4 (setembro); 5 (outubro); 6 (novembro).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1993. *Informe Epidemiológico do SUS*. Ano I, n.º 3. Maio/Junho São Paulo.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1994. *Controle de Tuberculose – Uma Proposta de Integração Ensino – Serviço*, 4ª (CNCT – NUTES), Brasília.
- MOSCA, G. 1968. *História das doutrinas políticas* – Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- MOSCOVICI, S., 1976, *La Psychanalyse, son Image et son Publique*. Presses Universitaires de France, Paris.
- MOSCOVICI, S. 1978. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- MOSCOVICI, S. 1986. *A Psicologia Social*, Barcelona: Editora Paidós.
- MORIN, E. 1983. *O problema epistemológico da complexidade*, Lisboa: Editora Europa América.
- MORIN, E. 1997. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- MOURA, D. 1989. Saúde não se dá, conquista-se, *Saúde em Debate*, São Paulo: Editora Hucitec.
- MS (Ministério da Saúde), 1986. *8ª Conferência Nacional de Saúde – Anais*. Brasília, MS.
- MURGEON, J. 1981. *Les droits de l'homme* – Paris: Editora Presses Universitaires de France.
- NOGUEIRA, O. 1949. Experiências Sociais e Psíquicas do Tuberculoso. *Sociologia. Revista Didática e Científica*, SP, Escola de Sociologia e Política de São Paulo, nº 1 a 4.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), Washington. Benenson, A.S. (ED). 1992. *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. 15 ed. Washington: OPS, 618p., 577-592 (Publicación científica, 538)
- OSCHERVITZ T. ET AL. 1997. *Detection of persistently nonadherent patients with tuberculosis* JAMA Sep. 10; 278 (10); 843 –846.
- PENNA, M. L. 1988, *Tuberculose: assistência ou controle?* Tese de Mestrado. UERJ, Rio de Janeiro.
- PENNA, M. L. 1994, *Dinâmica epidemiológica da tuberculose*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública/USP
- PEREIRA, J.C. & RUFINO NETO, A. 1982. *Saúde/doença e sociedade. A tuberculose – o tuberculoso*. Ribeirão Preto: Medicina, 15 (1): 5-11.
- PICON, RIZZON E OTT. 1993. *Tuberculose*, Rio de Janeiro: Editora Medsi.
- PLUMB, JP. 1997. Homelessness; care, prevention, and public policy in *Ann International Medicine* 126 ; 973-975.
- POPPER, K. 1993, *A Lógica da Pesquisa Científica*. São Paulo: Editora Cultrix.
- PÔRTO, Â. 1997. *A vida inteira que podia ter sido e que não foi: Trajetória de um poeta tísico*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

