

## El control de la tuberculosis en la óptica de los profesionales de Consultorios en la Calle

Paula Hino<sup>1</sup>  
Aline Aparecida Monroe<sup>2</sup>  
Renata Ferreira Takahashi<sup>3</sup>  
Káren Mendes Jorge de Souza<sup>1</sup>  
Tania Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo<sup>4</sup>  
Maria Rita Bertolozzi<sup>3</sup>

Objetivo: presentar la percepción de los profesionales sobre las personas en situación de calle que realizan el tratamiento de la tuberculosis e identificar acciones de control de la enfermedad ofertadas a esta población. Método: estudio exploratorio y descriptivo, realizado con 17 profesionales que actuaban en equipos de Consultorios en la Calle. Se utilizó un guion semiestructurado, compuesto de cuestiones cerradas a una pregunta orientadora. Los testimonios fueron analizados por la técnica del análisis del discurso, resultando en las categorías analíticas: *Significados atribuidos a la persona con tuberculosis que vivencia la situación de calle* y *El control de la tuberculosis en la calle*. Resultados: las percepciones abarcan situaciones que dificultaron la adhesión al tratamiento de la tuberculosis, como: el motivo por el cual buscaron la calle, las condiciones en que vivían y la característica del modo de ser (dependencia del alcohol y drogas, inmediatez, migración y falta de perspectiva). Se verificó el conocimiento sobre la enfermedad, las dificultades para realizar acciones de control relacionadas a las características, las condiciones y estilo de vida, el estigma, la migración, el uso de drogas y la inexistencia de un proyecto de vida. Conclusión: el enfrentamiento de la complejidad de la situación que envuelve la población en situación de calle impone límites al trabajo de los profesionales, pues trascienden la posibilidad de actuación en el ámbito de la salud y requieren acciones de carácter intersectorial.

Descriptores: Enfermería en Salud Comunitaria; Salud Pública; Tuberculosis; Personas sin Hogar; Poblaciones Vulnerables; Vulnerabilidad en Salud.





<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Estadual de Campina Grande, Departamento de Enfermagem, Campina Grande, PB, Brasil.

### Cómo citar este artículo

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

mes día año

URL

## Introducción

Las personas que vivencian situación de calle son aquellas que pertenecen a un grupo poblacional que hace uso de las calles como espacio de vivienda y apoyo, de modo temporario o permanente. Se trata de personas excluidas socialmente, que no disponen de lo esencial para la satisfacción de las necesidades básicas y viven en la línea de la indigencia o pobreza<sup>(1)</sup>.

En 2015, en la ciudad de São Paulo había 15.905 personas en situación de calle, 82% eran del sexo masculino, 51,9% presentaban edades comprendidas entre 18 y 49 años y 24,4% más de 50 años. Casi la mitad de esas personas (7.335) vivía exclusivamente en la calle, principalmente en la región central, la otra parte como acogida, que son aquellos individuos que viven en las calles, pero pasan las noches en albergues<sup>(2)</sup>.

Las condiciones de vida y la exclusión social de las personas que vivencian situación de calle les da diversas vulnerabilidades, en especial en lo que se refiere al proceso salud-enfermedad. Frente a esta realidad, en 2011, el Ministerio de Salud definió directrices para la organización, el funcionamiento y la capacitación de equipos de Consultorio en la Calle con el propósito de atender, de modo integral y oportuno, las necesidades singulares de esa comunidad<sup>(3)</sup>.

Las personas que vivencian situación de calle constituyen el grupo más vulnerable a la enfermedad por tuberculosis (TB), debido a las condiciones sociales de vida y salud, que les atribuyen un riesgo de contraer la enfermedad 48 a 67 veces mayor que a la población en general. Deficiencias nutricionales, el uso de alcohol y otras drogas, la ausencia de sueño y seguridad, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, la edad avanzada y la falta de cuidados con la salud son algunos de los determinantes que perjudican la función inmunológica y elevan las chances de desarrollo de la enfermedad<sup>(4-5)</sup>.

La TB es una de las enfermedades más frecuentes en ese grupo, su coeficiente de incidencia en el municipio de São Paulo en 2015 fue de 2.445,8/100.000 habitantes, cerca de 48 veces más elevado que el de la población general, que fue de 51,1/100.000 habitantes\*. Por ser una enfermedad negligenciada, de baja visibilidad social, la TB representa una enfermedad peculiar de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Por eso, su control en ese segmento social representa un desafío, no solo por el contexto de vida de las personas que vivencian situación de calle, sino también por la mayor probabilidad de transmisión en función de su modo de vivir. La producción científica sobre TB en la población que vivencia situación de calle está circunscripta a los estudios sobre adhesión al tratamiento<sup>(6)</sup>, a la investigación de brotes y riesgos<sup>(7-11)</sup>

y a las experiencias de cuidado a la persona en situación de calle con TB<sup>(5)</sup>.

Ante las especificidades y desafíos que las personas que vivencian situación de calle representan para las acciones de control de la TB, el presente estudio tuvo como objetivo presentar la percepción de profesionales de la salud sobre las personas en situación de calle que realizan el tratamiento de la TB e identificar las acciones de control de la enfermedad ofertadas a este segmento de la población.

