Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**O acolhimento ao doente com tuberculose: estudo comparativo entre
uma unidade de saúde da família e um ambulatório de especialidades
médicas, São Paulo/SP, 2003**

Lúcia de Lourdes Souza Leite
Campinas

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração: Epidemiologia
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Margarida Maria Mattos
Brito de Almeida

SÃO PAULO

2004

**O acolhimento ao doente com tuberculose: estudo
comparativo entre uma unidade de saúde da família e um
ambulatório de especialidades médicas, São Paulo/SP, 2003**

Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Margarida Maria Mattos
Brito de Almeida

SÃO PAULO

2004

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

*"O sofrimento somente é
intolerável quando ninguém
cuida."*

DAME CICELY SAUNDERS

Aos meus pais, Tereza e Sebastião que não pouparam sacrifícios para que seus dez filhos pudessem estudar e buscar dignidade na realização de seus trabalhos e sonhos.

Aos meus irmãos: Diná; Zezé; Lena; Dito; Zé; Tê; João e Lelê: meus grandes amigos.

Ao Micael, meu querido irmão que infelizmente não teve a oportunidade de ver meu sonho realizar-se. Saudades...

Ao meu esposo Gil, pela ajuda constante e o amor incondicional em todo esse processo.

Às minhas filhas, Patrícia e Carla que me acolheram nos momentos que eu mais precisava, numa verdadeira inversão de papéis.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus que me ofereceu esta oportunidade ímpar de chegar até aqui.

Quando fazemos uma tese, temos contatos com várias pessoas, o que foge a qualquer tipo de mensuração. Eu repito aqui alguns dizeres, que leio em vários trabalhos, sem medo de ser pouco original. Muitos foram os que me ajudaram e a todos os meus sinceros agradecimentos, porém precisaria de muitas páginas para enumerar todas essas pessoas. Portanto vou mencionar os que estiveram o tempo todo ao meu lado.

Agradeço a Profª Drª Margarida Maria Matos Brito Almeida pela orientação na condução da pesquisa; pela acolhida, a confiança em mim depositada e o respeito e a amizade que desenvolvemos a partir deste trabalho.

Ao Prof Dr Fernando Lefèvre que desde o exame de defesa do projeto demonstrou abertura para ajudar na construção e condução do processo, me ajudando a ampliar o horizonte da pesquisa, me mostrando os caminhos por onde eu poderia percorrer para chegar na reta final.

Ao Prof Dr Jorge Juarez Vieira Teixeira, colaborador incansável que tantas vezes deixou seus compromissos para compartilhar minhas incertezas.

Ao Prof Dr Péricles Alves Nogueira pela preciosa colaboração e sugestões na correção do trabalho.

À Profª Drª Helenice Bosco de Oliveira pelas sugestões e a atenção em responder prontamente a todas as minhas expectativas.

A Profª Drª Ana Cristina de Sá pelo apoio e as sugestões na elaboração da metodologia. Você foi muito especial nos momentos mais conturbados.

Aos amigos e alunos do Centro Universitário São Camilo pela amizade e estímulo constante.

À equipe de saúde do CS1 de Pinheiros que acompanharam todo processo sempre me dando estímulo e valorizando o meu trabalho.

Ao Gil meu esposo pela ajuda na digitação e formatação desse trabalho.

À Ângela, Maria Helena, Sílvia, Cidinha, Márcia, Graça e Renilda da CPG que durante esses anos de pós sempre resolveram da melhor forma minhas dificuldades com cordialidade e presteza.

A equipe da biblioteca em especial à Antonia, Márcia (in memoriam), Marcinha. Às bibliotecárias: Maria Lúcia Evangelista de Faria Ferraz, Ângela Maria Belloni Cuenca e a Maria do Carmo Avamelano Alvarez (Carminha). Ao Sr José e Sr Raimundo pela bondade e o respeito com os usuários da biblioteca.

Não posso deixar de expressar aqui a minha gratidão ao pessoal do COSEAS, em especial a Cleusa. Vou sentir saudades, foram bons momentos.

A Dalva do departamento de Epidemiologia por sempre atender com prontidão e presteza aos meus pedidos.

Aos doentes que gentilmente me deram a oportunidade de investigar aspectos tão delicados de suas vidas e compartilhar tantos sofrimentos, embora sem poder fazer nada naquele momento a não ser segurar o choro e engolir um seco.

Aos profissionais de saúde que cooperaram com este estudo, a todos o meu sincero agradecimento em especial aos Agentes Comunitários de Saúde.

RESUMO

Campinas LLSL. O ACOLHIMENTO AO DOENTE COM TUBERCULOSE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E UM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, SÃO PAULO/SP, 2003 [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo O acolhimento é de fundamental importância nos serviços de saúde. O objetivo da pesquisa foi estudar o processo de acolhimento entre pacientes e profissionais de saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e em um Ambulatório de Especialidades Médicas (AEM). O acolhimento entendido não apenas no sentido do acesso à demanda espontânea, mas no sentido de aceitação do doente como sujeito de direitos, desejos para o qual torna-se necessário uma boa comunicação e relacionamento profissional-paciente, a fim de estabelecer uma relação de compromisso e de confiança mútua. **Métodos.** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com emprego do método quantiquantitativo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada. A amostra foi intencional com 32 doentes com tuberculose e 35 profissionais de saúde. A análise das questões fechadas foi descritiva e as questões abertas por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados.** Na USF os doentes exaltam o acolhimento e a boa qualidade da consulta médica e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); observou-se dificuldades de acesso ao serviço. Em contrapartida a queixa no AEM é centrada no modo impessoal e rápido do atendimento. A visão do acolhedor sobre o acolhido é divergente no AEM e USF. No AEM alguns profissionais imputam a culpa ao doente, que é tachado de malandro e desinteressado no cuidado de sua saúde. Na USF essa visão se respalda nos problemas sociais do doente e no estigma causado pela tuberculose. **Conclusões.** Entre outros aspectos conclui-se que o AEM estudado, apesar da resolutividade dos casos, apresenta falhas na sua capacidade de acolhimento ao doente de tuberculose. Na USF a estratégia do PSF favorece um melhor acolhimento aos doentes com tuberculose, principalmente por meio do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Descritores: Acolhimento, Tuberculose, Programa Saúde da Família, Metodologia Qualitativa.

SUMMARY

Campinas LLSL.. WARMING RECEPTION TO THE PATIENT WITH TUBERCULOSIS: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN A FAMILY HEALTH UNIT AND A CLINIC OF MEDICAL SPECIALTIES, SÃO PAULO/ SP, 2003 (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

Objective: The warming reception is crucially important in health services. The objective of this research was studying the warming reception procedure between patients and health professionals in a Family Health Unit (USF) and in a Clinic of Medical Specialties (AEM). This reception is not only understood as the acceptance of a spontaneous necessity, but also the patients' rights acceptance, for which a good communication as well the professional-patient relationship become essential in order to establish commitment and mutual reliability. **Methods:** It refers to a descriptive survey using the quanti-qualitative method. Data was collected by a semi-structured interview. The sample was intentional with 32 patients with tuberculosis and 35 health professionals. The closed questions analysis was descriptive and the opened questions one was done by the Collective Subject 's Speech technique (DSC). **Results:** In the USF, patients praise the warming reception, the good quality medical consultation and the Health Community Agents' job (ACS); however some difficulties in the access to the service were observed. On the other hand, complaints concerning the AEM are related to a quick and impersonal service. The professionals' point of view about the patients differs in the AEM and in the USF. In the former one, some professionals attribute the fault to the patient, who is considered idle and uninterested in his/her health care. In the latter one, the problems are social related to the patient and the stigma caused by the illness. **Conclusions:** Among other features, it can be concluded that the AEM studied is faulty in the warming reception to the patient with tuberculosis, despite cases resolution. In the USF, the PSF strategy provides the patients with a better reception, mainly through the health community agents' job.

Key Words: Warming Reception, Tuberculosis, Family Health Program, Qualitative Methodology.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O PSF no Brasil e no Município de São Paulo	9
1.2. O acolhimento nos serviços de saúde e no PCT	16
2. OBJETIVO GERAL	19
2.1- Objetivos Específicos	19
3. MARCO TEÓRICO	20
4. METODOLOGIA	26
4.1. Tipo de Pesquisa	26
4.2. Universo da pesquisa	27
4.2.1- Ambulatório de Especialidades Médicas (AEM): breve histórico	27
4.2.2- A Unidade de Saúde da Família (USF): breve histórico	29
4.2.3- Os Sujeitos da Pesquisa	31
4.2.4 - A Amostra	31
4.2.5. Instrumento de Coleta de Dados	32
4.2.6- Coleta de Dados	33
4.2.7. Tabulação e Análise dos Dados	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1.O paciente com tuberculose pulmonar	39
5.2. Os profissionais de saúde que atuam no PCT	45
5.3 Análise dos dados qualitativos	50
5.3.1 Resultados dos depoimentos dos doentes em tratamento	52
5.3.2 - Análise do Discurso do Sujeito Coletivo: pacientes do AEM e USF	55
5.4 - Os profissionais de saúde	113
5.4.1 O preparo dos profissionais de saúde no atendimento do paciente com tuberculose	113
5.4.2 - Dificuldades apontadas pelos profissionais para trabalhar no	

PCT	123
5.5 - Os Agentes Comunitários de Saúde	159
5.5.1. Algumas considerações sobre o Agente Comunitário de Saúde	159
5.5.2 - O preparo dos Agentes Comunitários de Saúde para trabalhar no Programa de Controle da Tuberculose na USF	162
5.5.3- Dificuldades apontadas pelos Agentes Comunitários de Saúde para trabalhar no PCT	168
6. CONCLUSÕES	190
7.REFERÊNCIAS	196
ANEXOS	
A I- Termo de Consentimento	
A II- Formulário de Entrevista para pacientes em tratamento	
A III- Formulário de Entrevista para profissionais de saúde	
A IV- Roteiro de observação do pesquisador (Comunicação)	
Anexo V – Quadro I Resultados da aplicação do Instrumento de Observação- AEM	
Anexo VI - Quadro II Resultados da aplicação do Instrumento de Observação- USF	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição e percentual dos doentes em tratamento, quanto ao sexo	39
Gráfico 2 Caracterização dos doentes em tratamento, segundo a faixa etária	40
Gráfico 3 Situação dos doentes em tratamento, segundo vínculo empregatício	42
Gráfico 4 Profissionais de saúde, segundo sexo	45
Gráfico 5 Número e percentual de profissionais de saúde, segundo a idade	46
Gráfico 6 Distribuição e percentual de doentes em tratamento, segundo a distribuição das idéias centrais relacionadas à acessibilidade aos serviços	52
Gráfico 7 Distribuição e percentual de doentes em tratamento, segundo idéias centrais do relacionamento médico paciente	76
Gráfico 8 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais sobre o treinamento recebido	163
Gráfico 9 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais sobre o relacionamento profissional paciente	182

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Grau de escolaridade dos doentes em tratamento	41
Tabela 2 Número e percentagem de doentes em tratamento, segundo local procurado para tratamento	43
Tabela 3 Número e percentagem de doentes em tratamento, segundo tempo de demora na busca por serviços	44
Tabela 4 Número e percentual de profissionais de saúde, segundo ocupação	47
Tabela 5 Número e percentual de profissionais, segundo tempo de formação	48
Tabela 6 Distribuição do número e percentual dos Agentes, segundo grau de escolaridade	49
Tabela 7 Tempo de trabalho dos profissionais de saúde no PCT	49
Tabela 8 Distribuição e percentual de doentes em tratamento, segundo as idéias centrais relacionadas ao acolhimento	64
Tabela 9 Distribuição e percentual de doentes em tratamento, segundo idéias centrais do relacionamento com os profissionais	85
Tabela 10 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéias centrais do treinamento recebido para trabalhar no PCT	114
Tabela 11 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéias centrais das dificuldades para trabalhar no PCT	123
Tabela 12 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéia central da percepção sobre o paciente de tuberculose	133
Tabela 13 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéias centrais sobre a percepção do relacionamento com o doente em tratamento	147
Tabela 14 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéias centrais da percepção sobre o medo de contrair tuberculose	152
Tabela 15 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais relativas às dificuldades para trabalhar no PCT	169

Tabela 16 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais sobre a percepção sobre o doente em tratamento	175
Tabela 17 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais relacionadas ao medo de contrair tuberculose	185

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AEM – Ambulatório de Especialidades Médicas

APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos

CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac”- São Paulo/SP

DOTS – Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração

DS – Distritos de Saúde

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ECH – Expressão Chave

IAD – Instrumento de Análise de Discurso

IC – idéia Central

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT – Programa de Controle de Tuberculose

PMF – Programa Médico da Família

PSF – Programa Saúde da Família

QUALIS – Qualidade Integral à Saúde – Programa similar ao PSF desenvolvido no Município de São Paulo; parceria da Fundação Zerbini e Hospital Santa Marcelina..

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TBMDR – Tuberculose Multi-droga resistente

TBVE/TB – Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica da Tuberculose

TS – Tratamento Supervisionado. Também chamado de DOTS

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliária ou domiciliar

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose continua sendo um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorram no mundo cerca de 8 a 9 milhões de casos novos por ano. O *Mycobacterium tuberculosis* causa cerca de 3 milhões de mortes anuais no mundo, sendo o maior número de óbitos causados por um único patógeno. Os Programas de Controle de Tuberculose (PCTs), enfatizam a importância da descoberta e tratamento dos casos, particularmente os bacilíferos, esperando uma taxa de cura de 85% (JAMARILO 2001; WHO 2002).

A tuberculose, durante um período, foi negligenciada pelas autoridades de saúde da OMS, até por volta de 1989. Acreditou-se, principalmente nos países industrializados e devido aos avanços na quimioterapia, que a tuberculose era um problema de saúde pública em extinção (FRIEDEN e DRIVER 2003; MAHER 2003; RAVIGLIONE 2003).

Eram poucos os que tinham uma noção clara do impacto da tuberculose sobre as populações mais pobres dos países em desenvolvimento. O aumento expressivo na incidência nos EUA, a partir de 1984, alertou os peritos de tuberculose. O aumento foi atribuído, inicialmente, à epidemia de HIV e ao crescimento da pobreza, especialmente nos grandes centros urbanos e o desmantelamento dos serviços. Outro fator evidenciado era de que uma grande porcentagem de casos notificados anualmente nos EUA ocorria entre imigrantes recentes de países em desenvolvimento (RAVIGLIONE 2003).

Este achado foi um fator chave na geração da consciência de que nenhum controle sustentado de tuberculose poderia ser alcançado nos EUA sem se dirigir propriamente à epidemia global. Observava-se não somente que as notificações estavam aumentando e uma eclosão importante de tuberculose multi-droga-resistente (TB MDR) eram assinalados nos hospitais em Nova York e Miami.

A situação era preocupante e um investimento maciço resultou na contenção da epidemia nos EUA, com estímulo importante da OMS e outros agentes internacionais como a Internacional Union Against TB and Lung Disease (IUATLD).

O problema da recrudescência da tuberculose ocorreu em outros países industrializados como Suíça, Suécia, Noruega, Dinamarca, etc.

Nesse panorama, um comitê foi formado (OMS / IUATLD) e, com a participação do setor privado, ONGs, doadores e várias instituições, sendo que a ajuda aos países endêmicos começou a ser efetuada, inclusive com a manutenção constante no suporte ao tratamento, não deixando faltar os medicamentos.

Estratégias especiais foram criadas no controle da co-infecção TB/HIV e a TB-MDR. Após a reestruturação da OMS, foi criada uma parceria global chamada “STOP TB”, atualmente com 150 associados, cujo objetivo é o controle e a pesquisa.

Os parceiros do “STOP TB” reuniram-se em uma conferência em Amsterdã em março de 2000. A declaração de Amsterdã confirmou o compromisso de países com altos níveis de infecção e os sócios internacionais para atingir a meta de expandir o DOTS e detectar ao menos 70% dos casos infectados, até o ano de 2005.

O momento inicial desta declaração originou o estabelecimento de um Plano Global de Expansão do DOTS (GDEP) e da disponibilidade global da droga (GDF).

Estima-se que ao menos 1 a 2 bilhões de dólares por ano são necessários para o controle da tuberculose no mundo. Estima-se que US\$ 9,1 bilhões serão necessários entre 2001 e 2005 para expandir o DOTS, adaptá-lo aos desafios do HIV e da TB-MDR, para desenvolver novas ferramentas e para fortalecer o movimento global ao “STOP TB”.

No ano de 2000, uma avaliação realizada sobre o impacto de todos esses esforços despendidos até então, revelou que vinte e dois países são prioritários na atenção de programa, representando 80% do total global dos casos, entre eles, o Brasil.

Para enfrentar esta situação, houve uma expansão notável da estratégia do DOTS. Informes demonstram que, em 2000, 148 dos 210 países e territórios tinham adotado o DOTS e que 55% da população humana vive em áreas onde o DOTS é potencialmente disponível.

Essencialmente, todos os 22 países de elevado nível de infecção executavam o DOTS, embora com uma cobertura diferente que varia de meros 7% no Brasil a 100% em países como Quênia, Tanzânia e Uganda.

Além disso, mesmo os países com execução plena dos DOTS sofrem taxas baixas de detecção sob o DOTS, isto é, a relação entre o número de casos relatados das áreas sob DOTS e o número de casos estimados para esse país.

Portanto, alguns autores reconhecem que é difícil alcançar a meta prevista para 2005 e sugerem, como desafio, acelerar a expansão geográfica do DOTS dentro dos serviços governamentais e, ao mesmo tempo, identificar maneiras inovadoras com as quais a detecção de casos poderia aumentar rapidamente enquanto mantém-se taxas elevadas de cura (RAVIGLIONE 2003, MAHER 2003).

Em muitos países, observa-se a fragilidade dos sistemas de saúde e dificuldades específicas em lidar com problemas de saúde da população, além da tuberculose, configurando-se restrições ainda maiores.

O problema da tuberculose está associado a fatores sócio-econômicos especialmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), contribui para agravar ainda mais o problema da tuberculose, uma vez que promove complicações do quadro clínico, introduz novos agentes etiológicos micobacterianos, aumenta o tempo de administração de medicação e algumas vezes, promove a alteração do esquema terapêutico administrado (GRUPO MIXTO DE ESTUDIO UICT/OMS 1989; LONG et al 1991; SNIDER et al 1994).

Estima-se que 32% da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*; e que a prevalência da co-infecção TB/HIV ao redor do mundo esteja em torno de 0,18% e 640 000 casos de tuberculose (8%) estejam infectados pelo vírus HIV (DYE e col. 1999).

O maior problema da deficiência dos serviços de saúde em diagnosticar e tratar a tuberculose, associados aos fatores individuais inerentes aos pacientes que abandonam tem sido a ameaça da possibilidade de controlar a doença no futuro, devido ao surgimento da tuberculose multi-droga resistente (TBMDR) (WHO 1998).

Na América Latina entre 1986 a 1996, o número de casos notificados pela OPS/OMS (Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial da Saúde), variou entre 230 000 a 250 000 casos novos de tuberculose por ano, com uma taxa anual de incidência entre 30 e 35 por 100 000 habitantes. Em países como a Bolívia e Peru, as taxas são superiores a 85 por 100 000 habitantes (WHO 1998).

O Brasil é o décimo país no mundo em número de casos novos de tuberculose, com notificações em torno de 90.000 casos novos/ano. No entanto, a estimativa do Ministério da Saúde é de que, anualmente, o número real de casos novos alcance 130.000, com 30% desses sem tratamento e que ocorram 10.000 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000c).

O Estado de São Paulo é responsável pelo maior número absoluto de casos novos (19.000 a 20.000), com um coeficiente de incidência de 50/100.000 habitantes. A incidência tem-se mantido estável nos últimos anos, porém estão sendo registrados 1.500 óbitos por ano no Estado de São Paulo com aumento da gravidade dos casos por ocasião do diagnóstico (CVE 2002).

O tempo de demora do doente na busca por assistência traduz falta de percepção da potencial gravidade da tuberculose, acarretando o diagnóstico tardio. Por outro lado, a demora do serviço em realizar o diagnóstico, desqualifica-o e torna-o não confiável para o doente; condição que pode favorecer a negligência no tratamento (BELLOMINI 1981; BERTOLOZZI 1998; CAMPINAS 1999; RUFFINO NETTO 2001).

Os sintomas comuns da doença são inespecíficos e a tuberculose é percebida freqüentemente como uma doença crônica e incurável, com uma forte carga de tabus e preconceitos; no qual tanto o doente como os profissionais estão investidos de uma cultura estigmatizante que atrapalha o bom andamento dos programas de controle. Alguns estudos vêm demonstrando a importância do apoio dos profissionais de saúde, família e comunidade, para um efetivo alcance das metas preconizadas pelos PCTs (BERTOLOZZI 1998; NIERO et al, 1999, CAMPINAS 1999; MAHER 2003).

Entretanto, não basta diagnosticar e tratar. As taxas de abandono de tratamento no Brasil têm se mantido em 14%, e são vários os estudos que tentam buscar explicação para falta de adesão ou abandono de tratamento.

A comunicação é apontada em alguns estudos como o grande ponto de estrangulamento dentro dos Programas de Controle de Tuberculose (BELLUOMNI 1981; BERTOLOZZI 1998; CAMPINAS 1999; MENDES 1998). O acolhimento dentro dos serviços de saúde se faz com uma boa comunicação, que muitas vezes não ocorre de modo adequado por inferências dos universos cognitivos dos diferentes atores sociais envolvidos no processo, ou por motivos diversos os quais se deseja

investigar neste estudo, por meio do discurso dos entrevistados.

As experiências do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) nos países em desenvolvimento não têm alcançado, em termos epidemiológicos, os objetivos a que se propuseram. No Brasil, é provável que as ações tenham se orientado mais para a valorização da eficácia das técnicas, sem ponderar o papel relevante da realidade sócio-econômica brasileira e o modelo de assistência voltado a uma prática de saúde participativa, coletiva e ao mesmo tempo integral, vinculada à realidade da comunidade (RUFFINO NETTO 2001).

O Ministério da Saúde definiu a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde e, atualmente, a Secretaria de Políticas de Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, estabeleceu parceria com as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde, por meio dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família, com estratégias para reorganização da atenção básica do país mediante as quais seria possível controlar a tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999).

O DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração), tem sido apontado como uma boa estratégia de continuidade e êxito no tratamento, principalmente em locais com Programa de Saúde da Família (PSF) implantado. O contato direto do profissional com o paciente dentro da realidade social do mesmo, e a estreita relação com a família parece favorecer a adesão ao tratamento (MUNIZ 1999; RUFFINO NETTO 2001, VENDRAMINI e col. 2002).

A estratégia DOTS não deve ser entendida apenas como a observação e monitorização da administração dos medicamentos. Compreende também um corpo de medidas que se complementam, definidas pela OMS como os cinco pilares da estratégia: 1. detecção de casos por microscopia; 2. tratamento diretamente observado; 3. provisão regular das drogas; 4. sistema eficiente de registro de dados; 5. compromisso político no controle da tuberculose (WHO 2002; MAHER 2003).

O Programa de Saúde da Família (PSF) implantado pelo Ministério da Saúde (MS), desde 1994, assim como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado desde 1991, vem causando alterações importantes no modelo de assistência em saúde. Estes modelos apresentam uma discriminação positiva em favor da população atendida, atuando na prevenção e promoção da saúde,

provocando a antecipação da demanda e melhor reorganização dos serviços de saúde. Assim os municípios que aderiram à proposta vêm acumulando uma rica experiência que proporciona salto de qualidade no processo de desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (KILSZTAJN 2001; SOUSA 2002).

Para o Ministério da Saúde (2000a), “o PSF se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário, estreitando o relacionamento profissional, comunidade, assim como estimulando a população a reconhecer a saúde como direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida”.

Os princípios organizativos do PSF valem para qualquer espaço social, sendo viável a sua implantação em grandes metrópoles como o município de São Paulo, onde o objetivo de implantação dessa estratégia é substituir o modelo vigente de atenção à saúde e superar as iniquidades que reside em grandes centros urbanos (SOUSA 2002).

No entanto, os grandes municípios têm encontrado dificuldades para tornar a estratégia do PSF e do PACS como um eixo estruturante da atenção básica e ao mesmo tempo se observa uma baixa cobertura dessas estratégias nas grandes metrópoles como São Paulo e Rio de Janeiro (SOUSA 2002).

As dificuldades residem em múltiplas causas. Entre elas está à força do modelo sanitário hegemônico, orientado por programas verticais, onde a oferta de serviços está baseada na doença, no médico e nos aparatos medicamentosos e a corporação empresarial e profissional que prefere concentrar os serviços em áreas mais centrais ao invés das áreas periféricas (SOUSA 2002).

A consolidação do PSF é um processo complexo e diverso. E ainda que sua expansão e legitimação pareçam ser irrevogáveis, ainda não é possível afirmar que sua instalação possa reverter à lógica da organização da atenção à saúde, vale dizer, do modelo assistencial médico privatista referido por MENDES 1996; PAIM 1999 MEDINA e AQUINO 2002.

Essa possibilidade de mudança do modelo vigente está condicionada ao modo de operar o PSF, de forma que origine novas práticas de atenção pautadas no modelo de vigilância à saúde (MEDINA e AQUINO 2002).

Neste sentido, o que se espera em relação ao Programa de Controle de Tuberculose na área de abrangência do PSF é que as questões relativas ao programa

ganhem um salto de qualidade, com melhoria na busca ativa de casos, diagnóstico e tratamento precoce dos mesmos, e uma assistência mais qualificada, dada às possibilidades das equipes em conhecer a realidade sócio-cultural de cada doente/família de área de sua abrangência.

Portanto, tendo em vista a relevância do problema da tuberculose no nosso meio; a complexidade do problema; as deficiências dos serviços em atuar de modo efetivo no Programa de Controle da Tuberculose, objetivou-se neste estudo a realização de uma investigação sobre a contribuição que o novo modelo de assistência do PSF possa estar trazendo para as ações de controle e tratamento da tuberculose, principalmente em relação ao acolhimento.

O acolhimento pode ser entendido como uma estratégia do próprio PSF em abrir as portas para a demanda espontânea, isto é, os usuários sem consulta agendada; ou ainda de uma forma mais ampla, não apenas facilitando à acessibilidade e resolatividade dos casos, mas “acolher no sentido de receber, recepcionar e, aceitar o outro, como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde” (BUENO e MERHY 1998).

Entender o universo onde as ações de controle e tratamento se operam, que são os serviços de saúde (ambulatórios de especialidades e unidades de PSF) e a família dos doentes, assim como estudar as representações sociais do processo de acolhimento entre doentes e profissionais onde as ações se operam, pode representar uma das etapas para melhoria da assistência.

Nos Programas de Controle de Tuberculose, mais do que diminuir o tempo de demora do doente na busca do diagnóstico, assim como a demora para início do tratamento, o importante é buscar acolher os usuários que procuram os serviços de saúde, integrando-os junto às equipes, minimizando os entraves no decorrer do processo de tratamento e cura da tuberculose respeitando a dignidade e a autonomia daqueles que buscam os serviços de saúde.

1.1. O PSF no Brasil e no Município de São Paulo

A implantação do PSF foi inspirada principalmente no Programa Médico da Família (PMF). Esse modelo foi trazido para o Brasil, principalmente após o intercâmbio de autoridades de saúde do Brasil com Cuba, e o modelo foi estruturado segundo os princípios do SUS (SENNA e COHEN 2002).

Segundo as autoras o novo modelo (PMF) residiria no estabelecimento de uma nova relação médico-paciente, na revisão da prática médica, na capacitação, supervisão e avaliação dos profissionais, enfim seria uma estratégia de reorientação do modelo assistencial.

Em junho de 1991 iniciou-se a primeira etapa de implantação de uma nova estratégia de atendimento em saúde, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Após a experiência positiva dessa estratégia, em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes do PSF, que incorporou a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000b; SOUSA 2001 a; SILVA e DALMASO 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2000b), o PSF é o modelo criado para substituir o modelo hospitalocêntrico e assumir o desafio de garantir a todos, equidade no acesso aos serviços de saúde, trabalhando com o princípio de vigilância à saúde que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, visando a todos, estejam sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Para descentralizar e fortalecer as instâncias municipais foram criados os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), denominados como Distritos Sanitários (DS). Segundo a lei federal nº 8.080, de 1990, a organização do DS deve se dar “de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde” Nesse sentido O PSF é uma forma de concretizar os SILOS, uma vez que promove a integração e a organização das atividades dos serviços de saúde em um território definido (LUCIANO 2002).

O PSF centraliza os esforços de seu trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) que, trabalhando adequadamente, seriam capazes de resolver

satisfatoriamente cerca de 85% dos problemas de saúde da população, diminuindo o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados, 'desafogando' os hospitais.

A estratégia do PSF está estruturada na lógica da atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Para alcançar tal objetivo necessita desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre profissionais de saúde e a comunidade, esses processos de trabalho devem se traduzir em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (FRACOLLI e ZOBOLI, 2001).

VASCONCELOS (1999) ressalta que um desafio central do PSF é mostrar sua capacidade de integração com os serviços locais de saúde já estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação, mostrando, como ocorreu em Cuba, que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e de baixo custo para áreas rurais e pobres do país, pelo contrário, é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e especialmente dos seus grupos mais vulneráveis.

Nesse sentido, as Unidades de Saúde da Família (USF) funcionam como principal 'porta de entrada' para os serviços de saúde dentro do SUS, oferecendo ao usuário, atendimento próximo à sua residência, envolvendo ações de prevenção, promoção e assistência.

O PSF elege, como diretrizes operacionais da USF, alguns princípios, entre eles, a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.

Um segundo princípio é a questão da integralidade e da hierarquização das ações, entendendo que a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde.

A USF trabalha com território de abrangência definido, respeitando a territorialização e adscrição da clientela, por meio da adoção do trabalho em equipe multiprofissional, a qual é composta por, no mínimo, um médico generalista, um

enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Assim o Ministério da Saúde, desenhou o Programa de Saúde da Família como estratégia para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais. Os municípios que aderiram à proposta vêm cumprindo seu papel de articulador e demonstrando resultados positivos dessa estratégia nos diferentes níveis de governo (SOUSA 2002).

Segundo SOUZA (2002) há um consenso que, tanto a estratégia do PSF como do PACS, vem acumulando uma rica experiência que proporciona saltos de qualidade no processo de desenvolvimento e consolidação do SUS. Os principais organizativos do PSF valem para qualquer espaço social, sendo viável a sua implantação em grandes metrópoles como o município de São Paulo.

No entanto, os grandes municípios têm encontrado dificuldades para tornar a estratégia do PSF e do PACS, um eixo estruturante da atenção básica e, ao mesmo tempo, observando-se uma baixa cobertura dessas estratégias nas grandes metrópoles como São Paulo e Rio de Janeiro 25,7% e 16,0%, respectivamente em 2001 (SOUSA 2002).

Segundo SOUSA (2002) as dificuldades nos grandes centros urbanos, da implantação do PACS/PSF, que tem como objetivo principal, substituir o modelo vigente de atenção à saúde e contribuir para a superação de suas iniquidades residem em inúmeras causas.

A primeira delas é à força do modelo sanitário hegemônico que concentra, nas grandes capitais, instalações de grandes hospitais e ambulatórios de especialidades, orientados por programas verticais, onde a oferta de serviços está baseada na doença, no médico e nos aparatos medicamentosos. A segunda, diz respeito à corporação empresarial e profissional que prefere concentrar os serviços em áreas mais centrais das grandes cidades, deixando as áreas periféricas.

No Município de São Paulo a primeira experiência de PSF tomou a denominação de QUALIS (Qualidade Integral em Saúde). A implantação teve início em 1995, por meio de ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini. A diferença entre essa nova modalidade

(QUALIS) residia na forma de financiamento e nas parcerias firmadas para a viabilização do projeto.

A partir de 2001, com a municipalização da saúde houve uma mudança nos rumos do QUALIS; estabeleceu-se um acordo entre a Secretaria de Estado da Saúde e a secretaria Municipal de Saúde para a transferência das unidades do QUALIS ao município (LUCIANO 2002).

Entretanto, já se configura no momento atual, um conjunto de desafios a serem enfrentados pelo PACS e o PSF, para que se alcance uma assistência integral com equidade (BURSZTYN e col. 2003).

Segundo dados do Ministério da Saúde apresentados por SOUSA 2002, observa-se que, nos últimos anos, houve um aumento progressivo do número de ações desenvolvidas por profissionais desses dois programas. Em 1999, os procedimentos de atenção básica realizados por médicos do PSF, somavam 2.068.578 e os procedimentos executados pelos ACS totalizaram 19.743.706. No ano de 2001, esse número cresceu para 30.720.465 e 157.253.366, respectivamente.

Apesar do crescimento expressivo nos procedimentos de atenção básica realizados por duas categorias de trabalhadores do PSF, o desafio aos níveis de maior complexidade e especialização do sistema constitui um ponto de estrangulamento do programa.

BURSZTYN e col (2003), ao fazer uma análise prospectiva da implantação do PSF no nível local de saúde, enfatizam que o PSF, para ter resolubilidade e impacto na saúde da população, necessita ter flexibilidade e adaptação à realidade local. Caso contrário, o PSF terá uma estrutura profundamente enrijecida, com baixa resolubilidade e uma política focalizada.

Os autores também evidenciaram no estudo que a criação de treinamentos e capacitação das equipes de PSF, assim como o controle social efetivo, a descentralização do planejamento e o fortalecimento da gestão local, são estratégias fundamentais para atingir os objetivos propostos no programa.

A articulação com os programas de saúde visando a referência e a contra-referência, é uma variável importante na estratégia do PSF, pois reflete uma série de fatores que podem comprometer o sucesso do programa. Entretanto em muitos

pontos do país, a experiência do PSF aponta para as dificuldades da referência e contra-referência (PEDROSA e TELLES 2001; SOUSA 2002).

Por um lado, o PSF pode estar excessivamente marcado como uma estratégia de cesta básica de saúde, proporcionando um 'atendimento pobre para uma população pobre', impedindo o acesso da população para níveis de atendimento mais complexo. Por outro lado, o próprio aumento da demanda, causado pela inclusão de novos contingentes até então excluídos do sistema, gera uma pressão para níveis mais complexos exigindo um redirecionamento da rede. Em relação à mesma variável, 'cabe também uma reflexão sobre o nível de resolubilidade do PSF, que deverá estar acima da atenção básica tradicional do SUS' (BURSZTYN e col. 2003, p. 102).