- PROPP, V. 1970. *Morphologie du conte*. Paris: Editora du Seuil.
- QUEIROZ, M. S. 1991, *Representações de Saúde e Doença*. Campinas: Editora Unicamp.
- RADIS,. 1982. *Revista do Projeto Reunião, Análise e Difusão de Informações de Saúde*, (julho), Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz.
- RADIS,. 1993. *Revista do Projeto Reunião, Análise e Difusão de Informações Sobre Saúde*, (agosto), Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz.
- REICH, W. 1972. *Psicologia das massas do fascismo*. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- ROSA, C. M. & VIEIRA, M. 1994. *População de Rua: Quem é, como vive, como é vista*, São Paulo: Editora Hucitec.
- ROSA, C. M. 1995. *População de Rua: Brasil e Canadá*, São Paulo: Editora Hucitec.
- RUFFINO NETTO, A. 1975. Epidemiologia da Tuberculose. *Revista de Medicina*, Ribeirão Preto, p.94.
- RUFFINO NETTO, A. 1981. Mortalidade por Tuberculose e Condições de Vida, *Revista Saúde em Debate*, 12 : 27 - 34.
- RUFFINO NETTO, A. E PEREIRA, J. C. 1982. O Processo Saúde - Doença e suas Interpretações, *Revista Medicina do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina*, pp. 15: 1 – 4, Ribeirão Preto.
- RUFFINO NETTO, A. 1997. Brasil: doenças emergentes ou reemergentes? *Revista Medicina*, 30; 405, Ribeirão Preto.
- RUGENDAS,. 1990. *Viagem Pitoresca ao Brasil*, São Paulo: Editora Livraria Martins.
- SADER, E.; GENTILI, P. 1995. *As políticas Sociais e o Estado Democrático* – Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- SANTOS, M. 1993, *A Urbanização Brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec.
- SCHRAIBER, L. 1988. *Políticas Públicas e Planejamento das Práticas de Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- SCHAEFER, M. 1987. Princípios sanitários do alojamento – *A Saúde do Mundo*. (7): 18 - 19 Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- SCHUTZ, A. 1973. *Collected Papers I: The Problem of Social Reality*. The Hague, Martinus Nijhoff.
- SCLIAR, M. 1983. *O centauro no jardim*. Porto Alegre: Editora L&PM.
- SIMON, T. 1995. *Science and Technology in Brazil: a new policy for a global world*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas
- SIMÕES, J.G.J. 1992. *Moradores de Rua*. São Paulo: Polis Publicações.

- SINGER, P. 1976. *Economia política da urbanização*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- SINGER, P. 1978. *Prevenir e Curar: o controle social através dos Serviços de Saúde*, Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- SOMMER, R. 1973. *Espaço Pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos*. p. 13-15; 21-27. São Paulo, EPU.
- SONTAG, S. 1989. *Aids e suas metáforas*. São Paulo. Companhia das Letras.
- SPINK, M. J. 1993. *Permanência e diversidade nas representações sociais da hipertensão arterial essencial*, Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto.
- SPINK, M. J. 1993, O estudo empírico das representações sociais. In: *O Conhecimento no Cotidiano* (M. J. Spink, org.), pp. 85 – 108, São Paulo: Editora Brasiliense.
- SPINK, M. J. 1994, Desenvolvimento as teorias implícitas: Uma metodologia de análise das representações sociais. In: *Textos em Representações Sociais* (S. Jovchelovitch & P. Guareschi, org.), pp. 117 – 148. Petrópolis: Editora Vozes.
- SPOZATI, A. 1988. *Vida urbana e gestão da pobreza*. São Paulo: Editora Cortez.
- SPOZATI, A. O; BONETTI: D.A, YASPEK M.C, FALCÃO M.C.B.C. 1992. *Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão de análise*. São Paulo: Editora Cortez.
- SPOZATI, A. 1994. *Política de Atenção à população de Rua*, projeto de lei 207/94.
- STEGMÜLLER, W. 1977. *A filosofia contemporânea*. São Paulo: EPU/ Edusp.
- STOFFELS, M. G. 1977. *Os mendigos na cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- THOMPSON, J. B. 1995, *Ideologia e Cultura Moderna: Teoria Social Crítica na Era dos Meios de Comunicação de Massa*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- TOYNBEE, A. 1976. *A sociedade do futuro*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- TOWNSEND, P. 1989. *Medical anthropology*. Boulder, Westview
- VELHO, G. 1978. *A utopia urbana*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- VIEIRA PINTO, Á. 1969. *Ciência e existência*, Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- WEBER, M. 1967. *A ética protestante e o espírito do capitalismo* São Paulo: Editora Pioneira.
- WEBER, M. 1993. *Metodologia das Ciências Sociais*. São Paulo: Editora Cortez.
- WHO (World Health Organization),. 1995. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. *Bulletin of the World Health Organization*, 73: 165 – 174.
- WOODCOCK, G. 1981. *Os grandes escritos anarquistas*. Porto Alegre: Editora L&PM.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1995. *Report of the Second Meeting on Emerging Infectious Diseases. Document WHO/CDS/BVI/ 95.2* Who Report Geneve.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1998. *Global Tuberculosis Control*. Who Report Geneve.