## Método

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo, que contó con la participación de 17 profesionales: dos médicos, tres enfermeros, ocho agentes comunitarios de salud, dos auxiliares de enfermería, un asistente social y un agente social del equipo de calle de una Unidad Básica de Salud (UBS) de la región central de São Paulo. El criterio de inclusión en la muestra fue tener por lo menos tres meses de actuación en el equipo, dado que presentarían mayor experiencia para lidiar con ese grupo específico. De los 25 profesionales que compusieron el equipo, cuatro se opusieron a participar del estudio, tres no atendían al criterio de inclusión y uno se encontraba con licencia médica, totalizando una muestra con 17 sujetos. Los datos fueron recolectados entre noviembre y diciembre de 2016, mediante entrevista individual que duró de 25 a 50 minutos, realizada en un local reservado de la UBS (Unidad Básica de Salud) para garantizar la privacidad y la confidencialidad de las informaciones. Las entrevistas fueron realizadas por la primera autora, que no tenía cualquier relación con los entrevistados. Se contó con el apoyo de un guion semiestructurado, que contemplaba algunas características sociodemográficas y la siguiente pregunta orientadora: "Relate una situación que exprese como es cuidar/prestar atendimento a una persona con tuberculosis en situación de calle".

Los testimonios, grabados en aparato digital, posteriormente fueron transcritos y sometidos a la técnica del análisis de discurso, extrayéndose frases que basaron la construcción de dos categorías analíticas: "Significados atribuidos a la persona con tuberculosis que vivencia la situación de calle" y "El control de la tuberculosis en la calle". Esa técnica permite el entendimiento de frases que evidencian la percepción de los sujetos entrevistados, a partir de la identificación de temas y figuras<sup>(12)</sup>. El análisis de las entrevistas fue realizado a la luz de la Teoría de la Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad.

Los testimonios fueron identificados por categoría profesional, junto con un número arábigo, referente a la secuencia de las entrevistas.

El estudio obedeció a los preceptos éticos de la Resolución 466/2012 y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con parecer número 1.553.500.

\* Material impreso: San Pablo. Coordinación de Vigilancia en Salud. Centro de Control de Enfermedades. Programa de Control de la Tuberculosis. Boletín Tuberculose Cidade de São Paulo 2016. São Paulo: COVISA; 2016.

## Resultados

La mayoría de los profesionales entrevistados era del sexo femenino (n=14), siete tenían de 30 a 39 años, siete de 50 a 59 años y tres con más de 60 años; ocho eran solteros, seis casados y tres divorciados; seis tenían la educación superior completa, 10 el bachillerato completo y uno la educación primaria.

El análisis de las dos categorías analíticas permitió identificar la percepción de los profesionales de salud de los equipos de Consultorio en la Calle sobre las personas que vivencian situación de calle y las acciones de control de la TB volcadas a ese segmento social. La primera tuvo como foco el motivo por el cual la persona buscó la calle, las condiciones en que vivían y algunas características del modo de ser.

Así, en relación a la categoría *Significados atribuidos a la persona con tuberculosis que vivencia la situación de calle*, los profesionales consideraron que la historia de vida de esas personas mostró que vivir en la calle no fue solo una elección, y si el resultado de un conjunto de circunstancias que las llevó a separarse de la familia: *todos tienen una historia, nadie salió para la calle porque quiso, porque le gusta quedarse en la calle o fue una pelea con la familia, una mujer con la que no funcionó, una desilusión* (Agente de salud – 2).

Los motivos que llevan a las personas a vivir en la calle más citados por los profesionales fueron la ruptura familiar y la condición de ser migrante de otro estado o país. Ya las causas de la separación de la familia apuntadas fueron el uso abusivo de alcohol y drogas, la condición de ser portador de una enfermedad mental, la incapacidad de proveer a la familia en sus necesidades biopsicosociales debido a la ausencia o a la insuficiencia de recursos financieros y, además tener una orientación sexual no aceptada por los familiares.

Quedó evidente que parte de las personas que vivencian situación de calle no expresa deseo de volver a la convivencia familiar, y aquellos individuos que ansían retornar a la familia enfrentan barreras para rescatar el vínculo y la confianza de ella. Hay casos de reconciliación familiar en que, si bien la persona haya vuelto a vivir con la familia, la decepción de las partes implicadas no permitió que continuasen juntos, como apuntan los testimonios: *tengo 40 años de situación de calle y tú no dices que estoy en la calle, ya me acostumbré con la vida de granuja* (Agente de salud – 8), *hay gente que tiene familia, pero quiere vivir otro tipo de historia, se siente libre en la calle, dice: "aquí no tengo que pagar cuentas, no tengo que dar explicaciones a nadie, voy a donde quiero."* Y *está aquel que luchó para salir de la calle, no consiguió y fue quedándose* (Enfermero – 1)

Las condiciones de vida son precarias no solo para las personas que viven en las calles, sino también para aquellas que viven en áreas o edificios invadidos: *es mejor vivir en la calle, de tan horrible que describieron el lugar. La ocupación es un edificio invadido, que no tiene saneamiento, el agua residual chorrea por las escaleras* (Enfermero -2)

La constante migración observada en la población que vivencia situación de calle puede estar relacionada a los conflictos entre grupos y por el hecho de que los locales de habitación se caracterizan de acuerdo con el tipo de droga utilizada por la persona. Si la persona no desea realizar el tratamiento, ella también evita mantenerse por mucho tiempo en un único local, por considerar que así no será encontrada por los profesionales de salud. Lo mismo ocurre cuando tienen miedo de ser identificadas por la policía, pues muchas de las personas que vivencian situación de calle son fugitivos de la justicia.