Alguns profissionais de saúde entendem a proposta como uma estratégia de cesta básica para pobres. Pedrosa e Telles (2001), apoiados em PAIM e ALMEIDA FILHO (1998), enfatizam que o entendimento, por parte dos médicos e enfermeiros, de que o PSF está voltado para uma população pobre, que apresenta problemas sociais, decorre do processo de formação desses profissionais, na qual a saúde coletiva historicamente tem sido identificada como campo de conhecimento e intervenção que privilegia os ignorantes e pobres desde o fim do século XVIII e início do século XX; comunidades periféricas, vilas e favelas, desde meados dos anos 1950 e os grupos excluídos socialmente, neste início de milênio.

A formulação e a implantação do PSF nos seus primeiros anos de existência suscitou inquietação e críticas diversas. Entre essas críticas, acreditava-se, dentro de uma compreensão equivocada, que o programa expressasse políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial, caracterizando 'pacotes básicos' de atenção médica para pobres, contrários aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (PAIM 2001).

A variável mais importante no cenário do PSF é, com certeza, o impacto produzido sobre as condições de saúde da população. Este impacto deverá ser medido por meio de indicadores comumente utilizados, tais como: mortalidade por causa e por idade, mortalidade infantil, mortalidade materna, peso ao nascer, cobertura vacinal, prevalência e incidência de doenças sob vigilância epidemiológica e outros indicadores, conforme a realidade local. É importante que a avaliação do impacto do PSF inclua indicadores capazes de evidenciar mudanças na qualidade de

vida e fortalecimento do poder de cidadania nas comunidades (BURSZTYN e col. 2003).

“Apesar da relevância da ampliação do PSF faltam, contudo, evidências que apontem o programa como estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos métodos assistenciais dominantes ou mesmo como ‘política de governo’. Esta continua sendo a política de ajuste estrutural com estabilização monetária, ou seja, a saúde da moeda e não a saúde da população” (PAIM 2001 p.145).

Para MERHY (2001, p.148) o PSF não é uma estratégia para ser incriminada ou defendida. Porém, “pode ser um bom instrumento para a ação em redes de serviços locais, mas é uma modalidade tecnológica de produção de atos de saúde insuficiente para dar conta do que sempre imaginamos como nossos objetos de ação, na saúde”.

MERHY adverte que a estratégia do PSF deve ser explorada dentro de seus limites e colocada como um processo reflexivo, incorporando-a como uma modalidade tecnológica que pode fazer parte da complexa ação das redes básicas de saúde.

Considerando-se a centralidade dos usuários, individuais e coletivos, por serem os exportadores e os que expressam o mundo das necessidades de saúde, a resposta para essas necessidades vai além do que o PSF pode oferecer para suprir tais necessidades de saúde, sendo portanto apenas um dos caminhos para alcançar a implantação do SUS (MERHY 2001).

O Programa Saúde da Família trás para a arena das discussões, a possibilidade de humanização e responsabilização e não de ‘medicina de excluídos’. ALMEIDA e MISHIMA (2001) completam que o estabelecimento de equipes multiprofissionais é um dos elementos chaves para o desenvolvimento do trabalho de Saúde da Família.

ALMEIDA E MISHIMA (2001, p.150) referem que “o trabalho em equipe tem sido muito discutido nos últimos anos, não apenas no PSF. Entretanto, a revisão do papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, que pode se desdobrar em valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre os trabalhos dos demais profissionais é imperativo”.

ALMEIDA e MISHIMA (2001) enfatizam que a Saúde da Família pode-se abrir para além de um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos profissionais e maior integração da equipe. Acredita-se que se esta integração não ocorrer, corre-se o risco de se repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológico individual e com rígida divisão de trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos.

Similarmente MATUMOTO (1998) evidencia que essas mudanças exigem processos de formação e capacitação diferenciados. Para que se possa voltar o ‘olhar vigilante e uma ação cuidadosa’, sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde.

É importante assinalar que as atribuições técnicas de cada um dos profissionais da Equipe da Saúde de Família encontram-se estipuladas no documento do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), sendo inclusive enfatizado que estes devem ‘estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo’ (ALMEIDA e MISHIMA 2001).

Contudo, as determinações do Ministério não são suficientes. É preciso ir além para a realização de um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania.

Neste sentido estudar e entender o processo de acolhimento nos serviços de saúde, se torna ponto importante para melhoria das ações de assistência no PCT. A discussão e a reflexão do que permeia principalmente a relação profissional paciente no cotidiano dos serviços básicos de saúde, e a melhoria do suporte técnico oferecido àqueles que trabalham junto aos doentes com tuberculose poderá trazer um maior impacto das ações realizadas pelo PCT.

1.2. O acolhimento nos serviços de saúde e no PCT

Segundo o Novo Dicionário Aurélio, o acolhimento é definido como: o ato de acolher; recepcionar. E ainda: atenção, consideração, refúgio, abrigo agasalho (FERREIRA, s/d, p.34).

A produção científica sobre o acolhimento é pequena. MATUMOTO (1998) explorando o tema em seu estudo observou que as referências relacionadas ao tema se referem às perspectivas religiosa, psiquiátrica e da organização e planejamento de serviços de saúde.

A concepção religiosa de acolhimento implica sobretudo à valorização do humano e a postura mais solidária e respeitosa para com o outro. “É provável que o acolhimento deve envolver muitas outras questões que o nosso limite humano não pode alcançar nesse momento” (GASQUES 1996, p.77 citado por MATUMOTO 1998).

Na perspectiva da organização e planejamento de serviços de saúde, autores como CAMPOS (1994); MERHY (1994, 1997); BUENO e MERHY (1998); MATUMOTO (1998); FRANCO, BUENO E MERHY (1999), têm buscado dar sentido ao acolhimento como parte do processo de trabalho em saúde, com vistas a um projeto em defesa da vida, neste sentido, distinguindo, o ato e o modo de fazer saúde, com ênfase na dinâmica do atendimento, naquilo que pode ser criativo por parte principalmente dos trabalhadores, como um dispositivo analisador e de mudança.

Dentro desta abordagem a UNICAMP promove um trabalho desenvolvido pelo Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA), “onde um grupo atua junto a diferentes instituições públicas de saúde, conduzindo processos de mudanças e reorganização de serviços, estabelecendo uma ponte entre a produção teórica e as práticas do cotidiano do trabalho em saúde. Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos, Luís Carlos de Oliveira Cecílio são alguns de seus pesquisadores” (MATUMOTO 1998, p.17).

No cotidiano dos serviços a observação de que o acolhimento tem sido um processo mal conduzido é de consenso tanto daqueles que trabalham na área da saúde

como dos usuários dos serviços. O descaso com aqueles que necessitam dos serviços básicos de saúde é assunto comum na imprensa falada e escrita. Observa-se que não se trata apenas do serviço público, mas também do privado.

O PCT preconiza a importância da descoberta das fontes de infecção, o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo, dentro de programas bem estruturados nos serviços básicos de saúde. Constitui preocupação a adesão do doente ao tratamento, no entanto esforços no sentido de preparar os serviços para melhor acolher os doentes devem ser engendrados. Entretanto o acolhimento aqui estudado é um processo a ser construído entre trabalhadores e usuários, como requer a definição de BUENO e MERHY (1998, p.3) abaixo:

“O acolhimento na saúde, como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários vai além da recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho, do conceito do Aurélio. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componentes fundamentais para um re-inventar a qualidade da assistência”.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVO GERAL

Estudar as representações sociais do processo de acolhimento entre pacientes e profissionais de saúde no Programa de Controle da Tuberculose em uma Unidade de Saúde da Família e um Ambulatório de Especialidades Médicas, do município de São Paulo.

2.1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- caracterizar os doentes e os profissionais sujeitos da pesquisa.
- identificar as representações sociais do acolhido sobre o acolhedor e do ato de ser acolhido.
- estudar as representações sociais do acolhedor sobre o acolhido e do ato de acolher.
- investigar quais os fatores que interferem no processo de acolhimento nos serviços estudados com base no sujeito coletivo.

3. MARCO TEÓRICO

3. MARCO TEÓRICO

Neste estudo optou-se pelo estudo das representações sociais como marco teórico principal, com uso do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Discurso do Sujeito Coletivo é um método de pesquisa qualitativa que permite que o pensamento de uma coletividade apareça na pesquisa representado sob a forma de um discurso (LEFÈVRE e col 2000; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

Neste sentido, LEFÈVRE e LEFÈVRE, (2003) argumentam que o DSC, “busca dar conta da discursividade, característica própria e indossociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados” (p. 11).

MINAYO (1992, p. 11, 22) define metodologia como “o caminho e o instrumental próprio de abordagem da realidade”. Ainda, segundo a autora, é possível uma mistura entre métodos quantitativos e qualitativos. “A quantidade e a qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo”.

Segundo SIMIONI e cols (1996), ao se dar oportunidade para o indivíduo por meio das questões abertas em entrevistas individuais, pode-se trazer à luz determinadas questões que permanecem obscuras. Atualmente, uma boa parte das pesquisas qualitativas adota a “análise de discurso” acreditando-se que dar voz aos indivíduos seria uma das formas mais adequadas para operar o resgate das representações dos sujeitos.

Para SADER (1998, p.57), “O discurso que revela a ação, revela também o seu sujeito”. Assim, “... a linguagem não é um mero instrumento que serve para comunicar alguma coisa que já existisse, independentemente dela”.

Segundo WESTPHAL (1982), a pesquisa com questões abertas retêm a objetividade dos fenômenos abrindo espaço para que a subjetividade humana vá além do observável e consiga apreender e abstrair os verdadeiros motivos que dão movimento à realidade concreta.

Segundo MOSCOVICI (1978), a gênese da teoria das representações sociais

dá-se nas mesmas circunstâncias (históricas, sociais), em que se manifestam por meio de conversação entre as pessoas. O autor admite que o conjunto dos conceitos nasce da teoria do senso comum. E a aproximação do objeto dá-se a partir das falas dos sujeitos (MELLIN 1998).

De acordo com VALA (1986, p.5): “Representações Sociais são teorias implícitas acerca de objetos relevantes e como tal, constituem uma modalidade do conhecimento que serve para apreensão, avaliação e explicação da realidade”.

As representações sociais segundo SPINK (1993), são formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos - imagens, conceitos, categorias, teorias, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação.

Para MINAYO (1994, p.173), “As Representações Sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada, porém, é a linguagem do senso comum, tomado como forma do conhecimento e da interação social”.

A teoria das representações sociais se preocupa em descobrir e compreender os fenômenos estudados, buscando conceitos de ordem processual e causal. A teoria das representações sociais trabalha com os saberes do senso comum, havendo facilidade em conceber o que seja a representação. Por outro lado, é difícil compreender o que a representação explica (WAGNER 1995).

Segundo LEFÈVRE e col (2000, p. 13) e LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003, p. 30), “um modo legítimo - não, por certo, o único - de conceber as Representações Sociais consiste em entendê-las como expressão do que pensa ou acha determinada população sobre determinado tema”. Os mesmos autores referem que “este pensar, por sua vez, pode se manifestar, dentre outros modos, através do conjunto de discursos verbais emitidos por pessoas dessa população. Essas pessoas são inquiridas individualmente sobre o tema, por pesquisadores que participam de projetos de pesquisa destinados, no todo ou em parte, a conhecer de modo sistemático estas representações”.

A elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo é uma das formas das quais o

pesquisador pode lançar mão para reconstruir o universo de representações existentes no campo pesquisado. No entanto, para que esta reconstrução seja possível é necessária a coleta da matéria prima das representações, ou seja, os discursos professados pelos sujeitos sociais. Para a coleta dessa matéria prima o método mais freqüentemente utilizado é a entrevista (LEFÈVRE e col 2000; LEFÈVRE e LEFÈVRE 2003).

Os mesmos autores compartilham que por meio do material coletado nas entrevistas obtém-se o pensamento de uma coletividade, que representa a soma do pensamento de cada uma das pessoas que compõe esta coletividade, representando um conjunto de representações presentes numa dada formação sócio cultural, num dado momento histórico, do qual as pessoas que vivem nessa sociedade e nessa cultura lançam mão para se comunicarem podendo estas representações ser descritas como discursos compartilhados.

E ainda, o objetivo destas pesquisas sociais é a revelação e descrição das crenças, atitudes, representações sociais existentes sobre um dado tema num dado momento, os quais perdem parte do sentido se colocados apenas sob a forma de uma categorização.

Neste sentido o DSC é um procedimento metodológico que supera de certo modo alguns impasses na medida em que recupera, na escala coletiva, a natureza discursiva e argumentativa do pensamento. E ainda, no DSC as categorias nomeiam os sentidos, ou seja as idéias centrais dos discursos semelhantes, mas o sentido destes não fica restrito à categoria, incorporando, além dela, os respectivos conteúdos discursivos e argumentativos presentes em cada discurso individual (LEFÈVRE e LEFÈVRE 2003).

A proposta do DSC como procedimento metodológico em pesquisa qualitativa, visando organizar o material verbal de representações sociais existentes numa dada comunidade, partiu da hipótese de que, se os indivíduos vivendo em sociedade, compartilham idéias, crenças, valores, representações, então compartilham igualmente os elementos que conformam estas representações, que são os seus sentidos, os conteúdos e os argumentos correspondentes (JODELET 1989; LEFÈVRE e col 2000).

Com base no disposto acima, montou-se um processo de organização de

depoimentos verbais, provenientes de pesquisa social que utilizou entrevistas semi-estruturadas, que por meio das figuras metodológicas da Idéia Central, das Expressões -Chave e do Discurso do Sujeito Coletivo, permitiu ao final construir uma série de DSCs, ou seja discursos síntese redigidos na primeira pessoa do singular e que reúnem em si as Expressões -Chave, isto é, trechos literais de fala, que revelam os conteúdos presentes nos depoimentos individuais que tem Idéias Centrais de sentido considerado equivalente ou semelhante (LEFÈVRE e col. 2000; LEFÈVRE e LEFÈVRE 2003).

Segundo os autores acima citados, a opção pelo emprego do uso da primeira pessoa no singular (eu), no discurso, representa um pensamento que, apesar de expresso numa forma individualizada, é socialmente compartilhado, e traduz melhor a natureza do pensamento coletivo.

Neste sentido importante se faz explicitar melhor as figuras metodológicas empregadas no método do DSC, segundo LEFÈVRE e col. 2000 e LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003.

A idéia central (IC) é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido presente nas expressões chave selecionadas de cada uma das respostas em cada conjunto semanticamente homogêneo de expressões chaves de respostas de indivíduos diferentes. É atributo da IC, a força, que consiste na frequência com que uma dada idéia central aparece no campo pesquisado; a penetração é o espalhamento de uma dada idéia central no campo pesquisado.

As expressões-chave (ECH), constituem-se em trechos das entrevistas, que são transcrições literais dos depoimentos, que revelam a essência do conteúdo das representações ou das teorias subjacentes a estas que estão presentes nestes depoimentos.

O DSC é um conjunto de procedimentos metodológicos visando organizar material verbal de representações sociais existentes numa dada comunidade sob a forma de discursos-síntese que expressam estas representações (LEFÈVRE e LEFÈVRE 2003).

4. METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo, a qual é definida por POLIT e HUNGLER (1995, p. 124,125) como aquela “que busca a descrição e a exploração de fenômenos, em cenários naturais. Tais estudos são investigações feitas em campo, em locais de convívio social como hospitais, clínicas, unidades de tratamento intensivo, asilos abrigos e comunidades”. “O propósito de um pesquisador de campo é o de aproximar-se das pessoas estudadas de modo a compreender um problema ou situação”.

O estudo tem um cunho quantiquantitativo, sendo os dados analisados de forma descritiva por meio de tabelas e porcentagens e por meio da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A observação direta foi um outro meio adotado para verificação dos atos dos profissionais relacionados ao modo como estes se relacionam e se comunicam com o doente no momento das orientações sejam elas educativas ou técnicas. É importante ressaltar que esse método muitas vezes provoca o fenômeno da dissimulação. POLIT e HUNGLER (1995) alertam para o fato de que quando as pessoas estão sendo observadas (no caso os profissionais de saúde), costumam deixar de agir com normalidade, dessa forma podendo comprometer a exatidão das observações.

POLIT e HUNGLER (1995) chamam esse problema de “efeito de reação à mensuração, ou simplesmente, reatividade” (p.178).

Para que não se incorresse na reatividade a coleta das informações foi realizada com base num plano pré-estabelecido de observação (roteiro) no qual cada questão tinha um objetivo pré-formulado com um escore de 0 a 4 pontos para cada questão (ANEXO IV). O próprio pesquisador assinalava com um X o valor correspondente no momento em que observava o atendimento prestado pelo profissional ao doente.

Na elaboração do roteiro de observação um pré-teste foi realizado em uma unidade de saúde com características semelhantes à do estudo; optou-se por consultar

alguns profissionais que trabalham com o PCT sobre a viabilidade da aplicação do instrumento. Após algumas sugestões o roteiro passou por reformulações.

O roteiro teve como embasamento teórico os estudos de SILVA MJP (1996; 2002) e a experiência profissional da pesquisadora.

É importante ressaltar que na fase anterior à pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, que em primeira instância sugeriu mudanças no termo de consentimento esclarecido, onde a autonomia do sujeito de pesquisa fosse melhor explicitada.

Após refeito o documento e aprovado pela referida comissão (anexo I), o Projeto passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa dos respectivos locais de estudo sendo aprovado na íntegra, ficando estabelecido os prazos para coleta dos dados.

4.2. Universo da pesquisa

4.2.1- Ambulatório de Especialidades Médicas (AEM): breve histórico

Dentre os Ambulatórios de Especialidades Médicas do Município de São Paulo foi escolhido o AEM que é um dos serviços da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, localizado na zona Norte do Município de São Paulo, criado em 1984, com a finalidade de incrementar o papel de referência, oferecendo retaguarda ambulatorial à todas as unidades de sua abrangência, tais como os distritos de Mandaqui, Santana, Tremembé, Jaçanã e Cachoeirinha. Posteriormente, devido a escassez de serviços, e a fácil acessibilidade, o AEM passou a ser procurado pela clientela de diversos bairros, e outros municípios da grande São Paulo, especialmente para tratamento de tuberculose.

Segundo a Diretoria do serviço, o grande número de consultas (1200 pacientes por dia), e o perfil diversificado da clientela se constituem em complicadores para alcançar as atividades de recepcionar, encaminhar e orientar os pacientes. Para complicar a situação, a marcação de consultas é manual, acarretando morosidade no atendimento, levando à filas e eventuais equívocos na marcação de consultas, provocado pelo manuseio do número elevado de agendas. O que facilita

em parte o processo é a marcação via telefone (0 800).

O Programa de Controle de Tuberculose (PCT) no AEM funciona de segunda a sexta feira geralmente no período da tarde, junto a outras especialidades, como neurologia, clínica médica, gastroenterologia entre outras. Os pacientes do PCT, ao marcar as consultas serão previamente atendidos por um clínico geral e posteriormente encaminhados para as pneumologistas que tem a incumbência de acompanhar estes pacientes até o final do tratamento. A vigilância epidemiológica dos casos é realizada por uma médica sanitária, que monitora os abandonos, e ainda acompanha os pacientes com resultados positivos, que passaram em consulta no Pronto Socorro do Complexo Hospitalar do Mandaqui (CHM).

O AEM não realiza o controle de comunicantes. É solicitado ao paciente que encaminhe seus familiares aos serviços mais próximos de suas residências. Esse controle nem sempre é feito, o AEM não tem meios para verificar o controle dos comunicantes, o que constitui falha no Programa de Controle de Tuberculose.

No período do estudo a equipe era composta de três assistentes sociais, que tem a função de além de resolver junto aos doentes os problemas sociais que atrapalham o seguimento do tratamento, dar orientações referentes à doença e o tratamento. Na pré e pós consulta dos doentes duas auxiliares de enfermagem eram fixas no período matutino e vespertino e mais duas auxiliares davam retaguarda nos períodos de maior demanda.

A função das auxiliares vai desde a realização de procedimentos de enfermagem junto à clientela (inalação, medicação, verificação de pressão arterial etc), a orientação da tomada dos medicamentos pelos doentes, encaminhamento para exames e outras orientações.

O atendimento era feito a portas abertas, em uma pequena saleta, destinada para tal. O paciente às vezes permanecia horas na porta esperando que a auxiliar de enfermagem após conclusão de outras tarefas pudesse atendê-lo. As orientações em geral eram feitas de pé. Tanto profissional como paciente permaneciam nesta posição.

O serviço contava com o trabalho de voluntárias, cuja uma das funções consistia em encaminhar os pacientes para sala de espera e no momento oportuno para os especialistas agendados, cabia à mesma adiantar o encaminhamento dos

pacientes em piores condições de saúde e acomodá-los em cadeira de rodas se necessário.

A escolha do AEM como campo de estudo, deveu-se principalmente ao grande número de doentes com diagnóstico de tuberculose que procuram o serviço para tratamento, inclusive oriundos de locais com Programa Saúde da Família implantados.

Consistia em queixa comum nas reuniões junto as equipes de saúde de várias unidades daquela região que os PCTs não conseguiam ser incrementados por falta de demanda em algumas unidades de saúde. Ao mesmo tempo o AEM vem experimentando um excesso de demanda de pacientes com tuberculose, que não encontram acesso ou às vezes resolutividade para os seus problemas em outros serviços. Portanto, o local pareceu apropriado para os objetivos propostos.

4.2.2- A Unidade de Saúde da Família (USF): breve histórico

A USF escolhida fica localizada na Zona Norte do Município de São Paulo. Foi criada em 1994, dentro do Projeto QUALIS (Programa Qualidade em Saúde), em convênio da Secretaria Estadual de Saúde e Fundação Zerbini, Município de São Paulo. A estrutura física pertencia à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, onde funcionava uma Unidade Básica de Saúde, que atendia pacientes com tuberculose pulmonar e outras queixas na sua área de abrangência.

O território de abrangência da USF estudada é dividido em cinco micro-áreas cada uma sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família. Estas equipes são compostas por um médico, uma enfermeira, um a dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Cada micro-área possui o cadastro das famílias sob responsabilidade da equipe de saúde.

As equipes são responsáveis por cadastrar as famílias e fazer a vigilância à saúde; conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade; elaborar um plano de enfrentamento dos determinantes do processo saúde doença; prestar assistência integral na recuperação da saúde, na prevenção de doenças, na promoção da saúde e na reabilitação; realizar consulta médica, consulta de enfermagem, acolhimento à demanda espontânea, grupos programáticos, atividades lúdicas e de exercícios físicos

(grupos de caminhadas de idosos); visita domiciliária a todas as puérperas e recém-nascidos, assim como para os doentes acamados; monitoração programática (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, pré-natal); registrar nascimentos e óbitos; avaliar as razões de cada óbito (principalmente óbito materno) e a intervenção da equipe.

Como se pode observar são muitas as atividades que cabem as equipes da USF. A investigação de casos de tuberculose se faz exclusivamente na USF, segundo demanda espontânea, não existindo busca ativa de casos na comunidade, exceto na vigência de campanhas determinadas pelo nível governamental central.

O acolhimento à demanda espontânea é feito diariamente por uma auxiliar de enfermagem, em sala tipo consultório médico. As queixas são registradas em formulário próprio. O atendimento se baseia nas queixas de cada usuário. Após avaliação e a realização de algum procedimento caso necessário (mensuração de pressão arterial, medida de glicemia capilar, mensuração de temperatura corporal), alguns casos são encaminhados para o médico ou enfermeira de cada micro-área. Outros serão agendados para consulta em outra oportunidade ou encaminhado para um serviço de referência conforme a necessidade do caso (urgência/emergência).

Portanto de um modo geral, o acolhimento funciona dentro de uma dimensão mais clínica, buscando a investigação de sinais, sintomas e queixas dos usuários da USF. Nem sempre a demanda será atendida no mesmo dia, é possível que muitos usuários acabem optando pelos prontos socorros da região norte.

4.2.3- Os Sujeitos da Pesquisa

Foram entrevistados sujeitos com o seguinte perfil:

- doentes que estavam em tratamento de tuberculose pulmonar, no período estipulado para coleta dos dados de um Ambulatório de Especialidades Médicas (AEM) do Município de São Paulo e de uma Unidade do Programa Saúde da Família (USF). Os pacientes com co-infecção TB/HIV, foram excluídos do estudo.

- Profissionais de Saúde que atuavam no Programa de Controle de Tuberculose dos serviços estudados. No AEM foram convidados a participar os profissionais que atuavam diretamente com o paciente com tuberculose (médicas, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem). As enfermeiras do AEM não prestavam assistência no PCT, portanto não ofereciam condições de participar da pesquisa.

- Na USF os profissionais envolvidos com pacientes em tratamento de tuberculose no período estipulado para coleta dos dados foram convidados a participar (auxiliares de enfermagem, enfermeiras, médicos e agentes comunitários de saúde).

Os profissionais foram contatados a participar da pesquisa por meio de convite verbal realizado pela pesquisadora. No AEM houve recusa de três profissionais de saúde que alegaram que não faziam parte do programa de controle da tuberculose.

4.2.4 - A Amostra

A amostragem foi não probabilística, constituída por 32 doentes (19 AEM e 13 USF) de 35 profissionais de saúde (11 AEM sendo 3 médicas, 3 assistentes sociais e 5 auxiliares de enfermagem e 24 USF sendo 5 médicos, 5 enfermeiras, 3 auxiliares de enfermagem e 11 agentes comunitários de saúde). Após o período estipulado para coleta dos dados, optou-se por entrevistar a demanda daquele período.

No AEM todos os doentes em tratamento, com possibilidade de aguardar o momento da entrevista puderam participar. Alguns por motivos particulares não puderam esperar pela entrevista, que era realizada apenas pela pesquisadora e levava

em torno de quarenta minutos.

4.2.5. Instrumento de Coleta de Dados

Para elaboração do instrumento de coleta de dados foi elaborado um pré-teste que ocorreu em duas fases. Numa primeira fase foram realizadas quatro entrevistas não estruturadas: duas com profissionais de saúde e duas com pacientes em tratamento de tuberculose pulmonar, em um serviço de saúde com características semelhantes aos locais do estudo.

Aos doentes duas perguntas foram realizadas:

- 1- Conte para mim como foi que apareceu a tuberculose.
- 2- Como tem sido o tratamento desde o aparecimento da doença até aqui.

Aos profissionais foi dirigida apenas uma questão:

- 1- Fale um pouco sobre o seu trabalho com os doentes com tuberculose.

Após a transcrição literal do material foi realizada leitura cuidadosa dos conteúdos, um formulário semi-estruturado foi elaborado e um novo pré-teste foi realizado no próprio local da pesquisa, com um profissional de saúde e dois doentes em tratamento. Alguns reajustes foram necessários para melhor adequação das perguntas aos objetivos propostos. O profissional e os doentes que participaram do pré-teste foram excluídos da pesquisa definitiva.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada (anexo II e III), pelo pesquisador com formação em saúde pública, após consentimento dos sujeitos da pesquisa. No AEM e na USF foi usado um roteiro de observação pela pesquisadora (anexo IV). Como parte do roteiro de observação construiu-se uma escala, cujo propósito foi mensurar as atitudes dos acolhedores (profissionais) em relação aos acolhidos (pacientes), quando do atendimento dos mesmos no PCT, seja na primeira consulta antes da elucidação diagnóstica ou consultas subseqüentes, nos serviços estudados.

A escala foi construída de acordo com referencial teórico que se sustenta nos autores (SILVA MJP 1996; SILVA MJP 2002) e na experiência da pesquisadora que

atua no Programa de Controle de Tuberculose.

Nesse sentido foram elaboradas questões relacionadas ao acolhimento e comunicação do paciente no momento da observação relacionado ao acolhedor.

Os critérios utilizados para a tabulação das respostas obedeceu a nove questões com cinco escores (0 a 4). Os escores foram desenvolvidos no sentido de captar a maior pertinência em relação a cada categoria estabelecida (anexo IV).

No PSF algumas entrevistas e algumas observações ocorreram por meio de visitas domiciliárias (VD). No período estipulado para observação não ocorreram casos suspeitos de tuberculose, todos os doentes estavam em tratamento.

4.2.6- Coleta de Dados

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (AEM):

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2002. A coleta foi realizada no período vespertino, das 13 às 18 horas, onde se concentra o atendimento de pacientes com tuberculose, realizado por três médicas com formação em pneumologia. Os pacientes eram agendados em sua maioria por telefone ou direto no agendamento do ambulatório; sendo encaminhados de serviços da região norte do município de São Paulo e Grande São Paulo. Na primeira consulta do paciente, quando não havia vaga com as médicas do programa, o paciente era agendado com médicos clínicos. Posteriormente quando do surgimento da vaga com as médicas do programa, o paciente era encaminhado para o prosseguimento de tratamento com uma das pneumologistas. Em casos de pacientes com baciloscopia positiva, colhida em consulta no pronto socorro referência do ambulatório, uma médica do serviço de vigilância epidemiológica do ambulatório é incumbida de convocar o paciente para consulta, portanto o paciente vem ao ambulatório com consulta previamente agendada. Profissionais e pacientes foram entrevistados no mesmo período.

Os doentes eram convidados a participar após a consulta médica e pós-consulta de enfermagem, independente do mês de tratamento. O objetivo da pesquisa era explicado e assegurado ao paciente todos os seus direitos, com base na resolução 196/96 (Anexos 1). Nenhum doente recusou o convite a participação. As entrevistas foram realizadas em consultório vago, local este onde os médicos recusavam-se a

clínica, alegando falta de ventilação adequada.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas após disponibilidade de cada um ou agendadas fora do horário de trabalho.

As entrevistas foram todas realizadas pelo próprio pesquisador, após leitura e assinatura do termo de consentimento e gravadas em fita magnética. Apenas os dados pessoais dos entrevistados eram anotados no início da conversa.

Após a entrevista com os pacientes, o pesquisador abria espaço para esclarecer alguma dúvida.

A observação direta do atendimento dos doentes pela enfermagem e serviço social foi realizada com o consentimento destes profissionais. Na observação do atendimento do doente pelos profissionais, o pesquisador permanecia fora da sala de atendimento, pois, todo atendimento é realizado a portas abertas, sendo a melhor maneira encontrada, assim sobrava mais espaço para execução do trabalho e os profissionais mostravam-se mais à vontade.

É necessário que se ressalte que o trabalho de observação no início constitui em árdua tarefa, sendo constrangedor para o observador e para quem estava sendo observado. As duas primeiras observações de uma das auxiliares de enfermagem foram anuladas, observou-se posteriormente que seu comportamento foi extremamente alterado pela presença do pesquisador. À medida que o tempo foi passando, e devido principalmente à demanda intensa do serviço, os profissionais mostraram-se mais à vontade, às vezes nem se dando conta de que estavam sendo observados.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF):

A coleta de dados na Unidade de Saúde da Família (USF) foi realizada no período de outubro de 2002 (após o término da coleta do AEM), a janeiro de 2003. Foram entrevistados profissionais e pacientes em tratamento simultaneamente. Devido ao número menor de pacientes e a dinâmica do serviço, nem sempre os pacientes em tratamento estavam com consulta agendada no período em que o pesquisador planejou coletar os dados. Portanto foi necessário que alguns pacientes sem consulta agendada fossem convidados no domicílio a participar da pesquisa, ou

se aproveitasse o momento da visita domiciliária realizada pela equipe ou pelo ACS. Na oportunidade aproveitava-se para realizar a entrevista e fazer a observação da atuação da equipe ou do ACS.

No caso da vinda do doente fora do dia de agendamento de consulta os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), eram encarregados de fazer o contato com os pacientes da sua área de abrangência.

As entrevistas eram realizadas na sala que se encontrava vaga, o que nem sempre era freqüente na USF. Os procedimentos usados foram os mesmos do AEM.

As entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem foram facilitadas devido ao número maior destes profissionais no serviço. O procedimento adotado foi semelhante ao do doente.

As entrevistas com os médicos foram previamente agendadas e às vezes com possibilidade de serem canceladas e remarcadas devido à demanda do serviço, reuniões de equipe que não podiam ser adiadas e visitas domiciliárias.

Levando-se em conta a cultura do serviço as entrevistas das enfermeiras ocorreram conforme a disponibilidade de cada uma, porém nunca com a privacidade que se desejava. As enfermeiras poderiam ser interrompidas em qualquer procedimento que estivessem fazendo, inclusive na consulta de enfermagem, portanto os depoimentos às vezes eram prejudicados pela interrupção de usuários e outros membros da equipe de saúde.

A observação do atendimento dos pacientes pelos profissionais foi feita em momentos distintos: por meio de visitas domiciliárias, na consulta de enfermagem, no atendimento pelos agentes quando o doente buscava o serviço por causa de alguma intercorrência, e na recepção.

Foi observado neste período que pacientes encaminhados de outros serviços com suspeita ou diagnóstico de tuberculose tinham prioridade no atendimento, sendo atendidos no mais tardar no dia seguinte.

4.2.7. Tabulação e Análise dos Dados

- Nas questões fechadas depois de tabuladas foi realizada uma análise descritiva dos dados, tanto do formulário de entrevistas como o roteiro de observação.

- As questões abertas foram tabuladas de modo descritivo e por meio da técnica metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e analisadas as questões temáticas apontadas no discurso segundo referencial teórico encontrado na literatura.

Para obtenção do DSC alguns passos foram seguidos, os quais são transcritos a seguir.

1º Passo: Os depoimentos gravados e transcritos foram analisados por meio de três das quatro figuras metodológicas propostas por LEFÈVRE e cols. (2000) e LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), e que são: idéia central (IC), expressões –chave (ECH) e discurso do sujeito coletivo (DSC). Num primeiro passo foi analisada cada questão em particular sublinhando as ECH com canetas marca texto manualmente.

2º Passo: No sentido de resgatar as representações sociais dos sujeitos de pesquisa, utilizou-se o instrumento de análise de discurso (IAD1) para cada questão do roteiro de entrevista. Este instrumento descreve as Idéias Centrais (IC) que cada um dos indivíduos apresenta em seus discursos e as Expressões-Chave (ECH), para cada resposta de uma dada pergunta da entrevista. Neste momento constitui-se tarefa árdua a escolha das ECH e posterior IC, o que requer do pesquisador sucessivas idas e vindas na busca das expressões metodológicas desejadas, sem fazer nenhum julgamento individual que possa interferir no resultado final da tabulação. Ao final desta etapa foi elaborada uma Chave Geral das Idéias Centrais que consistiu em identificar e nomear as IC agrupando-as em um conjunto homogêneo de IC nomeando-as em letras do alfabeto.

3º Passo: Em seguida, foram listados em um novo instrumento de análise de discurso - IAD2, todas as IC e todas as ECH para cada um dos sujeitos, relativo às mesmas respostas de uma pergunta da entrevista, com total resgate da literalidade dos sujeitos em estudo.

