



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TALITA MOSQUETTA MALESKI ALMEIDA

TUBERCULOSE: IMAGINÁRIO SOCIAL E
CONVERSAS DO COTIDIANO DO CONSULTÓRIO NA RUA

BRASÍLIA
2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Almeida, Talita Mosquetta Maleski
AT146t TUBERCULOSE: IMAGINÁRIO SOCIAL E CONVERSAS DO
COTIDIANO DO CONSULTÓRIO NA RUA / Talita Mosquetta
Maleski Almeida; orientador Wildo Navegantes de
Araújo; co-orientador Josenaide Engracia dos Santos.
-- Brasília, 2017.
99 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Acadêmico em
Saúde Coletiva) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. Tuberculose. 2. Consultório na Rua. 3.
Representação Social. 4. Discurso do Sujeito
Coletivo. I. de Araújo, Wildo Navegantes, orient.
II. dos Santos, Josenaide Engracia, co-orient. III.
Título.

TALITA MOSQUETTA MALESKI ALMEIDA

**TUBERCULOSE: IMAGINÁRIO SOCIAL E
CONVERSAS DO COTIDIANO DO CONSULTÓRIO NA RUA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Epidemiologia, Ambiente e Trabalho

Defendida e aprovada em 07 de abril de 2017.

Banca Examinadora composta pelos professores

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo - Presidente
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Ileno Izidio da Costa - Membro
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Silvia Maria Ferreira Guimarães - Membro
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Ximena Pamela Bermudez - Suplente
Universidade de Brasília

Ao meu esposo e filhos,
que fazem os meus dias cheios de vida.

A minha família e amigos,
que me incentivam a prosseguir.

Aos que somaram forças para que essa etapa fosse concluída,
me apoiando, incentivado e acreditando que seria possível.

AGRADECIMENTOS

Gratidão. Palavra que define a conclusão dessa etapa da vida. Concretização de um sonho que só foi possível ser realizado pois tive o privilégio de ter uma rede de apoio para enfrentar os desafios que surgiram durante o processo do mestrado, dentre eles a descoberta e tratamento de um câncer. Diante desta descoberta, momentos de incerteza e dúvida que foram apaziguados por essa grande rede de apoio especial que não me deixaram recuar. Pessoas que tornaram meus dias mais leves, principalmente quando o tratamento se tornou pesado, dias de quimio e radioterapia que fragilizam o corpo, mas que se tornaram mais tranquilos com o apoio recebido. Ainda continuo a jornada de tratamento, vivendo intensamente, aproveitando o grande presente divino da Vida e aproveitando as oportunidades que surgem para crescer.

Sou grata a Deus por encaminhar e guiar meus dias e passos, me sustentando em meio às adversidades. És o motivo da minha alegria e força para o meu viver. Obrigada por colocar em minha caminhada pessoas que somaram forças tornando possível a conclusão dessa dissertação.

Ao meu amor, Emerson, por acreditar em mim, pela parceria e companheirismo sempre presentes. Sem você eu não seria a Talita. Você me completa, é a soma que me faz feliz. Aos meus filhos, minha princesa Beatriz e meu príncipe Davi, por encherem meus dias de alegria e esperança. Sem vocês meus dias não seriam os mesmos. Vocês são o amor maior da minha vida, a energia que me recarrega quando estou fraca.

À minha família, em especial aos meus pais, Renato e Adanari, pelos ensinamentos de vida e apoio. Aos meus irmãos Queila e Jessé, pelo auxílio, disponibilidade e companheirismo. Aos meus cunhados Eliseu e Paulinha, pelo apoio e assistência; vocês são um presente na minha vida. Aos demais familiares e parentes, de perto e de longe, aqui não citados, mas que foram e são essenciais. Pelo amor, auxílio e otimismo em acreditar que seria possível.

Aos amigos pelo apoio sincero, carinho, auxílio e por me encorajarem a prosseguir em todos os momentos. Tenho os melhores amigos. Amigos, muitos como irmãos, presenteados pela vida, que dividem, acrescentam, multiplicam, que ficam preocupados, dão o ombro quando necessário, dão conselhos, brincam,

brigam mas sempre estão ao nosso lado. Obrigada por valorizarem meu esforço e torcerem para meu sucesso.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Wildo Navegantes Araújo, pela paciência e abertura em aceitar uma "pesquisa qualitativa". Por me apresentar novos caminhos de pesquisa e conhecimento de uma maneira muito serena e humana. Claro que não poderia ser diferente, vindo de um baiano. Ser baiana, ser orientada por dois baianos (orientador e co-orientadora) foi muito privilégio, oxente mainha!

Em especial agradeço a minha co-orientadora, Dra. Josenaide Engracia dos Santos, que desde a graduação tem me acompanhado e acreditado no meu potencial. Nossos encontros são mais que orientação acadêmica, são "compartilhação" de experiências, de amizade e fé. Seu jeito de ser é encantador. Sua disponibilidade em partilhar sua sabedoria e ensinamentos é contagiante. Sem sua ajuda não teria conseguido. Muito obrigada por fazer parte da minha vida!

Às alunas Brenda Machado e Shirley Farias que mesmo sem me conhecer somaram forças para que esse projeto fosse concluído.

Aos membros da banca, Dr. Ileno Izidio da Costa, Dra. Silvia Maria Ferreira Guimarães e Dra. Ximena Pamela Bermudez, por prontamente aceitarem participar deste momento, adicionando do amplo conhecimento de vocês comigo e aprimorando este trabalho.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, todos eles, pelos ensinamentos, diálogos, apoio e incentivo em todas as fases de construção desta dissertação. Em especial, à Prof. Dra. Inez Montagner que me convidou para ser aluna especial me inspirando a participar do processo de seleção do mestrado.

À equipe do projeto "Custos e Impactos das Estratégias de Controle de Tuberculose em População em Situação de Rua" que me apresentaram uma nova possibilidade de temática a ser trabalhada, em especial à Luciana Gallo por compartilhar e articular contatos, organizar ajudas e pela disponibilidade em sempre somar.

Agradeço aos colaboradores da SES-DF, sobretudo às equipes dos Consultórios na Rua, que se disponibilizaram em participar dessa pesquisa, doando parte do seu tempo, compartilhando suas experiências, colocando suas vozes e

falas para que um discurso pudesse ser construído, contribuindo assim para repensarmos o lugar da assistência a população em situação de rua.

Agradeço também à secretaria e aos colegas do PPGSC, sobretudo à Ione Barros e Edson Oliveira, que se tornaram amigos e parceiros fora da academia. Aos amigos que a academia nos presenteia, pelos auxílios e incentivo em produzir conhecimento, e que este seja capaz de contribuir para uma vida mais feliz. À Sandra Campelo pelas orientações e aulas, com você as normas, ABNT, parecem tão simples.

Uma rede de apoio construída com amor, presente em todos os momentos, sempre disponível a apoiar.

Enfim... Gratidão!

"A essência humana não é algo abstrato e imanente a cada indivíduo. É, em realidade, o conjunto das relações sociais."

Marx, 1994.

RESUMO

A Tuberculose (TB) é uma das doenças mais antigas da história, tratável e curável, porém ainda constitui a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos, principalmente entre a população em situação de rua (PSR). Para prestar assistência de saúde a essa população, foi implantado o Consultório na Rua (CnR). O CnR é formado por equipe multiprofissional que desenvolve ações compartilhadas e integradas às redes de atenção psicossocial nos diversos problemas e necessidades de saúde, sendo a TB um desafio desde o diagnóstico à adesão ao tratamento. O objetivo da pesquisa é compreender a percepção dos profissionais dos Consultórios na Rua do Distrito Federal acerca da tuberculose. Pesquisa qualitativa, tendo como eixo teórico conceitual as Representações Sociais. Como método foi utilizado o discurso do sujeito coletivo (Dsc), que consiste numa forma de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em discurso-síntese os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas. O cenário da pesquisa foi o CnR do Distrito Federal, e teve como participantes 17 profissionais de saúde. As atividades foram realizadas no período de 2015 a 2016. Foi utilizada entrevista semi-estruturada e analisada com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Para construção dos discursos foram utilizadas as figuras metodológicas: expressões-chaves (E-Ch); idéias centrais (Ics); discurso do sujeito coletivo (DSC). As E-Ch são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem o conteúdo; as ICs descrevem os sentidos, ou expressão linguística que revela e descreve o sentido presente nos depoimentos. Como discurso foram utilizadas expressões de medo e surpresa diante do desafio de produzir cuidado junto às pessoas em situação de rua. Discurso superficial, estigmatizado e cheio de preconceitos. O modelo de atenção é pautado no modelo biomédico e moralista. Ruptura de vínculos e redução de perspectivas colaboram com a não adesão ao tratamento. Para organizar o cuidado e assistência é necessário reconhecimento do território e da dinâmica das pessoas em situação de rua, bem como estratégias diversas, envolvendo a própria comunidade. Sensibilização e acolhimento representam um conjunto de atitudes que permeia o processo de trabalho da equipe do CnR e usuários para tecer uma relação de confiança. A questão da tuberculose está conectada com outras políticas,

demonstrando ao mesmo tempo ser um campo de possibilidades das práticas de saúde no território, que pode escapar da obrigação da homogeneização do social. É fundamental buscar estratégias de mudança da lógica tradicional de cuidado, colocando as práticas, as estratégias de ação e o cotidiano em análise como em permanente reflexão crítica. É importante integrar, agregar os saberes e fazeres de cada profissão, olhando a pessoa e não a doença, criando espaços para compartilhamento de experiências e vivências entre as equipes dos Consultórios na Rua.