Otras dos características notables del perfil de las personas que vivencian situación de calle son el inmediatismo y la dificultad en someterse a reglas, pues quieren respuesta inmediata a sus necesidades. Posiblemente, la dinámica del trabajo del Consultorio en la Calle, en que los profesionales buscan y ofrecen asistencia a la salud al individuo, contribuye para ese comportamiento: *porque nos ven mucho atrás de ellos, nos quedamos medio que implorando para que se cuiden, entonces piensan: "ella va a tener que hacer que yo pase antes que todo el mundo."* La mayoría no espera y se va (Agente de salud – 8)

Otra dificultad mencionada por los profesionales fue la demora en tener acceso a un lugar de internación debido a la desarticulación de la red de servicios, como ilustra el testimonio a seguir: *cuando uno consigue un lugar, aquel proceso del paciente querer ya pasó porque este es un momento muy rápido en la vida de ellos. La dificultad es esta, uno ofrece todos los días el servicio disponible y, cuando lo necesita, no hay como inserirlo, tiene que esperar, cuando hay un lugar, ya no quieren más* (Agente de salud – 1).

Con relación a la segunda categoría. *El control de la tuberculosis en la calle*, se verificó el conocimiento de las personas que vivencian la situación de calle sobre la enfermedad, las condiciones y las dificultades de las acciones de control de la TB. Las personas en situación de calle tienen un conocimiento sobre la TB que puede ser considerado correcto y suficiente, sea porque ya tuvieron la enfermedad, sea porque acompañaron a alguien que se trató o murió por causa de esa enfermedad: *hoy, en el territorio de la calle cuando uno llega para explicar lo que es TB, ellos te dan una clase* (Agente de salud – 1).

Sin embargo, las personas no demostraron interés en cuidar de la salud y se mostraron indiferentes a la vida si están afectadas o no por la TB. El diagnóstico de la enfermedad no tuvo impacto en el comportamiento de esas personas, que respondieron o con la negación o simplemente no expresaron reacción: *para ellos da lo mismo, es como si la vida no tiene más sentido, entonces tener una enfermedad no les hace ninguna diferencia. Es como cuentan: "si mueren es un beneficio"* (Agente de salud – 8).

El control de la TB en la población que vivencia situación de calle comienza con la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en el territorio, cuando se investiga la presencia de señales y síntomas sugestivos de la enfermedad, historia de diagnóstico de TB y/o

tratamiento anterior y se realiza la colecta de secreción pulmonar para análisis: *a veces un buenos días que uno da, la persona responde tosiendo, poniendo la mano en la boca. Uno ya aprovecha el gancho y pregunta hace cuánto tiempo está con tos, si tuvo fiebre o sudor excesivo. En el abordaje es protocolo que los ACS siempre hagan esta investigación de la TB. La orientación dada es que la tos a partir de las tres semanas deberá ser investigada, en nuestro caso, como es situación de calle, dos semanas ya son suficientes para pedir colecta de BK* (Agente de salud - 1)

El Tratamiento Directamente Observado (TDO), dependiendo de las condiciones de la persona, puede ser realizado tanto en el servicio de salud como en el territorio, en cualquier horario, como relató un profesional: *Me cansaba de buscarlos durante el horario de trabajo y cuando estaba en el metro para irme, encontraba al usuario. Entonces llevaba el remedio en la bolsa y lo trataba cuando volvía para casa* (Enfermero - 1).

El establecimiento de vínculo con la persona afectada por la TB es fundamental para la realización del tratamiento. De manera general, las personas que vivencian situación de calle se mostraron resistentes a la interacción en el primer contacto sin embargo, con el pasar del tiempo aceptaron la aproximación de los profesionales y comenzaron a interactuar: *no es de un día para el otro, uno los va conquistando de a poco. Hay días en que uno pasa y habla buenos días y aunque él se desvíe, al otro día uno hace la misma cosa, ahí de a poquito uno conquista* (Agente de salud - 7.)

Los profesionales afirmaron además que las personas que vivencian situación de calle reconocieron el trabajo del equipo de calle como una acción positiva, tanto por el establecimiento de vínculo cuanto por la confianza depositada: *es reconocida la persona con la bata azul, hablan: "¡los ángeles vinieron!" Valoran bastante, saben que si tienen a alguien con malestar y si no se encuentran con alguien con la bata en la calle, tienen que ir a la unidad* (Agente social - 2).