ZALUAR, A. 1985. *A máquina e a revolta*, São Paulo: Editora Brasiliense.

ZALUAR, A. 1992. *Quando a rua não tem casa*, São Paulo, (texto apresentado no 1º seminário nacional sobre população de rua).

ANEXO

Neste anexo foram detalhados os dados clínicos dos pacientes, exames físicos, exames laboratoriais e achados radiológicos.

Caso 1 Edson SS

Ao exame físico, por ocasião da primeira consulta, o paciente apresentava-se lúcido, orientado, não se encontrava sob efeito do álcool na ocasião. Emagrecido, hipocorado, hidratado, acianótico, anictérico, levemente dispneico, normo tenso temperatura: 37,8°C.

Quanto ao aparelho cardíaco vascular auscultava-se: batimento cardíacos regulares em dois tempos, bulhas normofonéticas.

No aparelho respiratório encontrava-se: expansibilidade pulmonar diminuída, murmúrio vesicular diminuído a direita, em ápice e terço médio, crepitações em ápice direito. Frêmito torácico vocal alterado em hemitórax direito.

O abdome encontrava-se flácido, indolor à palpação superficial e profunda, fígado palpável, indolor, sem hepatopatia, peristalse mantida.

No RX de Tórax de 19/10/94 encontrava-se: Destruição do parênquima pulmonar em Ápice Direito com retração do mediastino à direita, áreas de condensação em todo parênquima pulmonar direito e pinçamento pleural bilateral.

No RX de torax de 19/11/94 - Traves fibróticas em Ápice direito e base direita, desvio do mediastino, pinçamento pleural bilateral.

Os testes para HIV foram negativos.

Ao hemograma encontrava-se anemia normocítica hipocromica, série branca sem alterações.

A baciloscopia foi positiva em duas amostras.

Caso 2 Moacir FF

Ao exame físico por ocasião da primeira consulta encontrava-se hipertenso (PA = 180/100mmHg), febril (37,9°C), lúcido, orientado, levemente dispnéico, hipocorado, emagrecido. Peso 44 Kg.

No parelho Cárdio Vascular verificava-se: batimentos cardíacos regulares em 2 tempos, hiperfonese de B2 taquicárdico.

Quanto ao aparelho respiratório encontrava-se: Complacência pulmonar diminuída. À percussão : timpanismo em ápice direito. À ausculta: murmúrio vesicular diminuído à direita,

estertores em terço médio e ápice direito, roncos difusos em ambos os hemitórax. Frêmito vocal alterado em hemitórax direito.

O abdome apresentava-se flácido, peristáltico, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias. Fígado endurecido, palpável em rebordo costal direito.

Em membros Inferiores percebia-se Edema + / + + + +, ausência de varicosidades. Apesar das queixas de dores em articulação do joelho, não havia sinais locais de flogose.

A baciloscopia positiva em 3 amostras.

O hemograma revelou anemia microcítica hipocrômica, série branca sem desvio para a esquerda, sem leucocitose.

Encontramos também provas de função hepática levemente alteradas.

Caso 3: João Batista R.

Ao exame físico por ocasião da primeira consulta

Apresentava-se lúcido, orientado, normocorado, eupneico, febril 38,2°C com tosse constante, produtiva, com expectoração amarelada normotenso.

No aparelho cárdio vascular percebia-se batimentos cardíacos regulares em dois tempos, bulhas normofonéticas.

Em aparelho respiratório observava-se: Complacência pulmonar diminuída. Frêmito tóraco vocal e murmúrio vesicular diminuídos em hemitórax direito. Murmúrio vesicular ausente em base direita. Estertores em lobo médio direito. Roncos difusos em ambos os hemitórax.

O abdome apresentava-se flácido, indolor à palpação superficial e profunda, peristáltico, sem visceromegalias.