Palavras-Chave: Tuberculose. Consultório na Rua. Profissionais de Saúde. Representações Sociais.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is one of the oldest diseases in history, treatable and curable, but still a challenge, being the largest cause of death due to infectious disease in adults, especially among the street population. In order to provide health care to this population, it was implemented the Street Health Clinic, which is formed by a multi-professional team that acts with the street population, developing shared and integrated actions to the psychosocial care network in the diverse problems and health needs where TB has been being a challenge from diagnosis to treatment accession. The aim of this research is to understand the perception of the professionals of the Street Health Clinic about tuberculosis in Distrito Federal. Qualitative research, in which the conceptual theoretical axis is the Social Representations. As a method, it was used the discourse of the collective subject , which consists in a way of representing the collectivity thought, adding in discourse-synthesis, discursive contents of similar meaning emitted by different people. The research scenario was the Street Health Clinic of Distrito Federal with 17 health professionals as participants. The activities were carried out in the period from 2015 to 2016. It was used semi-structured interview and it was analyzed by the Discourse technique of the Collective Subject. For the construction of the discourses, the methodological figures used were key expressions, central ideas, discourse of the collective subject. The key expressions are selected excerpts from the verbal material of each testimony, which best describes the content; the central ideas describe the meanings, or linguistic expression that reveals and describes the sense that is present in the statements. Expressions of fear and surprise were used on the challenge of producing care with street people and on the street. Tuberculosis's related to easy contagion and surrounded by stigma and fear. The model of care is based on the biomedical and moralistic model: superficial, stigmatized and full of prejudices. The relationship break and population perspectives reduction in street situation collaborate with the non- adherence to the treatment. To organize the TB care, it's necessary to provide diverse practices and technologies to the street population involving the community itself, recognizing the territory, the dynamics of street people and important information for strategies. Sensitization and hosting represent a set of attitudes that permeates the work process of the Street Health

Clinic team and users to establish a trustful relationship. The issue of tuberculosis is connected with other policies, while demonstrating that it is a field of possibilities for health practices in the territory, which can escape from the obligation of social homogenization. It is fundamental to look for changing strategies of the logical traditional care, putting into analysis and in permanent critical reflection the acts, strategies actions and the everyday life. It is important to integrate, add knowledge and duties of each occupation giving attention to the person and not to the disease, creating an environment of sharing experiences among the Street Health Clinic groups.

Key words: Tuberculosis. Street Health Clinic. Health Professionals. Social Representations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Ancoragens
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (ou SIDA)
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
Centro-POP	Centro de Referência Especializado de Assistência Social para População de Rua
CNEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisas
CnR	Consultório na Rua
DF	Distrito Federal
DOTS	Tratamento Diretamente Observado
Dsc	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões-Chaves
eCnR	Equipe de Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CEP- FEPECS/DF	Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FEPECS/DF	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
HRG	Hospital Regional do Guará
HRT	Hospital Regional de Taguatinga
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Ideias Centrais
Manual TB	Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNIS	Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNSPSR	Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua
PSR	População em situação de rua
RS	Representações Sociais
SEDEST	Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR	Situação de rua
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	24
1 PARADIGMAS DA TUBERCULOSE E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – BREVE REVISÃO.....	29
1.1 O LUGAR DA TUBERCULOSE E O DA ASSISTÊNCIA	29
1.2 DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO	31
1.3 CONSULTÓRIO NA RUA E TUBERCULOSE.....	37
2 PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA E REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA TUBERCULOSE.....	41
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 OBJETIVO GERAL	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
4.1 CENÁRIO DA PESQUISA.....	47
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	49
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	50
4.4 ANÁLISE DE DADOS	51
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	53
5 RESULTADOS.....	55
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL.....	55
5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE – DISCUSSÃO DOS CONSTRUCTOS	57
5.2.1 ECH Espanto e apreensão	58
5.2.2 ECH Busca ativa	60
5.2.3 ECH Doença como tabu e estigmatizante	62
5.2.4 ECH Capacitação	64
5.2.5 ECH Diagnóstico	66

5.2.6	ECH Tratamento.....	68
5.2.7	ECH Estratégias e tecnologias	72
5.2.8	ECH Organização de atendimento	74
5.2.9	ECH Mapeamento	77
5.2.10	ECH Sensibilizar e acolher	79
6	DISCUSSÃO	81
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	95
	APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA	97
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	98

INTRODUÇÃO

"A compreensão do mundo se dá a partir de um estoque de experiências pessoais." (SHUTZ, 1979)

A Tuberculose (TB), é uma das doenças mais antigas da história, tratável e curável, mas ainda um desafio nos dias de hoje. Para se ter um panorama, estudos epidemiológicos afirmam que a TB é a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos e a segunda causa mundial de mortalidade. Anualmente são notificados cerca de seis milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito (BRASIL, 2014).

O Brasil apresenta uma situação crítica no cenário mundial, situando-se entre os 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo ocupando a 17ª posição em relação ao total de números de casos. Em 2011, o país apresentou um coeficiente de incidência de 36/100.000 habitantes (BRASIL, 2013). Em 2013, o Brasil diagnosticou 71.123 casos novos de tuberculose, perfazendo um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes (BRASIL, 2014).

Com relação ao cuidado da tuberculose, os fatores limitantes da ação da saúde estão associados com as situações precárias de vida da população, com a exclusão social e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Para enfrentar a situação da TB o Brasil tem implementado programas específicos de tratamento como a criação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), integrado a um novo modelo de atenção, com foco no paciente e no serviço que o atende (HIJJAR et al, 2007).

Os serviços que integram o cuidado a tuberculose têm como objetivo o alcance de adesão ao tratamento por parte das pessoas. Para tanto se ampliou o tratamento, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que expandiu o acesso da população de rua aos serviços de saúde (BRASIL, 2016), com a implementação dos Consultórios na Rua (CnR), em 2011.

A população em situação de rua (PSR) é conceituada como grupo populacional heterogêneo, constituído por pessoas que têm em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, vínculos

familiares fragilizados e a não referência de moradia regular (BRASIL, 2012). Trata-se, portanto, de população que padece de vários agravos e doenças, de dificuldade de acesso a locais para higiene pessoal, propícia a infestações (como piolhos de corpo, de cabeça e escabiose) e a outra doença, preocupante, a tuberculose, doença com elevada taxa de incidência e também de abandono do tratamento (BRASIL, 2012, p. 58).

A tuberculose integra também o elenco das doenças negligenciadas, ou seja, das que não mereceram investimento de parte dos programas de atenção e tratamento. É interessante observar que as chamadas doenças negligenciadas coincidem com as que afetam principalmente o que chamaríamos de populações negligenciadas, as que fazem parte das margens das cidades globais dos diversos países: populações de rua, populações encarceradas, usuários de drogas, trabalhadores do mercado sexual, etc., ou seja, populações de difícil acesso a ações de saúde pública (ADORNO, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que uma das principais causas da gravidade da situação da tuberculose é a desigualdade social, que contribui para o maior risco de infecção. Das diversas populações, a de rua é mais vulnerável (TB, 2014), principalmente devido ao difícil acesso às ações de saúde pública (ADORNO, 2004). Neste sentido, o tratamento dessa doença exigiu a formulação de políticas públicas de saúde particulares para tal população, em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial, garantindo-lhe o acesso dessa a outras possibilidades de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os CnR instituídos e implementados pela Política Nacional de Atenção Básica, integram a Rede de Atenção Psicossocial, que enfrenta os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua (FERREIRA, 2005). Essa política é ainda reforçada pelas diretrizes de cuidado à saúde da pessoa em situação de Rua (PSR) como grupo que possui em comum a pobreza extrema, universo que constitui o cotidiano dos profissionais do consultório na rua.

De acordo com Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), a população em situação de rua é colocada em prioridade de atenção devido às suas características e pelo fato de ser mais vulnerável à TB. O atendimento segue diretrizes específicas como as da Política Nacional para Inclusão Social da

População em Situação de Rua (PNIS), que preconiza estratégias para que essa população possa ser alcançada nas ações de saúde, sendo fundamental que os profissionais que atuam junto a esse público tenham sensibilidade em lidar com o contexto de exclusão, o preconceito e o estigma a que está sujeita essa população (BRASIL, 2008), além de ser capaz de estabelecer vínculos e assumir pressupostos como: despojamento, empatia, capacidade de compreender sem julgar, respeito, estabelecendo ações efetivas no controle da tuberculose (BRASIL, 2012).

O Distrito Federal, adotou a estratégia de Consultórios na Rua em janeiro de 2012, que inclui a atenção à tuberculose como parte de estratégias do SUS, em um modelo racionalizador e pragmático de atenção a partir de sua especificidade. Os CnR são formados por equipes multiprofissionais, compreendendo as seguintes especialidades: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012b), que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua in loco (FERREIRA, 2005). Embora lidando com os diferentes problemas e necessidades de saúde, particular destaque é aqui conferido à tuberculose.