Entre las dificultades enfrentadas para el cuidado de esta población está que comprometen la adhesión al tratamiento, se destacan la constante migración, el uso abusivo de alcohol y drogas, la falta de perspectiva para el futuro y la inexistencia de un proyecto de vida: *porque no se quedan en un lugar solo, de mañana están aquí, de tarde van para allá, mañana ellos se mudan. Es difícil que se queden en el mismo rincón, y si uno les dice que vengan a tomar el remedio vienen un día y no vienen al otro, ahí no consigue concluir* (Agente de salud - 2).

El uso abusivo de sustancia psicoactiva es frecuente en la población de calle, lo que compromete el deseo de querer cuidar de la propia salud, realizar cualquier tipo de tratamiento medicamentoso, en fin, elaborar cualquier proyecto de vida: *parece que perdieron las ganas de vivir, no sueñan más, es mucho más fácil conseguir hacer encaminamientos de mañana de lo que de tarde, porque a la tarde están más alcoholizados* (Agente social - 3).

La irregularidad de la ingestión medicamentosa obliga a la prolongación del tratamiento para más allá del periodo de seis meses, favoreciendo el abandono: *nosotros íbamos a darle la medicación de mañana, él estaba durmiendo por estar en uso de la sustancia, y en ese caso nosotros no lo despertamos. Por eso quedó un mes más haciendo el tratamiento. Nosotros volvíamos a la tarde, solo que o él continuaba durmiendo, o como él trabajaba recogiendo reciclados, a la tarde él ya no estaba más* (Agente de salud - 7).

Además, la no aceptación del estado de enfermedad y de la terapéutica, el tiempo prolongado del tratamiento, los efectos colaterales, la falta de una rutina y las precarias condiciones de vida también integran el conjunto de dificultades identificadas por los profesionales para el control de la TB en ese grupo social: *al principio es difícil que acepten, una semana vienen correctamente, la otra semana faltan Dos o Tres días, y ahí nosotros vamos conversando y hablando de la importancia de la medicación (Agente social -1), a veces uno llega ahí y no comieron nada, ni agua bebieron, ahí no consiguen tomar ni el comprimido* (Agente de salud -2).

La migración constante de las personas que vivencian situación de calle también dificulta la continuidad del tratamiento, sin embargo, existen canales de comunicación entre los equipos de calle que posibilitan la localización de esas personas: *hay un e-mail de comunicación y un grupo de WhatsApp que tenemos: fulano desapareció, está con tratamiento interrumpido, alguien lo encontró en la región* (Enfermero -3).

La asociación con los centros de acogida es utilizada, ofreciendo a las personas que vivencian situación de calle el acceso a un abrigo y mejores condiciones para la realización del tratamiento, sin embargo, muchos prefieren permanecer todo el tiempo en la calle, alegando que en los abrigos existe mayor riesgo de ser robado y agredido, debido al consumo de alcohol y drogas, aunque en esos locales sea prohibido su uso.

La discriminación contra la población que vivencia la situación de calle fue constatada por el desaliento que los profesionales mencionaron recibir de colegas porque trabajan con ese grupo: *muchas veces somos víctimas también, dicen: "el trabajo de ustedes no es nada, es inversión perdida, usan la expresión de secar hielo, lo que hacen no va a llegar a ningún lugar." Entonces, si nosotros, como profesionales de salud, sufrimos prejuicio de los demás colegas, piensa en el usuario* (Médica -1).

Los profesionales relataron otras dificultades presentes en el cotidiano de su trabajo, como las condiciones inadecuadas de trabajo y las situaciones de riesgo a las cuales están expuestos al prestar asistencia: *habría que tener más recursos para ir a la calle, hago curativos en la calle, ¿qué hago con el medio ambiente? Porque tengo que lavar la herida, ¿esta agua y esta basura para dónde van?* (Enfermero - 3), *no hay soporte para hacer la colecta de esputo, si uno ve, uno está ayudando a identificar una bacteria, pero, al mismo tiempo uno se coloca en riesgo, o, si estoy ahí en el*



*medio de ese lugar y ocurre un conflicto con alguno de ellos, ¿cuál debe ser mi reacción como profesional, llamar a la policía? Porque si trabajo con la policía, no me aproximo a ellos* (Agente de salud - 1).

El TDO, si es realizado de forma irregular, requiere, como medida complementar, la internación en el hospital de retaguardia de otro municipio. En este caso, el equipo del Consultorio en la Calle monitorea el tratamiento a distancia hasta el alta hospitalaria, para acompañar al paciente después de su retorno al territorio. Uno de los profesionales entrevistados consideró que, en casos de retratamiento de personas en situación de calle, este debería ser realizado de forma obligatoria, dada la posibilidad de transmisión del bacilo: *si el hombre abandonó una vez el tratamiento de TB, tiene que aprender, hacerlo tratar, uno no va a decir: "para de respirar porque tú estás con TB"* (Enfermero -2).