4º Passo: Foram construídos os DSCs de cada quadro obtido no IAD2 para cada questão do instrumento de coleta de dados. De modo seqüencial, as ECH foram sendo colocadas, obedecendo a uma esquematização com começo, meio e fim, indo do mais geral para o mais particular, ligando as partes do discurso quando necessário, a conectivos como: assim, então, logo, enfim. Portanto, o Discurso do Sujeito

Coletivo consistiu na transformação de várias idéias centrais, e de várias expressões-chave num só discurso, encadeado, como se houvesse apenas um indivíduo falando, que fosse portador de um discurso síntese de todos os indivíduos que compõem um dado sujeito coletivo.

Na apresentação e discussão dos dados optou-se por discutir inicialmente a visão do acolhido sobre o acolhedor. A análise foi em torno das entrevistas com os doentes. Em seguida a análise do acolhedor sobre o acolhido, isto é as representações dos profissionais, foi dividida em duas partes, separando os Agentes Comunitários de Saúde em um capítulo a parte. A opção feita embasa-se no fato de que os agentes constituem uma classe especial de trabalhadores, diferente do tradicional observado nos serviços de saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da População Estudada:

5.1. O paciente com tuberculose pulmonar

5.1.1. Quanto ao sexo

Gráfico 1. Distribuição e percentual dos doentes em tratamento, quanto ao sexo, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

Segunda o Gráfico 1 observa-se um número maior de entrevistados do sexo feminino em relação ao masculino na USF (69,3%) e no AEM um maior número de doentes do sexo masculino (57,8%). Observou-se neste estudo um maior número de doentes do sexo feminino, lembrando que a amostra é não probabilística. Os dados da literatura apontam que os homens são mais acometidos por tuberculose em relação às mulheres. Nos países em desenvolvimento, dos casos novos notificados dois terços são do sexo masculino (THORSON, DIWAN 1998).

5.1.2. Quanto à faixa etária

Gráfico 2. Caracterização dos doentes em tratamento, segundo a faixa etária, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

Observou-se no Gráfico 2 um predomínio da faixa etária entre 35 a 45 anos, com 30,8% (USF) e 26,3% (AEM). Os achados chamam atenção para faixa etária de 15 a 25 anos, onde 30,7% (USF) e 21,0% (AEM) da população estudada ocupava esse intervalo. Porém como se trata de uma amostra intencional, qualquer tipo de análise com generalização desses dados, seria mera especulação, tornando-se necessário uma maior investigação sobre este aspecto.

Estudos realizados no Município de São Paulo e Campinas/SP demonstraram que a população mais atingida pela tuberculose encontrava-se na faixa etária de 30 a 49 anos, refletindo o que acontece no Brasil e em várias partes do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999; OLIVEIRA, MOREIRA FILHO 2000; NOGUEIRA e col. 2001).

5.1.3. Quanto ao grau de escolaridade

Tabela 1. Grau de escolaridade dos doentes em tratamento de tuberculose pulmonar, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

Grau escolaridade	AEM		USF		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	2	10,5	3	23,0	5	15,6
1º grau incompleto	8	42,2	6	46,2	14	43,7
1º grau completo	3	15,7	1	7,7	4	12,5
2º grau incompleto	4	21,0	1	7,7	5	15,6
2º grau completo	--	--	2	15,4	2	6,3
3º grau incompleto	2	10,6	--	--	2	6,3
TOTAL	19	100,0	13	100,0	32	100,0

O grau de escolaridade é baixo na população estudada, quase metade da população entrevistada (43,7%) não tem o primeiro grau completo, e ainda, 15,6% são analfabetos (Tabela 1).

O grau de escolaridade está diretamente relacionado às dificuldades enfrentadas pelos doentes durante o tratamento (BELLUOMINI 1981, BERTOLOZZI 1998, CAMPINAS 1999; OLIVEIRA e MOREIRA FILHO 2000), em estudo realizado na cidade de Campinas, São Paulo, constatou-se que 56,5% dos abandonos prévios eram de pacientes com baixa escolaridade. Dentre os doentes com

recidivas (44,5%) eram indivíduos que não estudaram ou tinham menos de quatro anos de estudo formal.

5.1.4. Vínculo empregatício e renda familiar

Gráfico 3. Situação dos doentes em tratamento, segundo vínculo empregatício, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família. Município de São Paulo, 2003.

*os aposentados foram incluídos na categoria de empregados.

Observando o Gráfico 3, o desemprego é acentuado nas populações pesquisadas, embora, seja mais evidente na USF, onde 61,6% consideram-se desempregados. Quanto à ocupação dos pesquisados encontrou-se no AEM que 18,1% tinham trabalho informal no momento da entrevista, e que 18,1% eram donas de casa. Embora estes sujeitos contribuíssem na renda familiar no momento da pesquisa realizando “bicos”, na prática não estão inseridos na população economicamente ativa do país, engrossando ainda mais a categoria dos não empregados.

Observou-se nos serviços estudados que as famílias são numerosas com mais de quatro pessoas por família (37,5%), sendo a renda de maior percentual (46,9%) entre um a três salários mínimos vigente. (R\$200,00).

5.1.5. Local procurado para assistência

Tabela 2. Número e percentagem de doentes em tratamento, segundo primeiro local procurado para tratamento, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

Local	AEM		USF		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Posto de saúde	2	10,5	2	15,4	4	12,5
Farmácia	--	--	--	--	--	--
Pronto Socorro	17	89,5	10	76,9	27	84,4
Convênio	--	--	1	7,7	1	3,1
TOTAL	19	100,0	13	100,0	32	100,0

O local procurado para atendimento (Tabela 2) foi prioritariamente o Pronto Socorro, 84,8% do total dos entrevistados. Nesse estudo a porta de entrada foi o serviço de pronto atendimento. Alguns estudos apontam dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelos doentes. A principal porta de entrada tem sido os hospitais e o pronto atendimento (BELLUOMINI 1981, BERTOLOZZI 1998, CAMPINAS 1999).

Nesse sentido a organização dos serviços no atendimento ao doente desde o diagnóstico até a cura é fundamental para o sucesso do PCT. As deficiências técnico-administrativas funcionam como obstáculos à regularidade do tratamento, contribuindo para altos índices de abandono, reingressos repetidos, falências e recidivas ao esquema de curta duração, fazendo com que indivíduos eliminadores crônicos de bacilos permaneçam sem tratamento, ou acumulem-se nos centros de tratamento (OLIVEIRA, MOREIRA FILHO 2000).

5.1.6. Tempo de demora em busca por serviço de saúde a partir dos sintomas

Tabela 3. Número e percentagem de doentes em tratamento, segundo tempo de demora em busca por serviço de saúde. de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

Tempo demora	AEM		USF		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 mês	8	42,2	1	7,6	9	28,1
1 - 3 meses	8	42,2	6	46,1	14	43,8
3 - 6 meses	1	5,2	3	23,1	4	12,5
6 - 9 meses	--	--	3	23,1	3	9,4
9 - 12 meses	1	5,2	--	--	1	3,1
12 e +	1	5,2	--	--	1	3,1
TOTAL	19	100,00	13	100,0	32	100,0

Quanto ao tempo de demora na busca por atendimento médico, observa-se na Tabela 3 que apenas 28,1% dos doentes procuraram o serviço de saúde em menos de trinta dias após os sintomas. Também observou-se que 56,3% levaram entre um e seis meses para procurar assistência.

O tempo de demora do doente geralmente traduz falta de percepção da potencial gravidade da tuberculose, acarretando o diagnóstico tardio. Alguns autores atribuem o fato à interpretação dos sintomas por parte dos doentes como sendo resfriado ou uma gripe persistente. Contribue também para a demora o medo de não conseguir acesso aos serviços públicos e fatores ligados ao estigma e a perda do

trabalho durante o processo de tratamento (BELLUOMINI 1981, BERTOLOZZI 1998, CAMPINAS 1999, VENDRAMINI e col 2002).

5.2. Os profissionais de saúde que atuam no PCT

5.2.1.Quanto ao sexo

Gráfico 4. Profissionais de saúde, segundo sexo, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

5.2.2. Quanto à faixa etária

Gráfico 5. Número e percentual de profissionais de saúde, segundo a idade, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

Segundo o Gráfico 4 o sexo feminino predomina entre os profissionais de saúde (91,5%). A faixa etária mais frequente (Gráfico 5) no AEM foi entre 45 e 55 anos; já na USF dos 35 e 45 anos.

5.2.3. Ocupação

Tabela 4 Número e percentual de profissionais de saúde, segundo ocupação, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família. Município de São Paulo, 2003.

Ocupação	AEM		USF		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assistente social	3	27,2	--	--	3	8,5
Auxiliar de enfermagem	4	36,4	3	12,6	7	20,0
Enfermeiro (a)	--	--	5	20,8	5	14,3
Médico(a)	4	36,4	5	20,8	9	25,7
Agente comunitário de saúde	--	--	11	45,8	11	31,5
TOTAL	11	100,0	24	100,0	35	100,00

Quanto à ocupação, dado as características dos serviços estudados, a análise merece ser feita em separado. No AEM, médicos e auxiliares de enfermagem se equiparam, representando 72,8% do total de entrevistados. Na USF a categoria que se destaca é o Agente Comunitário de Saúde (45,8%) representando o maior percentual neste serviço.

5.2.4. Tempo de formação

Tabela 5. Número e percentual de profissionais de saúde, segundo tempo de formação, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

Tempo de formação	AEM		USF		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 2	--	--	--	--	--	--
2 - 4	--	--	3	23,0	3	12,6
4 - 6	4	36,4	3	23,0	7	29,0
6 - 10	1	9,0	1	7,8	2	8,4
10 e mais	6	54,6	6	46,2	12	50,0
TOTAL	11	100,0	13	100,0	24	100,0

* excluídos os ACS

Em relação ao tempo de formação, na USF encontram-se profissionais com menor tempo de formação, 53,8% com menos de dez anos enquanto que no AEM 54,6% apresentam tempo de formação com dez anos e mais.

5.2.5. Grau de escolaridade dos ACS

Tabela 6. Distribuição do número e percentual dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), segundo grau de escolaridade, de uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

Grau escolaridade	USF	
	Nº	%
1º grau incompleto	1	9,0
1º grau completo	3	27,3
2º grau incompleto	3	27,3
2º grau completo	4	36,4
TOTAL	11	100,0

Entre os ACSs, predomina o segundo grau completo ou incompleto, com 63.7% nesta categoria, isto mostra que os ACS possuem no mínimo oito anos de escolaridade.

5.2.6. Tempo de trabalho no Programa de Controle de Tuberculose

Tabela 7. Tempo de trabalho dos profissionais de saúde no PCT, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família. Município de São Paulo, 2003.

Tempo	AEM		USF		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PCT						
< 1 ano	2	18,2	1	4,1	3	8,6
1 – 2	2	18,2	6	25,0	8	22,8
3 – 5	4	36,4	8	33,4	12	34,3
6 e +	3	27,2	9	37,5	12	34,3
Total	11	100,0	24	100,0	35	100,0

De acordo com a Tabela 7 no AEM 36,4% têm entre três e cinco anos de atuação no PCT, sendo que na USF esse percentual é de 37,5%.

5.3 Análise dos dados qualitativos

No que se refere às questões abertas, foi empregado o instrumento de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para cada pergunta formulada. No instrumento foram categorizadas as idéias centrais do discurso de cada entrevistado, bem como as Expressões-Chave que sustentavam suas idéias. Cabe ressaltar que alguns entrevistados apresentaram mais de uma Idéia Central para a mesma pergunta, o que fez com que os dados fossem cumulativos em algumas tabelas.

Na Análise de Discurso todas as Idéias Centrais (IC) e todas as Expressões-Chave (ECH) para cada pergunta formulada foram listadas. No DSC foi executada a transformação, agregação e encadeamento das várias ICs e ECHs, listadas em um só discurso, como se um único indivíduo estivesse falando, isto é, um discurso síntese. Ressalta-se aqui que, para uma mesma pergunta, foram encontradas, muitas vezes, vários discursos coletivos, devido à existência de várias representações expressas na fala dos sujeitos da pesquisa.

Para demonstrar de modo genérico as questões abertas contidas no formulário de entrevistas e respondidas pelos entrevistados, foram criados antes da discussão de cada questão e de cada uma das populações estudadas, um quadro Síntese das Idéias Centrais, classificadas por letras do alfabeto e que foram construídas a partir das Expressões -Chave, contidas no discurso dos sujeitos da pesquisa.

Na seqüência optou-se por colocar em forma de tabela (percentual), os dados comparativos dos serviços estudados, com a finalidade de quantificar o aparecimento das idéias centrais compartilhadas pelos sujeitos em cada questão. Em algumas tabelas os dados são cumulativos porque o mesmo sujeito refere mais de uma idéia central em uma mesma questão, como revelado anteriormente revelando inclusive algumas contradições.

E finalmente foram apresentados os DSCs elaborados nos dois serviços pesquisados (AEM e a USF), procurando quando possível compará-los. Optou-se

pela discussão dos aspectos levantados logo após a apresentação dos dados, no sentido de tornar mais atraente a leitura do texto.

5.3.1 Resultados dos depoimentos dos doentes em tratamento

A primeira questão explorada junto ao doente, tinha como objetivo investigar como foi o processo inicial da doença, a busca por assistência médica, as facilidades e dificuldades encontradas. Do conteúdo das entrevistas, quatro idéias centrais (IC) foram extraídas (A,B,C,D – Gráfico 6). Os DSCs dos serviços estudados foram colocados lado a lado em quadros e algumas vezes os conteúdos em muito se assemelhavam.

Pergunta 1:

Como o Sr(a) descobriu que estava com tuberculose? Fale um pouco sobre isso

Gráfico 6 Distribuição e percentual de doentes em tratamento, segundo a distribuição das idéias centrais relacionadas à acessibilidade aos serviços, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família. Município de São Paulo, 2003.

Acesso Fácil

DSC1 – AEM A	DSC1 – USF A
<p><i>Eu fui ao Pronto Socorro, tirei um raio X, aí deu uma mancha. Também me pediram exame de escarro. Aí, o escarro acusou. Aí a médica falou: você vai em tal lugar que eles vão encaminhar para fazer o tratamento. Aí eu vim ... eu vim aqui no ambulatório e a Dr^a (...) me fez me por no esquema de tratamento. Eu já conhecia aqui. Minha filha tratou aqui. Foi muito bem tratada. E aí, comecei a tratar. E agora estou encerrando, positivo, não é, tá tudo negativo. Eu senti melhora logo, desse problema da tuberculose.</i></p>	<p>Eu fui descobrir que estava com tuberculose, acho que já estava praticamente na última fase, tossia e cuspi sangue. Aí, a (...) agente comunitária entrou; eu estava de cama. A agente falou: Vou passar no posto, vou marcar para você urgente, para você ver o que está acontecendo'. Aí ela marcou e eu vim, foi aí que eu descobri que estava com tuberculose. Aí, o doutor pediu os exames. Aí, onde acusou a tuberculose e comecei a tomar o medicamento. Estou tratando.</p>

Dificuldade de Acesso

DSC2 – AEM B	DSC2 - USF B
<p><i>Fui no pronto socorro de (...) e lá deu na chapa. Mandaram para (...) Lá no posto foi difícil...tinha que ter catarro...tinha que fazer o exame...o do catarro... sabe? E eu não tive catarro... Voltei lá no pronto socorro tipo assim, umas 3 vezes. A doutora que atendia, olhava as chapa e falava que era pneumonia ... Então...me</i></p>	<p>Eu procurei muito o pronto socorro. Tomei muita Benzetacil. Não examinavam nada. Falavam para mim: 'Olha, isso aí é uma dor lombar'. Outras vezes diziam que era gripe, que era queda de resistência. E eu, com tosse, muita tosse, não conseguia dormir à noite. A tosse ficou mais de um mês. Eu</p>

<p><i>mandaram para o Qualis, perto de casa. Mas foi uma bomba... Consulta lá, só com agendamento _ falaram _ para dali 2 semanas. Eu falei para minha mãe: 'Eu vou no outro posto. Mais remédio. Deu que eu fui só para baixo ..., piorando ... Deu que num fim de semana, eu fui prá cama; não me levantava. Andei muita prá poder me tratar. Ia no posto... noutro posto...andei vindo no hospital (...) umas 2 vezes. Eu dizia: eu não tou agüentando, eu tou sentindo mal, vou ter que procurar (assistência). Até que eu cheguei em (...), o médico falou: 'realmente você não tá bem. Ai ele encaminhou.</i></p>	<p>queria que fizessem um RX mas eu pedi e eles falaram: Faz mal, não pode fazer muito RX'. Aí passaram Voltaren, dipirona. Então eu fui no hospital. Fizeram dois exames mas perderam. Fiquei lá uns dez dias e nada de resultado. O médico dizia: 'Olha, a senhora tenha paciência!. Paciência? Colheram dois exames e sumiram com eles.</p>
---	--

Alcoolismo e demora na busca por tratamento

DSC3 – AEM	DSC3 - USF
D	C
<p><i>Meu problema todo começou porque eu bebia ... quando eu bebia, não comia. Bebia cedo e de tarde. Aquele álcool é que "tava" me segurando. Foi me dando uma fraqueza ...eu não se alimentava ... é onde a doença me pegou. Eu sentia dores assim do lado esquerdo do peito. Eu deixei passar... Eu achava que era por que eu peguei uma umidade, comecei a dormir no chão da oficina, num colchãozinho, no chão frio. Hoje eu digo...eu mesmo cavei a doença...busquei a doença, não é...</i></p>	<p>Sabe eu bebia muito. Quando fiquei doente, eu estava escarrando muito sangue. Não sentia dor mas vazava sangue dentro de mim. Teve um dia de eu encher dois copos de sangue e jogar dentro do vaso do banheiro. Tossia mas não doía nada. Aí, fui trabalhar lá no serviço, o gerente me viu...fazendo aquilo me pegou, me levou na marra. Ai a (...) não deu jeito e me mandou lá no AEM. Aí, o doutor passou uns remédio, eu fiquei tomando em casa. Ai estou tratando aqui. Vou tratar direitinho.</p>

Só buscou o serviço público porque não tem convênio

DSC4 – AEM

D

Bem...eu só vim descobrir agora. É o Brasil, não é? Não tem como! Se eu tivesse plano médico eu já teria feito tudo isso, eu já tinha meu tratamento...já tinha tido começo. Eu acredito, que doze dias atrás já tinha iniciado o tratamento. Isso porque eu não tenho assistência médica. Eu não tinha demorado vinte dias para procurar. Se eu tivesse assistência médica no dia seguinte ou no terceiro dia eu tinha procurado médico. Assistência médica é para utilizar...Eu nunca precisei de médico. Eu não gosto de médico, de remédio. Agora, nos empregos todos que trabalhei nunca precisei, eu já tive muitos planos de saúde...mas nunca precisei, porque nunca fiquei doente. A empresa que eu trabalho não tem assistência médica, sabe? É por isso que eu demorei. Eu sabia que ia ser demorado. A gente vai tendo aquele receio de enfrentar posto de saúde. De enfrentar hospital...

5.3.2 - Análise do Discurso do Sujeito Coletivo: doentes em tratamento do AEM e USF

A primeira IC (A) faz emergir a questão da acessibilidade aos serviços de saúde. Os doentes relatam as facilidades no acesso e que, em pouco tempo, conseguiram o diagnóstico da tuberculose e o início do tratamento (42,1% no AEM e 54,0% na USF). Muito embora metade dos doentes tenha conseguido o acesso, observa-se no discurso que ele teve que buscar mais de um serviço (DSC1- AEM), ou então, já estava doente há muito tempo, inclusive com tuberculose avançada, como é o caso do DSC1 -USF.

No Programa Saúde da Família, o que se espera é que os serviços sejam a porta de entrada da clientela, prestando uma boa atenção básica, inclusive fazendo o diagnóstico precoce da tuberculose; no entanto, um dos discursos aponta para uma outra direção: *Eu fui descobrir já estava praticamente na última fase, tossia e cuspi sangue.*

Na segunda IC (B), surgem as dificuldades e a peregrinação dos doentes na busca por assistência. Nos dois serviços, o percentual de doentes que compartilham a mesma idéia central é elevado (42,1% no AEM e 38,4% na USF). O sofrimento acarretado devido à demora no diagnóstico da tuberculose (DSC2 - AEM), faz com que o doente chegue ao serviço em cadeira de rodas, tais são suas condições de saúde. No discurso dos doentes do AEM, aparece uma crítica ao acesso ao Programa Saúde da Família, próximo à residência do doente: *‘...me mandaram para o Qualis, mas foi uma bomba. Consulta lá para dali duas semanas’*. O próprio discurso dos doentes em tratamento na USF (DSC2 - USF), revela que as pessoas não enxergam o PSF como porta de entrada para sua assistência, recorrendo em geral, primeiro ao pronto socorro.

A terceira IC (C), o próprio doente exterioriza e reconhece o seu problema de base, muito anterior à tuberculose, o alcoolismo. O desregramento é imputado como causa do estado em que o doente se encontra: *eu mesmo cavei a doença*. Apesar do clichê do tuberculoso alcoólatra residir na cabeça de muitas pessoas, na população estudada este percentual foi de 10,5% no AEM e de 7,6% na USF. Provavelmente os valores estão subestimados no AEM, pois a amostra é intencional, assim como na USF. Mas segundo as equipes de saúde do PSF estudado, o problema do alcoolismo muitas vezes dificulta a adesão e o sucesso do tratamento, o que é freqüente naquele local. Embora os profissionais compartilham que nem sempre o abandono está ligado ao abuso do álcool.

A quarta IC (D), o doente refere que só buscou o serviço público porque não tinha convênio (5,3%). O que reflete a percepção do doente frente as dificuldades e a falta de estrutura dos serviços públicos para que as portas sejam abertas aos que necessitam. O discurso, apesar de aparecer apenas na fala de um doente, leva à reflexão de como ele se sente, perdido e amedrontado diante do aparecimento dos sintomas. Ele não se sente à vontade para procurar o serviço, pois sabe que encontrará muitos empecilhos para solução de seu caso o que, ao mesmo tempo, gera grande revolta em relação a sua situação de dependente do serviço público, fornecendo a idéia de que o privado teria solucionado melhor o seu caso, o que nem sempre é verdade, pois mais adiante serão observados relatos de pacientes que

tiveram uma experiência negativa com o serviço privado, inclusive elogiando a consulta do serviço público em detrimento do privado.

Portanto os dados relativos à primeira pergunta dirigida aos doentes, sobre o modo como ele descobriu que estava com tuberculose, nos remete à questão da acessibilidade aos serviços de saúde.

Nos discursos, diferentes situações aparecem. Desde aqueles que conseguem, com certa facilidade, o acesso aos serviços, até os que tiveram sérias dificuldades, retardando o início do tratamento e provocando piora no seu estado de saúde.

O acesso é um elemento essencial do atendimento para que se possa intervir e melhorar efetivamente o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

Segundo UNGLERT (1995), o acesso à saúde está ligado às condições de vida, incluindo nutrição, poder aquisitivo, habitação e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.

A acessibilidade é entendida como uma característica do serviço de saúde que engloba um conjunto de fatores capazes de facilitar ou dificultar o acesso da população às ações por ele desenvolvidas.

Portanto, acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente (ACÚRCIO e GUIMARÃES 1996).

Para RAMOS E LIMA (2003) entende-se por acesso à saúde, à distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento, tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas e a possibilidade de agendamento prévio.

A existência de serviços de saúde, nem sempre garante o acesso da população. Do ponto de vista funcional, é importante que os serviços sejam oportunos, contínuos, que atendam à demanda real e que sejam capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema (ADAMI 1993 citado por RAMOS e LIMA 2003; UNGLERT 1995).

Dentro das diretrizes que norteiam a criação dos Centros de Saúde, estes deveriam ser responsáveis pela assistência à população de uma determinada área geográfica, a qual se denomina "área de abrangência". Estes serviços deveriam promover ações de saúde dirigidas à sua população, atuando de forma dinâmica por meio de ações de vigilância em saúde e ações assistenciais resguardando o princípio da equidade.

A equidade em saúde pode ser definida como horizontal e vertical. A equidade em saúde é horizontal quando propõe tratamento igual para problemas iguais, isto é, qualquer indivíduo que procure um serviço de saúde por um mesmo problema, deve receber a mesma resposta do serviço. A equidade vertical é quando se propõe tratamento diferenciado em função de diversas manifestações patológicas em relação à urgência e gravidade, priorizando as respostas do sistema (UNGLERT 1995).

A mesma autora questiona se o princípio da equidade horizontal está sendo respeitado quando o sistema, apesar de fornecer a mesma resposta para problemas iguais, limita o acesso da população a determinados serviços, dentro de uma área de abrangência pré-determinada.

Na população estudada, a oferta de serviços se dá pelas Unidades de Saúde da Família e os demais níveis de complexidade, como os ambulatórios de especialidades e hospitais públicos e privados, sendo a equidade vertical respeitada.

Quanto ao princípio da equidade horizontal este nem sempre é respeitado, nos serviços estudados. A maioria dos doentes, como observado, não teve a mesma resposta do serviço por eles procurado, principalmente nas unidades de PSF do Município de São Paulo.

A Unidade Básica da Saúde sempre foi entendida como a porta de entrada de um sistema público de serviços de saúde. A proposta do PSF também segue os mesmos princípios. Entretanto, a realidade mostra que, nem sempre, a porta se encontra aberta, durante todo o tempo; ou às vezes a população não tem clara a lógica de organização dos serviços entendendo que sintomas de febre e tosse requerem atendimento em pronto socorro.

Para MERHY e col. (1997), a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, a proposta de rede básica passou a ser mais complexa e ampliada, pois a rede básica

teria que ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas também o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido das práticas.

Para MERHY et al (1994) é necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica. Para tal, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

Tanto os doentes em tratamento no AEM, quanto os da USF, recorreram, a priori, aos serviços de pronto atendimento, seja em decorrência de dificuldades de acesso aos serviços próximos à residência, limitações impostas pelo alcoolismo, ou mesmo, por medo de utilizar o serviço público, por considerá-lo de má qualidade.

O fato cruel e real é que a grande maioria da população brasileira sente-se insegura e abandonada quando necessita de atendimento médico-hospitalar. A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar à porta de entrada mais importante do sistema de saúde. A principal porta de entrada continua sendo os hospitais. O modelo tecno-assistencial que pensa o sistema de saúde como uma pirâmide, na base as unidades básicas de saúde e no topo o hospital, não tem dado resolutividade (CECÍLIO 1997).

Segundo o mesmo autor o modelo precisa ser repensado, pois os doentes que necessitam dos serviços de saúde não são dotados de comportamentos previsíveis, e sim de sentimentos com suas angústias e sofrimentos, criando seus próprios canais de atendimento, acessando o sistema por onde é mais fácil ou possível.

Ainda para o mesmo autor a idéia de um modelo tecno-assistencial em círculo abre múltiplas possibilidades de entrada no sistema de saúde. O doente teria várias possibilidades de ser bem atendido, desde a rede básica até os serviços de pronto atendimento, com resolutividade, montando-se um fluxo organizado de encaminhamento e acompanhamento dos casos.

Nesse sentido os doentes após diagnóstico e acompanhamento com um mesmo médico no serviço de pronto socorro, sairia de lá com consulta com dia e hora marcada no serviço apropriado, evitando-se assim ficar perdido após o pronto

atendimento, ou muitas vezes não retornando para saber o resultado de sua baciloscopia de escarro.

No modelo circular sugerido por CECÍLIO (1997) o serviço básico de saúde deverá se estruturar para algumas atividades principais: delimitar e conhecer em profundidade o território, em todos os aspectos que são pertinentes aos cuidados de saúde; prestar atendimento direto às pessoas mais vulneráveis e funcionar como articulador competente do acesso destas mesmas pessoas a recursos tecnológicos mais complexos, em outros pontos do sistema.

Neste sentido, a idéia do modelo tecno-assistencial em círculo abre múltiplas possibilidades de entrada no sistema de saúde, principalmente em se tratando dos doentes de tuberculose, cuja porta de entrada são os prontos socorros, com grande falta de articulação com outros níveis de atendimento na rede de serviços de saúde no município de São Paulo.

Algumas unidades do Programa de Saúde da Família, mesmo primando pela organização e boa estruturação, desenvolvendo um trabalho de boa qualidade, podem padecer de ser muito fechadas às necessidades mais agudas dos seus usuários, no caso os doentes de tuberculose, deixando de criar mecanismos de acessibilidade e acolhimento apropriados.

Entretanto RAMOS e LIMA (2003) defendem que o agendamento “é um instrumento que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, permitindo alterar o modelo exclusivo de pronto atendimento”. Mas trabalhar no PSF apenas com sistema de agendamento, poderá trazer sérios prejuízos para os casos mais agudos, a exemplo da tuberculose.

5.3.4 O alcoolismo como entrave na busca por assistência

No estudo o alcoolismo é apontado por alguns doentes como entrave na busca de assistência à saúde. Os doentes começam a entrevista falando do seu problema, como se justificando um comportamento altamente reprovado pelos serviços e pela sociedade em geral. No momento anterior a entrevista os próprios funcionários dos serviços já apontam o doente como “alcoolista” antes de citar qualquer outra

característica dos mesmos, evidenciando assim a discriminação daqueles que são adeptos ao vício de beber.

A dependência ao álcool sempre foi causa importante de agravamento do quadro de tuberculose, não só pela desnutrição e o descuido com a saúde, geralmente observados nestes doentes e a conseqüente queda da sua imunidade, conforme referido por SINGLETON e col. (1997) e WHITE e col. (1996), citados por NOGUEIRA 2001.

A internação dos casos de tuberculose, em geral, é decorrente do alcoolismo e problemas sociais. O alcoolismo causa a maior taxa de alta disciplinar entre os doentes de tuberculose internados (NOGUEIRA 2001).

Ainda, segundo o mesmo autor, os etilistas, quando internados, são impedidos de ingerir bebidas alcoólicas, o que pode desencadear uma crise de abstinência que poderia levar à fuga do hospital e ao conseqüente abandono ou à saída disciplinar por brigas internas.

Por meio do indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos, que é uma medida das mortes prematuras em relação à duração de vida esperada, LIRA (1998), encontrou um coeficiente elevado entre o sexo masculino e feminino, em 1995, para o alcoolismo (6,4).

A mesma autora estudando a mortalidade prematura no município de São Paulo, por meio da medida dos anos potenciais de vida perdidos (APVP), de 1980 a 1995, encontrou, dentre as dez principais causas analisadas que o alcoolismo elevou o APVP no período considerado, em +78,6%, seguido de homicídios com índice de +240,8% entre os homens.

LIRA (1998) em seu estudo ao fazer a comparação do comportamento da mortalidade prematura entre cinco áreas homogêneas do município de São Paulo encontrou maiores valores dos coeficientes de APVP para causas com grande determinação social como a tuberculose (3,8) e o alcoolismo (3,8), evidenciando que existe uma estreita relação entre alcoolismo e tuberculose, quando se trata de morte prematura em regiões com grandes iniquidades sociais. Uma causa que apresentou ascensão e que merece ser comentada é o alcoolismo que, a partir de 1985, passou a figurar entre as dez principais causas de APVP no município de São Paulo. Os coeficientes de APVP por alcoolismo cresceram 71,8%, de 1980 para 1995. Esse

percentual está sub-dimensionado, pois ocorre um sub-registro do alcoolismo como causa básica da morte, não sendo contempladas as mortes devidas a acidentes e violências que tiveram o álcool como fator contribuinte, nem as patologias para as quais o abuso de álcool representa fator de risco.

E ainda, outros problemas decorrentes do consumo abusivo do álcool dizem respeito ao absenteísmo no trabalho, o desemprego, o aumento da violência, em geral e, em particular, da violência doméstica.

A atuação dos serviços de saúde no atendimento dos casos de alcoolismo é uma questão bastante complexa. No Brasil, assim como no município de São Paulo, observa-se uma escassez e/ou inexistência de serviços específicos para o atendimento desse agravo, o que só evidencia a grande complexidade na abordagem do problema, exigindo a definição de políticas sociais amplas e não só da área da saúde (LIRA 1998).

No Estado de São Paulo, no período de 1997 a 1999, o alcoolismo está assinalado em 30% dos casos notificados de tuberculose (CVE 2003; CAPUANO 2001).

OLIVEIRA, MOREIRA FILHO (2000) e CAPUANO (2001) estudando a relação entre alcoolismo crônico e tuberculose pulmonar, assim como a baixa adesão dos pacientes alcoolistas ao tratamento da doença, encontraram que o alcoolismo é a principal causa de abandono de tratamento para tuberculose.

O abandono do tratamento, principalmente responsável pelos casos de resistência adquirida, é um denominador comum entre alcoolistas, usuários de drogas injetáveis, pacientes com infecção pelo HIV e moradores de rua (CAPUANO 2001).

Além da influência na morbidade, o alcoolismo trás consequências na mortalidade por tuberculose. Ele é apontado como um fator preditor de resultado desfavorável (falência respiratória ou morte), na evolução em curto prazo, de casos de tuberculose pulmonar. (CAPUANO 2001).

5.3.5- O acolhimento- a visão do acolhido sobre o acolhedor

O objetivo da segunda pergunta foi investigar o acolhimento inicial do doente junto aos serviços de saúde estudados. Entendendo o acolhimento não apenas no sentido de receber, recepcionar, mas ainda, aceitar o outro como sujeito de

direitos, desejos, medos, ansiedades, dúvidas, tecendo uma rede de confiança e solidariedade entre o doente e a equipe de saúde, a fim de estabelecer uma relação de compromisso e de confiança mútua. Do conteúdo das entrevistas surgiram cinco Idéias Centrais do AEM e quatro da USF (A,B,C,D).