O trabalho do Consultório na Rua caracteriza-se pelo uso de tecnologias leves, como o acolhimento, o vínculo, o cuidado como maneira de se comunicar com o sujeito para produção de um projeto terapêutico (MERHY, 2002). A estratégia utilizada pelos profissionais do CnR com pessoas com TB deve utilizar de criatividade, horizontal e interdisciplinar, com destaque para o diálogo junto ao paciente para atendimento de suas necessidades. O diálogo é fundamental. Envolve uma condição biopsicossocial de parte da equipe do consultório, como processo dinâmico que permite que os moradores de rua partilhem suas experiências, suas opiniões e sentimentos, assim como reconheçam os potenciais e as limitações das ações diante da tuberculose.

A prática desses profissionais é dotada de significados e portadora de estruturas significativas da cotidianidade. Para Shutz (1979), a compreensão do mundo se dá a partir de um estoque de experiências pessoais. Para compreender as experiências, opiniões, sentimentos e diálogo dos profissionais do consultório na rua, as representações sociais são uma maneira específica de entender e interpretar a realidade (MOSCOVICI, 2003), percebida como modalidade de conhecimento

prático, orientada à comunicação e à compreensão do contexto social em que vivemos. São campos socialmente estruturados por meio da comunicação, a fala.

A fala dos profissionais do CnR revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, as representações de determinados grupos em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (BOURDIEU, 2002). Daí a importância de investigar a palavra dos profissionais dos CnR, que retrata a comunicação da vida cotidiana quanto a aspectos específicos, como a tuberculose. Sendo assim, pensamos que suscitar o questionamento relativamente à discussão da relação entre representações sociais da tuberculose e práticas de cuidado entre os profissionais do CnR poderá contribuir com saberes e práticas, haja vista que estas elaborações não se constroem no vácuo existencial, mas na interação entre a pessoa e o grupo. Lukács (1979) concorda que nas consciências individuais se expressa a consciência coletiva, pois o pensamento individual se integra ao conjunto de vida social pela análise da função histórica das classes sociais.

Para compreender o universo dos profissionais do CnR foram utilizadas as representações sociais que se manifestam em palavras, sentimentos e condutas, e daí se institucionalizam; portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão de estruturas e comportamentos sociais (GUARESCHI; JOVCHELOVITHCH, 2013, p. 90). Sua mediação é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e de interação social.

A pesquisa qualitativa dá consistência às questões, tanto individual quanto coletivamente, abrangendo um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, num espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2012). Nesse panorama, é importante entender qual é o perfil dos profissionais do consultório na rua; quais as suas representações sociais acerca da tuberculose; de que maneira a relação entre as representações sociais se refletem nas práticas de cuidado; como tais representações se refletem na assistência à tuberculose.

Inúmeros são os desafios por eles enfrentados no manejo com a doença que vão desde o diagnóstico a adesão ao tratamento. Em função de tais questões, o

objetivo da pesquisa é compreender a percepção dos profissionais dos Consultórios na Rua do Distrito Federal acerca da tuberculose.

1 PARADIGMAS DA TUBERCULOSE E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – BREVE REVISÃO

"Tuberculose - sendo ainda a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos e a segunda causa mundial de mortalidade. Anualmente são notificados cerca de seis milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito." (BRASIL, 2014).

1.1 O LUGAR DA TUBERCULOSE E O DA ASSISTÊNCIA

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) – bacilo de Koch (BK) - rapidamente morto por calor, secagem, luz solar e raios ultravioleta (TIBAYRENC, 2007). Ocorre com maior frequência em adultos jovens e geralmente afeta o pulmão mas pode afetar outros órgãos também (ROSEMBERG, 1999; FARGA; CAMINERO, 2011). A tuberculose pulmonar é a forma mais frequente e mais relevante para a saúde pública, pois, é responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença (BRASIL 2011a).

Historicamente há indícios que a tuberculose afeta a humanidade há pelo menos 8.000 anos. De acordo com Farga e Caminero (2011), esta doença só aparece claramente identificada na época de Hipócrates (460-370 a.C.), responsável por atribuir o termo “*tisis*” à doença.

A tuberculose perpassa duas visões na história: a de uma visão romântica da doença — do amor transformado, e a da degeneração do indivíduo. A visão do tuberculoso, no primeiro caso, estava associada à ideia de sensibilidade às artes, ao amor, ao refinamento dos sentimentos e passou a ser, no século XIX, uma forma valorizada de estética (GONÇALVES, 2000), ou seja, uma doença associada ao mal social, que se manifestava por fraqueza ou emagrecimento extremo, tísica, ou peste branca. Enfatizando a tísica, Hipócrates foi o primeiro a ordenar os conhecimentos sobre a doença, referindo-se a ela como a “tísica”, definindo-a como “doença de emagrecimento extremo”, de caquexia, e clinicamente caracterizada por febre, tosse, expectoração (ALMEIDA; ROCHA, 1995, p.24 - 25). Naquela época, não havia métodos diagnósticos, nem terapêuticas eficazes para combater a tuberculose (GONÇALVES, 2000).

Até o final do século XIX, acreditava-se que a tuberculose estivesse ligada a hereditariedade e a condições de vida, como a habitação e o trabalho. Contudo, a teoria mais corrente definia a tuberculose como uma doença "da constituição"; ou

seja, nascia-se com o organismo predisposto à moléstia ou com ela (VIEIRA, 2012, p. 24).

A partir do século XX, no entanto, diminui a associação entre tuberculose e a visão romântica da doença. A mesma passa a ser considerada doença grave devido à sua persistência e contágio, particularmente entre as pessoas excluídas socialmente. O significado ficou focado como mal social, o que reverbera até os dias atuais. Mesmo sendo um mal social, a descoberta do bacilo de Koch colaborou na mudança da visão sobre a tuberculose, que passou a ser percebida no modelo biomédico, associada a um agente infeccioso específico. Gonçalves relata:

Com a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, a tuberculose foi pensada como causa de uma série de associações, que permitiam maior infecciosidade e conseqüente disseminação. Na saúde pública em geral, as descobertas dos agentes causadores das doenças desordenavam a visão até ali mantida da dinâmica e dos tratamentos das enfermidades. Além disso, alteraram-se as relações do indivíduo (agora doente) e do seu grupo (cuidados, medos em relação ao doente); modificaram-se as concepções, as representações da doença, enquanto responsabilidade e controle individual e social. O indivíduo era o agente hospedeiro e transmissor da tuberculose, era ele quem passava adiante a doença, porém retirou-se dele a isenção da carga genética e constitucional. Modificaram-se as políticas de saúde, conferiram-se poderes e responsabilidades cada vez mais abrangentes à medicina: controlar em nome do bem social (GONÇALVES, 2000, p. 1).

A tuberculose, enquanto doença infectocontagiosa, teve enfatizado o caráter biológico com base no saber científico. Todavia, como afirma Gonçalves (2000), não basta apenas conhecer seu agente causador; é necessário haver uma estrutura física, econômica e pessoal para combatê-la, pois os economicamente menos favorecidos têm maior chance de contrair a enfermidade. Isto remete ao conceito de doença social, com base nas condições dos pobres e trabalhadores, devido à má distribuição de renda e à "pobreza". Quanto maior a desigualdade social, maior o risco de aumento de prevalência de tuberculose (BURKER, 2011; TERRA; BERTOLOZZI, 2008). Ou seja, existe uma relação direta entre exclusão social e tuberculose.

A doença, até a passagem para o século XXI, era considerada endêmica nos países em desenvolvimento, o que significava falta de investimento em formas de combate à doença. A falha em sua erradicação fez com que a OMS em 1993, declarasse a luta contra a tuberculose como uma emergência global. Para tanto, a

instituição se baseou em três aspectos; caracterizar os doentes, de forma a ser aplicado o esquema terapêutico mais ajustado; levar em conta a localização das lesões e, finalmente, confirmar o passado clínico do paciente e o resultado do exame direto na expectoração (ANTUNES, 2000).

Outro recorte importante a ser considerado da TB quanto ao aspecto social envolve preconceitos e estigmas. A tuberculose vem acompanhada de preconceitos e estigmas, carrega uma relação estreita com a pobreza e a exclusão, sendo denominada “a praga dos pobres”, dada sua íntima relação com condições precárias de vida, moradias insalubres, falta de higiene e alimentação deficiente, elementos observados na população mais acometida (SHEPPARD, 2001). E também por estar associada a conduta desregrada e amoral (GONÇALVES, 2000, p. 304), o que implica em estigma definido por Goffman (1988) como atributo indesejável ou depreciativo aos olhos da sociedade, podendo ser uma marca física ou social de conotação negativa. Condição que remete às pessoas que vivem em situação de rua, por conta da pobreza extrema, da alimentação precária, da inexistência de moradia e da utilização de logradouros públicos, cenário que vai fomentar a criação dos consultórios na rua para acolhimento, prevenção e tratamento da TB.

1.2 DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO

O diagnóstico dos casos de tuberculose e terapia efetiva são ações essenciais para o seu controle. Esforços devem ser feitos para encontrar o paciente, e oferecer-lhe tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença (BRASIL 2011a; WHO 2015c). Para o diagnóstico de TB, o método mais utilizado no Brasil é a baciloscopia de escarro - ou pesquisa direta de BAAR. Muito utilizado por ser rápido, realizado em menos de 1 hora, e de baixo custo, em comparação às técnicas moleculares, ou outras técnicas diagnósticas (BRASIL, 2011a; MELLO, 2012).