Las personas que vivencian situación de calle que realizan el TDO regularmente reciben una canasta básica mensual como incentivo a la adhesión al tratamiento. Sin embargo, el uso de este beneficio ni siempre es adecuado ya que enfrentan dificultades para preparar los alimentos, y la canasta acaba siendo moneda de cambio para atender a otras necesidades o deseos. Una alternativa mencionada para este tipo de incentivo fue facultar a restaurantes para proporcionar las refecciones.

Con el aumento de la población que vivencia la situación de calle, se observa la insuficiencia de servicios de salud y equipamientos sociales para atender a las demandas traídas por este grupo social, como los centros de acogida. En este sentido, la modalidad de asistencia ofrecida por el Consultorio en la Calle facilita el acceso a los recursos necesarios para el control de la salud, pues ese grupo puede ser cuidado en el propio territorio, y cuando la persona acepta, se establece un vínculo con los profesionales de la red de servicios de salud.

Varias facilidades para el control de la TB en personas que vivencian situación de calle fueron apuntadas, algunas se relacionan a la organización del servicio, como a la flexibilidad de las agendas del médico y del enfermero, pues el servicio está organizado en consultas agendadas o no. De esta forma, el profesional de salud tiene disponibilidad para atender en el momento en que la persona busque el servicio de salud. Otra facilidad es con respecto a la existencia de un vehículo para el transporte de aquellos que presentan dificultades de locomoción a los servicios de salud, por ejemplo, someterse a una consulta con un médico especialista o realizar algún examen en un local distante del área territorial en que circula. La realización de la colecta de esputo en el propio territorio y la posibilidad de internación en un hospital de retaguardia para aquellos con dificultades de adhesión al proyecto terapéutico singular también fueron identificadas como condiciones facilitadoras.

La sensibilización y la instrumentalización de los trabajadores de las UBS para la atención a las personas que vivencian situación de calle se distinguieron en el habla de los entrevistados como atributos fundamentales,

que los calificaron para la práctica asistencial humanizada de esas personas: *hoy tenemos un equipo muy bueno, aquellas personas que estaban al comienzo ya salieron, entonces la receptividad cambió mucho. La importancia de la humanización era muy comentada en las reuniones, y quien no se adaptó terminó saliendo* (Agente social - 3).

El cuidado de la persona con TB en situación de calle extrapola la dimensión de la gravedad, por eso es fundamental sensibilizarlas en cuanto a la importancia del control de la salud, de la reducción de daños, facilitando el acceso a los servicios de salud y equipamientos sociales. Además, considerando la cadena de transmisión de la enfermedad, la práctica de la vigilancia epidemiológica es indispensable, demandando la constante búsqueda por la persona con diagnóstico y/o en tratamiento y sus contactos en el territorio, en vista de la posibilidad de transmisión del bacilo.

Fue apuntada una acción que podría modificar la situación de ese grupo social, que es la oferta de cursos profesionales y/u oportunidades de trabajo para que la persona deje la calle: *podría haber una continuidad para que tengan trabajos manuales, sacarlos de la calle, entrar en contacto con la familia para ver si los aceptan, o un lugar para vivir, porque la mayoría vuelve a la calle cuando el tratamiento termina, y es un trabajo prácticamente en vano* (Agente de salud - 5).

## Discusión

El discurso de los profesionales entrevistados apunta a un perfil de personas que vivencian situación de calle vinculada al uso abusivo de alcohol y/u otras drogas, a la constante mudanza de territorio, al inmediatez y la falta de autoestima, aspectos que comprometen el cuidado con la salud y la adhesión al tratamiento de la TB. Motivos semejantes fueron encontrados en estudios realizados en otras localidades<sup>(5,13-14)</sup>.

Los hallazgos del presente estudio corroboran la literatura en cuanto a los motivos por los cuales las personas hacen de las calles su local de vivienda, tales como: búsqueda por la libertad, desajustes familiares, dependencia de alcohol y drogas ilícitas, enfermedad mental, migración, desempleo, miseria y desilusión amorosa<sup>(13-15)</sup>. Son por lo tanto, razones diversas, componiendo una situación de exclusión de las estructuras convencionales de la sociedad, algunas veces por opción, y otras, por la falta de alternativa.

Vivir en la calle configura una nueva fase en la vida de la persona, en que la privacidad deja de existir. La comprensión de las narrativas sobre la experiencia de vivir en la calle es un desafío, pues mientras algunos relatan sufrimiento y anhelo de retornar a la convivencia familiar, otros se acostumbran con el cotidiano en la calle y no desean abandonar este modo de vida, dada la falsa sensación de libertad<sup>(15)</sup>. La dificultad en mantener vínculos afectivos con la familia o con personas sin lazos de parentesco, asociada a las especificidades

mencionadas anteriormente contribuyen para los frecuentes abandonos del tratamiento de la TB<sup>(16)</sup>.

Muchas veces, el cuidado de la salud es secundario en la vida de aquel que vive en situación de calle, porque su sobrevivencia es una necesidad primordial, dada la inexistencia de recursos para tal y la exposición continua a la violencia<sup>(17)</sup>. Además, el modelo biomédico hegemónico, todavía preponderante en los servicios de salud, es incapaz de modificar la realidad y asistir a las necesidades relacionadas al proceso salud-enfermedad de las personas que vivencian la situación de calle<sup>(18)</sup>.