Em RX de Tórax de 22 / 02 / 94 encontrava-se: Lesões difusas típicas de tuberculose miliar com grande cavidade em lobo superior direito. Condensação em lobo médio, derrame pleural de grande volume a direita às custas da cisura entre lobo inferior e médio.

Em 22 / 04 / 94 percebia-se: Diminuição do infiltrado típico de tuberculose miliar. Redução da condensação em lobo médio direito. Destruição do parênquima pulmonar em base direita (pneumotórax) junto ao seio costo frênico direito. Elevação e pinçamento de hemicúpula diafragmática direita. Traves fibróticas em ambas as bases.

A baciloscopia foi positiva em 2 amostras.

Caso 4: Maria A.S.

Ao exame físico por ocasião da primeira consulta apresentava-se lúcida, orientada, levemente dispneica, hipocorada, emagrecida, com tosse produtiva, acianótica, normotensa, taquipneica.

Em aparelho cardíaco vascular encontrava-se batimentos cardíacos regulares em dois tempos, sopro sistólico em foco mitral.

No aparelho respiratório percebia-se: expansibilidade torácica diminuída. Murmúrio vesicular reduzido nos terços superior e médio do pulmão direito, onde se tornavam audíveis estertores crepitantes.

O Abdome era: flácido, indolor a palpação superficial e profunda. Fígado palpável a 2 cm. do rebordo costal direito.

Os membros Inferiores apresentava-se sem edemas, veias tortuosas de calibre dilatado.

Ao RX de Tórax via-se: em 31/05/95 - Lesão cavitária em ápice direito e lesões cavitárias múltiplas em ápice direito com sinais de atividade. Nódulos calcificados em hilo em ambos os hemotórax. Elevação e pinçamento de hemicúpula diafragmática direita, apagamento do seio costo frênico esquerdo. Intenso infiltrado em hilo direito.

Já em 23/06/95 percebia-se diminuição do infiltrado peri hilar. Permanecia lesão cavitária em ápice, lesões menores menos nítidas. Sinais de atividades menos evidentes. Permanecia também o apagamento dos seios costo frênicos e pinçamento de hemicúpula direita.

Os testes para HIV foram negativos.

Ao hemograma verificava-se anemia microcítica hipocrômica. Série branca sem alterações, sem leucocitose.

A baciloscopia do escarro foi positiva em duas amostras.

Caso 5: João Cosme S.

Ao exame físico por ocasião da primeira consulta apresentava-se: lúcido, orientado, conjuntivas hiperemiadas, eupneico, acianótico, hidratado, emagrecido, febril.: (38,4 °C.), peso 50 Kg. e 400 g. (perda ponderal de 9 Kgs. No último ano).

Ao aparelho cardíaco vascular - ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, normotenso

No aparelho respiratório verificava-se expansibilidade pulmonar diminuída à esquerda. Submacicez à percussão em hemitórax esquerdo. Murmúrio vesicular audível crepitações em terços superior do pulmão esquerdo.

O abdome apresentava-se flácido, fígado dolorosos, palpável a 3cm. do rebordo costal direito.

Em embros Inferiores percebia-se: Edema +/++++, veias tortuosas de calibre dilatado.

A pesquisa de BAAR no escarro foi positiva +++ em 2 amostras.

Ao RX de tórax percebia-se: Condensação difusa em todo parênquima pulmonar esquerdo, lesões cavitárias em lobo superior.

Caso 6: Joana I.S.

No exame físico por ocasião da primeira consulta apresentava-se lúcida, orientada, normocorada, eupneica, com tosse produtiva com expectoração esverdeada, queixas de dor torácica ao tossir, pressão arterial 140/90 mmhg.

Quanto ao aparelho cárdio vascular não mostrava alterações.

Em aparelho respiratório encontrava-se: Murmúrio vesicular audível, estertores crepitantes em ápice.

Abdomen e membros inferiores também não mostravam alterações.

Ao hemograma encontrava-se: série vermelha normal, leucocitose acentuada.

A baciloscopia foi positiva em duas amostras.