Para confirmação do diagnóstico de TB pela baciloscopia, recomenda-se que sejam realizadas duas coletas, uma a cada dia consecutivos. As duas amostras permitem identificar entre 50 e 80% dos casos, porém o resultado negativo em ambas amostras não descarta o diagnóstico, devido à sua baixa sensibilidade (FARGA; CAMINERO, 2011; BRASIL, 2013).

A cultura do escarro é uma outra maneira de diagnóstico da tuberculose. Este método possibilita uma certeza diagnóstica maior, sendo considerado válido para o acompanhamento do paciente e para assegurar a cura. Esta técnica permite identificar a espécie de microbactéria, tal como realizar estudos de sensibilidade às drogas (BRASIL 2001; MELO; FOCACCIA, 2002; WHO, 2002). A técnica de cultura do escarro é mais sensível que a baciloscopia, e aumenta o diagnóstico em aproximadamente 20% dos casos. Entretanto, a cultura dos bacilos em meio sólido exige um grande tempo para realização, podendo levar até 60 dias para liberação de um resultado, exigindo uma boa infraestrutura laboratorial.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (PNCT/MS) recomenda que a cultura do escarro seja realizada em algumas situações: (i) paciente com sintomas relacionados à TB e baciloscopia repetidamente negativa; (ii) contatos de casos de TB resistente à medicamentos; (iii) casos de retratamento de tuberculose; (iv) pessoas com dificuldade de coleta da amostra (crianças, idosos); e (v) grupos populacionais mais vulneráveis como: pessoas em situação de rua, privadas de liberdade, indígenas, infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou profissionais da saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2013).

Outra maneira de diagnóstico é a radiografia (Raio-X) de tórax, sendo uma das técnicas diagnósticas mais sensíveis para o diagnóstico da TB pulmonar e, dentre os exames de imagem, o mais comumente aplicado. Através do RX é possível fazer a diferenciação de imagens sugestivas de TB pulmonar ou de outra doença de sintomatologia respiratória. O resultado não sugestivo da doença pode acontecer ainda que a pessoa esteja acometida por TB pulmonar ativa, principalmente em casos de imunodepressão severa, como infecção por HIV (CAPEWELL et al. 1986; FARGA; CAMINERO, 2011; MELLO, 2012). Outro exame diagnóstico por imagem que pode ser realizado é a tomografia computadorizada do tórax.

No Brasil o diagnóstico muitas vezes é clínico, ou seja, sem confirmação microbiológica. Isso se dá em virtude da baixa sensibilidade da baciloscopia, e dificuldade em ter os resultados de uma cultura microbiológica e do acesso aos outros métodos diagnósticos. Outros sinais e sintomas além da tosse devem ser

investigados, sendo importante uma investigação individualizada e valorização da situação epidemiológica dentro de critérios e parâmetros de prevalência locais ou da população em questão. O Brasil tem mais de um terço dos novos casos notificados sem confirmação diagnóstica laboratorial (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013).

Ainda é possível a prevenção do adoecimento, sendo esta uma importante ferramenta no controle da TB. Baseada em três pilares: a vacinação, a busca de casos e a quimioprofilaxia (ANGARICA; GUANCHE 2015). A vacinação intradérmica com vacina viva atenuada (BCG- bacilo de Calmette-Guérin) é utilizada para reduzir o risco de contração da TB e prevenção de formas graves da doença (BRANCH,1928; MYERS,1951; BREWER, 2000; MICHELSEN et al. 2014).

No Brasil, a prevenção da doença inclui a vacinação com BCG em crianças de até quatro anos - preferencialmente em menores de um ano de idade. Sendo obrigatória para crianças menores de um ano (BRASIL, 1977; BRASIL, 2011a). Indivíduos infectados com o bacilo tuberculoso atenuado (utilizado na vacina BCG) desenvolvem imunidade específica e persistente devido às substâncias imunogênicas (KARAWI et al. 1995; TOSCANO, 2004). Outras medidas utilizadas são a quimioprofilaxia (prevenção pós-exposição) primária ou secundária com Isoniazida e o controle de contatos (BRASIL, 2005; SAMPAIO et al. 2012; BRASIL, 2011a).

A interrupção da cadeia de transmissão é avaliada como a melhor estratégia de prevenção da doença. Eliminação dos focos de infecção da comunidade, com identificação precoce e tratamento completo dos casos bacilíferos, devendo ser iniciado o mais precocemente possível. Sem tratamento, uma pessoa com tuberculose ativa nas vias pulmonares infecta entre 10 e 15 pessoas, em média (TOSCANO, 2004; SAMPAIO et al, 2012; ANGARICA; GUANCHE, 2015).

Os esquemas de tratamento brasileiros são padronizados desde 1979 pelo Ministério da Saúde. O tratamento de pacientes bacilíferos representa atividade prioritária dos programas de controle da tuberculose. No intuito de interromper a cadeia de transmissão, deve ser realizado em todos os casos diagnosticados, esquemas terapêuticos eficazes e com fármacos de baixa toxicidade, que devem ser administrados de forma regular por um período variável, que geralmente é entre 6 a

12 meses (BRASIL, 1988b; BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a).

O SUS disponibiliza gratuitamente os medicamentos nas unidades de saúde brasileiras. Os esquemas são padronizados e estão disponíveis em kits liberados após a notificação. Trata-se de medicação combinada em comprimidos, de uso diário (COXCIP-4[®]/ RHZE) (SAMPAIO et al, 2012; BRAGA;TRAJMAN,2015). A escolha do esquema a ser utilizado depende do tipo de entrada do paciente e, para tratamento de TB pulmonar pelo SUS, podem ser utilizados três esquemas diferentes.

A realização do tratamento, na maioria dos casos, é aconselhável que seja em nível ambulatorial, pois proporciona maior conforto ao paciente, tem efetividade comparável ao tratamento hospitalar, representando um menor custo para o sistema de saúde. A hospitalização deve ser indicada apenas para casos especiais, com seu período limitando-se ao mínimo necessário para atender as razões que determinaram a sua internação. Quando internados, os pacientes bacilíferos devem ser colocados em área de isolamento respiratório, até a negatificação do escarro (no mínimo por duas semanas) (BRASIL, 2011a; SAMPAIO et al, 2012).

São considerados casos especiais de acordo com o MS: (i) intolerância aos medicamentos anti-TB incontrolável em ambulatório; (ii) meningoencefalite tuberculosa; (iii) intercorrências relacionadas ou não à TB que necessitem de cuidados em unidade hospitalar; (iv) estado geral que não permita tratamento ambulatorial; (v) casos em situação de vulnerabilidade social como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multirresistência (BRASIL, 2011a).

O uso irregular de medicamentos e o abandono do tratamento são as maiores dificuldades encontradas no tratamento da TB. Com o desaparecimento dos sintomas, ou pelos seus efeitos adversos os pacientes tendem a suspender o tratamento, até pela falta de orientação. Diante disso, o paciente deve ser acompanhado, informado, apoiado e incentivado pela equipe de saúde durante todo o tratamento. Visitas domiciliares são recomendadas como estratégia de incentivo à manutenção do tratamento (DAVIDSON et al, 2000; TULSKY et al, 2004; BRASIL, 2011a; GÄRDEN et al, 2013)

Para tratamento é utilizada a estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TDO) - ou Tratamento Supervisionado (TS), ou DOTS (em inglês, Directly Observed Treatment Short Course). A recomendação do Ministério da Saúde é utilização do TDO na tentativa de reduzir o problema de uso irregular e abandono do tratamento, o que pode contribuir para aumentar a adesão ao tratamento (BRASIL, 2011a).

A Organização Mundial de Saúde, desde 1994, recomenda a estratégia de TDO (ou DOTS) como prioritária para o controle da TB, sobretudo em países com alta incidência da doença, com o objetivo de detecção de 70% dos casos e para alcançarem 85% a cura dos casos diagnosticados (WHO, 2002; WHO, 2005). Nas Américas esta estratégia foi implantada a partir de 1996 (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

De acordo com a OMS, a proporção de cura de pacientes com baciloscopia positiva, quando utilizado o TDO é maior, e a taxa de abandono menor, em comparação aos esquemas terapêuticos auto-administrados (WHO, 2002; WHO, 2005). Esta estratégia contempla cinco elementos considerados fundamentais: (i) compromisso governamental em relação à necessidade de controle da enfermidade; (ii) diagnóstico pela baciloscopia de escarro; (iii) tratamento de curta duração sob supervisão; (iv) suprimento ininterrupto de drogas; (v) sistema de informação e registro, que permite acompanhar o rendimento do programa e a evolução dos pacientes (WHO, 2003).

No Brasil o TDO foi adotado em 1998 (WHO, 2005) o que contribuiu para o aumento da busca e adesão ao tratamento (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010). Existem registros que o tratamento supervisionado já era realizado por profissionais de saúde na década de 60 (RUFFINO-NETTO, 2002). De qualquer maneira, a utilização do TDO é crescente em todo território brasileiro, sendo estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde (OLIVEIRA et al, 2013; SAMPAIO et al, 2012).

A supervisão da ingestão dos medicamentos deve ser realizada em local de escolha do paciente, podendo ser realizada por um trabalhador de saúde, ou familiar, devidamente orientado para esta atividade (TOSCANO, 2004; SAMPAIO et al, 2012). Hoje em dia entende-se que a estratégia TDO não é suficiente para

solucionar o problema da TB (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2009), no entanto esta é a principal estratégia adotada pelo país (TERRA; BERTOLOZZI, 2008; BRASIL, 2011a).