Los significados atribuidos al control de la TB mostraron la importancia de las acciones realizadas por el equipo de calle al brindar atención a las personas, al mejorar el acceso a los servicios de salud y equipamientos sociales, o también, al realizar encaminamientos para otros equipamientos sociales o de salud. Una investigación realizada con los equipos del Consultorio en la Calle en el cuidado de la persona con TB mostró la contribución de estos para el acceso a los servicios de salud, el diagnóstico precoz, la institución inmediata del tratamiento y el acompañamiento hasta la obtención de la cura<sup>(9)</sup>.

El trabajo en equipo fue considerado fundamental para el cuidado en la salud, dadas las singularidades y complejidades de ese grupo, evidenciando que la articulación entre los diferentes saberes, prácticas y sujetos resulta en intervenciones adecuadas a las necesidades que son peculiares a las personas que vivencian situación de calle<sup>(19)</sup>. La modalidad asistencial del Consultorio en la Calle amplió el acceso y viabilizó un cuidado intrínseco y con calidad a las personas marginalizadas socialmente, que lo reconocieron como un servicio de salud de referencia<sup>(20)</sup>.

Más allá de eso, las características y los comportamientos de las personas que vivencian situación de calle las convirtieron en blancos de estigma y rechazo, que se desvelan por medio de acciones discriminatorias, que parten, inclusive, de aquellos que deberían ofertar el cuidado, realidad que resulta en barreras para el acceso a los servicios de salud e influyen el diagnóstico y el tratamiento de la TB, agravando todavía más la realidad de esta población.

Los entrevistados manifestaron que enfrentan resistencia de las personas que vivencian situación de calle en los primeros contactos, pero, con el pasar del tiempo, son establecidos lazos de vínculo, viabilizando así la asistencia a las necesidades de salud y otras demandas específicas de esas personas. Los talleres de arte, conforme evidenciado en los testimonios, favorecen la relación dialógica y la escucha calificada, que actúan como instrumentos para la construcción del vínculo y el trabajo dirigido a la reducción de daños<sup>(21)</sup>.

Uno de los elementos facilitadores de la asistencia, mencionado con mayor frecuencia por los profesionales, fue la flexibilidad de sus agendas para atender a las personas en el momento en que estas

buscan el servicio de salud. Sin embargo, el contexto de vulnerabilidad y precariedad en que las personas que vivencian situación de calle viven el prejuicio, la discriminación y la necesidad de actuación profesional delante de lo no programado, representan barreras al desarrollo de las intervenciones.

Las dificultades encontradas por las personas que vivencian la situación de calle en el acceso a los servicios de salud ratifican los hallazgos de una revisión integrativa, que también las relacionó<sup>(22)</sup>, principalmente, al estigma social y al prejuicio del cual esas personas son blancos, tanto por sus comportamientos, pues muchas veces actúan con agresividad verbal o física, cuanto por su apariencia, incluyendo vestuario y ausencia de higiene.

Los testimonios apuntaron que el conocimiento de las personas que vivencian la situación de calle sobre las señales y síntomas de la TB favorece la realización precoz del diagnóstico, pero los obstáculos enfrentados para acceder a los servicios de salud terminan por demorarlo. La dificultad de adhesión al tratamiento de la TB del grupo incide, fundamentalmente, en aspectos relacionados a las personas, como sus características y condiciones y su estilo de vida.

En la percepción de los profesionales del equipo de calle, la negación de la enfermedad adviene del miedo de transmitir la enfermedad o de ser excluido del grupo, del conocimiento del fracaso del tratamiento de personas conocidas y de la necesidad de disminuir el uso de drogas durante el tratamiento.

La inexistencia de un proyecto de vida fue relatada como uno de los determinantes de la no adhesión al tratamiento de la TB. La expresión de sentimientos negativos de las personas que vivencian la situación de calle revela que la vida deja de tener los debidos significados y valor, especialmente, por las dificultades enfrentadas al vivir en la calle y por la falta de perspectiva de un futuro favorable<sup>(23)</sup>. Un estudio sobre los significados y las percepciones relacionados a la TB y al TDO, realizado junto a la población de calle de la región central de São Paulo, constató el elevado riesgo de abandono del tratamiento, justificado por la trayectoria de vida en las calles, marcada por la violencia física y moral, por el estigma vinculado a la enfermedad, por el uso de drogas lícitas e ilícitas y por las percepciones sobre la enfermedad\*.