Pergunta 2:**Como o Sr(a) foi recebido aqui no serviço?**

Tabela 8 Distribuição e percentual de doentes em tratamento, segundo as idéias centrais relacionadas ao acolhimento de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade Saúde da Família. Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS CENTRAIS	AEM – N=19		IDÉIAS CENTRAIS	USF –N=13	
	Nº	%		Nº	%
A= sentiu-se bem por causa da resolutividade	15	78,9	A= A USF acolhe bem, dá resolutividade	11	84,6
B= Sentiu-se acolhido. Tinha uma experiência positiva com o serviço	2	10,5	B= A consulta aqui é melhor do que do convênio	2	15,3
C= Problemas de relacionamento médico-paciente	1	5,2	C= Mal atendimento médico	1	7,6
D= Morosidade no atendimento: compara o público e o privado	2	10,5	D= Atraso no início do tratamento. Dificuldades para agendar consultas	1	7,6
E= Faltam orientações e esclarecimentos. O tratamento é elementar	2	10,5		-	-

<p>DSC1 - AEM</p> <p>A= sentiu-se bem por causa da resolutividade</p> <p><i>Eu me senti muito bem . Aqui é muito bem organizado. O pessoal me trata bem. Fala tudo. Me dá os remédios, os potes, encaminha para marcar o retorno. Não é ruim não... Me ajudou. Sabe que aqui foi onde deu certo, não é? Deu certo estou de alta hoje. Quando vim pela primeira vez a doutora me deu remédio no dia, ela falou: já vai beber remédio, já vai começar. Lá perto de casa (PSF), não resolveu. Lá para conseguir uma consulta é um custo! A gente tem que passar no médico, não é mesmo? Pois ele é que vai pedir os exames. Aqui não, vem que você é atendido. Fui muito bem recebido, depois de andar muito, não é?</i></p>	<p>DSC1 – USF</p> <p>A= A USF acolhe bem, dá resolutividade</p> <p><i>Quando me falaram que eu tinha tuberculose, meu mundo caiu. E eles me ajudaram. A agente, principalmente. Ela falou: Se fosse outra doença, seria pior. A tuberculose tem cura. A senhora pode viver normal com a família. Resolveu tudo naquele dia mesmo. O que tinha que fazer, fez. Pediu os exames. Por que quando é tuberculose, eles marcam. A agente passou na frente; eu passei no mesmo dia.</i></p>
--	---

<p>DSC2 - AEM</p> <p>B= Sentiu-se acolhido. Tinha uma experiência positiva com o serviço</p> <p><i>Chegando aqui, eu estava um caco. Levava era tempo para atravessar esse corredor.....deu tudo certo. Eu encontrei uma médica que foi uma benção de Deus. Ela mudou o jeito de beber os</i></p>	<p>DSC2 – USF</p> <p>B= A consulta aqui é melhor do que do convênio</p> <p><i>Eu sempre trouxe meus filhos aqui. Eu gosto muito da doutora. Ela é melhor do que o convênio. Aqui é bom. Pelo menos aqui examina a gente, por que, no outros lugares, tipo hospital,</i></p>
--	--

<p>remédios...ela falou: pode quebrar os comprimidos. Não agüenta beber em jejum, toma um pouco de leite. O importante é beber os remédio’</p> <p>.. Aqui todo mundo explicou, passa assim (doença)...não passa assim...eu falei: estou separando até o prato. E aí falaram não separa, não. Quem me explicou foi a assistente social. Bem ... eu já tinha tido uma boa experiência aqui, com minha filha. Graças a Deus, não tenho o que reclamar, a moça me tratou bem. O médico também é bom...</p>	<p>ninguém examina a gente direito. Aqui é uma consulta. A médica conversa com você. Lá não. É um atrás do outro, você fica um minuto só na sala e já sai. Parece que nem foi ao médico.</p>
--	--

<p>DSC3 - AEM</p> <p>C= Problemas de relacionamento médico-paciente</p> <p>Primeiro que eu passei aqui, foi no pneumologista. Não ... nem pneumologista ele não era. Era clínico geral. Ele não olhou prá minha cara, só ficava escrevendo. Ele ... é ... não passou aquele aparelho no pulmão ...prá saber. Então, eu fiquei muito chateada. Aí, eu fiquei com raiva. Eu fui no médico particular, não deu certo. Eu não tinha grana. Depois eu voltei aqui e comecei a tratar aqui. Eu perdi o emprego, não aceitaram foi discriminação. A pessoa que não entende muito sobre isso que eu ‘tou’ passando, tem discriminação ... tem ... eles acham que pega só pelo fato</p>	<p>DSC3 – USF</p> <p>C= Mal atendimento médico</p> <p>Bom...aqui nós viemos, a agente (ACS) nossa já passou nós na frente. Ela foi lá, arrumou; eu passei no mesmo dia. Às vezes, a gente quer consulta e não consegue. Quando consegue, nem sempre é boa. Porque agora tem esse doutor; ele é novo. Ele não examina e não passa o remédio.</p>
---	--

<i>de você estar perto do outro. E aí, eu fiquei pra baixo.</i>	
---	--

<p>DSC4 – AEM</p> <p>D= Morosidade no atendimento: compara o público e o privado</p> <p><i>Numa sexta feira eu vim aqui. O pessoal poderia ter me encaixado. Eu cheguei aqui era 9 horas da manhã. A doutora..., bom ela não é culpada, o pessoal é que marca prá ela. Eu acho que se o negócio é TB, é urgente... doenças perigosas deveria ser dado prioridade. Meu caso é meio grave! Mas ela não parou prá olhar. Me disse, não vai ser atendido. Eu digo assim: início de pneumonia, TB, o próprio posto de saúde deveria ter uma regra para priorizar os exames. As coisas demoram muito! Eu fiz exame de escarro vai demorar uma semana. Se fosse particular ficaria pronto rápido. Mas por ser um serviço público... Mas eu acho que nenhuma pessoa teria coragem de reclamar, viu? O que a moça ali (auxiliar de enfermagem) tem de recurso, ela passa para o paciente. O básico foi feito, sabe? Você precisa saber conviver com a situação.</i></p>	<p>DSC4 – USF</p> <p>D= Atraso no início do tratamento. Dificuldades para agendar consultas</p> <p><i>Marquei meu tratamento aqui no posto. Ai, foi marcado para dali a um mês. Ai, eu fiquei esperando e aqueles sintomas chegando...tinha médico mas tinha que encaixar (a consulta). Aí, depois de um mês, eu comecei a passar com a doutora. Ai, ela pesou, estava com 53 quilos...emagreci. eu pesava 65 quilos; ir parar nos 53, para mim, foi um susto grande. Ai minha mãe chorava. Mas ela (médica) veio conversar comigo. Ela conversou, explicou a doença.</i></p>
--	---

DSC5 – AEM

E= Faltam orientações e esclarecimentos. O tratamento é elementar

Hoje eu deixei um exame de escarro lá. A dr^a ainda não sabe o resultado, mas ela já está me medicando, praticamente o sintoma que eu estou sentindo e o que consta na radiografia (tosse muito....) é TB. (tosse muito...)Ela falou que ia ter certeza se tivesse o exame de escarro na mão. Só que o exame de escarro vai demorar o que?... vai ficar pronto só a semana que vem. Ela me deu esse monte de remédio, mas o exame de escarro só quarta feira que vem. Tudo indica que é TB. Mas vamos supor que não seja. E aí? Ele é forte (remédio). Eu esperava poder falar de algumas dúvidas que eu tenho. Falta assim... mais tempo prá falar, perguntar... O tratamento é aquele... praticamente elementar. É aquela coisa, né?... fez aquilo é acabou, né. fala o que tem que falar, né?... é mecânico, né?

A primeira IC (A), traz a fala dos que se sentiram bem nos serviços estudados e representou 78,9% dentre os doentes do AEM e 84,6% na USF, demonstrando que de certo modo os doentes reconhecem bons atributos nos serviços onde estão em tratamento. No AEM a questão da resolutividade e organização do serviço é exaltada no discurso: *aqui é muito bem organizado...sabe que aqui foi onde deu certo. O pessoal me trata bem.* Na USF, observou-se no discurso que os doentes se referem ao acolhimento num sentido mais amplo, revelando emoções e o apoio dado no momento do diagnóstico, misturado a questão da acessibilidade e resolutividade do serviço.

A segunda IC (B), poderia ter sido agregada a primeira, pois se assemelham. Porém, as argumentações no AEM referem-se à experiência positiva anterior que os doentes tiveram com o serviço (10,5%). Na USF o argumento se pauta na qualidade da consulta (15,3%).

No material discursivo do AEM, os doentes relatam a experiência positiva com o serviço, revelando que a equipe acolheu esses doentes nas suas fragilidades, oferecendo atendimento mais humanizado, o que fez com que confiassem nos profissionais. Além disso, a experiência anterior de familiares havia sido muito positiva. Na USF, o discurso aponta para o atendimento mais qualificado prestados

nas unidades de PSF, onde na maioria das vezes, o doente é examinado, formando maior vínculo médico-paciente.

Mas nem todo doente se sente bem acolhido. Na IC (C), embora em percentuais de 5,2% no AEM e 7,6% na USF, os doentes revelam problemas no atendimento médico, sendo a maior queixa o descaso, uma comunicação não gestual revelando frieza e falta de interesse pela pessoa humana (DSC4 - AEM). O doente ao procurar o médico, o que espera é que ele ao menos lhe dirija um cumprimento, nem que seja verbal. Mas observa-se nos relatos que isso não ocorreu: *ele não olhou para minha cara... não passou aquele aparelhinho no pulmão...eu fiquei muito chateada*. Somado ao descaso, ainda existe o peso da discriminação da doença, o que muitas vezes acarreta o desemprego: *Eu perdi o emprego, não aceitaram foi discriminação. A pessoa que não entende muito sobre isso que eu 'tou' passando, tem discriminação*.

Na USF, apesar das considerações feitas anteriormente sobre a aproximação médico paciente, alguns profissionais destoam da equipe, talvez por falta de experiência ou mesmo por falta de sensibilidade no trato com as pessoas (DSC3 - USF).

Na idéia central IC (D), o atraso no atendimento aparece novamente, enfatizando que ser bem recebido implica em ser atendido prontamente, aliviando a dor e o sofrimento causado pela tuberculose. A IC (D) representou 10,5% no AEM e 7,6% na USF. No conteúdo dos doentes do AEM, observou-se críticas contundentes em relação às dificuldades de acesso ao serviço público e à falta de prioridade para uma doença infecto-contagiosa e grave, na visão dos doentes.

Além disso, o conteúdo revela algo relevante nesta pesquisa, até que ponto os doentes sentem-se à vontade para expressar suas opiniões sobre a qualidade dos serviços a que estão submetidos?: *Mas eu acho que nenhuma pessoa teria coragem de reclamar, viu? O que a moça ali tem de recurso, ela passa...o básico foi feito...você precisa saber conviver com a situação*. A queixa é feita de modo sutil, mas os doentes não se sentem acolhidos integralmente como preconizam o SUS e o Programa de Controle de Tuberculose. Faltou o essencial: dialogar, tirar dúvidas.

No PSF observou-se, segundo a idéia central (IC - D), que a falta de acesso e acolhimento adequado, pode ter provocado um atraso de um mês no tratamento do doente, o que poderia ter gerado piora no quadro clínico e desespero familiar.

A última IC (E), aparece apenas no AEM, representando 10,5%. Cabe ressaltar que se trata dos mesmos pacientes que expressaram descontentamento com o serviço prestado no AEM anteriormente. Os doentes são de melhor poder aquisitivo e maior grau de escolaridade em comparação com os demais. O tratamento instituído gerou dúvidas importantes em um dos pacientes, o qual não entendeu o porque do início do tratamento antes que o resultado do exame de escarro estivesse pronto.

No estudo observam-se doentes que foram acolhidos em suas necessidades. Esses doentes se depararam com profissionais que souberam dar resolutividade ao seu caso, não se valendo apenas de questões tecnológicas, mas atendendo de modo humanizado nos locais pesquisados.

O PSF inclui como instrumento privilegiado de atuação a vigilância à saúde, que inclui além da visita mensal do ACS à todas as famílias cadastradas o acompanhamento pela equipe de saúde de grupos de risco. Para demanda espontânea, ou seja, a população que procura as USFs fora de dias de agendamento no serviço, criou-se em muitos locais a instalação de uma atividade denominada de “acolhimento” (SILVA e DALMASO 2002).

As autoras enfatizam (p. 96) que “o acolhimento denomina não só a atividade, mas uma atitude que teria como objetivo propiciar a escuta da demanda e a busca de formas de resposta dentro e fora da unidade e o sistema de saúde. Portanto, o acolhimento integraria a demanda espontânea a atividades com características de oferta organizada (programática)”.

Nesse sentido salientam que dependendo da forma de se responder e reforçar a expectativa dos usuários e de acordo com o padrão dominante de cuidado da saúde, corre-se o risco de reduzir o acolhimento a uma triagem para pronto atendimento médico ou de enfermagem.

Porém o que se pretende nesse estudo é ampliar um pouco mais o conceito de acolhimento buscando encontrar as várias formas que esse procedimento se expressa nos serviços que atendem o doente; quais as variáveis que interferem no processo,

como acessibilidade, boa recepção do doente nos serviços, a comunicação eficaz e o respeito à autonomia do doente.

Para MATUMOTO (1998) o acolhimento não se limita à recepção da população à porta dos serviços de saúde, mas estende-se até a resolução do problema apresentado. Faz-se presente em toda situação de atendimento do usuário dentro do sistema, no processo de produção do serviço de saúde.

O acolhimento pode ser ainda entendido como uma atividade que tem como objetivo aumentar o acesso da clientela aos serviços de saúde, é uma forma de organizar o trabalho que tem como finalidade atender a demanda da região, principalmente aqueles que não tem consulta agendada. Dessa forma o acolhimento não trabalha com agenda fixa e se propõe a atender todas as pessoas que procurarem os serviços de saúde (FRACOLLI e ZOBOLI 2001).

Assim algumas unidades de PSF como do projeto QUALIS/Fundação Zerbini no município de São Paulo organiza o trabalho das equipes de saúde no interior das USFs e busca desenvolver ações dentro e fora da unidade. Uma das propostas das USFs é organizar o serviço de saúde de forma a “acolher” todos os usuários que necessitarem de atendimento, o que é denominado de acolhimento.

Em um estudo realizado com o objetivo de investigar as potencialidades da tecnologia de acolhimento em unidades do PSF nas regiões norte e sudeste do município de São Paulo, FRACOLLI e ZOBOLI (2001) identificaram que as USF realizavam em média 40 a 50 acolhimentos por dia. Dentro de um modelo clínico-biomédico, a escuta que se tem feito do usuário que procura os serviços estudados é uma escuta clínica (queixas) e a intervenção que se faz é pontual, pouco resolutiva e não constituidora de vínculo.

A relação humanizada, acolhedora entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde implica em criar vínculo, ter uma relação clara, se comprometer com os problemas do outro, no sentido de dar resolutividade a esses problemas dentro da tecnologia disponível nos serviços, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo. A resolutividade não se limita a ter uma conduta, mas, além disso, coloca possibilidades de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do doente (MERHY 1994).

O encontro entre trabalhadores de saúde e usuários se dá em um espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde (MERHY 1997).

No AEM, apesar da falta de estrutura e problemas na organização do serviço, (não há sequer uma sala adequada para entrevistas com o doente, para orientações), alguns profissionais demonstram sensibilidade com os casos mais graves. No entanto tornam-se necessárias mudanças na organização do serviço, havendo necessidade de maior número de funcionários para as ações relacionadas aos doentes em tratamento de tuberculose para que o acolhimento seja feito de modo adequado, diminuindo as dúvidas dos pacientes e possíveis abandonos de tratamento.

Segundo FRANCO, BUENO e MERHY (1999) o Programa Saúde da Família adota a diretriz de vínculo e propõe uma adscrição de clientela, em um determinado território, com uma equipe de saúde da família para 600 a 1000 famílias. Esta equipe passa a ser “porta de entrada” dos serviços de saúde, não tendo no programa um esquema para atendimento da demanda espontânea, isto é, o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário. Sendo assim, o PSF parece cometer um erro, segundo os autores, pois o modelo de assistência não é centrado no usuário, no sentido de produção do cuidado, entendido enquanto ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução.

Embora o PSF possa incorrer em perda dos casos de tuberculose não atendendo a demanda espontânea, o serviço prestado se destaca pelo serviço de qualidade e presteza dos Agentes Comunitários de Saúde, e por dispor de profissionais que primam pela qualidade de seu trabalho, que mantém um bom vínculo com o doente, que examina, escuta, dialoga, e se interessa, fazendo um atendimento mais humanizado.

A maior aproximação e formação do vínculo no PSF é facilitada pela dinâmica do serviço, onde se tem maior tempo para execução das atividades, trabalho multidisciplinar e conhecimento da realidade dos doentes e sua família.

Segundo TRENCH e PEDUZZI (2001) o relacionamento interno da equipe do PSF revela a existência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à continuidade entre as ações específicas de cada membro da equipe, observando-se articulação e interação entre médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e ACS. Nesse sentido o acolhimento pode ser facilitado.

Mas no mesmo espaço onde se tem um atendimento mais humanizado e de qualidade, alguns profissionais destoam das equipes de saúde da família, seja por falta de experiência ou porque são pessoas que se cristalizaram na forma de um atendimento impessoal e mal qualificado, não examinando os doentes e não promovendo o diálogo, ou seja, prejudicando o acolhimento do serviço de saúde.

Entretanto, o acolhimento não se restringe apenas a figura do médico. Os processos de produção em saúde, nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa ocorre em todos os momentos, desde o contato na entrada com um porteiro, na recepção, enfim em todos os lugares onde ocorrem os processos intercessores. Portanto, o acolhimento é um atributo de uma prática realizada por qualquer trabalhador de saúde (FRANCO, BUENO e MERHY 1999).

A prática dos trabalhadores de saúde envolve a autonomia em decidir o que, quando e como prestar assistência ao usuário/doente denominado autogoverno. É esse poder que faz com que o trabalhador faça uso ou não de todo o seu arsenal tecnológico no momento do atendimento ao doente (MERHY 1997; MERHY e col. 1997).

Segundo, MERHY 1997; MERHY e col. (1997) o trabalhador é um ser presente na relação de atendimento com todos seus desejos, sentimentos, paixões, ódios, e nela vai atingir sua objetividade e subjetividade manifestas naquela intercessão. A este fazer, a esta maneira de governar, de agir para produção de bens, os autores denominam micropolítica do trabalho vivo em saúde.

Portanto, sob esta ótica o acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de satisfação das necessidades da clientela, portadora das necessidades centrais e finais de um serviço gerando encontros e desencontros, abrindo possibilidades de discutir dentro das equipes de saúde o processo de trabalho instituído pelo serviço. Nesse processo abrem-se novas possibilidades de modificações no cotidiano do serviço, em

torno de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva (FRANCO, BUENO e MERHY 1999).

Os mesmos autores salientam (págs: 346,347) que “na medida em que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem a otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença”.

Ao trabalhar com saúde há necessidade de respeito mútuo, no qual se propõe a escutar o doente, poder acolher o outro em seu momento de dificuldade, que não é só biológica. Esta disponibilidade também deve abrir-se para responsabilizar-se pela ação de saúde, pelo cuidar, por aumentar o coeficiente de autonomia do usuário (CAMPOS 1994).

E ainda, “todo e qualquer atendimento à saúde do mais simples ao mais complexo, seja realizado de modo a proporcionar, dentro dos limites da imperfeição humana e de certos imperativos sociais, a existência de um vínculo, alcançado mediante a consideração de que ambos - quem presta o serviço e quem o recebe - são pessoas, cidadãos, potencialmente capazes de compartilhar de um conjunto de valores éticos, que levem em conta os ideais de bem-comum, de justiça e da necessidade de se praticar ações úteis e produtivas” (L’ABBATE 1997, p. 267).

Os dados da literatura até aqui expostos refletem os vários sujeitos coletivos revelados nos discursos. O sujeito coletivo acolhe dentro de suas limitações, dando resolutividade aos casos como encontrado no atendimento do AEM. A USF acolhe de modo mais humanizado, com uma consulta em que o médico dedica mais atenção ao doente.

Entretanto a USF ainda não alcançou o atendimento vislumbrado pelos diversos autores acima referidos. Apesar disso, são poucos os doentes da USF que revelam problemas de acolhimento, no entanto isso não quer dizer que eles não existam.

O modo como o serviço está organizado nas unidades de PSF, faz com que o acolhimento seja facilitado, no entanto o acolhimento, dito a portas abertas (demanda

espontânea), pode deixar de fazer o diagnóstico de casos de tuberculose por não estar atento e sensibilizado o bastante para a problemática da tuberculose em sua área de abrangência.

O manejo dos casos às vezes escapa a tomada de decisão em tempo hábil, de modo correto como preconiza o PCT, atrasando o tratamento dos casos e aumentando o sofrimento do doente como observado no discurso de um dos pacientes (DSC4).

A pouca sensibilidade de um dos profissionais médicos para acolher de modo adequado o doente é um ponto que parece ser crucial nos serviços estudados. Porém a discussão do sujeito coletivo em relação ao mau atendimento médico será contemplada mais adiante.

5.3.6- O relacionamento médico paciente no programa de controle da tuberculose na visão do acolhido

Pergunta 3:

Fale um pouco para mim sobre a sua consulta com o médico(a). Como foi?

Gráfico 7 Distribuição e percentual de doentes em tratamento, segundo idéias centrais do relacionamento médico paciente, de um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade de Saúde da Família. Município de São Paulo, 2003.

DSC1 - AEM	DSC1 – USF
<p>A= A médica examina e escuta a gente</p> <p><i>Foi uma pancada saber que eu estava com o vírus, porque eu não sabia como era o processo, se tinha cura. Mas a Dr^a foi muito atenciosa comigo, conversou muito sobre o problema. eu sinto que aqui eu encontrei uma médica que é uma amiga, ... uma companheira. Ela põe o aparelho no pulmão...vê a pressão. Ela fala: não pare com os remédios. Ela diz: não fica com dúvida. Eu não vou</i></p>	<p>A= O médico é bom, examina</p> <p><i>Eu gosto muito da Dr^a. Ela conversa comigo, me passa os remédios. A consulta é muito boa. Ela sabe ouvir a gente, ela tem paciência, examina tudo. O doutor faz o que pode. Às vezes, ela fala duro, mas eu fui ganhando peso; aí, fui ficando super contente. No hospital, ninguém examina a gente. Manda tirar o RX, mas nem encosta.</i></p>

<p><i>adivinhar o que você tem no corpo. Eu não tenho visão de raio X. Daí em diante eu pergunto as coisas e ela me responde.</i></p> <p><i>A gente sente a maneira como ela atende. Ela é uma benção.</i></p>	
--	--

DSC2 - AEM	DSC2 – USF
<p>B= O médico fala pouco, tem muita gente para atender</p> <p><i>Bom eu fui lá, então ele viu os exame, olhou, e falou: você está com tuberculose, precisa tratar. E me passou os remédios e os exame prá eu fazer. Então eu tive muita dor no estômago, mas eu não vim não, tomei uns remédios por conta. Não gosto de vim em médico. Apesar de ser bom... tem muito serviço, não dá para demorar, mas me examinou, mandou eu respirar fundo, e me pediu para continuar os remédios. Ele conversa pouco...ele tem muita gente "prá" atender. O doutor também falou que fica seqüelas, não é. Mas eu não consigo saber o que é essa seqüela. Vai ficar infecção no pulmão?</i></p>	<p>B= O médico não conversa, não examina</p> <p><i>Sabe. Não é que ele é ruim. Se ele estudou, é porque ele é bom, não é? Ele sabe as coisas. Mas assim, comigo, ele nem examinou. A enfermeira, que é enfermeira, ela examina, não é? Conversa, presta atenção na gente e, também, o doutor deu dose de remédio errada. Acho que o doutor não sabe tratar tuberculose. Não sabe mesmo. Agora, todo o mês eu passo lá, mas o doutor não conversa, me passa os remédios e eu pego na farmácia.</i></p>

O relacionamento médico-paciente é um dos pontos importantes no sucesso do tratamento do doente com tuberculose. Cabe a ele fazer o diagnóstico, instituir a terapêutica e acompanhar a evolução do tratamento. A atenção do doente se volta

para o médico, pois reconhece que a ele cabe a condução de quase todo o processo. O doente entende que a equipe é apenas o suporte.

A primeira idéia central (IC-A) revela que o médico examina e escuta o doente sendo compartilhada por 78,9% dos doentes do AEM e 76,9% dos doentes da USF. Os doentes reconhecem as qualidades dos médicos que os tratam por saber ouvir e principalmente pela realização do exame físico. No conteúdo discursivo dos doentes do AEM (DSC1), aparece à figura do médico dedicado, que conversa, se dispõe a acolher: *...a Dr^a conversou muito sobre o problema. Ela fala: não fica com dúvida. A gente sente a maneira como ela atende. Ela é uma benção.*

Na USF, o conteúdo discursivo exaltando os bons atributos do médico aparece em outros depoimentos. O que o doente gosta é de ser ouvido, de ser examinado e que o médico demonstre paciência; sempre comparando o público com o privado, do qual ele traz uma experiência ruim.

Entretanto a IC (B) é totalmente inversa da primeira IC já discutida. A queixa do doente reside na falta de diálogo do médico com o doente, incluindo a ausência do exame físico, muito valorizado pelo doente durante o momento da consulta.

TEIXEIRA (1998), ao estudar sobre prescrição medicamentosa, na visão do paciente idoso e de como ele se relaciona com o médico, observou que o sujeito coletivo evidencia a necessidade de um relacionamento de duas mãos, isto é, tanto o médico como o paciente deve dialogar abertamente com muita clareza e confiança a respeito da doença e do tratamento efetuado. O autor salienta que quando o fenômeno da empatia está ausente da vida do profissional, é possível que haja prejuízo na conduta terapêutica.

Na vivência prática muitas vezes se verifica que doentes deixaram de freqüentar o serviço de saúde por falta de empatia, ponto importante no acolhimento, com o médico ou com a equipe de saúde que o atendia. Às vezes interrompendo o tratamento e sofrendo conseqüências drásticas como o desenvolvimento de formas mais graves de tuberculose.

Ainda segundo TEIXEIRA, o doente, ao se dirigir a um profissional de saúde, em busca de cuidados para reverter um agravamento, espera encontrar do outro lado, um ser humano que, com todo o conhecimento técnico-científico que adquiriu, consiga

resolver o seu estado de desequilíbrio orgânico, tratando-o com amabilidade e respeito à sua dignidade.

O relacionamento médico-paciente é um fator central do bom atendimento médico e se funda diretamente sobre o diálogo. A qualidade do atendimento está intimamente relacionada com a satisfação do paciente e esta depende fundamentalmente da interação com o médico (KERR 2000; NASSAR 2003).

Segundo SILVA MJP (2002), o bom médico, na concepção de muitos doentes, é aquele que aperta sua mão ou lhe dá um ‘tapinha’ no ombro, ou ainda, o que o deixa falar sobre suas necessidades, seus medos, suas dores. É aquele que não interrompe a fala do doente e, mais do que isso é capaz, inclusive, de tocá-lo afetivamente e cumprimentá-lo na despedida.

“Os doentes de modo geral entendem que o seu tratamento é totalmente dependente das condutas advindas da consulta médica. No que não deixam de ter razão, pois em relação à divisão do trabalho em saúde, a prática dos médicos é entendida como fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam” (PEDUZZI 2001, p. 107).

A mesma autora salienta que desse modo “os trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social”(p.107).

Pelo exposto fica claro que a relação médico paciente é parte importante no acolhimento de doentes atendidos nos PCTs ou a maneira como esse profissional acolhe, reflete diretamente no comportamento do doente.

Muito se fala sobre o relacionamento médico-paciente do ponto de vista das necessidades dos pacientes. Mas as angústias e as dificuldades em lidar com os doentes são aspectos importantes relacionados à prática profissionais, comuns a todos os médicos e que, muitas vezes são considerados exclusivamente como problema de ordem pessoal do médico.

Talvez, por isso, esses aspectos não sejam valorizados pelas gerências como fatores que influenciam a qualidade do atendimento médico. O reflexo disso é o fato de ser incomum a existência de espaço para a discussão desses temas na maioria dos serviços de saúde. O médico que não domina os aspectos relacionais inerentes à sua profissão vive frequentemente, uma luta solitária com suas dificuldades, sem que isso reverta em benefício para si ou para o doente; acredita-se que é possível estimular a capacidade de vinculação, ou mesmo, ensiná-la e treiná-la, melhorando a qualidade do atendimento médico, caracterizado nos dias atuais (KERR 2000).

Para MALDONADO e CANELLA (1988), o médico pode fazer o bem ou provocar efeitos colaterais indesejáveis. Pode atuar apenas como um bom técnico e deixar de utilizar boa parte de seu potencial terapêutico: a dimensão humana. E, além disso, o papel do médico converge em duas possibilidades: o médico como agente de saúde ou como fonte de dificuldades.

Para esses autores, o médico, como agente de saúde, tem a possibilidade de oferecer ao cliente, o que ele pode e quer receber, tornando-se disponível e acessível para achar, junto com o cliente, a solução para seus problemas de saúde.

As resistências e boicotes do cliente (doente e familiares) ao tratamento podem ser fonte de grande insatisfação para o médico. Dependendo das características de personalidade deste, tais reações podem ser vivenciadas como um desafio à própria competência ou autoridade, o que só tornará mais difícil seu manejo (SOAR FILHO 1998).

A família é, na maioria das vezes, um fator indispensável de suporte e colaboração ao tratamento, sendo insubstituível como fonte de segurança e afeto ao paciente. Cabe ao médico valorizar a participação dos familiares, fazendo-os aliados e colaboradores do processo terapêutico (SOAR FILHO 1998; SILVA MJP 2002).

No âmbito institucional, a interação médico-paciente pode ser de natureza “positiva” ou “negativa” para o encontro terapêutico. É positiva quando o cliente, ao buscar um serviço conceituado, do qual já tenha obtido boas referências, geralmente depositará no médico essas expectativas e se encontrará numa disposição de maior aceitação e cooperação (SOAR FILHO 1998; NASSAR 2003).

Por outro lado, são comuns as situações em que o médico se torna, perante o cliente, um depositário da frustração e da decepção produzida pela instituição, ao ser

visto como um vilão, representante direto de um sistema de saúde incompetente e desumano (SOAR FILHO 1998).

O paciente, geralmente vem com uma grande carga de temores provocados pelo desconhecimento sobre a possível origem dos sintomas, agravados pela incerteza sobre quem, e como, vai ser atendido. Ele chega ao serviço de saúde, geralmente sem saber quanto tempo terá que aguardar e se o profissional que o atenderá tem a necessária competência e paciência (SOAR FILHO 1998, SILVA MJP 2002, NASSAR, 2003).

Também o desconhecimento sobre os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos aos quais será submetido, pode ser fonte de intensa ansiedade. O médico deve colaborar no sentido de que o cliente estabeleça uma aliança de trabalho com ele e neste sentido, a expressão 'aliança de trabalho' designa a capacidade do paciente estabelecer um vínculo suficientemente forte para superar as vicissitudes do tratamento, baseado na motivação e na disposição racional e consciente em cooperar com o tratamento (GREENSON 1981 citado por SOAR FILHO 1998).

Para TÄHKÄ (1988), o objetivo de todo tratamento médico é findar ou melhorar a enfermidade e os seus sintomas. E ainda, fundamental para o encontro entre paciente e médico é que este escute o doente com interesse e empatia e sem mostrar pressa. Além de ser a única maneira de aprender o suficiente sobre o paciente e a sua situação de vida, a escuta dá a este, uma oportunidade para falar e ser ouvido que é, sob muitos aspectos, terapeuticamente importante.

TÄHKÄ sugere que as atitudes básicas do médico para com os pacientes devem se pautar em uma abordagem concreta, mas não fria, um interesse sem curiosidade, um respeito sem lisonja e uma tolerância sem indulgência, o que leva a um relacionamento cooperativo, no qual o paciente pode sentir-se respeitado em sua individualidade e direitos e, ao mesmo tempo, pode confiar no médico e respeitá-lo por seus conhecimentos.

Os médicos e/ou profissionais de saúde nem sempre compreendem as reações emocionais do doente, frente à sua doença, principalmente em se tratando de doenças crônicas e com problemas de adesão como a tuberculose.

Cabe ao médico, segundo SOAR FILHO (1998) tentar compreender o sentido que a doença adquire para cada cliente e em cada contexto familiar, sem o que, será

mais difícil promover a mobilização de recursos terapêuticos necessários à mudança dos padrões comportamentais estabelecidos, tomando-se o devido cuidado para não exercer um papel paternalista, criando um vínculo de dependência do doente com o profissional e/ou a instituição.

A variedade de fenômenos psicológicos envolvidos nos processos de adoecimento e de tratamento contra-indica a adoção de padrões rígidos de conduta. Não há uma fórmula válida para todos os clientes e situações, apenas a possibilidade do médico manter uma disposição ou um conjunto de atitudes que podem contribuir para o estabelecimento de uma boa aliança de trabalho (SOAR FILHO 1998).

Para o estabelecimento de uma aliança terapêutica com o doente, o mesmo autor sugere que se construa, na relação profissional-paciente, um contexto propiciador de diálogo e cooperação, marcado pelo respeito ao cliente, enquanto pessoa e cidadão. Ao mesmo tempo, os profissionais precisam dispor de qualidades ou atributos para conseguir tal objetivo.

Na construção de uma aliança terapêutica, um dos problemas a ser repensado, é o relacionado à boa comunicação. Em geral, os profissionais de saúde estabelecem uma relação com o doente excessivamente hierarquizada e pouco propiciadora do diálogo (SILVA MJP 1996, SILVA MJP 2002).

Além disso, o discurso técnico pode constituir-se numa forma bastante desproporcional, do ponto de vista cultural e social. O uso de terminologia médica é inacessível para a maioria das pessoas que não é da área da saúde. Neste sentido, cabe aos profissionais levar em consideração não apenas as limitações intelectuais e educacionais dos doentes, mas também respeitar as possíveis diferenças culturais, muitas vezes confundidas, de forma preconceituosa, com ignorância (LEFÈVRE 1996; SOAR FILHO 1998; OLIVEIRA 1998; NASSAR 2003).

Portanto a comunicação profissional paciente é um aspecto que merece uma atenção especial dentro dos serviços de saúde, lembrando que essa comunicação nem sempre é verbal, expressando-se por meio de gestos. Assim no contexto comunicacional, a linguagem não verbal requer devida interpretação. A habilidade de perceber e decodificar a comunicação corporal do paciente e de interagir a esse nível com ele, facilita o relacionamento profissional-paciente (SILVA MJP 1996; SOAR FILHO 1998; SILVA MJP 2002).

Dados da literatura apontam para a existência de dilemas e conflitos na interação entre médicos e pacientes. Isto se explica porque a atenção à saúde biomédica, centrada nos procedimentos padronizados, tende a se tecnificar e se desumanizar (MERHY 1997; TESSER e LUZ 2002).

A atuação médica baseia-se na “tecnologia biomédica dura (materializada em equipamentos diagnósticos e terapêuticos, interpostos entre o médico e o doente), o que obscurece a importância da relação médico-paciente” (TESSER e LUZ 2002, p.367).

Além disso, o doente encontra-se, na atualidade, “esquartejado” epistemologicamente por síndromes e doenças de aparelhos orgânicos (e especialistas), bem separados por uma fisiologia e fisiopatologia biomecânica que sabe muito de patologias, microorganismos, moléculas, órgãos, tecidos e sistemas do corpo e pouco das ligações e inter-relações sutis e complexas entre tudo isso e a vida vivida do doente (TESSER e LUZ 2002, p.367).

Segundo NASSAR (2003) “o médico tem nas mãos a responsabilidade sobre a vida e, para exercê-la muitas vezes se vê obrigado a não demonstrar explicitamente suas emoções. Esse comportamento, entretanto, costuma desagradar o doente, que espera maior afetividade daquele que, em tese, dispõe de poderes sobre sua saúde”. (p.138).