O tratamento da tuberculose (pulmonar) tem duração de no mínimo 6 meses, sem interrupção. Já o tratamento da tuberculose multirresistente a medicamentos a duração pode ser de até dois anos ou mais (FARGA; CAMINERO 2011; BRASIL, 2011a).

Outra aspecto importante sobre a TB se dá na forma de notificação da doença, que é um dos aspectos fundamentais no controle da doença. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) criado em 1993, sendo regulamentado em 1998, tornou obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal. Este sistema tem como objetivo, a coleta e processamento dos dados sobre doenças e agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. Atualmente, o SINAN, é a principal fonte de dados para a vigilância da tuberculose (BRAGA, 2007; BRASIL, 2007; LAGUARDIA et al, 2004; OLIVEIRA et al, 2013).

No SINAN, a entrada de dados ocorre principalmente pela Ficha Individual de Notificação (FIN), preenchida no momento em que o paciente chega a uma unidade de saúde e existe a suspeita da ocorrência de um agravo de saúde de notificação compulsória (MAGALHÃES; MATO; MEDRONHO,2014), a dificuldade é que as pessoas em situação de rua muito raramente buscam as unidades de saúde, o que compromete a qualidade dos dados. A presença do Consultório na Rua vem para viabilizar um olhar mais atento por parte dos profissionais de saúde, para as pessoas em situação de rua que estão em adoecimento por tuberculose e tornar os dados mais fidedignos do SINAN, na medida que, essas pessoas começam a comparecer as unidades de saúde.

1.3 CONSULTÓRIO NA RUA E TUBERCULOSE

O Consultório na Rua é fruto de uma experiência realizada em Salvador/BA, no ano de 1999. Ideia proposta pelo psiquiatra e professor Antônio Nery Filho, que teve como eixo principal a integralidade da atenção à saúde das pessoas de rua, em seu próprio contexto de vida. A experiência foi concretizada pela primeira vez na cidade de Salvador no ano de 2004 (OLIVEIRA, 2009).

O Ministério da Saúde, no ano de 2009, propôs o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD), e também no Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack, em 2010. (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012). Entretanto, o Consultório de Rua teve seu escopo ampliado em 2011, quando ocorreu uma mudança que alterou o nome e a política dos Consultórios de Rua, ou seja, deixou de ser Consultório de Rua para ser Consultório na Rua (CnR), tornando-se um equipamento da rede de atenção básica do SUS.

O CnR foi instituído pela PNAB, em 2011, e visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, propondo, de maneira mais oportuna, atender às suas demandas e necessidades de saúde, principalmente com relação à tuberculose, doença grave e que requer criatividade da equipe para conseguir adesão ao tratamento (BRASIL, 2011).

No Brasil, a TB ainda é um sério problema da saúde pública, reconhecido pelo governo brasileiro. Para combater esse mal, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está integrado à rede de Serviços de Saúde. Todavia, é bom ressaltar que a população a que se destina está mais predisposta e vive em situação que favorece o estabelecimento da tuberculose, circunstância que, de certo modo, impôs a implementação de uma Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências, instituída pelo Decreto Presidencial no 7.053, de 23 de dezembro de 2009 que tinha entre seus objetivos assegurar os cuidados de saúde para essa população, por meio da atenção básica.

A TB foi definida como prioridade nas políticas públicas do Ministério da Saúde, que adotou o TDO como estratégia para detectar pelo menos 70% dos casos bacilíferos estimados, e de cura de pelo menos 85% dos casos tratados, em conformidade com as metas propostas pela OMS (SANTOS, 2007). A expansão das ações de controle para 100% dos municípios foi definida no âmbito da atenção primária à saúde, determinação segundo a qual gestores municipais e estaduais devem agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da TB que incluem o cumprimento da estratégia TDO (RODRIGUES et al, 2007).

A atenção básica vem para consolidar as ações do PNCT, oferecendo o tratamento nas unidades de saúde, incluindo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), reforçada pelo Consultório na Rua instituído pela PNAB em 2011, e visa a ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, ampliando o acesso às ações de saúde; realizando abordagem de problemas em equipe interdisciplinar e integrando atividades de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde por meio da equipe de Consultório na Rua.

A organização das Equipes dos Consultório na Rua foi publicada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 122 2, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCnR), como porta de entrada das PSR, pois os mesmos carregam uma diversidade de problemas que requerem cuidado em saúde em diversas partes: problemas dermatológicos nos pés; uso abusivo de substâncias psicoativas; transtorno mental; diabetes; hipertensão, hanseníase e tuberculose.

Para o cálculo do número máximo de CnR por município o parâmetro utilizado é de uma equipe para cada 80 a 100 pessoas em situação de rua. Municípios com mais de 300 mil habitantes, como no caso do Distrito Federal, o cálculo do teto máximo das equipes de Consultórios na Rua os dados foram extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social de 2008 e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em Situação de Rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos em 2011. Municípios com população entre 100 – 300 mil habitantes, a base de estimativa da PSR foi realizada a partir do índice encontrado nas pesquisas citadas

acima, população em situação de rua e ponderado por estado. Para o Distrito Federal ficou fixado no máximo 3 equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2011a).

Quanto à tuberculose, existem poucos dados disponíveis sobre a população em situação de rua que nos permitam traçar com clareza o perfil de adoecimento e/ou de suas representações sobre os processos de saúde e doença. Por meio dos estudos já realizados, porém, bem como de depoimentos desse grupo social e de técnicos que trabalham junto a ele, estima-se que se trate de um grave problema, com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento. Esta população é considerada pelo Ministério da Saúde como um grupo de elevada vulnerabilidade (BRASIL, 2012b).

Segundo a OMS, 80% do total de casos de TB no mundo se concentram em 22 países. O Brasil, sozinho, na América, ocupa a 18ª colocação entre os 22 países com casos de tuberculose, sendo priorizado pela OMS para controle da TB. As Regiões Norte, Nordeste e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas de incidência da doença (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007). De acordo com o Ministério da Saúde, em 2014 foram notificados 67.966 casos novos de TB, em todas as regiões do país (BRASIL, 2015c).

O CnR vem como dispositivo de atenção às pessoas em situação de rua, tendo como objetivo alcançar esta população e minimizar as resistências de tratamento à tuberculose pois a doença requer um prazo extenso para tratamento eficaz (BRASIL, 2011), que na atenção básica se faz por meio do consultório na rua nas suas três modalidades I, II e III (BRASIL, 2011a):

- Modalidade I: equipe formada minimamente por 04 profissionais sendo 02 profissionais de nível superior e 2 de nível médio, excetuando-se o profissional médico;
- Modalidade II: equipe formada minimamente por 06 profissionais sendo 03 de nível superior e 03 de nível médio, excetuando-se o profissional médico;
- Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Em qualquer das modalidades, os profissionais terão desafios relacionados ao contexto de grande desigualdade social e de deficientes condições em que vivem grandes parcelas da nossa população (RODRIGUES et al, 2007).

Os Consultórios na Rua no Distrito Federal foram implantados em 2012, com foco na saúde integral da população em situação de rua. Os serviços ofertados visam atender às necessidades em saúde desta população que, por preconceito, discriminação ou mesmo por falta de conhecimento não procuram os serviços disponíveis. As ações disponibilizadas incluem atendimento compartilhado com a rede, sensibilização dos parceiros para que se sintam corresponsáveis e partícipes deste objetivo em melhor atender à população em situação de rua. As atividades das equipes incluem a busca ativa, que consiste na procura por pacientes fora do consultório, cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Os profissionais desempenham as ações de forma itinerante, desenvolvendo atividades de forma integrada com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com os serviços de Urgência e Emergência e com outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013). O Distrito Federal possui três equipes de Consultório na Rua localizada nas Regiões Administrativas: Brasília (Plano Piloto), Ceilândia e Taguatinga.

2 PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA E REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA TUBERCULOSE

"A representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos." (MOSCOVICI, 1978)

A representação social estabelece uma síntese teórica entre fenômenos que, em nível de realidade, estão profundamente ligados. A dimensão cognitiva, afetiva e social está presente. Diz respeito à construção de saberes sociais; nessa medida, envolve a cognição, ou uma teoria significativa para viver em sociedade, porque engloba explicações, ideias e manifestações culturais que caracterizam determinada sociedade.

A primeira base teórica do conceito foi elaborada por Serge Moscovici, em 1961, quando utilizou estudos na área de psicanálise para chegar às suas conclusões. Para Moscovici (1978), a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. Dessa forma, acredita-se que este referencial teórico contemple os objetivos propostos neste estudo, permitindo analisar as representações sociais dos profissionais do consultório na rua com relação à tuberculose (MOSCOVICI; MARKOVA, 1998).

As enfermidades em geral, inclusive esta, têm constituído um cenário diferenciado para as pesquisas sobre representações sociais. Para a tuberculose não seria diferente. Segundo Herzlich (1991), a representação social dá sentido a uma doença que os sujeitos representam e também lhes orienta a conduta. Isto acontece, segundo Moscovici e Markova (1998), por conta das comunicações em geral, com as quais se elaboram os conhecimentos de senso comum. É importante ressaltar que as representações sociais não apenas estão expressas nos discursos de senso comum, mas também são encontradas nas ciências, nas religiões e em outras tantas formas de conhecimento compartilhado, inclusive nas práticas de profissionais de saúde. Para Gomes, Mendonça e Pontes (2002), a representação social da doença se inscreve em uma experiência humana que possui uma série de significados.