Las personas que vivencian situación de calle se encuentran más vulnerables al abandono del tratamiento, visto que la adhesión es compleja y derivada de aspectos que se relacionan a la persona con TB y a los servicios de salud. Los motivos que pueden comprometer la realización del tratamiento, en

\* Trabajo desarrollado en el municipio de San Pablo, publicado como capítulo del libro: Souza ES, Zioni F. O tratamento diretamente observado para a tuberculose entre a população em situação de rua. In: Rosa AS, Brêtas ACP. Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua. Curitiba: CRV; 2013.

el ámbito individual, son: efectos colaterales, tiempo prolongado del tratamiento, mejoría del cuadro clínico luego del inicio del uso de medicamentos contra la tuberculosis, precarias condiciones de vida, ausencia de vivienda fija, uso indebido de drogas, desconocimiento sobre la enfermedad, no aceptación del diagnóstico y tener otras enfermedades asociadas. En relación con esta situación, se destacan otros motivos, en el ámbito de los servicios de salud, como la falta de preparación de los profesionales de salud para acoger y prestar asistencia a esas personas y la dificultad de formación de vínculo entre el profesional de salud y la persona con TB. El prejuicio social contra este grupo específico dificulta su acceso al servicio de salud para la realización del tratamiento supervisado o de la consulta médica<sup>(24)</sup>.

Los profesionales consideraron que la oferta de vales de alimentación, la asociación con centros de acogida, la internación en un hospital de retaguardia durante el periodo de tratamiento y la inserción de las personas que vivencian la situación de calle en cursos profesionales componen recursos que pueden auxiliar al cuidado de las personas con TB y consecuentemente la adhesión al tratamiento.

Por el hecho de que la TB es una enfermedad de elevada prevalencia en la población de calle, los profesionales deben constantemente pensar en estrategias de cuidado para el enfrentamiento de la enfermedad, desde acciones de búsqueda activa de sintomáticos respiratorios hasta cuidados con personas con TB.

De esta forma, el control de la enfermedad en esa población envuelve varios condicionantes, pues, solamente el acceso a los medicamentos y a los servicios de salud no es suficiente para garantizar la adhesión al tratamiento. Se destacan la necesidad de comprender el proceso salud-enfermedad como un fenómeno social y de contemplar las necesidades de salud en el enfrentamiento de la TB con enfoque en la acogida del paciente, así como la responsabilidad de los profesionales de salud en el cuidado a ese grupo específico.

Las condiciones de salud de la población de calle representan una situación alarmante y de gran desafío, tanto por su magnitud y por el aumento de morbilidades, cuanto por las innúmeras adversidades que enfrentan o que requieren la promoción de acciones intersectoriales para su ecuación, ya que la problemática de esas personas es de orden política, económica, cultural y social<sup>(25)</sup>. Por lo tanto, es importante destacar la contribución de la Teoría de la Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad para la comprensión y el enfrentamiento de la TB en relación a las personas que vivencian situación de calle, pues, es necesario superar la adopción de modelos asistenciales que desconsideran tal proceso como un fenómeno social, o sea, no relacionan este hecho con la organización social.

Como limitaciones del presente estudio, se señala que la realización de la colecta de datos en solo una UBS,

resultó en la restricción de los participantes. Además, es importante resaltar que la realidad presentada representa apenas una parte, y no el todo vivenciado en el contexto del Consultorio en la Calle del municipio de São Paulo.

## Conclusión

Según la perspectiva de los profesionales entrevistados, la asistencia a la salud de las personas que vivencian situación de calle representa un tema de relevancia social, ya que sus condiciones de vida, marcadas por las innúmeras dificultades enfrentadas, como la forma de vivir, los obstáculos para acceder a los servicios de salud y la realización del tratamiento, las vuelven más vulnerables a la enfermedad, al abandono del tratamiento y al óbito por la TB. De esa forma, la situación de un equipo de profesionales sensibilizados para atender las necesidades específicas de ese grupo puede contribuir para el control de la enfermedad. Se considera, sin embargo, que la TB en ese grupo constituye un problema de salud y un desafío para los gestores y profesionales de la salud, que necesita ser profundamente investigado, para subsidiar la formulación, la implantación y la utilización de tecnologías de salud coherentes con la realidad de las personas que vivencian situación de calle.

Por lo tanto, se espera que los hallazgos de esta investigación susciten reflexiones importantes acerca de esta modalidad de atención, teniendo como foco la TB. Se destaca la contribución del estudio para el área de la Enfermería, visto como un campo relevante para la práctica profesional del enfermero en ese contexto, ampliando su campo de actuación y trayéndolo como articulador de la red de atención a la salud de las personas que vivencian situación de calle. Para ello, se hace necesario dar visibilidad al tema e invertir en la formación de profesionales que estén aptos a lidiar con una realidad compleja y permeada por aspectos biopsicosociales y espirituales inherentes al vivir en la calle.