No Brasil, nos termos da legislação vigente, constituem-se exemplos de comportamento negligente o exame físico superficial, prescrição indevida, entre outras causas.

Neste sentido observa-se por meio do sujeito coletivo, que alguns médicos, tanto no AEM quanto na USF não examinam com rigor, porém, tanto nos serviços públicos como nos privados é comum o doente calar-se diante de tais fatos.

No Brasil, a questão dos direitos ainda é pouco reivindicada pela maioria das pessoas, principalmente pelas classes sociais menos favorecidas e que parece estar habituada a ser tratada com descaso.

Outro aspecto que vem ocorrendo com frequência é a medicalização do tratamento dispensado aos doentes, no qual se prima pela utilização de alta tecnologia no diagnóstico em substituição ao tratamento mais humano feito pelo médico qualificado.

Nesse sentido é que atualmente se discute a questão da humanização dos serviços de saúde, no qual um processo amplo que envolva rupturas estruturais significativas, além da conscientização e mudança de postura dos profissionais da saúde, de forma geral e especificamente do médico, devido à importância social que representa (NASSAR 2003).

5.3.7- O relacionamento dos profissionais com os pacientes no Programa de Controle da Tuberculose nos serviços estudados

Na questão do relacionamento com os profissionais, o depoimento dos doentes da USF é mais rico e os mesmos mostraram-se mais à vontade na entrevista, mostrando uma maior aproximação com o serviço e com a equipe, principalmente com o ACS. O próprio gestual se diferenciava. O doente entrava tranqüilamente na sala, sentava-se à vontade na cadeira e comunicava-se sempre olhando o pesquisador nos olhos. No AEM, muitos doentes aguardavam ordem para sentarem, esperavam o convite para que o familiar pudesse participar da entrevista e falava olhando para o chão, repetindo um gesto também observado nas orientações com os profissionais de saúde.

Pergunta 4:

E com os outros profissionais, como é o atendimento? Fale um pouco sobre isso.

Tabela 9 Distribuição e percentual de doentes em tratamento, segundo idéias centrais do relacionamento com os profissionais de saúde em um AEM e em uma USF do Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS CENTRAIS	AEM – N=19		IDÉIAS CENTRAIS	USF – N= 13	
	Nº	%		Nº	%
A= Teve bom acolhimento pelos auxiliares de enfermagem e serviço social	14	73,6	A= Maior contato com o Agente Comunitário de Saúde	11	84,6
B= O atendimento é rápido, não tenho com quem conversar	14	73,6		-	-
	-	-	C= A enfermeira oferece abertura e orienta	4	30,7
	-	-	D= O tratamento supervisionado gera desconfiança	2	15,3
	-	-	E= Falta de preparo técnico da enfermeira	1	7,6

DSC1 - AEM	DSC1 – USF
<p>A= Teve bom acolhimento pelos auxiliares de enfermagem e serviço social</p> <p><i>O primeiro dia que eu vim ruim, a moça foi tão boa comigo...eu nunca vou esquecer. Sabe todos eles me atende bem, não é. Eu não "tou" falando da boca "prá" fora não, viu? Eu esperava que com essa doença, eu não ia ser bem atendido ... muitos comentam ... assim, por causa do medo (contágio). Eu não queria vim não. Mas para mim foi tudo normal, ela explicou direitinho como tem que tomar os remédios, dá os potes para o escarro. Tudo foi bem explicado. Eu converso com ela se eu tenho dúvida eu pergunto. Ela me fala. Sabe eu fiquei sem tomar o remédio, e o médico falou que não podia parar. Eu não sabia. Quando eu voltei, tive que fazer outra vez (tratamento). Ela me encorajou. Me animou. Eu comecei tudo de novo. Outra que falou muito comigo foi a assistência social. Lá eu sentei, me deram boa atenção. Tudo o que eu não achei no Qualis, eu achei aqui. Lá perto de casa, eles são bom, mas falta médico; não resolve. Aqui não...marca, vem... tem médico..., tem remédio, tudo. Enfim, eles deram uma atenção, um pouco mais atento, não é.</i></p>	<p>A= Maior contato é com o Agente Comunitário de Saúde</p> <p><i>O tratamento é difícil, não é fácil beber os remédio. Teve um dia que eu não tomei os remédio. Eu encontrei ela (Agente Comunitária) no ponto e ela falou: como assim, não tomou o remédio? Não pode. Tomei ali mesmo, não é. Ela vem muito aqui. Qualquer probleminha que a gente tem, comunica com ela. Ela é maravilhosa. Foi graças a ela que eu entendi que precisava seguir o tratamento. Ela me acalmou, me explicou. A enfermeira (...) falou um monte de coisas para mim, mas as pessoas falam, as vezes eu não entendo. Mas a agente me explicou. Devo tudo a ela, principalmente. Eu confio nela. Teve paciência comigo, via eu engolir os remédio. Eu estou curada.</i></p>

DSC2 - AEM	DSC2 – USF
<p>B= O atendimento é rápido. Não tenho com quem conversar</p> <p>Quando venho de manhã é uma moreninha e a tarde é uma baixinha. É sempre a mesma que me atende. Eu não sei o nome dela. Ela não falou. Eu fico ali em pé não é, tem muita gente prá passar ali. Mas ela fala muita coisa. Se eu te falar que não entendo nada o que ela fala... Ela falou que, sei lá, pode causar uma indisposição no organismo? Sabe eu já pensei em parar (tratamento), minha mãe falou: ‘quer mais desgraça na família? A médica falou prá mim que tem cura. Mas a tuberculose tem cura mesmo? Mas ali (sala de pós consulta da enfermagem), é uma correria, não é. Muita gente ... tem dia que a gente espera ... Com o serviço social, eu pude conversar um pouco, mas é muita gente lá também. Você vê, eu peguei a tuberculose, eu estava desempregada, sem dinheiro, separada, tudo junto, me sentindo assim, um monstro perigoso. Eu estava me isolando, não é? Se eu tossia, o outro podia pegar ... é terrível, menina. Você não pode imaginar. Eu sentia vontade que tivesse alguém assim para conversar.</p>	

DSC3 - AEM	<p>DSC3 - USF</p> <p>C= A enfermeira oferece abertura e orienta</p> <p><i>Eu fiquei com vergonha, quando fiquei doente, eu não queria que ninguém sabia. A enfermeira veio, me examinou, viu as receita, os remédio, explicou tudo. Foi bom conversar com ela. A (enfermeira) fala para mim: olha, se tiver algum problema, sobe (para USF). Vem aqui falar com a gente. Qualquer coisa que você tiver, vem. Eu me senti assim...muito bem protegida.</i></p>
------------	--

DSC4 – AEM	<p>DSC4 – USF</p> <p>D= O tratamento supervisionado gera desconfiança.</p> <p><i>No começo, eu achei que ela (agente comunitária) estava duvidando que eu estava tomando a medicação. A (...) vinha na minha casa, contava minha medicação, conversava comigo. Era uma cisma dela em ver se eu tomava a medicação. Aí, eu comecei a entender, não é? Acostumei. É bom ela vir, eles querem o meu bem, porque assim dá mais ânimo, também. Achei legal.</i></p>
------------	---

DSC5 – AEM	<p>DSC5 – USF</p> <p>E= Falta de preparo técnico da enfermeira</p> <p><i>Cheguei a passar com a enfermeira (...) porque a doutora (...) estava de férias. Eu mostrei a radiografia ela olhou e não entendeu muito, ...ela é enfermeira, não é? Ela levou a radiografia para outra médica ver. Aí, a médica viu e falou: Realmente, você está muito ruim, estava avançado, não é? Mas aí, ela (enfermeira) também não deu explicação sobre tuberculose. Conversou pouco, a gente quase não se falou muito. Eu até queria saber...eu estava muito nervoso.</i></p>
------------	---

Apesar das considerações feitas no início deste capítulo, 73,6% dos doentes do AEM compartilham a idéia de que foram bem acolhidos. Na USF, as experiências positivas quanto ao bom acolhimento dos ACS (84,6%) e enfermeiros (30,7%) revela que os doentes se sentem bem acolhidos pelos profissionais.

No AEM (DSC1-A), pela demanda excessiva de doentes não apenas de tuberculose, mas outras doenças, neurológicas, gástricas, reumatológicas, pulmonares etc, os profissionais encontram dificuldades em fornecer um atendimento individualizado e humanizado para o doente. As auxiliares de enfermagem tem muitos procedimentos para executar (inalações, injeções, medida de pressão arterial, reposição de material de consultórios médicos), e mesmo assim, quando o caso requer maior atenção, o doente é acolhido, contribuindo para o apoio, o serviço social, que é bastante solicitado:

O primeiro dia que eu vim ruim, a moça foi tão boa comigo...eu nunca vou esquecer...ela me encorajou...outra que falou muito comigo foi a assistência social...

Além disso, o doente sempre relaciona a qualidade dos profissionais com a resolutividade do serviço:

....tudo o que eu não achei no Qualis, eu achei aqui, eles são bom (no QUALIS), mas falta médico. Aqui, marca, vem tem médico.

No Discurso do Sujeito Coletivo da USF (DSC1-A) a primeira pessoa a ser lembrada é o Agente Comunitário de Saúde. Em diversas situações, o ACS é citado como aquele que faz a ponte entre equipe e o doente, que encoraja o tratamento, que não permite que o doente deixe de tomar os remédios e, o mais importante, fala a linguagem do doente, pois convive no mesmo espaço sociocultural: *...ela me acalmou, me explicou...as pessoas falam as vezes eu não entendo. Mas a agente me explicou. Devo tudo a ela, estou curada.*

A segunda IC (B), aparece apenas no AEM, onde o atendimento é relatado como rápido e o doente expressa que não tem com quem tirar as suas dúvidas (73,6%). Porém observa-se que os doentes do AEM têm um discurso contraditório, muitas vezes o mesmo doente que alega ter sido bem atendido, de forma sutil, revela que poderia ser melhor atendido pelos profissionais.

No conteúdo discursivo (DSC2 -B) verifica-se que a rapidez no atendimento como mencionado anteriormente, faz com que os doentes sequer saibam o nome dos profissionais que os atendem. Ao fazer esta pergunta ao doente, muitas dúvidas foram expostas por eles. Foi o momento em que os doentes mais falaram, principalmente sobre a necessidade de um atendimento melhor, onde possam sentar-se, expressar dúvidas, dialogar.

Os pacientes mais jovens expressaram dúvidas sobre a cura da tuberculose, o que é bastante preocupante, podendo propiciar o abandono; no entanto a falta de diálogo está muito presente na fala dos doentes: *Eu sentia vontade que tivesse alguém assim para conversar.*

As Idéias Centrais, C, D, E aparecem apenas na USF, onde a estrutura do PSF favorece um trabalho multidisciplinar dentro de uma lógica de organização diferente do AEM.

A IC-C, traz a importância do enfermeiro no cenário do serviço, sendo este profissional o mais citado (30,7%); o que mais visita o doente no domicílio, após o ACS. As enfermeiras oferecem facilidade de atendimento para qualquer eventualidade, o que faz o doente sentir-se protegido.

A IC - D representou um percentual de 15,3%. Nela o doente refere a desconfiança gerada pelo tratamento supervisionado (TS), um dos pilares importantes dos Programas de Controle de Tuberculose no Brasil e no mundo. Aparentemente o tratamento supervisionado pode representar uma marcação cerrada do serviço de saúde sobre o doente, o que requer todo um preparo da equipe de saúde. Com o passar do tempo o doente aceita a proposta entendendo seus objetivos.

No material discursivo, o paciente revela que a princípio, sentiu desconforto no fato do ACS estar todo dia na sua residência, contando o remédio: *Era uma cisma dela em ver se eu tomava a medicação. Aí eu comecei a entender, não é.*

A IC - E representa uma crítica negativa de um dos doentes à enfermeira do ponto de vista técnico e do relacionamento humano (7,6%), demonstrando que apesar do vínculo entre profissionais e doentes no PSF, às vezes o relacionamento não ocorre de modo satisfatório: *Conversou pouco, a gente quase não se falou muito. Eu até queria saber...eu estava muito nervoso.*

No PSF, o enfermeiro (a) vem prestando uma assistência diferenciada ao doente. Por meio de protocolos aprovados por entidades de classe, ele poderá, inclusive, prescrever o tratamento de tuberculose. O discurso revela que nem sempre o doente compreende esta função delegada ao enfermeiro, ora aceitando, ora estranhando.

Por outro lado, o discurso coletivo dos enfermeiros revela a necessidade de aprimoramento para assumir essa nova modalidade de atenção para a qual ele não está totalmente preparado.

Cheguei a passar com a enfermeira (...) porque a doutora (...) estava de férias. Eu mostrei a radiografia

ela olhou e não entendeu muito, ...ela é enfermeira, não é? Ela levou a radiografia para outra médica ver. Aí, a médica viu e falou: Realmente, você está muito ruim, estava avançado, não é? Mas aí, ela (enfermeira) também não deu explicação sobre tuberculose. Conversou pouco, a gente quase não se falou muito. Eu até queria saber...eu estava muito nervoso.

Na relação profissional/paciente, o profissional de saúde deve constituir-se como sujeito, entendido como “uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido e, na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento” (L’ABBATE 1997, p. 272).

Nos últimos anos tem ocorrido um crescente empenho dos profissionais e instituições da saúde em aperfeiçoar a qualidade dos serviços médicos prestados aos usuários. Aos poucos houve a incorporação, no campo da assistência à saúde, de noções vinculadas à cidadania, aos direitos do consumidor e à responsabilidade ética dos profissionais (NASSAR 2003).

A mesma autora salienta que a qualidade de um serviço assistencial está diretamente associado à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os pacientes e os profissionais encarregados da assistência.

Na relação interpessoal com o usuário é preciso entender a “lógica do outro” e não hierarquizá-lo ou julgá-lo a partir de critérios dos próprios profissionais. O que requer como adverte FONSECA (1995) citado por OLIVEIRA (1998, pag: 4):

(...) implica o esforço de sair de nosso próprio sistema simbólico, que nos acompanha como o ar que respiramos, para tentar penetrar no sistema do “outro”. Implica reconhecer que nosso sistema de pensamento - científico, moral, intelectual - longe de ser o supra-sumo do desenvolvimento humano, é um sistema entre outros.

OLIVEIRA (1998) ressalta que especialmente na área da medicina e saúde de modo geral, essa transformação se torna mais difícil, pois envolve questionar certos paradigmas que resistem violentamente quando postos em dúvida.

Para o autor os serviços de saúde poderiam constituir-se como local privilegiado das ações de saúde para os profissionais ligando o espaço físico dos serviços aos indivíduos e as culturas que a representam, aproveitando a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre o ser humano e sobre a assistência em saúde. Os profissionais precisam conhecer melhor os usuários, respeitá-los e adaptar sua prática aos mesmos, e não o contrário, como vem acontecendo até agora.

A simples introdução da tecnologia biomédica sem realizar modificações sociais, econômicas e culturais no contexto dos serviços de saúde acarreta efeitos mínimos. Ou seja, há fatores externos à medicina a serem considerados.

Na abordagem integral e humanizada do cuidado à saúde, a cultura é elemento essencial, influenciando na forma como o indivíduo se percebe doente, o faz agir segundo alguns parâmetros bem definidos, levando-o a procurar tratamento e avaliar o que recebe. Caso isso não seja levado em consideração pelos profissionais de saúde, a chance de alcançar o sucesso esperado é diminuída (OLIVEIRA 1998).

No momento em que os profissionais de saúde reconhecem que “cada paciente é diferente” dando conta dessa diferença, a prática profissional toma um outro sentido. Os doentes atendidos nos serviços de saúde estão envolvidos pela sua cultura como se esta fosse um manto e permanecem conectados a ela. Essa cultura é que dá sustentação à percepção que ele tem sobre a sua doença e sobre o sistema de saúde (OLIVEIRA 1998). E quanto mais esse aspecto é respeitado maior adesão poderá ser obtida do doente ao tratamento da tuberculose.

Nesse mesmo direcionamento, a adesão também está associada à forma como se processa a assistência à saúde. O atendimento às necessidades do doente, transcendendo a dimensão biológica, possibilitando um espaço de interlocução entre os profissionais de saúde e o doente, constitui o alicerce que vai determinar o engajamento no tratamento (BERTOLOZZI 1998).

No AEM, observou-se que o relacionamento profissional-paciente se processa de modo impessoal, ou seja, o doente refere-se ao profissional de saúde sem fazer uso do seu nome, utilizando-se de alguns adjetivos, como revela o sujeito coletivo:

Quando venho de manhã, é uma moreninha e à tarde, uma baixinha. Eu não sei o nome dela.

Por outro lado, o nome do médico que trata o doente é sempre lembrado. BERTOLOZZI (1998, p.114), refere que “as ações dos profissionais nos serviços básicos de saúde não têm contornos muito nítidos no processo de assistência, uma vez que o trabalho intelectual foi remetido historicamente para o profissional médico e o trabalho manual, exercido basicamente pela enfermagem e outros trabalhadores da saúde, revelando um produto não imediato, o qual não emerge com o mesmo valor para a sociedade, em relação ao realizado pelos profissionais médicos. Assim, é evidente que o doente apreenda o trabalho em saúde como o desenvolvido basicamente pelos médicos”.

Diferentemente, na USF, os doentes não apenas sabem o nome dos profissionais que convivem com eles como de certo modo entendem o papel profissional que cabe a cada categoria.

No AEM, nenhuma das seis enfermeiras atuava no Programa de Controle da Tuberculose no momento da pesquisa, enquanto que na USF, os doentes enfatizam o papel diferenciado do enfermeiro dentro da equipe.

Alguns autores ressaltam que a nova estratégia do PSF propõe uma ampliação do locus de intervenção em saúde, agregando na sua prática o domicílio e outros espaços comunitários. Essa característica vem contribuindo para o fortalecimento de vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade local (NUNES e col 2002).

No modelo do PSF, o papel do enfermeiro vem se configurando de modo diferenciado, dada a maior autonomia na assistência, por meio da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, na qual a consulta de enfermagem é um dos pontos fortes na assistência, embora ainda encarada pelos doentes com certo grau de desconfiança e às vezes, com boa aceitação por outros doentes, demonstrando contradições, como se observa nos discursos do sujeito coletivo C e E: *A enfermeira veio, me examinou, viu as receitas, os remédios, explicou tudo. Eu me senti assim...muito bem protegida (DSC3 - USF:C).*

Cheguei a passar com a enfermeira. Eu mostrei a radiografia; ela olhou e não entendeu muito, que ela é mais...ela é enfermeira, não é? (DSC5 - USF:E)

Segundo dados do Ministério da Saúde (2000b), em pesquisa sobre a implantação do PSF, a categoria dos enfermeiros, dentro das equipes de saúde de família, correspondia a 97%, no Brasil, em 1999. Os médicos representavam 98,2%, o auxiliar/técnico de enfermagem, 93,2% e os ACS, 97,4%.

Após a implantação do PSF, as atividades realizadas por enfermeiros tiveram um aumento em sua oferta, seja no atendimento ao pré-natal, ao puerpério, à criança, coleta de material para exame cêrvico-uterino ou no atendimento ao adulto.

A busca ativa de casos e investigações também tiveram um incremento porém, as ações de tratamento da tuberculose e da hanseníase, apresentaram menores percentuais de equipes desenvolvendo estas atividades, quando comparadas a outros conjuntos de ações. Para o Ministério da Saúde (2000b, p.46), essas ações devem ser objeto de maior atenção, visto que demandam uma pequena complexidade de ações e treinamentos profissionais, devendo estar relacionadas à disponibilidade dos medicamentos e a mecanismos burocráticos dos programas de controle dessas doenças.

No atendimento aos doentes portadores de tuberculose e outras doenças, os enfermeiros tem como suporte no PSF, os protocolos clínicos para orientar suas atividades além de manuais próprios do Ministério da Saúde.

Esses protocolos têm como objetivo nortear as condutas do enfermeiro frente aos casos de tuberculose, principalmente os relacionados à prescrição de medicamentos e o manejo do tratamento.

Os Estados com protocolos prontos lançaram mão de várias estratégias para obtê-los, que vão desde a criação dos comitês das áreas básicas, comissões com a participação das universidades, Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), elaborada pelos Pólos de Capacitação, até a utilização de protocolos de outras instituições (como o AIDPI - Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância - protocolo de Pediatria desenvolvido pela OPAS), ou de trabalhos dos alunos do Treinamento Introdutório e

de cursos dirigidos aos profissionais de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000b).

Neste sentido, o enfermeiro está respaldado legalmente para a condução dos processos de diagnóstico e tratamento do doente com tuberculose quando se fizer necessário. Porém, dentro da formação do enfermeiro, aspectos que envolvam a leitura e interpretação de radiografias, fogem ao seu arsenal de conhecimentos e preparo técnico.

Embora admitindo algumas limitações no que concerne ao diagnóstico, na USF estudada, os enfermeiros demonstraram um envolvimento significativo no Programa de Controle da Tuberculose.

No AEM, verificou-se que as enfermeiras atuavam basicamente na instância de gerenciamento da assistência, corroborando situação semelhante encontrada no estudo de BERTOLOZZI (1998). A autora resgata o fato paradoxal de que a assistência à tuberculose começou a se efetivar nos Estados Unidos, primeiramente a partir da intervenção das enfermeiras de saúde pública.

Para a atuação do enfermeiro é exigido que o profissional se fundamente cientificamente e que se defina e assuma o seu papel e responsabilidade na assistência que irá prestar ao doente, seja na área hospitalar, no campo da saúde coletiva ou qualquer outra área da assistência seja direta ou indiretamente.

A sistematização da assistência da enfermagem (SAE) tem sido vista como uma das formas de se atender a essas exigências. A finalidade é organizar as ações do enfermeiro (a) por meio da metodologia de resolução de problemas. Sendo a SAE privativa do enfermeiro (CIANCIARULLO e col. 2001).

Essa organização de trabalho permite uma abordagem global e personalizada do doente, levando o enfermeiro a se responsabilizar pela assistência no que se refere à enfermagem, favorecendo o desenvolvimento técnico-científico da profissão.

Na literatura brasileira, uma das pioneiras no assunto foi HORTA (1979) que propõe uma metodologia de assistência baseada na “Teoria das Necessidades Humanas Básicas” e conceitua o processo de enfermagem como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência ao ser humano.

O processo de enfermagem como metodologia de assistência, foi introduzido no Brasil, na década de 60, e várias teorias foram sendo incorporadas, não apenas as de HORTA.

Os instrumentos para aplicação da SAE consistem no histórico de enfermagem, isto é, no levantamento de informações do doente, família e observações feitas por meio do exame físico, onde o enfermeiro examina o doente por meio da inspeção, palpação, ausculta e percussão.

Em um segundo momento, com base nas informações colhidas, são listados os problemas identificados, passando a seguir para a prescrição de enfermagem que consiste nas recomendações dos cuidados que devem ser dispensados pela equipe de enfermagem, com base no que a própria doença condiciona.

Todos os cuidados prescritos vão passando por uma evolução de enfermagem. Quando o doente está hospitalizado, o processo é diário. No caso de doente ambulatorial de serviços básicos de saúde, a evolução pode ter o tempo mais espaçado, dependendo da necessidade do doente.

O enfermeiro precisa acompanhar o doente, por meio de visitas domiciliares ou que esse doente venha até ele. Dependendo do caso e da indicação, após uma avaliação, o enfermeiro pode e deve muitas vezes mudar algumas condutas, adaptando a situação à realidade do doente.

Todo esse processo de trabalho é registrado, assim como outros procedimentos realizados com o doente no serviço de saúde, conforme a divisão de trabalho de cada serviço em particular.

No Brasil, a divisão de trabalho da enfermagem faz com que o enfermeiro assuma as atividades de ensino, supervisão e administração, cabendo ao pessoal auxiliar, a maioria das atividades de assistência. Essa diversidade de agentes instala o corte representado pela divisão entre cuidado direto e cuidado indireto (MELO 1986; SILVA 1997; PEDUZZI e ANSELMi 2002)

A enfermagem possui um saber técnico específico da área, constituindo o cuidado de enfermagem como objeto de trabalho.

No Brasil, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem representam, em conjunto, o maior contingente de trabalhadores da área de enfermagem 12,7% e 39,7% respectivamente (PEDUZZI e ANSELMi 2002).

Segundo PEDUZZI (2000) o cuidado de enfermagem é concebido como um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário/população, no decorrer de doenças ou ao longo de processos sócio-vitais, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O trabalho assistencial de enfermagem requer e expressa alguma forma de autonomia dos membros da equipe, cujo espectro varia a depender da categoria profissional. São vedados ao enfermeiro por meio da lei do exercício profissional (Lei nº 7.498/86) procedimentos que cabem exclusivamente ao médico, como a prescrição de medicamentos, procedimentos invasivos entre outros.

PEDUZZI e ANSELMi (2002, p.394) amparados em HABERMAS (1994) definem o trabalho “enquanto razão instrumental e/ou estratégica que se caracteriza como ação racional dirigida a fins, ou seja, ação que busca êxito ou sucesso na obtenção de determinado resultado”.

As autoras ressaltam que a dimensão do saber tem especial importância no trabalho em saúde, uma vez que se trata de trabalho reflexivo em serviços.

Para OFFE (1995) citado por PEDUZZI e ANSELMi (2002) o trabalho reflexivo atende simultaneamente a dois aspectos. O primeiro busca preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, a individualidade e a variabilidade das situações e necessidades dos clientes; e, por outro lado estar de acordo com regras, regulamentações e valores gerais. Este trabalho somente será bem sucedido e realizado com qualidade, se produzir um equilíbrio entre esses dois aspectos, considerando ambos ao mesmo tempo, ou seja, a “especificidade do caso” e a “generalidade da norma”.

Ao longo do tempo observa-se que o enfermeiro cada vez mais canaliza as suas funções para o cuidado indireto, isto é, abarca atividades de planejamento, organização, supervisão e avaliação do cuidado sob sua responsabilidade e deixa a cargo do nível médio os cuidados diretos. Esse agir do enfermeiro é visto pela categoria, assim como outros profissionais como uma prática burocrática.

MISHIMA (1995) citada por PEDUZZI e ANSELMi (2002) destaca o caráter articulador e integrativo da gerência, que está presente no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, sobretudo nas mediações que desempenham. O enfermeiro configura-se, historicamente, como um mediador que ocupa posições intermediárias e de

intermediação. Os profissionais não atribuem um sentido tecnológico ao trabalho gerencial de articulação e, sim como um trabalho burocrático, entendendo essa associação expressa como um estereótipo sobre a administração e a gerência de serviços de saúde, concebidos exclusivamente como controle dos processos de trabalho (PEDUZZI e ANSELMi 2002).

PEDUZZI e ANSELMi (2002) observaram, em pesquisa sobre o processo de trabalho de enfermagem na área hospitalar, que as enfermeiras participam apenas, eventualmente, do cuidado, pois se ocupam de um elenco muito diversificado de ações centradas no planejamento da assistência e em criar condições adequadas para que esta seja executada pelos auxiliares, bem como pelo conjunto de profissionais da equipe de saúde.

Nesse mesmo estudo, os relatos também expressam uma concepção sobre o objeto de trabalho que abarca a execução de técnicas de enfermagem e a interação com os usuários/doentes.

Portanto, para PEDUZZI e ANSELMi (2002) a essência do cuidado em enfermagem reside no conteúdo técnico e interativo. A interação propicia a apreensão da intersubjetividade, que dá a possibilidade de reconhecimento das necessidades de saúde do usuário/doente. O usuário/doente expressa as necessidades sentidas e o profissional de enfermagem as reconhece, com base em um olhar instrumentalizado pelo saber técnico de sua área de atuação.

“A essência do cuidado reside na dimensão comunicativa, no sentido da busca do entendimento e reconhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos. Nesse encontro intersubjetivo, cabe ao profissional, no exercício de seu trabalho, aplicar a técnica na medida justa da especificidade da necessidade do paciente, e fazê-la por meio de relações de continência, acolhimento e vínculo” (PEDUZZI e ANSELMi 2002, p. 395)

Como observado no AEM, os enfermeiros não se envolviam no cuidado dos doentes, não existindo, assim, nenhuma relação de continência, acolhimento e vínculo. Caso a assistência prestada pelos auxiliares de enfermagem fosse supervisionada pelos enfermeiros, de modo a contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem, talvez a qualidade do serviço pudesse ser melhor, principalmente em relação às ações desenvolvidas junto aos doentes de tuberculose.

O doente se queixa da falta de tempo dos auxiliares e, ao mesmo tempo, observa-se que os enfermeiros poderiam fazer parte na assistência prestada. Os próprios auxiliares, ao não ter uma resposta adequada a determinado problema recorrem ao serviço social.

O serviço social, com toda a sua boa vontade, não detém certos conhecimentos científicos para dar conta dos problemas ou situações conflitantes que decorrem do atendimento ao doente com tuberculose.

Algumas situações presenciadas no local da pesquisa, dentre elas, foi a dificuldade de um dos doentes na coleta da baciloscopia. Ele entendeu de modo incorreto a explicação do procedimento e, provavelmente, também não apresentava expectoração suficiente para a coleta e o auxiliar de enfermagem encaminhou-o ao serviço social.

Em outro momento, o doente mais esclarecido, insistia com o auxiliar de enfermagem sobre os modos de transmissão da tuberculose e sua relação com o contexto social onde vivia. Num dado momento, o auxiliar entendeu que suas explicações não eram suficientes para o doente e, novamente, o encaminhamento foi remetido ao serviço social que, por sua vez, encontrava-se com alta demanda e o doente desistiu de conversar, levando para casa suas dúvidas e, provavelmente, a decepção com a assistência prestada.

Nesse sentido, reitera-se a necessidade do enfermeiro na equipe do AEM; atuando lado a lado, de forma integrada, executando a consulta de enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem e melhorando a qualidade de assistência prestada no AEM.

Na USF, a situação é inversa. Observou-se um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. O enfermeiro não apenas supervisiona a assistência prestada pelo nível médio (auxiliar de enfermagem e ACS) como presta o cuidado direto.

Muito embora, as próprias enfermeiras reconheçam que não têm um trabalho sistematizado, elas atendem o doente, tentando acolher e formar um vínculo. A assistência consiste na observação dos sinais e sintomas, na pesagem do doente, na orientação sobre o tratamento e no diálogo, buscando entender o universo social e cultural do doente.

Ainda é muito pouco, pois, com base em instrumentos e pesquisas científicas, o atendimento ao doente com tuberculose poderia ser desenvolvido de modo a levantar conhecimentos e atitudes, assim como crenças ou o estigma relacionados à tuberculose, o que poderia interferir sobremaneira na adesão do doente ao tratamento (CAMPINAS 1999; CAMPINAS e col. 2002).

Ao mesmo tempo, se o SUS preconiza a participação do cidadão no seu processo saúde-doença e nos serviços de saúde; assim como a autonomia também é uma questão relevante na assistência à saúde do usuário/doente, nos serviços de saúde, a enfermagem poderia fazer desse encontro com os doentes um momento de reflexão e mudanças no encontro social onde esses cidadãos se situam.

Outro ponto importante nessa interação é o que HABERMAS, citado por ROSSI e CASA GRANDE (2001) chama de teoria da ação comunicativa. Segunda a teoria, a ação comunicativa, diz respeito ao âmbito da comunicação que busca o entendimento e o reconhecimento mútuo, ou seja, o consenso mesmo que provisório. Nesse sentido PEDUZZI e ANSELMi (2002) questionam, em que medida estaria presente a busca de entendimento, no sentido de compartilhar pressupostos e afirmativas no planejamento do cuidado, no que se refere à participação do doente?

Observou-se na USF, que embora o doente se mostre mais a vontade e em parte acolhido entre as equipes, sua participação é muito pequena. A condução do processo de tratamento e todas as atividades na qual o doente encontra-se envolvido é direcionada exclusivamente pelos profissionais. O doente não é chamado a emitir opiniões. Os enfermeiros conduzem a ação comunicativa de modo instrumental, conforme define HABERMAS citado por ROSSI e CASA GRANDE (2001).

As ações buscam apenas a adequação dos meios aos fins para garantir o sucesso na obtenção dos resultados, sem o questionamento ou a busca de consensos sobre meios e fins.

Os doentes criam situações de extrema dependência da equipe. A autonomia e a independência não são construídas na relação profissional-doente. No entanto, a conquista da autonomia e da liberdade é um processo a ser construído. Os profissionais não podem esquecer que o doente também tem um grande potencial a ser aflorado ou mesmo desenvolvido.

As contradições entre o discurso hegemônico do ensino e as práticas profissionalizantes vêm se acentuando, a medida que o cenário da atenção à saúde vem se modificando, diferenciando-se do paradigma tradicional (SILVA e EGRY 2003). Isso vem sendo uma constante na formação dos profissionais que atuam em PSF.

Portanto, torna-se pertinente promover discussões mais aprofundadas nos órgãos formadores, sobre a possibilidade de implementação de processos pedagógicos transformadores, visando, assim, à produção de profissionais críticos que atendem às necessidades de implantação efetiva do SUS.

SILVA e EGRY (2003) propõem como alternativa para superação dos modelos centrados na transmissão de conhecimento, a abordagem por competências, estudada por PERRENOUD (1999).

Para PERRENOUD, há uma diferença entre competências e conhecimentos. Enquanto os conhecimentos são representações da realidade que as pessoas constroem e armazenam ao sabor de suas experiências e formação, as competências são capacidades para os utilizar, integrar ou mobilizar, visando à solução dos mais diversos problemas com os quais as pessoas se deparam no seu dia-a-dia.

A inserção da abordagem por competências coloca a possibilidade da escolha entre os agentes formadores da prática educativa voltada para a limitação da quantidade de conhecimentos ministrados em sala de aula, para o exercício intensivo dentro das situações mais concretas e complexas vivenciadas no local de trabalho.

“Particularmente, para a formação de enfermeiros, o ensino baseado na abordagem por competências pode responder a uma demanda social dirigida para o SUS, dado que toda competência está ligada a uma prática social instituída, emergente ou virtual” (SILVA e EGRY 2003, p. 15).

Embora a enfermagem seja ainda hoje, profissão na qual, se imputa características de submissão, passividade e subserviência à hegemonia médica (FAUSTINO e EGRY 2002), ela é possível de grandes e importantes mudanças, principalmente na estratégia do PSF.

A enfermagem, como profissão inserida num contexto de grandes mudanças sociais e econômicas e em processo de reformulação, precisa se reorganizar a fim de dar conta de acompanhar as rápidas transformações decorrentes das constantes

alterações no quadro político – social e econômico do Brasil (FAUSTINO e EGRY 2002).

Nesse sentido, as autoras sugerem uma transformação no preparo de um novo profissional, que seja mais crítico, cidadão, preparado para aprender, a criar, a propor, a construir. As mudanças deveriam ocorrer em todos os âmbitos, mas em especial no terreno pedagógico.