Compreender a tuberculose é associá-la à forma como as pessoas e os grupos sociais assumem a situação da doença ou nela se situam, e tem relação com representações sociais que vão além do trabalho individual do psiquismo e emergem como fenômeno necessariamente colado ao tecido social, portanto as representações sociais sobre a tuberculose têm uma função enorme na maneira como atuamos em relação a ela. Não podemos esquecer a importância de considerar, segundo Dantas et al (2014), o pensamento social é constituído de senso comum e da visão de mundo, individual e coletiva. A dinâmica de interação entre os sujeitos pode determinar as suas práticas sociais de acordo com o que fabricamos ou herdamos.

As doenças estão incluídas num processo cotidiano que faz com que sejam percebidas como componente da realidade e parte das experiências reais das suas vivências. Na verdade, as experiências estão embebidas na comunicação e nas práticas sociais por meio de diálogos, discursos, rituais, padrões de trabalho, produção, arte, em suma, da cultura. Tais processos, reconhecidos com processos de comunicação, estabelecem a mediação entre o mundo de perspectivas diferentes. O trabalho é mediação entre necessidades humanas; o material bruto da natureza, ritos, mitos e símbolos, são mediações entre a alteridade do mundo, frequentemente misterioso, e o mundo da intersubjetividade humana. Todos numa ou outra medida à procura de sentidos e significados que marcam a existência humana no mundo (GUARESCHI; JOVCHELOVITHCH, 2013, p. 68).

Destaca-se que as representações sociais são valiosas para a abordagem das eCnR no cuidar da tuberculose, pois possibilitam, de acordo com Dantas et al (2014), a apreensão dos processos de construção do significado social do objeto nas relações cotidianas dos sujeitos, permitindo a elaboração de um saber prático junto a valores, normas, crenças e memórias partilhadas e conhecimento científico traduzido em representações profissionais. As práticas cotidianas da equipe de consultório na rua são influenciadas por suas percepções da tuberculose por meio de construções, representações e estereótipos contidos na subjetividade dessas associações.

Autores relatam a relevância do conceito de representação social em pesquisa, definido em três postulados que podem propiciar combinações interessantes em seu emprego. Tais postulados são:

1. Um conceito que compreende outros conceitos, como atitudes, opiniões, imagens, ramos de conhecimento;
2. Um poder explanatório: não substitui, mas incorpora os outros conceitos, indo mais a fundo na explicação causal dos fenômenos;
3. Um elemento social na teoria das representações sociais: é algo constitutivo delas e não uma entidade separada, já que o social não determina a pessoa, mas é parte substantiva dela, posto que o ser humano é tomado como essencialmente social (GUARESCHI; JOVCHELOVITHCH, 2013, p. 163).

As representações sociais agem sobre a forma como os grupos se relacionam na sociedade, a partir de funções que são divididas em: identitária, orientação, justificatória e da representação social. A identitária está em acordo com a inserção deste grupo dentro de um campo social. A de orientação guiam os comportamentos e as práticas” e determina antecipadamente o modelo de relação que o sujeito deve ter frente a um objeto, ou seja, define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social” (ABRIC, 1998, p. 44). É justificatória quando faz com que as tomadas de posição pelo grupo sejam justificadas posteriormente. Assim, os integrantes podem explicar suas ações enquanto atores envolvidos em processos de relações sociais. Devemos entender a função da representação social como uma forma de dar sentido às condutas dos indivíduos. As representações sociais levam as pessoas a agir de uma forma ou de outra (ABRIC, 1998).

Para fins da pesquisa, seguindo Guareschi e Jovchelovithch (2013) dirigimos nossa atenção a duas formas de codificação a ancoragem, que se consegue mediante a ajuda de metáforas; e a da objetificação, que se obtém com imagens e ícones. Em nossa pesquisa, identificamos ancoragem que está diretamente relacionado a ideia central e imagens que é o discurso coletivo. Para compreender a formação das representações sociais da tuberculose pela equipe do consultório na rua, foi considerada a ancoragem, entrelaçada ao processo de objetivação, que, para Guareschi e Jovchelovithch (2013), assegura três funções fundamentais à representação social: a incorporação do estranho ou do novo, a interpretação da

realidade e a orientação dos comportamentos. Dessa forma, a representação social permite compreensão de condutas, de atitudes e das opiniões da equipe do consultório na rua que lidam com situações que envolvem a tuberculose.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Pretendemos, de modo geral, compreender a perspectiva dos profissionais dos Consultórios na Rua do Distrito Federal acerca da tuberculose para melhor manejo das situações relacionados ao agravo em PSR. Para conhecer

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos profissionais dos Consultórios na Rua do Distrito Federal;
- Identificar as representações sociais de temas e conceitos da tuberculose na perspectiva dos profissionais dos Consultórios na Rua do Distrito Federal;
- Verificar as representações sociais dos profissionais dos consultórios na rua frente ao cuidado da tuberculose junto à população em situação de rua;
- Descrever as representações sociais dos profissionais dos Consultórios na Rua quanto à assistência com os pacientes em situação de rua com tuberculose.

6 DISCUSSÃO

Um primeiro ponto a ser destacado é sobre o estigma e o preconceito que rondam a tuberculose. Considerada um horror, que no imaginário das pessoas ainda assusta o que acaba por fazer dela um tabu, um objeto de interdição, onde o sintoma extremo do doente é seu isolamento e relação de medo das pessoas, remetendo à estigmatização. O conceito de estigmatização utilizado por Goffman (1988, p.7) é o processo ou a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena. Perceber a tuberculose podemos dizer que é um ato interpretativo, pois envolve reflexão e, em alguma medida, distanciamento. Isto é, quando o sujeito se volta sobre suas próprias experiências para interpretá-las, é o que acontece no Dsc. No discurso, as experiências passadas e presentes em alguma medida criaram um estoque de conhecimento que fundou o código de interpretação e tornou a tuberculose como uma doença temida ainda por ser expressão de algo que é socialmente digno de censura, bem como por representar o estágio último de miséria humana (PORTO, 2007).

A eCnR é criada para que o mundo das pessoas em situação de rua deixe de ser impessoal e passe a ser pautado em relações de proximidade, pois pode permitir aos mesmos acesso a um cuidado mais atencioso por parte do profissional, o acolhimento. Quanto ao acolhimento, o que aparecerem no Dsc podem suscitar uma provocação. Pois os esforços de acolher e sensibilizar podem ser também uma estratégia de normalização para influenciar o comportamento da pessoa em situação de rua, com a intenção de fazê-lo se adequar tanto quanto possível aos padrões rotineiros de sociabilidade e de moral (SOUZA, 1998).

No Dsc o termo "falta de compromisso" acaba por fixar um rótulo sobre as pessoas em situação de rua. Identifica-se uma caracterização das pessoas em situação de rua de uma forma estereotipada, sem autenticidade e destituída de cidadania, parece que mesmo com a proposta rica de cuidado e atenção à saúde do Consultório na Rua ainda predomina na forma de conduzir a saúde o modelo biomédico e moralista. Para Aguiar e Iriart (2012), essa forma de pensar e produzir serviços de saúde não tem conseguido resolver os problemas relativos ao processo saúde-doença da maioria da população, em especial, das pessoas em situação de rua.

Devemos ressaltar que as narrativas das histórias sobre a tuberculose se dá sempre em contextos específicos e, é sempre construída em resposta a alguma situação relacionada, portanto, ela prolonga as falas e trava com elas uma polêmica e conta com uma reação dos ouvintes (BAKHTIN, 1979), quando relata arranjos necessários para que a pessoa em situação de rua seja cuidada. Assim, ao mesmo tempo em que falam de casos da tuberculose, o Dsc descreve uma situação problema, do diagnóstico à evolução em que, por um lado, são elaboradas argumentações para se eximir da responsabilidade do processo de não tratamento da pessoa em situação de rua; por outro, expõem formas aceitáveis do que foi possível em termos de tratamento, para o grupo em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação procuramos estabelecer uma discussão crítica acerca dos trabalhos das equipes de Consultório na Rua do Distrito Federal relacionados a representação social da tuberculose, incorporando vários elementos teóricos, na tentativa de compreender aspectos que são em grande medida negligenciados quando nos remetemos aos significados.

A discussão sobre a tuberculose, no CnR tem alardeado os profissionais as vezes de forma distorcida, nos discursos e na definição de estratégias de ação. Ao mesmo tempo em que se reacende a discussão sobre a temática, é surpreendente o quão superficial e cheia de preconceitos emergiu no DSC. O estudo nos mostra que não podemos ficar presos a métodos biomédicos para lidar com a tuberculose, que segregam, estigmatizam e nos afastam dos usuários.

Há necessidade de fortalecimento e implantação de ações transversais, integradas e intersetoriais entre os Consultórios na Rua do DF que podem fortalecer o diálogo entre as equipes, em um agir comunicativo contribuindo para compartilhamento de experiências e vivências.

É importante integrar, agregar os saberes e fazeres diversos de cada profissão, olhando a pessoa e não a doença, organizados à luz dos princípios da promoção da saúde. É fundamental buscar estratégias de mudança da lógica tradicional de cuidado, colocando as práticas e o cotidiano em análise, em permanente reflexão crítica, repensando a organização do processo de trabalho com vistas a melhoria do cuidado ofertado aos usuários.