## Referências

1. Silveira C, Ribeiro MCSA, Carneiro-Jr N, Barata RB. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. *Saúde Soc.* [Internet]. 2015 Apr/June [cited 2017 Jan, 10]; 24(1):219-32. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en\\_0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en_0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf)
2. Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas (BR). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Prefeitura de São Paulo. Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo. Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Prefeitura de São Paulo, São Paulo: Fipe/SMADS; 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/>

- upload/assistencia\_social/observatorio\_social/2015/censo/FIPE\_smads\_CENSO\_2015\_coletivafinal.pdf
3. Brasil. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)
  4. Feske ML, Teeter LD, Musser JM, Graviss EA. Counting the Homeless: A Previously Incalculable Tuberculosis Risk and Its Social Determinants. *Am J Public Health*. [Internet]. 2013 May [cited 2017 Jan, 21]; 103(5): 839-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698826/pdf/AJPH.2012.300973.pdf>
  5. Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 Sept/Oct [cited 2017 Nov, 21]; 50(5):809-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50/0080-6234-reeusp-50-05-0809.pdf>
  6. Ranzani O, Carvalho CRR, Waldman EA, Rodrigues LC. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. *BMC Med*. [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Nov, 19]; 14: 41. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-016-0584-8>
  7. Gupta V, Sugg N, Butners M, Allen-White G, Molnar A. Tuberculosis among the homeless-preventing another ouTBreak through community action. *N Engl J Med*. [Internet]. 2015 Apr [cited 2017 Nov, 19]; 372(16): 1483-5. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1501316>
  8. Munn MS, Duchin JS, Kay M, Pecha M, Thibault CS, Narita M. Analysis of risk factors for tuberculous infection following exposure at a homeless shelter. *Int J Tuberc Lung D*. [Internet]. 2015 May [cited 2017 Oct, 26]; 19(5): 570-5. Available from: <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/iatid/10273719/v19n5/s14.pdf?expires=1513861103&id=0000&titleid=3764&checksum=EF4FF4CB615EC56D925233EEB9F92A23>
  9. Janssens J, Wuillemin T, Adler D, Jackson Y. Screening for tuberculosis in an urban shelter for homeless in Switzerland: a prospective study. *BMC Infec Dis*. [Internet]. 2017 May [cited 2017 Nov, 19]; 17:347. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434587/pdf/12879\\_2017\\_Article\\_2449.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434587/pdf/12879_2017_Article_2449.pdf)
  10. Powell KM, VanderEnde DS, Holland DP, Haddad MB, Yarn E, Burns-Grant G, et al. OuTBreak of Drug-Resistant Mycobacterium tuberculosis Among Homeless People in Atlanta, Georgia, 2008-2015. *Public Health Rep*. [Internet]. 2017 Mar/Apr [cited 2017 Aug, 09]; 132(2): 231-240. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0033354917694008>
  11. Crisan A, Wong HY, Johnston JC, Tang P, Colijn C, Otterstatter M, et al. Spatio-temporal analysis of tuberculous infection risk among clients of a homeless shelter during an ouTBreak. *Int J Tuberc Lung D*. [Internet]. 2015 Sept [cited 2017 Dec, 06]; 19(9): 1033-8. Available from: <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/iatid/10273719/v19n9/s7.pdf?expires=1513861757&id=0000&titleid=3764&checksum=F8A-10D48ACFC5B484FC46D7D937A203C>
  12. Caregnato RCA, Mutti R. Qualitative research: discourse analysis versus content analysis. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2006 [cited 2018 May, 23]; 15(4): 679-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>
  13. Barata RB, Carneiro-Jr N, Ribeiro MCSA, Silveira C. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. *Saúde Soc*. [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov, 11]; 24(Supl 1): 219-32. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en\\_0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en_0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf)
  14. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Cienc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Nov, 11]; 21(8): 2595:2606. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en\\_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf)
  15. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. The street has a magnet, I think it is freedom: power, suffering, and life strategies among homeless persons in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *Saúde Soc*. [Internet]. 2014 Out/Dez [cited 2017 Nov, 11]; 23(4): 1248-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1248.pdf>
  16. Borysow IC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Nov, 11]; 48(6):1069-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1069.pdf>
  17. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. A Street Clinic in a state capital in Northeast Brazil from the perspective of homeless people. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2016 Ago [cited 2017 Nov, 11]; 32(8): e00070515. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00070515.pdf>
  18. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Cienc Saúde*. [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Jan, 19]; 21(8): 2595:606. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en\\_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf)
  19. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 May/June [cited 2017 Nov, 11]; 50(3): 442-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0442.pdf>
  20. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. *Interface*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov, 11];



- 18(Supl 1): 919-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0919.pdf>
21. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Health practices by teams from Street Outreach Offices. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 Abr [cited 2017 Nov, 04];30(4):805-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0805.pdf>
22. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2018 May 22]; 71(Supl 1): 684-92. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf)
23. Antunes CMC, Rosa AS, Brêtas ACP. From the stigmatizing disease to resignification of living on the streets. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov, 04]; 18:e1150. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/832781/33141-176242-2-pb.pdf>
24. Hallais JAS, Barros NF. Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2015 July [cited 2017 Nov, 11]; 31(7): 1497-1504. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>
25. Fiorati RC, Carretta RYD, Panúncio-Pinto MP, Lobato BC, Kebbe LM. Population in vulnerability, inter-sector cooperation and citizenship: interconnecting knowledge and actions. *Saúde Soc*. [Internet]. 2014 Oct/Dec [cited 2017 Nov, 11]; 23(4): 1458-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1458.pdf>

Recibido: 16.03.2018


Aceptado: 17.09.2018

---

Autor correspondiente:

Paula Hino

E-mail: paulahino@yahoo.com.br

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

**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.