No âmbito das unidades formadoras de profissionais de saúde, principalmente no contexto atual, as competências referidas por PERRENOUD (1999), também citadas por FAUSTINO e EGRY, 2002, p. 336, não podem ser desprezados. “No entanto, não figuram nos programas de ensino e muito menos constituem uma preocupação para os doentes. Mesmo quando formam competências, as universidades não se destacam e preferem enfatizar o saber erudito e teórico”.

Entretanto, são muitas as ações que poderiam ser desenvolvidas junto ao doente com tuberculose. O sujeito coletivo revela em diferentes momentos, a necessidade que o doente sente de ter com quem dialogar, principalmente sobre o sofrimento causado pelo estigma que representa a tuberculose, ou ainda, em situações de risco, onde os doentes adolescentes questionam a necessidade da continuidade do tratamento ou se a tuberculose é, realmente, uma doença que tem cura.

Do mesmo modo, no Brasil, a enfermagem brasileira que, no seu início, reproduziu o padrão norte-americano de assistência, essencialmente dirigiu o foco de sua atenção para a tuberculose (BELLUOMINI 1981; BERTOLOZZI 1998). Entretanto no contexto estudado (AEM), os doentes não contam com o apoio das enfermeiras.

O que se verifica hoje é a assistência desse profissional nos programas de controle da tuberculose, mostrando um cenário bastante distante do que se fazia presente por ocasião da criação e da implementação da Campanha Nacional de Controle da Tuberculose no país, quando foram, sobretudo as enfermeiras que deram corpo às suas ações (BERTOLOZZI 1998, p.115).

No AEM, quem acolhe o doente, ainda que de forma rápida e segundo as condições adversas daquele serviço, são as auxiliares de enfermagem e as assistentes sociais. O auxiliar de enfermagem é quem realmente faz o trabalho de atendimento

ao doente, seja orientando a tomada de medicamentos, a coleta de escarro para baciloscopia ou encaminhamento para outros exames complementares. Quando se deparam com maiores dificuldades, encaminham o doente para o serviço social.

A ‘assistência social’ é entendida pelo doente como o espaço no qual é possível o diálogo, a oportunidade de sentar frente ao profissional e poder falar um pouco mais sobre o seu problema de saúde e na maioria das vezes, sobre dificuldades sociais e econômicas nas quais o doente se encontra.

Apesar de todas as limitações do AEM, no tocante ao relacionamento profissional-paciente, apontadas até aqui, alguns pacientes preferem o atendimento no ambulatório, pois não encontraram resolutividade em unidades do PSF pelas quais buscaram, como revela o sujeito coletivo no discurso A do AEM:

Tudo o que eu não achei no Qualis, eu achei aqui. Lá perto de casa, eles são bons mas falta médico. Não resolve. Aqui não...marca, vem...tem médico, tem remédio, tudo. Enfim eles me deram uma atenção, um pouco de atenção, um pouco mais atento, não é.

Observando o sujeito coletivo expondo suas dificuldades de acesso ao PSF, abre-se um leque de oportunidades de investigar as causas que levam algumas USF a não atender a demanda que bate à sua porta. O programa tem como enfoque a vigilância à saúde em seus aspectos mais abrangentes, mas o que impede os profissionais a captar a demanda espontânea da sua área de abrangência requer uma reflexão mais aprofundada, o que alguns estudos nos darão conta para o entendimento desse processo.

Discutir essa questão nesse momento torna-se necessário, pois ela aparece em vários momentos da pesquisa. O doente ao ser inquirido sobre o seu relacionamento com os profissionais, imediatamente remete a atuação destes às questões de resolutividade dos serviços.

Pois, segundo BOELEN (2000, p.18) no I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, ressalta:

A qualidade nos serviços de saúde é a primeira coisa que as pessoas querem, em qualquer cultura, não importa a parte do mundo onde estejam. E para alcançar esta qualidade é preciso que a preocupação das pessoas sobre saúde seja respondida de forma eficaz. Do ponto de vista do paciente, um serviço eficaz é aquele que atende suas necessidades pessoais, não como se fosse um objeto, mas na condição de uma pessoa que recebe um atendimento digno. Do ponto de vista dos prestadores de serviços de saúde, a busca da qualidade significa o direcionamento dos serviços no sentido de se alcançar os melhores padrões de atendimento.

MALIK e col. (1998, p.99) salientam que um dos princípios introduzido pela Emenda Constitucional nº19, de 4 de junho de 1998, é a eficiência que busca promover a obtenção do melhor resultado possível por intermédio da otimização de instrumentos utilizados, isto é, a utilização dos meios adequados para a obtenção de resultados satisfatórios. Trata-se, antes de tudo, de exigência da cidadania, que tem interesse de receber do estado o atendimento a direitos básicos. “Serviços ineficientes frustram esse atendimento. Por outro lado, o cidadão paga tributos; tem, pois, todo o direito de exigir serviços eficientes”.

Os autores acima enfatizam que, em decorrência dessa exigência, derivam duas consequências imediatas: a garantia aos cidadãos de mecanismo de controle da eficiência dos serviços prestados pelo Estado e de mecanismos de responsabilização e reparação em caso de não atendimento. A segunda é a da criação de mecanismos transparentes, sérios e democráticos de avaliação de desempenho dos servidores e dos administradores.

5.3.8 Comunicação entre profissionais e doentes de tuberculose

Os requisitos referentes ao que se considera uma boa comunicação entre profissionais e doentes compreende vários fatores que se refletem nas atitudes do profissional em relação ao doente/família no dia a dia de trabalho.

Esse processo vai desde o envolvimento dos familiares, passa pela cordialidade e o estabelecimento de uma comunicação que envolve a interação que se faz por meio da cordialidade, do contato face a face, o “olho no olho”, a disponibilidade de colocar-se a disposição, pelo menos naquele momento; de entender o que se passa com aquele doente, e ao mesmo tempo usando de toda tecnologia recomendada pelo PCT, inserindo nesse contexto a plasticidade ou criatividade no sentido de satisfazer as necessidades do doente/família.

O instrumento apesar do caráter exploratório e ter sido aplicado a uma amostra pequena nos dois locais (19 observações no AEM e 12 observações na USF) poderá, no futuro, ser aprimorado, prestando à avaliação das ações do PCT nos serviços de Saúde.

É importante ressaltar que na observação dos profissionais pode ter ocorrido alguns vieses, principalmente na USF, onde os encontros e as visitas domiciliares foram previamente agendados pelos próprios profissionais de saúde. No AEM alguns profissionais quando sentiam-se observados demonstravam constrangimento.

Entretanto, os resultados observados (ANEXO V e VI) são dignos de apreciação com as devidas ressalvas. Observou-se por meio da apuração dos dados (Anexos V e VI) que no AEM a média de pontos obtidos pelos profissionais na comunicação foi de 19,7 pontos e na USF 35,5, demonstrando que a comunicação, interação entre os profissionais da USF e o doente aproxima-se mais do valor máximo estipulado para uma boa comunicação (36 pontos).

As atividades de comunicação/informação envolvidas no atendimento do doente com tuberculose constituem-se no ponto chave do processo de interação entre profissionais de saúde e os doentes.

A prática dos profissionais não pode constituir-se de simples repasse de informações, negando a oportunidade de reflexão e interação dos atores envolvidos no processo, profissionais, doentes e familiares.

Nesse sentido o Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde tem alcançado um bom impacto no chamado aconselhamento em DST/AIDS, onde se preconiza algumas diretrizes em relação ao acolhimento em serviços de saúde relacionados à prevenção de DST/AIDS (FILGUEIRAS e DESLANDES 1999).

Segundo FILGUEIRAS e DESLANDES (1999) dentre as diretrizes preconizadas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério preconiza-se: a) exercício de acolhimento; b) escuta ativa; c) comunicação competente; d) avaliação de risco e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção; e) orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento (com vistas à adesão e melhoria da qualidade de vida).

Apesar do Programa de Aconselhamento de DST/AIDS estar voltado principalmente para ações de prevenção, alguns aspectos poderiam ser tomados como modelo para o acompanhamento de doentes com tuberculose nos serviços de saúde.

Nesse sentido, um primeiro aspecto a ser considerado, seria a atitude de escuta. Esse ato dos profissionais pressupõe a capacidade de propiciar um espaço para que o doente possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação à sua situação de saúde atual. Em segundo lugar, responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades trazidas e por fim prestar-lhe apoio emocional (FILGUEIRAS e DESLANDES, 1999).

Outro aspecto enfatizado pelas mesmas autoras, diz respeito à comunicação competente, entendida como as informações apropriadas às necessidades do usuário (doente) e adequadas do ponto de vista técnico-científico e a clareza da linguagem empregada.

COLLET e ROSSO (1999), estudando a prática educativa desenvolvida por enfermeiros, em um município do interior paranaense, observaram que, na maioria das vezes, essas ações não passam de simples repasse de informação.

Salientam ainda que, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde que atuam no PSF precisam empenhar-se em esclarecer aos

usuários acerca de questões que lhes dizem respeito e criar condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e de comunicação que leve em conta a condição sócio-cultural de cada comunidade atendida.

Nessa perspectiva, o doente com tuberculose desde o diagnóstico, enquanto sintomático respiratório, precisa obter informações pertinentes, claras e numa linguagem acessível a respeito de exames, tratamento e acesso aos vários recursos disponíveis no serviço.

PITTA (1998, p.24), parte do pressuposto que “a comunicação não pode ser reduzida a um ato de transferência de informações entre um campo social ‘A’ que detém um determinado poder de informação sobre a doença e um campo ‘B’, desprovido desses saberes e poderes, mas sim, como um processo social multicêntrico em que ocorre permanente transformação”.

Segundo GOFFMANN (1985), citado por PITTA (1998), a comunicação pode ser compreendida como prática social que envolve interlocutores em posição de enunciação socialmente definidos, dentro de determinada realidade social.

Essa realidade social seria encenada por sujeitos sociais concretos que desenvolvem, pelo discurso, estratégias para dar conta daquilo a que se popõe instituir e transformar (PITTA 1998).

SILVA MJP (2002) e NASSAR (2003), estudando a influência da comunicação interpessoal no atendimento em saúde, salienta que os pacientes estão atentos à forma como os profissionais se comunicam.

Os pacientes criam vínculos, basicamente pela maneira como o profissional consegue ser coerente e complementar sua comunicação verbal e não verbal. Entre alguns princípios, está o de que não existe neutralidade nas trocas de mensagens feitas entre as pessoas e que toda comunicação possui duas partes: o conteúdo, o fato, a informação que se deseja transmitir e o que se sente quando se interage com o outro (SILVA MJP 2002).

O conteúdo da comunicação está ligado ao referencial cultural do profissional ou do comunicador. Esse conteúdo é diferente entre o leigo e o profissional (LEFÈVRE 1996; PITTA 1998; SILVA MJP 2002; NASSAR 2003).

Na comunicação o sentimento demonstrado ao interagir é percebido (mais ou menos conscientemente) pelo outro, porque as emoções, sentimentos, são expressas da mesma maneira (com variações de intensidade) em todas as culturas humanas. A comunicação pressupõe o entendimento das partes envolvidas, o que pressupõe anteriormente a compreensão. Essa compreensão, o doente busca nas expressões faciais do profissional (SILVA 1996).

Sendo importante no momento da interação / comunicação com o doente, os sentimentos imbuídos nas ações desempenhadas pelo profissional. Os doentes esperam entender o que os profissionais de saúde estão sentindo ao lhes prestar cuidados pois, na realidade, não tem condições de fazer a avaliação técnica do trabalho prestado.

Portanto, toda a comunicação envolve um sentimento; comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, o que não ocorre apenas por meio da comunicação verbal (SILVA MJP 2002).

Segundo a autora, para o profissional afirmar que a comunicação está ocorrendo de maneira efetiva, tem que haver coerência entre as suas palavras e a comunicação não verbal. A comunicação não verbal, muitas vezes, contradiz o que está sendo comunicado. E ainda, geralmente, as pessoas não têm consciência nem controle voluntário das sinalizações do não verbal.

O primeiro elemento de decodificação da comunicação interpessoal é o contexto. Nesse sentido, antes de qualquer ato do profissional ao se dirigir ao doente, é importante que o mesmo se apresente, dizendo seu nome. O fato de o doente já saber o nome do cuidador já o faz sentir-se seguro.

Outro aspecto importante enfatizado por SOAR FILHO (1998) e SILVA MJP (2002) é a de que os doentes não gostam de serem tratados como crianças. O fato de estarem doentes não significa diminuição no potencial de inteligência do paciente. E que, portanto, certas explicações infantilizadas fazem com que os doentes sintam-se diminuídos em sua capacidade.

Segundo SILVA MJP (2002) a aproximação física entre o profissional e o doente o faz sentir-se especial, ao passo que, quando o profissional toma uma certa distância, isso pode ter uma conotação de frieza e distanciamento. É preciso olhar

nos olhos, aproximar-se deixando claro que o foco de interesse do profissional é a pessoa e não sua doença, embora a autora chame a atenção para o respeito do profissional ao chamado ‘espaço pessoal’, definido pelo doente e que não deve ser invadido.

Na relação profissional -paciente o doente valoriza o profissional que acolhe sua família, pois sabe que a família é que o faz sentir-se seguro, sendo o seu reduto final (SILVA MJP 2002; NASSAR 2003).

SILVA (1996), refere que uma outra importante dimensão da linguagem não verbal é a paralinguagem ou paraverbal, definida como a maneira como se fala com a pessoa. Nesse sentido, quantas vezes o profissional interrompe o paciente quando ele está tentando explicar o que sente ou pensa, demonstrando impaciência mas, ao mesmo tempo, tentando demonstrar receptividade.

Segundo a autora, muitas vezes, os doentes não falam das próprias dúvidas porque tem vergonha ou medo, ou percebem a pressa do profissional. Desse modo, o profissional atento a essa situação, deve elaborar a mesma questão em outro momento, dando oportunidade ao doente de expor as suas dúvidas.

Segundo LEFÈVRE (1996, p.91), entre os profissionais de saúde, de modo geral, predomina um enfoque campanhista ou paternalista nas informações sobre saúde e doença. O modo como as informações sobre saúde e doença, vem sendo socialmente comunicadas hoje em dia, impede que esta responsabilidade seja coletivamente assumida, na medida em que acaba instituindo dois sujeitos comunicantes num absurdo diálogo imperativo de surdos já que, de um lado, se coloca o sujeito técnico / autoridade que tudo sabe e, de outro, um sujeito leigo cuja única função é a de fazer aquilo-que-deve-ser-feito de acordo com a razão científica.

Para LEFÈVRE (1996) a tarefa comunicadora do profissional de saúde, consiste em disponibilizar e organizar a informação sobre saúde e doença de modo que tal disponibilização e organização possam originar indivíduos ou sujeitos cognitivos, capazes de processar mentalmente eventos relativos à saúde e à doença,

de modo que não sejam meros acumuladores. Portanto, o processo comunicacional deve gerar transformações positivas.

Segundo ARAÚJO e JORDÃO (1995), citados por FILGUEIRAS e DESLANDES (1999) o processo comunicacional não é uma linha de mão única, restrita à relação entre emissor-mensagem-receptor, mas um processo complexo. Nessa linha de raciocínio, o receptor não é um receptáculo passivo da mensagem, mas sujeito ativo de reconstrução interpretativa do conteúdo informacional; a recepção é um processo dinâmico que extrapola a noção de ruídos que comprometeriam a compreensão da mensagem.

Os mesmos autores enfatizam que problemas de recepção não se limitam à falta de clareza da linguagem, já que também dizem respeito à não partilha dos significados culturais vinculados às vivências do receptor.

Além disso, o processo comunicacional não se baseia numa relação estanque, mas numa troca (conflitiva ou não), entre ambos, em que emissor se torna receptor e vice-versa. O conteúdo a ser comunicado precisa ser competente, do ponto de vista de uma compreensão mediada pelos valores e vivências do grupo a que se destina (ARAÚJO e JORDÃO 1995; FILGUEIRAS e DESLANDES 1999;).

Segundo FILGUEIRAS e DESLANDES (1999), amparadas em HABERMAS (1989) a comunicação diz respeito, necessariamente, à possibilidade do diálogo, confronto e reciprocidade, portanto difere do simples repasse de informação.

SILVA MJP (2002), reforça que a postura, atitude e mensagens que os profissionais passam por meio do comportamento, como as ações e o fazer, falam tão alto que é isso o que faz com que os doentes sigam ou não as orientações; que tenha adesão a um tratamento e aceitem ou não as condutas prescritas.

Segundo a mesma autora, os doentes primeiro observam os profissionais enquanto pessoas e verificam, a coerência, prestando atenção ao comportamento dos mesmos e, a partir dessa mensagem, ouvem ou não o que lhes é dito.

Alguns trabalhos apontam para a resistência dos profissionais e da população às ações educativas, entre outros, fatores como a ausência de área física adequada para a realização das ações, acrescenta-se uso freqüente de linguagem científica, pouco acessível ao universo sociocultural dos doentes.

Dentre os objetivos específicos do PSF, alguns autores destacam a produção social da saúde, por meio da troca de informações e experiências entre os profissionais das equipes e a comunidade, principalmente por meio da comunicação / informação (MOURA e SOUSA 2002).

Os mesmos autores enfatizam que nas equipes do PSF ainda se predomina o modelo tradicional curativo e as dificuldades de mudanças nesse modelo trás desmotivação dos profissionais.

Nesse sentido, para se alcançar uma boa comunicação profissional paciente há de se almejar primeiro, uma mudança de paradigma, o que transformaria a prática dos profissionais dentro de uma visão de detentores do saber, para uma prática voltada à interação do doente com o profissional, possibilitando o diálogo e o respeito mútuo (LEFÈVRE 1996; MOURA e SOUSA 2002). Neste sentido, o PSF oferece uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, pois existe uma maior aproximação dos profissionais usuários, com possibilidades de convivência no mesmo espaço sociocultural.

Os profissionais de saúde devem se preocupar em desenvolver uma comunicação efetiva permitindo empatia, pois, só assim, terão a capacidade de perceber o outro, ou seja, o seu ponto de vista.

É importante lembrar que quando as pessoas estão doentes, fragilizadas, esperam que os profissionais possam ajudá-las a se fortalecer novamente. Segundo MOURA e SOUSA (2002) é muito fácil fragilizar quem já se sente frágil; difícil é ter a flexibilidade e a grandeza para fortalecer o frágil, fazendo com que ele sintasse novamente forte.

“A mensagem que o profissional de saúde deve estar atento para passar, é a de que, por ser humano, é capaz de estar com, é capaz de entender o outro, de trocar o que tem de melhor em si para que o outro, por sua vez, possa fortalecer o que tem de melhor” (MOURA e SOUSA 2002, p. 85).

5.4 - Os profissionais de saúde

5.4.1 O preparo dos profissionais de saúde no atendimento ao doente com tuberculose

Na primeira pergunta para os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem) o objetivo foi estudar de que modo o sistema de saúde prepara os profissionais para trabalhar com o doente de tuberculose, e o que representam os treinamentos na rotina dos mesmos, quais são os limites e possibilidades das capacitações instituídas pela gerência do PCT.

Pergunta 1:

Você foi treinado(a) para trabalhar no programa? Fale um pouco sobre isso.

Tabela 10 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéias centrais do treinamento recebido para trabalhar no PCT de um Ambulatório de Especialidade Médicas e uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS			IDÉIAS		
CENTRAIS			CENTRAIS		
	Nº	%		Nº	%
A= Os treinamentos são muito teóricos mas aprende-se na prática	4	36,4	A= O treinamento é bom mas aprende-se na prática	8	61,5
B= Não fez treinamento específico	2	18,2	B= Não fez treinamento. aprendeu com a troca de experiências	5	38,5
C= Sente falta de respaldo, de seqüência	2	18,2		-	-
D= Os TBVEs são extremamente válidos embora o médico participe pouco	3	27,2		-	-
TOTAL	11	100,0	TOTAL	13	100,0

<p>DSCI - AEM</p> <p>A= Os treinamentos são muito teóricos, mas aprende-se na prática</p> <p><i>O treinamento foi bom. Esclareceu muitas dúvidas. Serve como base para a gente estar orientando o paciente, não é. Eu recebi muitos treinamentos, mas a gente aprende mesmo aqui, com os colegas. Na realidade, você tem o doente na tua frente. Então, eu acho a teoria muito pesada e se investe menos na prática.</i></p>	<p>DSCI - USF</p> <p>A= O treinamento é bom, mas aprende-se na prática</p> <p><i>No começo, a gente foi pela cartilha do Ministério e um foi ajudando o outro. Depois, fiz o TBVE (Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica da TB). Eu achei um método bom. Tinha aquele caderno de historinhas, foi bom. Não é aquele treinamento que a gente está ali, só ouvindo. Você sai com tudo fresquinho de lá. Mas quando chega na prática, você tem que correr atrás. Embora as capacitações sempre tenham alguma coisa que atualiza, o resto, a gente vê na prática, mesmo. É a prática mesmo que te dá...</i></p>
--	---

<p>DSC2 - AEM</p> <p>B= Não fez treinamento específico</p> <p><i>Na graduação, na faculdade (medicina), eu não tive nada sobre tuberculose. Eu não me recordo. Treinamento específico do programa, eu não tive. Na residência (pneumologia), tive acesso aos programas de controle da tuberculose. Participei de uma palestra que teve...que era da vigilância. Teve treinamento mas eu não pude participar.</i></p>	<p>DSC2 - USF</p> <p>B= Não fez treinamento. Aprendeu com a troca de experiências</p> <p><i>Aqui praticamente agora que a gente começou a pegar. O primeiro contato com tuberculose foi quando vim trabalhar aqui. Eu convoquei os pacientes em tratamento para poder conhecer. Eu aprendi muito no dia a dia, perguntando. Eu fui aprendendo com os casos e também com os colegas. Tivemos muitas reuniões para discutir os</i></p>
--	--

	<i>casos; como agir, entendeu? Dentro da própria equipe mesmo. Trabalhar com a tuberculose parece simples Mas não é...é complexo.</i>
--	---

<p>DSC3 - AEM</p> <p>C= Sente falta de respaldo e de seqüência</p> <p><i>Eu achei interessante o treinamento que eu fiz. Mas, minha preocupação sempre foi assim...da gente, enquanto profissional...que respaldo a gente tem, enquanto profissional que trata tuberculose? Qual o recurso que a gente tem? Eu me sinto, muitas vezes, num grande desamparo, sabe? Eu acho assim; teria que ter alguma coisa específica para atender o profissional naquilo, que ele tivesse na dúvida. Não desgosto do que eu faço. Mas, assim, a gente vê que você está sozinho nesse barco, não é? Acho que algumas questões ainda tem que ser assim discutidas. É...mais a fundo. Eu não tive uma seqüência do treinamento. Eventualmente, eu me reuno com algum colega para discutir algum caso. Não é uma rotina.</i></p>	<p>DSC3 – USF</p>
---	--------------------------

<p>DSC4 - AEM</p> <p>D= Os TBVEs são extremamente válidos embora o médico participe pouco.</p> <p><i>Fiz especialização no Japão, curso no Rio de Janeiro, de Pneumologia Sanitária. Fiz vários treinamentos básicos de Vigilância Epidemiológica em Tuberculose (TB/VE-TB). Os TBVE são extremamente válidos. Ultimamente estão usando uma metodologia que é mais interessante que aquelas aulas tradicionais. Eu fiz um último treinamento com a educação...muito interessante. Elas pegavam práticas de educação que você poderia estar aproveitando ao fazer treinamento em seu nível local. É uma maneira diferente que, normalmente, o médico não se envolve. Porque, quando a gente faz o treinamento, em princípio, o médico é convidado, dá uma aula e se manda; não é? É a rotina, não é?</i></p>	<p>DSC – USF</p>
---	-------------------------

A primeira IC (A), revela que os treinamentos são muito teóricos e que se aprende na prática. No AEM, 36,4% compartilham esta idéia e na USF 61,5%.

No AEM (DSC1-A), observa-se no discurso que os profissionais do AEM, tiveram mais oportunidades de treinamento, inclusive fazendo uma crítica aos treinamentos instituídos, revelando que, apesar de servirem de base, os treinamentos são muito voltados para teoria, sem nenhum investimento nas questões práticas.

Na USF, o discurso dos profissionais (DSC1-A) revela que começaram pela prática, um foi ajudando o outro, durante o processo de implantação da estratégia do

PSF; a cartilha do Ministério da Saúde foi uma das bases, e o treinamento realizado foi único, o TBVE. Neste treinamento, é usado um material elaborado pela Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac” (CVE) da Secretaria de Estado de Saúde do Estado São Paulo.

O material é trabalhado em grupo, diante de situações problema, no qual a narrativa e as ilustrações são muito convidativas a discussão e reflexão. As pessoas que vão para o treinamento têm que, de alguma forma, participar trocando idéias, opiniões. Portanto, foge do modelo tradicional, tendo de algum modo impacto nos participantes. Mas sendo o problema da tuberculose tão complexo, multifacetado, só a prática é que leva ao aprendizado real, segundo o conteúdo discursivo da USF.

A segunda IC (B), traz o relato dos que não tiveram treinamento oficial. No AEM este contingente representa 18,2% e na USF, quase o dobro, 38,5%.

No conteúdo discursivo, observam-se as diferenças na dinâmica dos serviços. Enquanto no AEM (DSC2-B) os profissionais buscam o conhecimento por si próprios, na USF (DSC2-B), aparece o profissional buscando entender as questões da tuberculose, reunindo e ouvindo os doentes em tratamento, discutindo dúvidas na equipe, e reconhecendo que trabalhar com tuberculose é bastante complexo e que o aprendizado nunca se esgota, sendo ampliado a cada novo doente-família do qual os profissionais cuidam.

A terceira IC (C) aparece apenas no AEM, num percentual de 18,2%. O discurso se apresenta num desabafo sobre a falta de respaldo e seqüência no aprendizado. O conteúdo discursivo aponta o desamparo daqueles que praticamente não têm a prática de compartilhar suas dúvidas, não trabalham em equipe e cada um segue seu caminho conforme as rotinas estabelecidas, pouco questionadas pelos profissionais.

A quarta IC (D) se apresenta apenas no AEM. Os médicos apontam a pouca participação da categoria nos treinamentos, o que representa 27,2% do total de entrevistados. O conteúdo discursivo revela a crítica em relação à falta de participação do profissional, que tem um papel fundamental no PCT, haja visto que ele é o elemento de sustentação do programa. Dele demanda o diagnóstico, tratamento e grande parte da confiança do doente na instituição. Então ele tem que se envolver nos treinamentos, segundo os próprios colegas.

Segundo L'ABBATE (1997), há um consenso entre vários estudiosos da questão dos recursos humanos da área de saúde, sobre a relevância que, na prestação de qualquer serviço de saúde, esse profissional adquira uma atuação competente.

Para a autora, o aparato institucional é importante, os recursos financeiros e equipamentos nas instituições de saúde. Mas, acima de tudo isso, está o profissional de saúde que se encontra em contato direto com a população; aderido de forma competente ao trabalho que está realizando e estar convencido de que deve manter uma relação ética com o usuário. É neste contexto que se deve pensar a capacitação dos profissionais de saúde, particularmente no campo da educação e comunicação em saúde.

Além da contratação no setor público, a atenção ao recurso humano já engajado é de fundamental importância nos serviços de saúde. É necessário proporcionar reciclagem do quadro existente em termos profissionais e pessoais (MALIK e col. 1998).

A reciclagem não deve estar voltada apenas para questões técnicas. Mas também deve ser proporcionada por meio de uma maior interação do quadro funcional, na qual seja estimulada a integração entre colegas de trabalho e a viabilização de um ambiente de trabalho mais harmônico, alegre, sadio e prazeroso.

Nesse sentido, MALIK e col. (1998) salientam que nesses treinamentos devem ser reforçado conceitos éticos e morais às vezes esquecidos ou subvalorizados, como gentileza, probidade, honestidade, generosidade, solidariedade, cordialidade, entre os membros da equipe e em relação aos usuários.

Os trabalhadores de saúde integram a prática dos serviços de saúde; como consequência, quem opta por trabalhar nestes serviços deve acreditar e apostar nesse ideário. No entanto, para isso, projetos de capacitação dirigidos a este profissional, devem ser construídos de modo a criar condições as mais favoráveis possíveis, para permitir a construção de sujeitos autônomos e críticos (L'ABBATE 1997).

Segundo MATUMOTO (1998) os trabalhadores de saúde, definidos como todos aqueles que trabalham no atendimento aos usuários, incluindo serviços de apoio, é um elemento fundamental da relação intercessora do trabalho em saúde. Tradicionalmente têm sido vistos pelo planejamento como recursos, insumos, como um fator de produção qualquer do estabelecimento. No entanto carecem de suporte

dos órgãos gerenciadores dos serviços; carecem de motivação para o desempenho das funções.

A efetivação do acolhimento está relacionada à utilização dos recursos disponíveis que se adequarem e concorrerem para resolução dos problemas dos usuários. Nesse sentido há um estreito elo entre o acolhimento e a conformação de um dado modelo assistencial, no qual o preparo para o ato de acolher dos profissionais precisa estar respaldado pelas instituições de saúde (MATUMOTO 1998).

O PSF é uma estratégia que se destaca no tocante ao incentivo à formação profissional adequada, onde todos os profissionais terão que, necessariamente, ser instrumentalizados com uma formação específica, voltada para a saúde coletiva, uma vez que se espera que esses profissionais estabeleçam estratégias de ação de vigilância à saúde que devem ir além do uso do arsenal terapêutico clássico. Portanto é de fundamental importância, a demanda de treinamentos específicos como cursos de residência, especialização, reciclagem e outros (BURSZTYN e col. 2003).

Em relação à realidade dos locais sabe-se que no PSF os treinamentos são realizados mediante convênios com universidades, órgãos governamentais e no próprio serviço. No AEM os treinamentos são oferecidos pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Outros treinamentos fora do Estado e do país também são oferecidos especialmente aos médicos, como o treinamento no Centro de Referência Prof Hélio Fraga no Rio de Janeiro e os cursos do Japão (JICA - Japan International Cooperation Agency - Research Institute of Tuberculosis).

Os treinamentos oferecidos pelo nível central de coordenação do PCT no Estado de São Paulo são chamados TBVE/TB (treinamento básico em vigilância epidemiológica da tuberculose). Geralmente esse treinamento é multiprofissional, com material didático especialmente elaborado pela Divisão de Tuberculose do CVE. Esse material é composto de situações problema no qual os treinandos trabalham em grupo buscando resolver diversas questões pertinentes ao programa, desde questões relacionadas à transmissão da tuberculose a questões relacionadas aos aspectos operacionais do PCT.

As discussões dos vários grupos são abertas posteriormente em plenária, onde os técnicos procuram solucionar dúvidas, culminando no final de cada encontro com

palestras proferidas por especialistas no assunto do dia. No total, são seis encontros de cinco horas cada um. Os profissionais entrevistados que participaram dessa modalidade de treinamento sentem-se satisfeitos com o método, revelando que desse modo é possível sensibilizar melhor os participantes que se mostram mais motivados a discutir sobre o problema da tuberculose.

Outra modalidade de treinamento oferecido pelo nível central de coordenação do PCT no Estado de São Paulo em conjunto com o Núcleo de Educação do CVE são as oficinas pedagógicas denominadas: A Educação em Saúde e o PCT. O processo de trabalho é inteiramente participativo; o objetivo é construir com os treinandos várias abordagens educativas no atendimento ao doente com tuberculose, estratégias do programa na busca ativa de casos, participação da população no controle da tuberculose, entre outros. Nessa modalidade de treinamento são chamados os técnicos multiplicadores das várias divisões de saúde do Estado de São Paulo, que posteriormente tem a incumbência de realizar o treinamento nos mesmos moldes em seus locais de trabalho.

Portanto, os profissionais que atuam em nível local dependem da formação oferecida pelos técnicos de nível superior que em geral são os que participam dos treinamentos, os chamados multiplicadores. Essa formação em cadeia talvez nem sempre ocorra a contento, de modo que aqueles que realmente atuam rotineiramente no atendimento ao doente com tuberculose estejam bem preparados para tal função.

Pode ser que nesse processo de formação no local de trabalho ocorra apenas um breve repasse de informações e dependendo do modo como isso é feito, o profissional de linha de frente não esteja sendo bem preparado e capacitado para um bom desempenho no PCT. E ainda, o treinamento teria maior impacto se o profissional de nível médio participasse diretamente do mesmo, sentindo-se valorizados no momento em que são chamados a discutir diretamente questões relativas ao seu processo de trabalho e ao mesmo tempo melhorando a sua formação curricular.

No ano de 2002, um treinamento envolvendo profissionais de todo o Estado de São Paulo, teve como objetivo a orientação para coleta de amostras de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose. O intuito era sensibilizar os profissionais para a coleta da baciloscopia

de modo adequado e a importância do exame no diagnóstico enquanto método prioritário indicado pelo Ministério da Saúde no PCT. O treinamento deu origem a um manual relativo ao tema em questão (CAMPINAS e col 2002).

Nesse sentido observa-se que o nível central de coordenação do PCT no Estado de São Paulo tem tido um papel importante na formação de pessoal para trabalhar no programa. Entretanto esses treinamentos são de modo geral centralizados em profissionais com funções gerenciais. Nesse sentido observa-se a necessidade de treinamento para outros níveis além dos que ocupam cargos gerenciais. Tanto na USF como no AEM observa-se que existe um importante contingente de pessoal que ainda não teve a chance de ser treinado.

Por outro lado, no PSF a dinâmica de trabalho das equipes favorece a troca de experiências, no AEM isso não ocorre, ficando uma importante lacuna no conhecimento daqueles que não tem nenhuma experiência no programa, dificultando a atuação do profissional.

Por fim não se pode ignorar, como denuncia o sujeito coletivo, que os profissionais precisam de um respaldo contínuo em se tratando de um problema de múltiplas dimensões como a tuberculose. Não basta treinar, é preciso ter discussões na equipe, reconhecendo que cada caso requer uma atenção especial:

Eu achei interessante o treinamento que eu fiz. Mas, minha preocupação sempre foi assim...da gente, enquanto profissional...que respaldo a gente tem, enquanto profissional que trata tuberculose? Qual o recurso que a gente tem? Eu me sinto, muitas vezes, num grande desamparo, sabe? Eu acho assim; teria que ter alguma coisa específica para atender o profissional naquilo, que ele tivesse na dúvida.

5.4.2 - Dificuldades apontadas pelos profissionais para trabalhar no PCT

A segunda pergunta teve como objetivo estudar as dificuldades de se trabalhar no PCT na visão do profissional. A expectativa era saber qual a maior dificuldade enfrentada; poderia ser em relação à organização do serviço ou ao próprio doente. Ao observar-se as ICs e os conteúdos discursivos percebe-se que quase toda dificuldade gira em torno do doente e da doença.