As evidências e significados encontradas neste estudo utilizado com arcabouço teórico da representação social e psicologia social, precisa ser incorporada à agenda das políticas públicas para pessoas em situação de rua e contribuir para o planejamento de ações das equipes dos Consultórios na Rua, não somente no que tange a atenção da tuberculose, mas de maneira a repensar as práticas e modelos utilizados na atenção as pessoas em situação de rua.

É importante ressaltar que os significados e representações atribuídos à tuberculose das equipes dos Consultórios na Rua do Distrito Federal, podem colaborar para uma reflexão em outros serviços de saúde, que prestam assistência à população em situação de rua, incentivando mudanças de comportamento, capazes de construir um modelo de cuidado solidário, eficiente, efetivo para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.
- ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica**, v. 15, n. 3, p. 543-567, 2011.
- ADORNO, R. C. F.; VARANDA, W. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-45, 2004.
- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador. **Cad Saúde Pública**, Bahia, v.28, n. 1, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/12.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática**. São Paulo: Cortez, 1995.
- ANGARICA, R.; GUANCHE, L. Resurgimiento en el mundo de la Tuberculosis Pulmonar: control epidemiológico, promoción y prevención, **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 8, n. 1, 2015.
- ANTUNES, A. F. Epidemiologia da Tuberculose: compreender para agir. In: PINA, J. **A tuberculose na viragem do milênio**. Lisboa: Lidel, 2000.
- ARAÚJO, C.H. Migrações e vida nas ruas. In: BURSZTYN, M. (Org.) **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 88–120.
- BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1979.
- BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, 2007.
- BILIBIO, L.F.S. **Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal**: implicações micropolíticas à formação em saúde. 2009. 191f.Tese. (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- BLUMER, Herbert. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. New Jersey: Prentice Hall, 1966.
- BRAGA, J. U. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p.77–87, 2007.
- BRANCH, A. Immunity Against Tuberculosis. **Canadian Medical Association journal**, v. 18, n. 6, p. 716, 1928.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico 2015 N° 01**, Edição 01. Diretoria de Vigilância Epidemiológica: a _____. Ministério da Saúde - http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php. Acesso em: 4 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Tuberculose. [2016?]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. Organização de Sandra Rejane Soares Ferreira, Rosane Glasenapp e Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, Distrito Federal, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios, **Boletim Epidemiológico**, v. 45, n. 2, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial Tuberculose. **Boletim Epidemiológico**, v. 43, p. 1-12, 2012.

_____. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

_____. **Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Nota Técnica 15/2011. Brasília: Ministério da Saúde, 13 de dezembro de 2011, 2011a.

BREWER, T. Preventing tuberculosis with bacillus Calmette-Guerin vaccine: a meta-analysis of the literature. **Clinical Infectious Diseases**, v. 31, supl. 3. 2000.

BOURDIEU, P. A ilusão biográfica. In: AMADO J. FERREIRA, M. M. **Usos e abusos da história oral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2002.

BURKER, S.D.A. Tuberculosis: Past and Present. **Reviews in Anthropology**, v. 40, n. 1, p. 27-52, 2011.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **A saúde pública em defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 27. p. 90-96, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)530](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530)>. Acesso em: 23 jul. 2016.

DANTAS, M. S. et al. Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 94-100, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2016.

DE MARCO, Mário Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira da Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.60-72, jan./abr., 2006.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DIAS, B. R. B. F. **Políticas Públicas para a População em Situação de Rua**: Análise comparativa entre a política nacional e a política do Distrito Federal. 2013. 45f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Direito, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2013.

DISTRITO FEDERAL. Consultório na rua. **Governo de Brasília**. Brasília, [2015?]. Disponível em: <<http://www.brasilia.df.gov.br/index.php/2016/01/13/consultorio-na-rua-cnar/>>. Acesso em: 4 set. 2016.

DISTRITO FEDERAL. GDF amplia proteção às pessoas em situação de rua. **SEDESTMIDH Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social**. [2014?]. Disponível em: <<http://www.sedest.df.gov.br/noticias/item/2473-gdf-amplia-prote%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0s-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua.html>>. Acesso 15 dez. 2015.

DISTRITO FEDERAL. Site Saúde. **Governo de Brasília**. [2015?]. Disponível em: <<http://www.df.gov.br/component/k2/item/12008-moradores-de-rua-recebem-atendimento-m%C3%A9dico-especializado.html>>. Acesso em: 23 out. 2016.

DUARTE, R. Pesquisa Quantitativa e Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742002000100005&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2016.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; DE ANDRADE, S. M. Oliveira. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, 2009. p. 620-626.

FARGA, V.; CAMINERO, J. A. **Tuberculosis**. 3 ed. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2011.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p. 27.

FERREIRA, F. P. M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos**: o caso de Belo Horizonte 1998-2005. Belo Horizonte, 2005.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sígnico. In: ALVES, Paulo Cesar (org.). **Saúde e doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade. Tradução de J. Salomão. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 20, p. 81-171. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1926)

GARFINKEL, Harold. **Studies in Ethnomethodology**. New Jersey: Prentice-Hall, 1967.

GATTI, B. P.; PEREIRA, C. P. **Projeto Renovando a Cidadania**: pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Brasília: Gráfica Executiva, 2011.

GOFFMAN E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1988.

GOMES, Romeu; MENDONCA, Eduardo Alves; PONTES, Maria Luiza. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, out.2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2016.

GONÇALVES, Helen. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 7, n. 2, p. 303-25, jul./out., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 set. 2016.

GONÇALVES, Helen D. Corpo Doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias (org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITHCH, Sandra. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas: Papyrus Editora, 1990.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p.1497–1504, 2015.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis*. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 23-36.1991.

HIJJAR, Miguel Aiub et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 50-57, set. 2007.

JORGE, Jorgina Sales; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. **Saúde Transform. Soc.**[online],v.3, n.1, p. 39-48,2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 set. 2016.

JOVCHELOVITHCH, Sandra. **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. Vivendo a vida como os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.) **Textos em representações sociais**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

KARAWI, A.L. et al. Protean manifestation of gastrointestinal tuberculosis: report on 130 patients, **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 20, n. 03, p. 225 – 232, 1995.

KLEINMAN, Arthur; KLEINMAN, Joan. Suffering and its Professional Transformation: toward an Ethnography of Interpersonal Experience, **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 15, n. 3, p. 275 – 275, 1991.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde, **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 3, p.135 – 146, 2004.

LEFEVRE, Ana. Maria. Cavalcanti. CRESTANA, Maria Fazanelli; CORNETTA, Vitória Kedy. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - CADRHU”, São Paulo – 2002. **Saúde e Sociedade** v.12, n.2, p. 68-75, jul./dez., 2003.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Depoimentos e discursos**: Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora, 2005b.

_____. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa.** 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005a. (Desdobramentos)

_____. **O pensamento coletivo como soma qualitativa.** 2004. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/~flefevrel>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

_____. O sujeito coletivo que fala. Interface. **Comunicação, Saúde e Educação.** v. 10, n. 20, 2006. 517-524.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, Ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2016.

LEMKE, Artur Rubber; SILVA, Rosane Azevedo Neves. A busca ativa como princípio políticos das práticas de cuidado no território. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, UERJ, ano 10, n. 1, p. 281-295. Quadrimestre de 2010.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: Uma história em três dimensões. In: FILKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2002. p.24-116.

LIRA, Laís Ariane de Siqueira. **Análise do desempenho da técnica de PCR em tempo real para o diagnóstico da tuberculose pulmonar.** 2002. 73f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - Recife: s. n, 2012.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, jun. 2014.

LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação. **Caderno Saúde Mental 3.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2010.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social:** os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo: Ciências humanas, 1979.

MARX, K. **O Capital.** 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MAGALHÃES, Mônica de Avelar Figueiredo Mafra; MATOS, Vanderlei Pascoal de; MEDRONHO, Roberto de Andrade. Avaliação do dado sobre endereço no Sistema de Informação de Agravos de Notificação utilizando georreferenciamento em nível local de casos de tuberculose por dois métodos no município do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 192-199, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000200192&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MELLO, F. Abordagem Diagnóstica da Tuberculose Pulmonar. **Pulmão RJ**, v. 21, n. 1, p.27-31, 2012.

- MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15(Supl), p.1521–1531, 2010.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, Emerson Elias. Desafios de desaprendizagens no trabalho em Saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, Ana Marta. Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação, **Caderno Saúde Mental 3**. Belo Horizonte: ESP-MG. 2010.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde: Cartografia do Trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MICHELSEN, S.; SOBORG, B.; KOCH, A. The effectiveness of BCG vaccination in preventing Mycobacterium tuberculosis infection and disease in Greenland, **Thorax**, v. 69, n. 9, p.851-856, set. 2014.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar.2012.
- MOSCOVICI, Serge. **A Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- _____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MOSCOVICI, Serge; MARKOVA, I. Presenting social representations: a conversation. **Culture & Society**, v. 4, n. 3, p.371-410, 1998.
- MONROE, Aline Aparecida et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, jun. 2008.
- MYERS, J. A. Immunity in tuberculosis. **Journal of the American Medical Association**, v.146, n. 16,1951. p.1492.
- NOGUEIRA, P. **Internações por tuberculose no Estado de São Paulo, 1994-1997**. São Paulo: s.n., 2001.
- OLIVEIRA, A.P. **Moradores de rua somam 4 mil no DF** - Fato Online. Fato online. 2015.
- OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.
- OLIVEIRA, G. P. De; TORRENS, A. W.; BARTHOLOMAY, P.; BARREIRA, D.; DE OLIVEIRA, G. P.; TORRENS, A. W. et al. Tuberculosis in Brazil: Last ten years analysis - 2001-2010. **Brazilian J Infect Dis**. Elsevier Editora Ltda; v. 17, n. 2, p. 218–33, 2013.

OLIVEIRA, M.G.P.N. **Consultório de Rua: relato de uma experiência.** 2009. 151p. (Dissertação) - Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA, 2009.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teórica e metodológicas.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, M. P. de M.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará - Mirim. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

PORTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 43-49, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2017.

QUEIROZ, Raquel; NOGUEIRA, Péricles Alves. Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – **São Paulo Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.627-637, 2010.

RISI JUNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. As condições de saúde no Brasil. In: FILKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2002, p. 115-234.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1992, p. 13-32.

RODRIGUES, L.; BARRETO, M.; KRAMER, M.; BARATA, R. C.B. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev Saúde Pública**, v. 41(supl.1), n. 1-2, 2007. Disponível em: <<http://paulolotufo.blogspot.com/2007/12/quase-tudo-sobre-tuberculose-no-brasil.html>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ROSEMBERG, A.M.F.A., 2008. **Guerra à peste branca Clemente Ferreira e a “Liga Paulista contra a Tuberculose” (1899-1947).** 2008. 252f. Dissertação (Mestrado em História Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

SÁ, L. D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 15, n. 1. p. 103-111, jan./mar. 2013.

SAMPAIO, T.C.; BARBOSA, T. de A.; SALES, M. da P.U. Tuberculose. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** v. 2. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1217–1230.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, Supl. 1, p. 89-94, 2007. Disponível em: <<http://paulolotufo.blogspot.com/2007/12/quase-tudo-sobre-tuberculose-no-brasil.html>>.

SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e Relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SHEPPARD, D. de S. 'A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940'. **Hist Ciênc Saúde-Manguinhos**, v. 8, n. 1, 2001. p. 172-192.

SHOTTEER, J. **Imagens do homem em pesquisa psicológicas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teórica e metodológicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SOUZA, A. I. Um Retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: DUARTE, L. F.; LEAL, O. F. (Orgs). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

SOUZA, E.S. de. **População em Situação de Rua e Tratamento Diretamente Observado (TDO) para Tuberculose (TB): A Percepção dos Usuários**. 2010. 212f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SOUZA, Sabrina da Silva de; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira; MEIRELLES, Betina Hömer Schindwein. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta paul. enferm.** [online],v. 23, n.1, p.23-28, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2017.

TERRA, M.F.; BERTOLOZZI, M.R. Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008.

TIBAYRENC, M. Pulmonary tuberculosis and Mycobacterium tuberculosis. *Encyclopedia of infectious diseases: modern methodologies*, 2007 p.747.

TURA, L. F. R. **Os Jovens e a Prevenção da AIDS no Rio de Janeiro**. 1997. 174 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

WORD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis control. Brazil: surveillance planning financing*. Geneva: WHO, 2005

_____. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*, Geneva: WHO, 2003.

_____. *Global Tuberculosis Report 2015*. Geneva: WHO, 2015c.

_____. *Tuberculosis*. Geneva: WHO, 2002.

VIEIRA, Ismael Cerqueira. **Conhecer, tratar e combater a "peste branca"**. A tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975). 2012.500f. Tese

(Doutoramento em História) - Faculdade de Letras - Departamento de História e de Estudos Políticos e Internacionais - Universidade do Porto, 2012.

YOUNG, Alan. The Anthropologies of Illness and Sickness, **Annual Review of Anthropology**. v. 11, p. 257-285. 1982.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Profissional,

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Tuberculose: percepções dos profissionais dos Consultórios na Rua do Distrito Federal.**

O objetivo desta pesquisa é: compreender como os profissionais dos Consultórios na Rua percebem a tuberculose.

Para a pesquisa, será realizada uma entrevista, que, posteriormente, será transcrita. A entrevista ocorrerá no Consultório na Rua, na Universidade de Brasília, ou em outro lugar previamente combinado, em uma data antecipadamente combinada, com tempo estimado de aproximadamente 60 minutos.

Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder a qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes da entrevista e ao longo dela; podemos lhe assegurar que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo, com a omissão total de quaisquer informações que possam identificá-lo(a), pois seu nome será substituído por um código e características que não permitirão identificá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para a rede de serviços de saúde e de assistência social, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Se o senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone das 8h00 às 18h00, ou, se preferir, envie email para: Talita Mosquetta

Maleski Almeida, número (61) 8137-3242, e-mail: talitamaleski@gmail.com, ou para Wildo Navegantes de Araújo, número (61) 8117-7974, email: wildo74@gmail.com

Este documento foi elaborado em duas vias: uma ficará com o pesquisador responsável; a outra, com o sujeito da pesquisa.

Assinatura do entrevistador: _____

Nome do participante voluntário: _____

Assinatura do participante voluntário: _____

Assinatura do pesquisador: _____

(1ª Via – Sujeito da pesquisa)

(2ª Via – Pesquisador)

Pesquisadores: Wildo Navegantes de Araújo, matrícula UnB 1060457, professor adjunto, Faculdade UnB Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB); Josenaide Engracia dos Santos, professora adjunta, matrícula UnB 1050737, Faculdade UnB Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB); Talita Mosquetta Maleski Almeida, mestranda do Programa do Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA

TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL

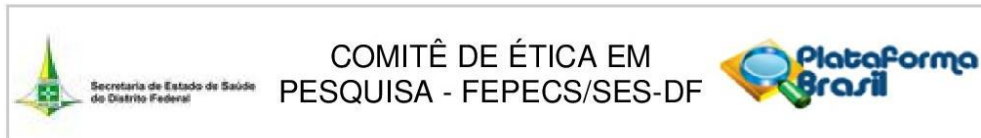
Núcleo I – Identificação

1. Data da Entrevista: ____ / ____ / _____
 2. Código/Nome: _____
 3. Idade: _____
 4. 4. Sexo: M() F ()
 5. Profissão: _____
 6. Ocupação no CR: _____
 7. Há quanto tempo trabalha no Consultório na Rua (em meses): _____
 8. Modalidade do CR: _____
 9. Atende na Rua: _____
 10. Quantas vezes por semana: _____
 11. Como são os atendimentos: _____
-

Núcleo II – Questões Norteadoras

1. Quando o senhor(a) foi nomeado para o Consultório na Rua o senhor(a) já havia tido alguma experiência/informação a respeito desse dispositivo? E com os agravos/necessidades de atendimento desse dispositivo? Quais os agravos?
2. O que a tuberculose representa para o(a) senhor(a)?
3. O senhor (a) tem cursos de atualização, especialização, outros relacionados à TB?
4. Como o(a) senhor(a) se posiciona como profissional de saúde frente ao cuidado da tuberculose com a população em situação de rua?
5. Como o(a) senhor(a) descreveria sua prática (atuação/inserção) no tratamento da tuberculose?

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: Wildo Navegantes de Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39185514.7.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 979.139

Data da Relatoria: 23/02/2015

Apresentação do Projeto:

A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública, sendo ainda a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos e a segunda causa mundial de mortalidade apesar de ser uma doença curável.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como os profissionais dos Consultórios na Rua percebem a tuberculose.

Objetivo Secundário:

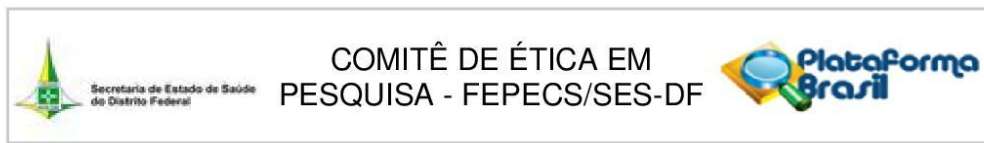
Descrever o perfil profissional dos servidores dos Consultórios na Rua no Distrito Federal;

Analisar como os profissionais dos Consultórios na Rua percebem a tuberculose; Explicar como os profissionais dos Consultórios na Rua se posicionam frente às tecnologias de tratamento da tuberculose na População em situação de rua; Identificar como se dá a inserção dos profissionais dos Consultórios na Rua na assistência dos pacientes em situação de rua com tuberculose.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-Esclareceu a relevância do estudo e também os possíveis riscos e as possíveis formas de minimizar a possibilidade dos riscos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 979.139

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo visa revelar experiências subjetivas como uma forma metodológica de estudar a subjetividade e a expressão do sujeito e, conseqüentemente, de produzir conhecimento científico, seguindo pressupostos da pesquisa social. O eixo teórico adotado será o das Representações Sociais, entendida como modalidade de conhecimento prático orientadas para a comunicação, compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentou os possíveis benefícios e riscos da pesquisa;
- Apresentou os critérios de exclusão;
- Apresentou TCLE DE acordo;
- Folha de rosto de acordo;
- Termo de Concordância de acordo;
- Currículos de acordo;
- Planilha e cronogramas de acordo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentou a resposta das pendências solicitadas. Portanto, projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentou a resposta das pendências solicitadas. Portanto, projeto aprovado.

BRASILIA, 10 de Março de 2015

**Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)**

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com