Pergunta 2:

É difícil trabalhar no Programa, ou não? Fale sobre isso.

Tabela 11 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéias centrais das dificuldades para trabalhar no PCT em um Ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade de Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS CENTRAIS –	AEM – N=11		IDÉIAS CENTRAIS	USF – N=13	
	Nº	%		Nº	%
A= Ter diálogo com o paciente é muito gratificante	8	72,7	A= Alguns pacientes seguem o tratamento sem problemas. É preciso um suporte	6	46,2
B= Acho difícil. O problema é social	4	36,3	B= Alguns casos são difíceis. Há paternalismo no serviço	1	7,7
C= Tratar tuberculose é complexo	1	9,0	C= Tratar TB é difícil. O ACS faz a diferença	5	38,4
	-	-	D= Falta sistematização da assistência de enfermagem	1	7,7

<p>DSC1 – AEM</p> <p>A= Ter diálogo com o paciente é muito gratificante</p> <p><i>Às vezes tem caso que vai que é uma maravilha. Faz o tratamento direitinho, segue à risco o que a gente recomenda. Eu acho que tudo depende de você ter diálogo com o paciente. Eu acho que o doente quer alguém que o ouça. Eu acho que é o que está faltando, hoje em dia; que as pessoas não ouvem mais ninguém ...e o doente, menos ainda. Por que o pessoal atende...quer ir embora. Certo? Acho que talvez seja antiético falar, não sei...Mas é terrível você ver como as pessoas vem carentes de informação sobre a doença, sobre prognóstico, sobre o tratamento. Então, eu acho que 90% do teu atendimento é ouvir o paciente, está. O fato de você ouvir e orientar. Isso é muito gratificante para gente. Então não é difícil. Quando a gente tem os profissionais, que todo mundo tem a mesma idéia, de iniciar o tratamento e terminar o tratamento, quando você trabalha em equipe que tem o mesmo pensamento, o trabalho flui, não é. Quando você trabalha com profissionais que vem aqui porque ele tem que cumprir com a carga horária, fica mais difícil. No geral, aqui, no serviço, a coisa funciona legal. Mas a gente não tem discussão de caso. A gente até tem a proposta, mas não consegue. Por que é um tumulto a nossa demanda, não sei se você percebeu</i></p>	<p>DSC1 – USF</p> <p>A= Alguns pacientes seguem o tratamento sem problemas. É preciso um suporte</p> <p><i>Até agora, casos complicados não tem aparecido. Graças a Deus, eu nunca tive grandes problemas. Agora que estou com uma que não vem, que tem que ficar atrás. Mas em termos de tratamento, abandono, eu nunca tive problema nenhum. Os pacientes sempre foram certinhos. Tem aí um trabalho de equipe. A coisa é bem equacionada. A maioria é daquele tratamento tranquilo. Teve um paciente (TBMDR), que ele vinha aqui, todos os dias, era legal a gente também dava suporte. Ele ficou sem ter o que comer. Aí a gente teve que fazer um ajuste, a gente se sensibilizou, fez uma vaquinha. Porque a medicação é super forte, e eles reclamam que dá reações, e ainda não ter o que comer, fica difícil, é complicado.</i></p>
--	--

<p>DSC2 – AEM</p> <p>B= Acho difícil. O problema é social</p> <p><i>Eu acho que a maior dificuldade é o paciente aceitar que tem uma tuberculose, que o tratamento tem que ser estipulado naquele prazo, e também as condições sociais do paciente, não é. Muitas vezes, você espera que tenha um seguimento em casa e, na verdade, o paciente não tem as condições mínimas para esse tratamento. E a gente vê que a desinformação, a ignorância do povo em geral, com relação à doença. Eles não conhecem os problemas reais da doença. Então, tem paciente que inicia, toma um pouquinho do remédio, acha que tá bom assim. A gente vê muito paciente que estão abandonando o tratamento. É difícil a gente conversar com eles; não aceitam, são um pouquinho revoltados. A dificuldade, não é no aspecto técnico da coisa é no aspecto social. Eu acho que é um paciente difícil de lidar. A maioria, você consegue uma aderência mas eu acho que é difícil de lidar. Porque a tuberculose ainda está muito ligada às condições desfavoráveis, não é.</i></p>	<p>DSC2 – USF</p> <p>B= Alguns casos são difíceis. Há paternalismo no serviço</p> <p><i>A gente pede ao agente para ir na casa do paciente, a gente pede para ele vir mas, assim, ele falta na consulta, marca outro dia; ele não vem. Aí, a gente tem que ir na casa dele e perguntar: ‘Porque você não veio?’. Aí, ele diz: ‘Eu tive um compromisso’ ou ‘eu esqueci’. Aí, eu acho isso demais. Eu ainda não sei porque isso acontece. Acho que é porque ele sabe que a gente vai atrás. Acho que existe um certo paternalismo, às vezes. Mas, no geral, daí, ele acaba vindo; aí, ele não falta.</i></p>
--	--

<p>DSC3 – AEM</p> <p>C= Tratar tuberculose é complexo</p> <p><i>Eu acho que é difícil. Tem que ter conhecimento, assim...você consegue destrinchar...porque é muita coisa burocrática...tem que dar muita orientação para o paciente, informação. Então...tem que ter conhecimento. Acho que me falta ainda...muita coisa...eu aprendi como colher o BK, como é que...toma o remédio, o controle dos parentes,...os exames. Muitas coisas. Mas, não é só isso. Eu estou fazendo as coisas conforme me passaram, "não é"...mas cada paciente é um paciente. Eu estou aprendendo.</i></p>	<p>DSC3 – USF</p> <p>C= Tratar TB é difícil. O ACS faz a diferença</p> <p><i>Tem uns pacientes que são muito difíceis porque a medicação é muito ruim de tomar mesmo, não é. A pessoa está bem fraquinha no começo e o estômago não aceita a medicação. Não é fácil tomar seis meses essa medicação. Então, o que eu mais acho difícil, na TB, é o abandono. O abandono não é uma coisa incomum da gente ver. A pessoa se sente bem, pára de tomar o remédio. Outro problema que a gente tem é o paciente que não começa o tratamento com a gente aqui. Então esse fica mais difícil de estar resgatando. A gente sabe através do agente comunitário, de como ele está, o que aconteceu, se tem algum problema, ou se parou o tratamento, tudo, por conta do agente comunitário, que eu acho que é uma peça essencial no programa.</i></p>
---	--

<p>DSC4 – AEM</p>	<p>DSC4 – USF</p> <p>D= Falta sistematização da assistência de enfermagem</p> <p><i>Acho que é mais assim ... a falta da experiência prática mesmo, não é, assim,</i></p>
--------------------------	---

	<p><i>como não tem uma sistematização, eu acho que é a falta da experiência prática, que eu acho que é a dificuldade maior que a gente enfrenta, não é. Mas assim, não tenho receios de trabalhar com eles, essas coisas não tenho, não. A gente discute os casos dos pacientes. O agente comunitário está envolvido também, me traz mais detalhes do que a pessoa as vezes trás. Ele é que descobre que o doente as vezes não tem nem o que comer.</i></p>
--	---

A primeira IC (A) representou os doentes que seguem com maior rigor o tratamento, mas é preciso ter diálogo (61,6% no AEM) e um suporte da equipe de saúde (72,7% na USF).

O DSC do AEM (DSC1-A) é muito rico revelando muita sensibilidade dos profissionais que tratam os doentes de tuberculose. A discussão reside no saber ouvir o doente, dialogar. A dificuldade na discussão de casos é atribuída a alta demanda de doentes no serviço.

O DCS1 - USF, é voltado para os doentes que aderem, são “*certinhos*”. A maioria é daquele tratamento *certinho*. Os profissionais se compadecem dos doentes que passam por necessidades extremas de falta de alimentos e as dificuldades da ingestão dos medicamentos, no caso principalmente de tuberculose multi-droga resistente.

A segunda IC (B) revela os pacientes, ditos difíceis, com 36,3% no AEM e 7,7% na USF que compartilham essa idéia. Mas o motivo que leva o profissional a classificar o caso como difícil, é diferente nos serviços estudados.

No AEM, o discurso (DSC2-B) tende para as questões sociais, a falta de estrutura familiar, a desinformação das pessoas em relação à tuberculose, porém a culpa se volta mais para o social e para o doente: *É difícil a gente conversar com eles; não aceitam, são um pouquinho revoltados. É difícil de lidar.* A conotação “revoltados” soa de forma estranha, pois na maioria das vezes os doentes não exigem

nada, são passivos e aguardam com paciência que as condutas sejam tomadas. Mas o termo revoltado talvez seja usado pelo fato de alguns doentes abandonarem o tratamento.

Na USF, o conteúdo discursivo é de apenas um profissional (DSC2-B), que faz referência ao que considera como paternalismo o fato do ACS estar indo atrás do paciente, fazendo com que ele compareça nas consultas. Mas até que ponto isso é ruim, é difícil saber, pois o que se deseja é que o doente se cure, objetivo maior do programa. Mais adiante serão observados discursos dos doentes que apóiam essa atitude das equipes de PSF.

A IC (C) traz a complexidade em se tratar a tuberculose ou, por motivos inerentes, a questões cognitivas do profissional ou relativas ao paciente. A IC (C) corresponde a 9,0% dos profissionais do AEM e 38,4% na USF.

O conteúdo discursivo no AEM (DSC3-C), é de um profissional cujo contato com os doentes de tuberculose é recente. Embora ele afirma que tem muita burocracia no processo de tratamento, levanta também uma questão importante: fazer as coisas conforme lhe orientam, não significa estar preparado para lidar com todas as situações que irão surgir, pois cada paciente é um ser único, com suas peculiaridades, dificuldades, visão de mundo. Portanto o conhecimento é construído no dia a dia; ele não se esgota e requer disponibilidade para construção deste processo de sempre aprender com o doente.

No discurso dos profissionais da USF (DSC3-C), é revelada a grande preocupação com o abandono. As dificuldades recaem sobre o tratamento longo, a debilidade física causada pela tuberculose e o fato da melhora do estado geral favorecer a parada do tratamento. Os profissionais enfatizam a importância do trabalho do ACS junto aos doentes, pois é ele o primeiro a detectar os sinais de abandono, constituindo *uma peça essencial no programa*.

A IC (D), aparece apenas na USF com 7,7%. O discurso (DSC4-D) é de uma profissional, que reconhece a existência de dificuldades em prestar assistência aos doentes, pois não existe uma sistematização na assistência o que, no seu entender, poderia facilitar e melhorar ainda mais o seu trabalho, não bastando apenas a discussão dos casos na equipe. O ACS é novamente valorizado, pois *ele traz mais detalhes do que a pessoa às vezes trás*.

O manejo da tuberculose no Brasil e no mundo tem sido uma das preocupações das autoridades de saúde. A última década foi caracterizada por uma nova compreensão da epidemia global da tuberculose e de uma aceleração nos esforços de controle da doença em nível mundial (RAVIGLIONE 2003).

Segundo RAVIGLIONE (2003) alguns eventos chave ocorreram nos anos 1990 e destes resultou uma ação intensificadora em países endêmicos para o controle da tuberculose. Entretanto, afirma que mesmo com todo conhecimento atual, permanece muito a ser feito, se a presente geração quiser deixar um legado de progresso sustentado no controle da doença.

A participação de trabalhadores da comunidade no cuidado ao doente tem sido apontada como uma boa alternativa no tratamento e cura dos doentes, com um bom custo/benefício, se comparado às práticas antigas de hospitalização.

A mobilização social ampla é necessária para estimular povos e comunidades e confere uma política de saúde enraizada dentro dos movimentos sociais. No entanto, tem sido raro o engajamento da comunidade no controle da tuberculose.

Em decorrência da escassa experiência publicada sobre a contribuição da comunidade no cuidado da tuberculose nos países mais afetados por TB/HIV, a OMS, em 1996, iniciou a coordenação do “Projeto de cuidado comunitário da TB na África” -Community TB Care in África. Os investigadores se encontraram em Zimbábue, em 2000, para compartilhar os resultados e recomendar políticas de atendimento (MAHER 2003).

O foco principal dos esforços da OMS em avaliar e em promover a contribuição da comunidade ao cuidado da tuberculose foi realizado na África subsaariana, a região mais afetada pelo HIV (Botswana, Quênia, Malawi, África do Sul, Uganda e Zâmbia).

O objetivo principal do Projeto é a observação direta do tratamento (DOTS), suporte e motivação dos pacientes, suporte geral, detecção de casos, aumento da consciência da comunidade e acesso à medicação.

A ênfase inicial está em melhorar os resultados do tratamento, mais que em intensificar o encontro de casos. Para MAHER (2003), é importante expandir o encontro de casos somente com o objetivo de conseguir uma taxa elevada de cura. O

autor salienta que, diversamente, um aumento do encontro de casos com uma baixa taxa de cura resulta em um aumento do número de pacientes inadequadamente tratados de tuberculose, contribuindo com um ‘pool’ de casos infectados e aumento da droga-resistência.

Nos locais onde se conseguiu taxas elevadas de sucesso de tratamento, buscou-se observar como a contribuição da comunidade no cuidado da tuberculose pode também aumentar a ajuda na identificação dos suspeitos da doença a fim de intensificar o encontro dos casos.

A observação direta do tratamento é uma, dentro de uma série de medidas recomendadas pela OMS, a fim de promover a aderência e o resultado bem sucedido ao tratamento. Alguns membros da comunidade, juntamente com a família, têm um potencial para agir como ‘supervisores’, assegurando a conclusão do tratamento.

Segundo MAHER (2003), o tratamento de tuberculose é longo, os sintomas típicos desaparecem bem antes que o tratamento seja completado e as drogas usadas podem causar efeitos colaterais.

Os membros da comunidade, junto à família, podem ser preparados para ajudar na motivação dos doentes durante o tratamento. Isto pode ser feito conscientizando-os sobre os benefícios de terminar o tratamento, fornecendo uma ajuda geral e a observação direta da ingestão dos medicamentos.

O MAHER (2003) salienta que, compartilhar temores, crenças e experiências com os outros portadores da mesma doença, também pode trazer benéfico e isso pode ser facilitado pelos membros da comunidade.

A pesquisa realizada por MAHER (2003), enfatiza a importância de trabalhadores de saúde da comunidade ou, como no Brasil, Agentes Comunitários de Saúde, que conhecem bem sua comunidade local. Esses trabalhadores podem ser treinados para fazer a suspeita de tuberculose e dar todo o suporte no diagnóstico e tratamento dos doentes.

Mas nem só os ACS podem contribuir. Muitos programas usaram maneiras informais e formais de reforçar a consciência sobre problemas de saúde. Os programas de controle da hanseníase mostraram que professores e estudantes podem fornecer a instrução de saúde e motivar pacientes para continuar o tratamento.

MAHER (2003) alerta que as lições de muitos programas sanitários indicam a importância do conteúdo das mensagens com um foco em benefícios individuais, mais que em comportamentos ou benefícios ideais da comunidade.

Além disso, os sintomas comuns de tuberculose são inespecíficos e a doença é percebida, freqüentemente, como uma doença crônica, incurável, o que torna uma ameaça ao diagnóstico e sucesso do tratamento (BELLUOMINI 1981, BERTOLOZZI 1998, CAMPINAS 1999).

Desse modo, os PCTs poderiam usar vários membros da comunidade para ajudar a espalhar mensagens aos pacientes de tuberculose, no sentido de alertá-los dos benefícios de terminar o tratamento, a fim de restaurar a participação plena na sociedade e impedir a desistência ou a resistência aos medicamentos.

Portanto, há várias formas de mudar os rumos no controle da tuberculose e alcançar as metas preconizadas para 2005. Entretanto, as ações só terão impacto positivo se o diagnóstico estiver disponível e o tratamento for prontamente acessível.

MAHER (2003), enfatiza que o tratamento e o controle da tuberculose requer um ininterrupto suprimento de medicação ao alcance do ACS e que a capacitação desse profissional e o acesso ao tratamento realça o status do ACS junto à comunidade.

As pesquisas realizadas nesse sentido revelaram algumas lições práticas, entre elas, a de que, quanto mais elevado o nível de participação da comunidade, maior o sucesso do programa. Entretanto MAHER (2003) adverte, as visitas domiciliares para a entrega da medicação, aparentemente convenientes, não são sempre bem-vindas por pacientes com doenças estigmatizantes como a tuberculose.

Nesse sentido, MAHER (2003) sugere que os membros da comunidade devem avaliar a relevância do sistema porta-a-porta, em relação à distribuição central e mudar a estratégia, conforme os padrões culturais de cada comunidade.

O DOTS está substituindo os tratamentos anteriores, mas está se tratando, no mundo, ainda menos de 40% de casos novos de tuberculose. Conceitos errados ameaçam enfraquecer o sucesso continuado no controle da tuberculose. O primeiro conceito errado é que a observação do tratamento é desnecessária (FRIEDEN e Driver 2003).

O segundo conceito que os autores consideram é o de que a simples reforma do sistema de saúde reforçará o controle da tuberculose. O controle da tuberculose é essencialmente um problema de gerência no qual a responsabilidade final cabe a vários seguimentos da sociedade e não apenas ao governo. Um terceiro conceito errado focaliza-se no tratamento intensivo de casos de TB/MDR sem se dirigir às causas geradoras do problema. Os autores concluem que resultados críticos para o controle futuro da tuberculose são o financiamento sustentado, rigor técnico e a boa gerência (FRIEDEN e DRIVER 2003).

5.4.3 - A visão do acolhedor sobre o acolhido

Na terceira pergunta aos profissionais, o objetivo foi investigar as representações sociais que o acolhedor tem do acolhido; como ele enxerga o comportamento do doente, o que ele espera do mesmo enquanto está sob tratamento no serviço.

Pergunta 3:-

O paciente de tuberculose tem alguma coisa de especial com ele?
--

Tabela 12 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéia central da percepção sobre o paciente de tuberculose de um ambulatório de Especialidades Médicas e uma Unidade de Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS			USF		
CENTRAIS	Nº	%	CENTRAIS	Nº	%
A= Paciente de TB é um abandonado	5	45,6	A= O paciente tem dificuldades. A manutenção do contato é essencial	5	38,5
B= Falta interesse. abandona porque quer	3	27,2	B= Algumas pacientes são problema. Álcool e drogas dificultam	2	15,4
C= Tenho que ser claro e taxativo com o doente	3	27,2	C= O preconceito acompanha o doente de TB	4	30,7
	-	-	D= A privacidade e o sigilo precisam ser respeitados	2	15,4
TOTAL	11	100,0	TOTAL	13	100,0

DSC1 – AEM	DSC1 – USF
A= Paciente de TB é um abandonado	A= O paciente tem dificuldades. A manutenção do contato é essencial
<i>O paciente de tuberculose é um ser humano que além de problemas financeiros, sofre sem saber o que tem. É cheio de preconceito que é imposto pela sociedade para ele. Ele acha que está</i>	<i>É uma doença como outra qualquer. A diferença é que ele desiste mais fácil. Eu acho que não é fácil ficar tomando remédio quando ele já está sentindo bem, não é. O tratamento é cansativo. Então,</i>

<p><i>passando a doença para todo o mundo; ele se isola. Ele, isolado, sofre muito. São uns abandonados. É o paciente que não é esclarecido; ele não tem noção do que tem, da importância da saúde dele. De repente, eu acho que quando o paciente é bem conscientizado, é difícil ele abandonar. Isso, na maioria das vezes. Mas, vai muito de quem está trabalhando com ele. A gente tem que ganhar a confiança dele. Às vezes, eles não levam o tratamento por falta de condução (transporte). E a gente tem que ficar persistindo. Eu acho que é assim. O paciente precisa de muita orientação. É uma questão de você conversar, explicar.</i></p>	<p><i>tem que ficar persistindo mesmo. Porque senão, a pessoa até acaba esquecendo que tem que fazer os controles, tomar o medicamento, porque ele as vezes tem medo de estar tomando a medicação e bebendo. Então, a gente orienta que mesmo bebendo, ele tem que tomar a medicação. Mas, ele é igual o hipertenso. O hipertenso, se a pressão não está alta, ele suspende a medicação. O problema da tuberculose é que também tem a transmissão; é contagiosa. Se ele não trata, é bacilífero, é ruim para os outros. Então, a gente tem que estar sempre em contato com ele. Não pode perder o contato. A parceria tem que ser constante. A cura é importante.</i></p>
--	---

<p>DSC2 – AEM</p> <p>B= Falta interesse. Abandona porque quer</p> <p><i>Eu tenho casos que a gente precisa implorar para eles virem. Alguns são difíceis. Procuram tossir em cima da gente. Parece que eles querem ver se a gente tem medo de pegar a doença, sabe? Agora, tem outros que eu não me conformo. Eles tem tudo aqui, de graça, os remédios, a consulta médica, e eles abandonam. Não cabe na minha cabeça.</i></p>	<p>DSC2 – USF</p> <p>B= Algumas pacientes são problema. Álcool e drogas dificultam</p> <p><i>Na minha opinião, o paciente tem algumas coisas em comum, por exemplo: são pessoas de baixo poder aquisitivo, tem uma alimentação precária, são alcoólatras, muitas vezes, fumantes. Eu acho que tudo isso contribui para o quadro. A recuperação é mais difícil. Apesar de todos os alertas que se dá. Tem muito a ver com a questão sócio-</i></p>
---	---

<p>Às vezes, eu me irrita. Eu falo assim: 'O senhor quer morrer?' Então, eu acho assim; tem a questão social? Falta de conhecimento da doença? Tem sim. Mas, alguns são o cúmulo da malandragem. São malandros! A gente faz de tudo, é o cara não quer. Abandona porque quer. Nós temos aqui, problemas com os bolivianos. O Brasil deveria levar para o consulado boliviano esse problema desses bolivianos que tem tuberculose.</p>	<p>econômica, não propriamente só a pobreza, não é, acho que ligado à promiscuidade, ao alcoolismo, drogadicto. Eu acho que isso dificulta o tratamento. Droga e álcool, principalmente, é complicado de tratar. Então é difícil. Mas a gente tem pacientes que a gente não sabe nem como lidar, entendeu? A gente tem que estar realmente acompanhando.</p>
---	--

<p>DSC3 - AEM</p> <p>C= Tenho que ser claro e taxativo com o doente</p> <p>Alguns pacientes não aceita a doença. Por exemplo, eles começam o tratamento, teve aquela melhora. Não tá mais sentindo sintomas então, 'já tou bom', e acaba abandonando. Eu penso que esse paciente não foi instruído "prá" isso. Alguns já não. Alguns já ficam assustados, aquela coisa, e já... fica naquela preocupação e já assume o tratamento como deveria ser. E muitas vezes até dou uma forçada mesmo, não é. Falo: "Olha se você não assumir esse tratamento você tem, dois caminhos: o caminho da cura e o caminho da morte". É bem assim... assim até às vezes meio cruel com eles... prá ele poder cair em si e falar 'não, realmente eu preciso seguir mesmo</p>	<p>DSC3 – USF</p> <p>C= O preconceito acompanha o doente de TB</p> <p>Muitos deles tem vergonha de ter a tuberculose, de exteriorizar a doença, entendeu. Nós temos uma família problema aqui, eles não vem nunca, a gente já fez diversas visitas na casa. A agente comunitária foi fazer a visita do mês e a filha acabou dizendo, que estava com tuberculose, e desde fevereiro terminou o tratamento, mas está se sentindo mal. Perguntei a ela - por que você nunca falou? -, - tenho vergonha, "eu não queria que o posto soubesse que eu tenho tuberculose" -. Então assim, acho que tem um estigma, muitos tem vergonha. Embora seja uma coisa tratável. Essa é diferença que eu percebo neles dos demais. Eles</p>
--	---

<i>esse tratamento.</i>	<i>ficam muito com medo de contato, de todo mundo pegar. Acredito até que ...é mais uma questão de orientar mais.</i>
-------------------------	---

DSC4 – AEM	<p>DSC4 - USF</p> <p>D= A privacidade e o sigilo precisam ser respeitados</p> <p><i>Mas...essa família que eu te falei foi muito complicado... Eu aprendi muito vivendo aquela situação. Eles vieram aqui com o Dr (...).Eles não falaram quem eram. Eu achei que era da Fundação. Aí perguntou: pode tirar fotos? Podia... achei que podia...Mas não falaram para o que era. E quando vimos...estava na Vejinha! (Veja São Paulo). Isso não podia ter acontecido! Uma delas perdeu o emprego. E aquilo azedou o relacionamento com a família. Ela recebia a gente na porta...até então a gente entrava...ela começou a receber o remédio na porta, não deixava a gente entrar. E foi através das crianças, cuidando das crianças que eu fui pela periferia...chegando até eles. É complicado não é...é uma coisa muito delicada. Eu aprendi uma lição...temos que ter muito cuidado com o que se passa com a família...de lá para cá tomo muito cuidado.</i></p>
-------------------	---

A primeira IC (A), revela um doente que tem dificuldades para enfrentar o problema e que requer uma atenção especial, seja por problemas sociais, seja pela complexidade em tratar a doença. No AEM a IC está presente na fala de 45,6% dos profissionais e na USF em 38,5%. O percentual é expressivo.

No DSC no AEM (DSC1-A), vários aspectos referentes às dificuldades do doente se revelam, desde a questão financeira, muito presente na maioria dos casos até questões de isolamento imposto pela doença, da falta de importância que a pessoa atribui à sua saúde, e mesmo o modo como os profissionais lidam com toda esta problemática que emerge durante o processo. A questão crucial colocada pelos profissionais é de que são partes importantes do processo; é deles que parte o diagnóstico das dificuldades do doente, o apoio, por meio de diálogo constante e aceitação das condições do doente enquanto ser que sofre as consequências da doença.

Na USF o discurso (DSC1-A) se assemelha ao anterior, aparece uma abordagem diferenciada sobre o paciente alcoolista; mesmo bebendo é estimulado à continuidade do tratamento, por meio de contato direto dos profissionais. Mais adiante, nota-se que muitos terminam o tratamento e se curam deste modo, por meio de muito diálogo e persistência principalmente do ACS.

A segunda IC (B), apesar de colocadas lado a lado no quadro é muito distinta nos locais pesquisados. A intenção é refletir as diferentes dinâmicas de trabalho daqueles que convivem lado a lado com o doente em sua comunidade (USF) e daqueles que conhecem o doente apenas do serviço de saúde, no caso o ambulatório. No AEM o doente é referido como malandro, que abandona porque quer (27,2%). Na USF, o doente é aquele que tem problemas, inclusive sua família é problema, mas a causa é social, nenhuma culpa lhe é imputada enquanto pessoa (15,4%).

No discurso dos profissionais do AEM (DSC2-B), a culpa se volta para os doentes. A designação de “malandros” se dá no sentido de quem abusa da bondade dos profissionais, que não faz o tratamento porque não quer ou lhe convém e que, inclusive, tenta propositadamente contaminar o profissional tossindo em cima dele. Esse tipo de comportamento causa inconformidade nos profissionais, traz reações negativas dos mesmos no relacionamento com o doente: *“Às vezes eu me irrita. Falo assim: o senhor quer morrer?”* Além de “malandro”, por não querer se tratar,

muitos pacientes não são brasileiros, como no caso dos bolivianos, o que causa ainda mais indignação.

No discurso dos profissionais da USF (DSC2-B), aparece o doente tuberculoso que é pobre, fumante, alcoólatra e usuário de drogas, uma somatória de fatores que dificultam o tratamento. Na maioria das vezes deixando o profissional sem saber lidar com a situação. Os profissionais enxergam os doentes dentro de uma visão mais holística, entendendo que o problema da tuberculose tem raízes sociais.

A terceira IC (C), apesar de colocadas lado a lado no quadro dos discursos, traz significados distintos. No AEM, a abordagem dos que abandonam merecem uma postura autoritária, no sentido talvez de ameaçar o doente, mediante uma escolha que ele deve fazer entre a cura e a morte, o que representou 27,2% dos entrevistados. Na USF a idéia central representa o estigma ou a discriminação que o doente enfrenta ao ter que conviver com a tuberculose, o que representou 30,7% dos entrevistados.

A realidade dos locais pesquisados como se observa são muito distintas, levando-se à reflexão para a tentativa do entendimento do por que os profissionais pensam de modos tão distintos.

Observando o discurso dos profissionais do AEM (DSC3-C), nota-se que o contato é aquele do dia da consulta e nada mais. As percepções das atitudes do doente são aquelas que ficam do pouco diálogo travado com o doente, a portas abertas, muitas vezes ele permanecendo de pé, de modo rápido, pois a demanda não permite dispor de mais tempo. O doente tem que entender tudo desde o começo e colaborar com os profissionais, tomando os medicamentos regularmente, e demonstrar um bom comportamento. Caso contrário ele será advertido quanto à sua atitude errônea de parar o tratamento, com a ameaça da morte. O doente deve então *cair em si e falar: não, realmente eu preciso seguir mesmo esse tratamento*.

Na USF o conteúdo discursivo é direcionado para uma questão mais profunda da problemática da tuberculose (DSC3-C). O doente esconde a doença, vai tratar longe de sua residência para que ninguém da vizinhança saiba que ele pode contagiar a coletividade. Aqui se pode confrontar o discurso do doente e dos profissionais que interagem com ele e captam esse sentimento perturbador que o acompanha, principalmente durante os primeiros quinze dias de tratamento da doença: *elas ficam muito com medo de contato, de todo mundo pegar. Acredito até que ...é mais uma*

questão de orientar mais.

A quarta IC (D) aparece apenas na USF (15,4%), e diz respeito à privacidade e o sigilo do doente com tuberculose que nem sempre são respeitados. O conteúdo do discurso (DSC4-D) revela uma equipe que perdeu a confiança de uma família, a partir do momento que a realidade da mesma foi mostrada em um meio de comunicação de muito destaque no município de São Paulo. Segundo o profissional, o episódio lhe serviu de lição. O que se passa na família deve ser preservado dentro das paredes da USF: *eu aprendi uma lição...temos que ter muito cuidado com o que se passa com a família...de lá para cá tomo muito cuidado.*

5.4.4. A tuberculose e o estigma

Observando-se o sujeito coletivo é notório observar-se questões relativas à discriminação e ao preconceito que envolve a problemática da tuberculose nos locais pesquisados. Portanto, julgou-se necessário uma discussão mais aprofundada no assunto, não que as outras questões que emergiram anteriormente fossem menos importantes.

O estigma pode ser entendido como a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação plena da sociedade (GOFFMAN 1985).

O mesmo autor, referência clássica sobre o estigma na literatura, esclarece que a origem do termo, criado pelos gregos, se refere a sinais corporais que marcavam o portador como uma pessoa ritualmente poluída, com status moral negativo que deveria ser evitada, especialmente em locais públicos.

No processo da doença os membros de um grupo ou sociedade podem perder o seu status de “normal” por desenvolver doenças estigmatizantes como, por exemplo, esquizofrenia, hanseníase, tuberculose, AIDS entre outras, gerando lendas, fantasias, superstições, ignorância, que geram por consequência rejeição social. (ARAÚJO e col 2000; HEREK 2002; OPROMOLLA 2002).

No Brasil, a palavra “Lepra”, a partir de 1976, foi substituída por hanseníase, na tentativa de diminuir o caráter estigmatizante atribuído ao termo anterior. O intuito foi dar a hanseníase um sentido menos negativo, dissipando o medo e o estigma causado pela doença.

No tocante a tuberculose, o estigma acompanha o doente desde os tempos mais remotos. Por volta de 1924 proibiu-se aos doentes de tuberculose o exercício de funções como professor, bedel, inspetor e empregos nos quais fosse necessária a manipulação de papéis destinados ao público (BERTOLLI 1992).

O mesmo autor revela que, o médico e outros profissionais de saúde desempenham papel importante no processo de divulgação de estigmas sobre o doente e a doença. SCLAR (1992) enfatiza que o estigma é algo que continuará existindo, enquanto residirem, dentro do homem, o fantasma ainda não exorcizado que permite ver a doença como encarnação do mal.

Nesse mesmo sentido, BERTOLLI (1992) refere que mesmo os servidores sendo detentores de um saber especializado, acabam incorporando idéias estigmatizantes sobre os doentes, às vezes de forma declarada, em outros momentos, por meio de um quase silêncio, produzido nos ambulatorios e nos hospitais.

BERTOLOZZI (1998) reforça que não apenas o diagnóstico de tuberculose atemoriza o doente, mas principalmente a forma como se lida com a doença. Apesar de décadas terem se passado do início do uso dos quimioterápicos para o tratamento da doença, ela ainda é permeada pela discriminação e o preconceito.

MENDES (1998) reforçando a presença do estigma em relação à tuberculose encontrou em seus estudos, que até nossos dias a doença carrega um caráter estigmatizante. O fenômeno está presente entre médicos, à clientela e a população em geral.

Na abordagem do doente com tuberculose em pesquisas é comum a sua referência à doença, não pela sua denominação científica, oficial, mas com definições tais como: “essa doença”, “isso”, “a doença”, evitando assim, pronunciar a palavra que a designa, como se querendo negá-la. Isso demonstra o quanto o doente traz em suas representações a discriminação e o preconceito, negando sua condição de doente (BERTOLOZZI 1998; MENDES 1998; CAMPINAS 1999).

HEREK (2002), enfatiza que o estigma é constituído dentro de duas vertentes relevantes: o preconceito e a discriminação. Segundo o autor a discriminação envolve o ato propriamente dito, expresso por um tratamento preconceituoso dispensado ao doente; expressa-se de forma não verbal na maioria das vezes e envolve uma atitude negativa. O preconceito envolve a intolerância e aversão, a idéia

preconcebida tornando-se um elemento potencial que contribui para a conduta discriminatória. Muitos doentes estigmatizados regulam seu próprio comportamento para evitar hostilidades e abusos por parte das pessoas.

Desse modo SCAMBLER (1989) citado por HEREK (2002) distingue a presença de dois tipos de estigma. O que o autor chama de estigma decretado (atos públicos de discriminação) como, por exemplo, evitar o doente tomando distância em situações que seriam propícias de aproximação. Já o estigma de percepção motiva às pessoas estigmatizadas ao esforço para se passar como a maioria não estigmatizada por medo e vergonha de ser humilhada ou mesmo oprimida por certas circunstâncias. Portanto o doente busca alguns disfarces ou subterfúgios.

O autor explica que o sucesso nessa tentativa reduz a probabilidade da pessoa de passar por alvo de um estigma decretado. Por outro lado, experiências que obriguem a pessoa a buscar tais mecanismos constantemente, podem causar desgaste psicológico, aumentando o sofrimento acarretado pela doença.

Nos serviços de saúde estudados tanto o estigma decretado como o estigma de percepção, estavam ambos presentes. Por várias ocasiões observou-se a evasão dos doentes da sacada do ambulatório quando percebiam que o doente estava tossindo muito ou tentando colher sua baciloscopia de escarro ao ar livre.

Quanto aos profissionais observou-se que muitos tentam proteger-se quando o doente encontra-se em fase de tosse e expectoração; mesmo o uso de máscaras de proteção respiratória leva os profissionais a refletir sobre o impacto do uso do equipamento na discriminação percebida pelo doente, levando alguns profissionais ao não uso do equipamento.

Além disso, alguns pacientes preferem tratar longe de sua residência, principalmente nas Unidades de Saúde da Família, onde a exposição no domicílio do doente acaba sendo maior, pois os vizinhos querem saber o motivo das freqüentes visitas dos profissionais na residência.

MENDES (1998) apoiada em GOFFMAN (1998) em pesquisa realizada revela que a grande maioria dos tuberculosos entrevistados utilizava-se de uma estratégia denominada por GOFFMAN como “sujeito desacreditável”. Essa estratégia é usada pelo indivíduo no sentido de controlar a informação sobre sua condição, dividindo o

mundo em um grande grupo, ao qual ele não diz nada e um pequeno grupo, que ele diz tudo e sobre o qual ele se apóia.

Ainda para MENDES (1998, p. 101) “a elaboração do estigma, envolvendo certas doenças, forçosamente passa por um processo histórico que, não se exaure apenas nas características biológicas da enfermidade, mas principalmente, remete-nos à realidade político-social, cultural e econômica de uma determinada época. Neste processo, algumas doenças deixaram de ser estigmas, outras, passaram a sê-lo”.

A doença para ser concebida como estigma deve constituir-se de uma certa gravidade, não tão grave que mate repentinamente, e, também, não pode ser rara. Tem que ter incidência e prevalência suficiente para abarcar também o horizonte social. A maneira pela qual é transmitida ou disseminada deve caracterizar uma conduta reprovada ou reprovável pelas normas sociais vigentes (SCLiar 1992).

Nesse sentido a tuberculose tem todas as características que fez dela ao longo dos anos uma doença estigmatizante apesar de ter cura. O que contribui para o estigma é principalmente o meio de transmissão, a tosse e o espirro e por ser infecto contagioso quando se trata de doentes bacilíferos sem tratamento, caracterizando-se assim risco para sociedade na visão do próprio doente e da sociedade.

Além disso, o estigma é um atributo profundamente depreciativo e a estigmatização recai sobre o conceito da identidade social. Conseqüentemente, as pessoas estigmatizadas têm que aprender a suportar a pressão social, ignorar insultos, esconder fraquezas e estar prontos para situações inusitadas (GOFFMAN 1988 citado por MENDES 1998).

O estigma também está associado à exclusão que, por sua vez associa-se à desvalorização social. A origem da exclusão social, vivenciada pelo doente está centrada na doença. Desse modo a doença é um desvio biológico e social e o doente é visto pelos outros e se vê como alguém socialmente desvalorizado (LAPLANTINE 1991 citado por MENDES 1998).

Segundo os mesmos autores, a desvalorização, não passa somente pela questão econômica, mas, também, pela instância cultural. Assim, a representação da doença como mal absoluto, que se exprime no sentimento de uma desvalorização social, é muito mais forte em uma dada cultura do que em outra.

No estudo a desvalorização social foi constatada a partir de condutas de discriminação e evitação, principalmente no relacionamento social. Os doentes referiram terem sido evitados pelas pessoas, que tomavam distância ou mesmo evitavam compartilhar os mesmos utensílios domésticos.

A maioria deles sente-se sozinho, ficam deprimidos, carentes. Ainda tem vergonha de comentar que tem a doença...pela rejeição até mesmo da própria família. Eu tive um caso assim, não é. Ele falou que sentia que a família, separavam as vasilhas, não tomava água no copo. Eu tive uma outra senhora que falava: você se aproxima de mim, mas tem pessoas que não. Então, ela se sentia como que ia morrer, como que estava com uma doença que pegava em todo mundo. Então, o paciente precisa de ajuda e atenção. Muitas vezes eles acham que o povo isola ele. Mas não é. Ele se isola.

DSC3-C ACS, p.176

O sujeito coletivo aponta para um problema ainda mais grave, em que os doentes perderam o emprego em decorrência de sua condição. Principalmente se a atividade exercida envolvia o público, como promotor de eventos, vendedor ou garçom.

...eu perdi o emprego, não aceitaram foi discriminação. A pessoa que não entende muito sobre isso que eu tou passando, tem discriminação...tem...eles acham que pega só pelo fato de você estar perto. E aí, eu fiquei prá baixo. DSC3 – AEM,doente em tratamento, p.66

ARAÚJO et al (2000) relatando a experiência de implantação de um grupo de apoio psico-social para atendimento de pacientes chagásicos de Maringá e região Noroeste do Paraná, observou que os pacientes após o diagnóstico positivo manifestavam o peso do preconceito existente, a sensação de ser portador de uma doença que apresenta caráter marginalizante e estigmatizante, uma vez que de acordo

com o conhecimento popular a doença de Chagas não tem cura e está relacionada à pobreza.

Nesta mesma direção, o doente com tuberculose também sente a doença como um peso social, decorrente de más condições sociais, ligada principalmente à falta de alimentação adequada, de boas condições de moradia. Porém dificilmente isso é verbalizado.

Os profissionais de saúde e principalmente os ACS verbalizam a pobreza vivenciada pelos doentes que frequentam os serviços. Mas falar sobre o problema com o doente torna-se um dos pontos mais delicados na relação profissional-paciente, é mexer na ferida aberta e não ter como curar.

Desse modo os profissionais compartilham a pobreza e só interferem quando o doente manifesta declaradamente sua extrema miséria.

Eu acho que a maior dificuldade é o paciente aceitar que tem uma tuberculose e fazer o tratamento estipulado. Muitas vezes, você espera que tenha um seguimento em casa e, na verdade, o paciente não tem as condições mínimas para esse tratamento.

DSC2- AEM, profissional de saúde, p.125

Eu tive essa paciente(...) que ela parava várias vezes o tratamento. Mas era assim, ela não tinha o que comer. O (...) também parou várias vezes, mas era fome. E teve muitos outros assim. Então a gente para ver um jeito deles aderir...começou a se unir...juntava os alimentos, repartia. E foi assim, até acabar o tratamento.

DSC4-D – ACS, p.176

Aliado a essas situações, existe uma crença popular de que a tuberculose não tem cura. Nos depoimentos não foram raras às vezes que o doente manifestou no seu discurso a dúvida quanto à cura, principalmente no AEM. O sujeito coletivo expressa claramente essa situação:

Sabe eu já pensei em parar (tratamento), minha mãe falou: quer mais desgraça na família? A médica falou prá mim que tem cura. Mas a tuberculose tem cura mesmo?

ARAÚJO et al (2000) enfatiza que uma maneira do doente enfrentar as dificuldades que acentuam o estigma, o preconceito e a discriminação é a possibilidade que os profissionais lhes abre para conversar sobre a doença, falar sobre seus sentimentos, atitudes, formas de conviver com os sintomas e o tratamento.

Os mesmos autores ressaltam a importância de atividades desenvolvidas em grupos. Nelas os doentes compartilham com seus iguais a dúvida sobre a sua qualidade de vida após o diagnóstico, o medo, a ansiedade, o estigma, a convivência com a família, grupo social, criando a oportunidade e ambiente para que cada paciente reflita sobre sua própria história, sobre o processo saúde-doença.

Nos serviços pesquisados, principalmente no AEM, a comunicação ainda precisa ser aperfeiçoada, da mesma forma as experiências de trabalho em grupo. Na USF, os doentes encontram espaço aberto nas atividades das equipes e tem a rica experiência de poder contar com os ACS no domicílio, facilitando assim dirimir dúvidas, anseios.

O sujeito coletivo traz diversas experiências dos ACS neste sentido. Porém experiências negativas das equipes da USF também foram relatadas. Trata-se do abuso da privacidade do doente no seu domicílio.

A experiência ocorreu provavelmente por ingenuidade ou falta de experiência da equipe, que acabou por permitir que tornasse pública toda miséria e as dificuldades de uma família desestruturada que convivia com familiares com tuberculose.

O fato foi exposto em uma revista de grande circulação, o que acarretou consequências catastróficas: desemprego, desentendimentos da família com os profissionais e o pior, abandono de tratamento.

Nesse sentido, os profissionais das USFs precisam estar atentos para questões do consentimento esclarecido, sigilo e a autonomia da população adscrita aos serviços de saúde.

BARROS e FORTES (2003) estudando sobre a informação esclarecedora e o consentimento esclarecido e a garantia dos direitos do paciente em uma unidade do PSF, encontraram que a clientela atendida é compreendida como sendo homogênea, cultural e socialmente, e como população carente. Neste sentido não existe entre os profissionais uma preocupação em se ter o consentimento esclarecido e explícito do

doente, expresso verbalmente, simplesmente o profissional decide por ele, sem muitas vezes respeitar sua autonomia.

Os mesmos autores salientam que quanto mais esclarecido o doente for a respeito de sua doença, sua terapêutica e prognóstico, maior liberdade de decisão ele terá sobre seu próprio corpo. Conseqüentemente existe uma obrigação dos profissionais de saúde em informar-lhe.

A tuberculose já carrega historicamente uma carga estigmatizante, e atitudes negativas dos profissionais só vêm reforçar a discriminação e o preconceito.

5.4.5 - O relacionamento do acolhedor com o acolhido na visão do acolhedor

A quarta pergunta teve como objetivo estudar e entender como o acolhedor percebe e até interpreta o seu relacionamento com o acolhido.

Pergunta 4:-

Como é seu relacionamento com os pacientes de tuberculose?

Tabela 13 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéias centrais sobre a percepção do relacionamento com o doente em tratamento de um Ambulatório de Especialidades.Médicas e de uma Unidade de Saúde da Família. Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS CENTRAIS	AEM –N=11		IDÉIAS CENTRAIS	USF –N=13	
	Nº	%		Nº	%
A= Meu relacionamento é bom. Tenho satisfação pessoal	10	90,9	A= Eu tenho um bom vínculo.	10	76,9
B= Eu me incomodo com pacientes que não assumem o tratamento	1	9,0	B= Eu tenho Dificuldades de relacionamento com o doente	2	15,3
C= Eu não aceito o descaso do paciente. Às vezes sou madrasta	1	9,0	C= Meu relacionamento é bom, mas sou sargentona.	1	7,6

DSC1 – AEM	DSC1 – USF
A= Meu relacionamento é bom. Tenho satisfação pessoal	A= Eu tenho um bom vínculo.
O meu relacionamento, acho que é bom. Eu tento dar o meu melhor aqui. Eu gosto do que faço. Eu sou muito calma com os pacientes. Eu gosto de atender bem, com calma. E a gente tenta orientar dentro	Os pacientes de tuberculose é o que a gente mais conhece. ‘Tá’ na rua, fazendo visita e ele: ‘Oh! Tudo bem?’. E vem falar com a gente. Porque é difícil conhecer todo mundo da área, "né". São mais de 4 mil cadastrados. Meu relacionamento é muito

<p>daquilo que a gente sabe. Alguns, no início, ficam assim...meio retraídos, não é? Mas depois, eles vão adquirindo confiança com a gente e vão se abrindo. É muito bom essa receptividade por parte da gente que aí, dá abertura para o paciente fazer perguntas, esclarecer. Eu procuro explicar, conversar muito. Mas eu sou, às vezes, rígida. Eu não quero perder esse paciente.</p>	<p>bom. A gente cria, assim, um vínculo muito bom. E também, o agente (comunitário) é muito importante nisso tudo aí...porque a gente não tem tempo para estar visitando, e os agentes vão lá na casa, olham se está realmente tomando medicação, se estão precisando de alguma coisa.</p>
--	--

<p>DSC2 - AEM</p> <p>B= Eu me incomodo com pacientes que não assumem o tratamento</p> <p>Não vou dizer que eu não tenha problema. Tenho. Estou com um caso de uma suspeita de MDR (tuberculose multidroga resistente); um paciente difícil, um indivíduo que não assume a doença. É um indivíduo que a gente deu passe, ele já tem uma filha doente e ele foi trocar no barzinho do hospital por tranqueiras, entendeu? Eu tenho problemas. Alguns problemas eu tenho mas, vamos dizer, 99% não é problema.</p>	<p>DSC2 – USF</p> <p>B= Eu tenho Dificuldades de relacionamento com o doente</p> <p>Olha, como toda patologia crônica, não é, apresenta sempre aquelas dificuldades de relacionamento. Por causa da medicação, é difícil o paciente aderir ao tratamento. De qualquer coisa que ele sentir, ele comunicar o agente comunitário e ele vir aqui. Às vezes, ele não vem. Porque ele não necessariamente precisa vir aqui todo mês. O agente passa na casa dele uma vez por mês, não é. Se tiver algum problema, ele vem aqui. Agora, seu (...) ele é muito seco, ele não é de muito se abrir, não é, não posso dizer que é um vínculo maravilhoso porque não é. Ele é muito calado.</p>
---	--

<p>DSC3 – AEM</p> <p>C= Eu não aceito o descaso do paciente. Às vezes sou madraستا</p> <p>De vez em quando, eu sou madraستا. Entendeu? Se faltou na consulta, eu viro um bicho... Sabe, se eu convoco, se eu telefono e você percebe do outro lado que a pessoa está com pouco caso, eu fico muito...muito brava. Eu espero o retorno e aí eu falo pro paciente: ‘não gostei do modo como você me atendeu no telefone; eu estou aqui para trabalhar, para cuidar de você; respeito você, quero ser respeitada e gostaria que você respeitasse as pessoa com quem você mora. Porque cada abandono do tratamento que você tem, você está transmitindo bacilo mais resistente para tua família. E para sociedade. Então, quando você atender telefone da gente, tenha um pouco mais de cuidado’. Não agüento!</p>	<p>DSC3 – USF</p> <p>C= Meu relacionamento é bom, mas sou sargentona</p> <p>Meu relacionamento com os pacientes é bom. Só que tem uma coisa: eu não gosto que o paciente atrasa...tem uma coisa assim que eu sou mais sargentona. Então os pacientes que eu dei de frente, são assim...os pacientes que são faltosos...chegam sempre atrasados na consulta, não segue direito o tratamento. Mas no geral, pacientes aqui não falta em consulta...não tem nenhum que eu preciso falar para o agente, “vai lá e chama o paciente”. Se o paciente precisar, vem me procurar. Em geral eles falam com os agentes comunitários e vem. E depois... o papel do agente é muito importante. As minhas meninas (agentes comunitárias) são ótimas! Elas gostam do que fazem.</p>
--	---

A primeira IC (A), é muito semelhante nos dois grupos pesquisados, indicando que o relacionamento é bom, na visão dos profissionais e que existe um vínculo entre acolhedor e acolhido. No AEM 90,9% compartilham essa idéia e na USF 76,9%.

No conteúdo discursivo dos profissionais do AEM (DSC1-A), eles acreditam que fazem o melhor e demonstram satisfação no que fazem. O fato de atender com calma, de oferecer receptividade é o que pode favorecer a confiança do doente nos profissionais de saúde. Mas ainda é forte a idéia de que, sendo rígido, se tem mais

chance do doente alcançar a cura: *mas eu sou, às vezes rígida. Eu não quero perder esse paciente.*

Na USF o discurso revela a proximidade proporcionada pela doença entre a equipe e o doente (DSC1-A). O próprio modelo de assistência favorece essa aproximação. A figura do ACS é exaltada pela sua importância em se aproximar mais do doente, percebendo melhor a realidade de cada caso: *...o agente comunitário é muito importante nisso tudo aí...os agentes vão lá na casa, olham se está realmente tomando medicação, se estão precisando de alguma coisa.*

Na segunda IC (B) os profissionais falam das dificuldades que enfrentam mediante certos comportamentos assumidos pelo doente com tuberculose, que não aderem ao tratamento, abandonam. A IC permeia a fala de apenas um profissional do AEM (9,0%) e de dois profissionais da USF (15,3%).

O discurso dos profissionais do AEM (DSC2-B), revela a preocupação com um doente suspeito de TB/MDR, que não assume a doença, cuja filha também está com tuberculose, e que constitui um risco importante para os seus familiares. Mas entende-se no discurso que a crítica é mais em relação aos problemas futuros que o doente/família poderão vir a enfrentar.

Na USF, o conteúdo discursivo aponta dificuldades reais de relacionamento (DSC2-B). Seja pela doença crônica que exige um tratamento difícil de ser concretizado, inclusive fadado ao abandono, seja pela difícil tarefa de se estabelecer um diálogo ou mesmo um vínculo com o doente, até por dificuldades do profissional. Mas admitir dificuldades constitui uma coragem da qual poucos se dispõem a revelar. Neste sentido, o discurso revela que nem sempre tratar tuberculose, ou qualquer outra doença constitui tarefa fácil, dado a complexidade de cada ser humano.

Na terceira IC (C) uma certa postura autoritária de alguns profissionais aparece novamente: *sou sargentona/madrasta*. No AEM um profissional (9,0%) e na USF (7,6%), compartilham a mesma idéia.

No AEM, o discurso demonstra rigidez na conduta (DSC3-C). O profissional revela ressentimento, quando procura pelo doente por telefone e o mesmo demonstra indiferença. Quando o profissional precisa convocar o doente ele intima para que o mesmo compareça, dentro de uma visão de polícia sanitária, o doente não pode dizer

não. No retorno ele é convidado a se explicar com o profissional e novamente recai sobre ele a responsabilidade enquanto pessoa portadora de uma doença contagiosa que deve manter o seu autocuidado para não prejudicar a sociedade.

Na USF, a postura dura aparece no DSC, o profissional *dá de frente* com aqueles que tomam atitudes reprovadas do ponto de vista do profissional (DSC3-C). Atrasos, falta de sequência no tratamento constituem falhas graves. Mas o ACS entra como um mediador desses casos, sendo parte importante na adesão do doente ao tratamento.

5.4.6 - O medo do acolhedor em contrair tuberculose

A quinta pergunta teve como objetivo pesquisar sobre o medo do acolhedor em contrair tuberculose. O medo pode interferir no modo como o acolhimento é feito no serviço de saúde. A linguagem não verbal, isto é, o distanciamento no momento da comunicação, poderia demonstrar que as precauções que o acolhedor toma diante do acolhido têm um sentido discriminatório.

Pergunta 5:

Você tem medo de contrair tuberculose? Por que?
--

Tabela 14 Distribuição e percentual de profissionais, segundo idéias centrais da percepção sobre o medo de contrair tuberculose de um Ambulatório de Especialidades.Médicas e de uma Unidade de Saúde da Família. Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS CENTRAIS	AEM –N=11		IDÉIAS CENTRAIS	USF –N=13	
	Nº	%		Nº	%
A= Eu tenho más condições de trabalho, me sinto vulnerável	7	63,6	A= Eu me preocupo, o contato é grande	2	15,3
B= Eu tenho muito medo da TB MDR	2	18,6	B= Eu não tenho medo. Tenho resistência	11	84,6
C= O uso da máscara é um dilema	3	27,2	-	-	-

DSC1 – AEM	DSC1 - USF
A= Eu tenho más condições de trabalho, me sinto vulnerável	A= Eu me preocupo, o contato é grande
<i>Eu tenho medo de pegar; para falar a verdade, eu morro de medo. Tudo aqui propicia, não é? Olha a sala onde a gente atende. Apertadinha! O doente está ali, na nossa frente, tossindo, tossindo...E eu não tenho aeração quase nenhuma. A gente está com um funcionário com tuberculose. Todo mundo aqui levou um susto.</i>	<i>No começo fiquei meio ... cismada, que dizem que pega, não é. Ainda, fico um pouco preocupada. Porque é aquele tipo de paciente que fica assim encostado na mesa, que já tem intimidade tossindo, sem se preocupar com quem está do outro lado, não é. A porta estava fechada, falei - bom, que seja o que Deus quiser -.Falei - vamos</i>

<p><i>Emagreceu, e foi atendido aqui, porque passou mal. Três cruzeiros (BK+). Eu acho complicado. Capacitam os profissionais para atender o doente. E para ele sobreviver neste atendimento? Me considero vulnerável. O que adianta a máscara? O bacilo está aí...se estiver com a resistência baixa, eu vou pegar.</i></p>	<p><i>começar a observar agora -, mas eu não tive nada. Fiquei um pouquinho preocupada, mas só com ela ...minto, teve a (...) também, apesar que eu não tinha nem certeza se ela estava. Mas eu pensei nessa hipótese.</i></p>
--	--

<p>DSC2 – AEM</p> <p>B= Eu tenho muito medo da TB MDR</p> <p><i>Eu estou tão acostumada com o paciente que eu até esqueço que estou com ele. Mas quando ele tosse é que eu lembro. Eu tenho medo. Teve um paciente que era multirresistente. Foi um caso que aqui, ele aderiu ao tratamento. Me marcou muito. Eu tive muito medo de pegar aquela tuberculose. Era multirresistente, não é? Porque, se um dia eu tiver tuberculose, eu trato. Mas se for MDR, vai complicar.</i></p>	<p>DSC2 – USF</p> <p>B= Eu não tenho medo. Tenho resistência</p> <p><i>Olha, será que eu tenho que ter medo? Não, de maneira alguma, pelo contrário, acho que se tivesse medo a gente não faria visita domiciliar, não entraria em nenhuma casa ou beco como a gente tem por aí. Não tem muito como você ... assim, tomar cuidado. Eu falo com eles, convivo normal, não é. Eu sei que depois de 15 dias de tratamento, o doente não transmite mais. Olha, nesta profissão, eu já me vacinei de tudo, não é. Agora, sabidamente estou trabalhando com dói. E os que eu não sei? Que eu tenho contato, que você está dia a dia, senta no ônibus, não é. Acho que a gente acaba tendo uma resistência ao longo do tempo.</i></p>
---	--

DSC3 – AEM	DSC3 - USF
<p>C= O uso da máscara é um dilema</p> <p><i>Nós sabemos que, no início, pode passar (tuberculose). Se está assim, no começo, antes dos 15 dias, eu ponho a máscara, não é? Se bem que, usar a máscara, o paciente pode achar que está com a pior doença do mundo, não é? Ele já olha assim assustado para você. Às vezes, eu até me sinto mal de estar usando a máscara. Porque o paciente se sente rejeitado. Mas eu procuro explicar para ele porque eu estou usando a máscara. Então é assim...a gente procura, na hora de conversar, dar uma certa distância.</i></p>	

Na quinta pergunta observa-se uma grande desproporção nas idéias centrais. Na Tabela 14, comparando as ICs (A e B), o medo representa 81,7% para os profissionais do AEM; ao contrário, na USF, 84,6% referem ter resistência para doença, sendo desnecessário ter medo.

No AEM, a IC-A se refere à vulnerabilidade dos profissionais e as más condições de trabalho e representou 63,6%. O conteúdo discursivo (DSC1 -A) recai sobre as más condições de trabalho, a falta de apoio da gerência que não oferece recursos ou projetos para modificar as condições de trabalho. Aparece como agravante da situação um funcionário que adquire tuberculose provavelmente no serviço e que foi atendido porque passou mal durante o trabalho.

Na USF, a IC-A revela a preocupação com o contato físico e representou 15,3%. O discurso (DSC1-A) aponta para o medo no relacionamento mais próximo dos profissionais com o doente. *A intimidade, o doente que fica encostado na mesa*, é visto como um risco para aquele que convive muito próximo. Alguns profissionais ficam em estado de alerta após o período de contato com o doente.

A segunda IC (B) dos profissionais do AEM, poderia ser agregada à primeira IC, porém aqui o medo não é da tuberculose comum, mas da TBMDR e representou 18,1%. No discurso os sujeitos criam uma contradição, iniciam por dizer que estão acostumados com o fato da tuberculose ser doença contagiosa, mas relembram o caso que os deixou amedrontados, por se tratar de tuberculose mais difícil de tratamento e cura.

Na USF, cujo discurso (DSC2-B) é contrário a idéia de contágio e riscos, os profissionais encaram o problema da tuberculose como algo que não ocorre apenas no âmbito do serviço, está presente na comunidade, no transporte coletivo, nas moradias insalubres de seus doentes, portanto o risco existe, e isso não impede a convivência normal e ao mesmo tempo coexiste a crença de que o profissional adquire resistência orgânica ao longo do tempo de serviço.

A terceira IC (C), aparece apenas no AEM, com percentual de 27,2%; o uso da máscara é um dilema.

O discurso (DSC3-C) revela a precaução dos profissionais em usar a máscara nos primeiros quinze dias de tratamento do doente. Ao mesmo tempo em que usa, se culpa, pensando no que o doente sente em relação ao uso da máscara. Apesar de que o medo e o distanciamento corporal existe transparecendo na fala dos sujeitos: *então é assim...a gente procura, na hora de conversar, dar uma certa distância.*

A incidência da tuberculose institucional vem aumentando nos últimos anos. A constatação de surtos nos Estados Unidos e outros países, mostrou que é preciso que se tomem providências para minimizar o problema entre os trabalhadores de saúde. Alguns surtos foram causados por cepas resistentes a múltiplas drogas, o que torna a questão ainda mais grave (CVE 1998; Harries et al 2002).

Dentre as principais medidas de proteção individual, está a máscara N95 ou a “bico de pato”. Esse equipamento é um recurso do qual o profissional do AEM dispõe e se utiliza com certa frequência. A máscara faz uma barreira mecânica impedindo a entrada do bacilo da tuberculose e até partículas menores. O profissional do AEM é livre para o uso da máscara. Na USF, não existe a disponibilidade da máscara, nem mesmo se cogita fazer uso desse recurso.

Mas o uso da máscara causa um dilema nos que a utilizam. Na entrevista com os profissionais do AEM observou-se uma certa parcela de culpa naqueles que

tinham sua máscara dependurada no pescoço e faziam uso do recurso. Mas é um direito do profissional, uma recomendação das autoridades no assunto, então qual seria o problema? Acontece que o uso da máscara não é consenso de todos os profissionais; talvez não se tenha parado para discutir a questão.

No aspecto da transmissão é importante lembrar que, na maioria das vezes, o contágio é feito por via aérea, a partir da tosse do doente bacilífero; quanto maior o tempo de exposição a um ambiente onde haja gotículas infectantes em suspensão, maior será a probabilidade de inalação destas e sua instalação no organismo do novo hospedeiro.

O período de contágio pode ser considerado a partir do momento que o doente se torna bacilífero e durar até cerca de quinze dias após o início do tratamento efetivo. No ambiente institucional, o maior risco é representado pelos doentes bacilíferos antes do diagnóstico e até os primeiros dias do início do tratamento.

As medidas de controle, tais como, a melhoria de sistemas de ventilação e uso de máscaras de proteção individual por profissionais de saúde, foram introduzidas com sucesso nos hospitais dos Estados Unidos e nos europeus, protegendo com sucesso os trabalhadores sob risco de adquirir tuberculose nos locais de trabalho.

No Brasil observa-se que o uso de máscaras se dá nas unidades de internação dos hospitais, em áreas consideradas de risco. Porém nos serviços da rede básica de saúde do Município de São Paulo as máscaras de proteção individual N95 não têm sido utilizadas.

Alguns tipos de instituições como hospitais, presídios, albergues, casas de apoio a doentes de AIDS entre outros, podem favorecer a ocorrência de transmissão de tuberculose devido às condições ambientais e o maior número de doentes de tuberculose bacilíferos não tratados nesses locais.

Algumas medidas de controle para tuberculose institucional foram sugeridas pela Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) "Professor Alexandre Vranjac" a partir de 1998. Entre elas sugere-se a redução da permanência de doentes bacilíferos intensificando a suspeita diagnóstica de tuberculose e agilizando o diagnóstico instituindo prontamente o tratamento.

Outra recomendação é reduzir o número de pessoas compartilhando o mesmo ambiente com doentes bacilíferos em salas de espera em serviços ambulatoriais,

pronto atendimentos e outros locais. Assim como tomar os devidos cuidados com os procedimentos indutores de tosse como as inalações mais concentradas ou com pentamidina. O mesmo órgão recomenda que a arquitetura dos serviços de saúde deve ser adequada para dispersão das gotículas.

Algumas pessoas são mais suscetíveis ao adoecimento, como portadores do vírus HIV, neoplasias, diabéticos, alcoolistas; crianças menores de dois anos e pessoas maiores de 60 anos. Recomenda-se especial cuidado com profissionais nessas condições. O remanejamento dos mesmos está indicado para áreas de menor risco (HARRIES et al 2002).

Na África subsaariana a elevada prevalência de tuberculose e do HIV, sugere que o risco de transmissão institucional seja expressivo. Estudos realizados em Malawi mostra que a incidência de tuberculose entre trabalhadores de saúde é elevada. O Programa Nacional de Tuberculose do país implantou algumas medidas de controle em hospitais e escolas e posteriormente realizou-se uma pesquisa para determinar se as medidas de controle da tuberculose institucional propostas tinham surtido algum impacto (HARRIES et al 2002).

Em 1996, os casos registrados de tuberculose entre trabalhadores de saúde na região eram de 3,7%. Após a implantação das medidas, foi para 3,2% em 1999 uma diferença pouco significativa. Os autores apontam para as dificuldades na implantação de medidas de controle devido à falta de recursos humanos e materiais em algumas áreas e a falta de motivação de algumas equipes na implantação das medidas preconizadas. O que mostrou significância no estudo foi que a taxa de notificação de casos entre professores da escola primária foi menor do que entre trabalhadores de saúde, provavelmente porque as crianças não apresentam formas contagiantes de tuberculose (HARRIES et al 2002).

No Estado de São Paulo apesar de todo trabalho do nível central de coordenação do PCT em mobilizar esforços no sentido de reduzir o risco de transmissão da tuberculose entre os trabalhadores, observou-se que mesmo serviços com altas demandas de doentes com tuberculose, como o caso do AEM, têm aderido muito pouco a implantação das orientações sugeridas.

No AEM foi detectado um profissional acometido por tuberculose. O profissional em questão trabalhava no balcão de marcação de consultas e tinha como

doenças de base epilepsia e alcoolismo associado.

O sujeito coletivo aponta para o descaso da gerência dos serviços de saúde em relação a medidas de proteção a que esses profissionais teriam que estar submetidos: *Eu acho complicado. Capacitam os profissionais para atender o doente. E para ele sobreviver neste atendimento?*

No entanto, essas medidas não dependem apenas da gerência, mas também das equipes de saúde que não se mobilizam no sentido de discutir as questões de biossegurança ligadas à tuberculose.

No Brasil, alguns estudos alertam para o problema da infecção e adoecimento de profissionais de saúde em serviços de atenção à tuberculose, considerando nesse sentido, a tuberculose como doença ligada às condições de trabalho (KRITSKI e col 1993; MELO e AFIUNE 1995, CVE 1998).

No AEM os profissionais demonstram muito medo de contrair a tuberculose. Aliado a isso, o sujeito coletivo aponta um fantasma que ronda o ambiente de trabalho: a tuberculose multirresistente às drogas (TB/MDR): *Teve um paciente que era multirresistente. Foi um caso que aqui, ele aderiu ao tratamento. Me marcou muito. Eu tive muito medo de pegar aquela tuberculose. Era multirresistente, não é? Porque, se um dia eu tiver tuberculose, eu trato. Mas se for MDR, vai complicar (DSC2 – AEM).*

É sabido que essa possibilidade existe, mediante esse fato o profissional de saúde muitas vezes acaba se afastando do doente dificultando o acolhimento. O sujeito coletivo aponta para esse afastamento que na verdade é tomado como precaução, mas que na realidade interfere de maneira negativa no relacionamento profissional-paciente.

Nesse sentido é preciso ir a busca de soluções, não ignorando o temor do contágio e assumindo condutas frente ao doente deixando claro o modo de transmissão e as possibilidades de proteção do trabalhador da saúde ao cuidar do doente em fase de contágio.

A própria Coordenação do Programa de Controle de Tuberculose do Estado de São Paulo admite que o uso de máscaras em ambulatórios, onde os pacientes já se encontram em tratamento e que já foram submetidos ao diagnóstico é controverso. Isso se deve ao fato de que os doentes ao sair do consultório os bacilos em suspensão

permanecem naquele local.

Além disso, “o uso de máscara pode ser um fator de sentimento de rejeição por parte do doente, piorando a adesão do mesmo, o que no cômputo geral funcionaria ao inverso - aumento de abandonos de tratamento, com conseqüente aumento de cepas resistentes” (CVE 1998, p. 15).

Portanto, o uso da máscara é um dilema, sendo as vezes visto como solução e às vezes como um problema.

5.5 - Os Agentes Comunitários de Saúde

5.5.1. Algumas considerações sobre o Agente Comunitário de Saúde

O surgimento do profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS), originou-se de experiências chinesas e cubanas, após a divulgação da Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde, que ocorreu em 1978 em Alma Ata. Na elaboração das ações e competências que compõe os cuidados primários de saúde, primeiro nível de organização do sistema de saúde, o ACS é incluso como um dos profissionais a desempenhar funções junto à equipe de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001; CARVALHO 2002).

No Brasil, a partir de 1979, com apoio do UNICEF, quatrocentos ACS começaram a atuar no Maranhão. O Ceará, a partir de 1987, implantou o programa, ganhando notoriedade em 1991, quando obteve o Prêmio Maurice Pape, do UNICEF, por ter reduzido em 32% o índice de mortalidade infantil. Em 1986, o dados apontavam para um CMI (Coeficiente de Mortalidade Infantil) de 95 por mil nascidos vivos e para o ano de 1988, baixou aproximadamente para 65 para 1000 nascidos vivos (SOUSA 2001a; CARVALHO 2002).

No Estado de São Paulo, experiências com os ACSs ocorreram em São José dos Campos, a partir de 1979 e na região do Vale do Ribeira, a partir de 1981 em decorrência de programas voltados para os princípios da Atenção Primária à Saúde (SILVA 2001).

A inserção do ACS no trabalho em saúde tem sua prática determinada por necessidades de uma oferta deficitária na atenção primária à saúde, sobretudo na

assistência ao grupo materno infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1993; CARVALHO 2002).

O PACS foi formulado, inicialmente, como uma proposta de extensão de cobertura dos serviços de saúde, sendo criado com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna, sendo dirigida em particular para as áreas mais pobres e carentes, introduzindo nas práticas da saúde, um enfoque na família. A intervenção em saúde estaria integrada à comunidade, numa abordagem menos reducionista de saúde, não centrada apenas na figura do médico (IANA e DAL POZ 1998, citado por CARVALHO 2002).

Desse modo, o ACS começou a ganhar mais espaço dentro da assistência à saúde. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde muitas experiências de organização dos serviços puderam ser debatidas, o Sistema Nacional de Saúde considerou dentro de sua política de recursos humanos a incorporação dos agentes de saúde, cuja finalidade é o trabalho em educação em saúde e cuidados primários sob a coordenação do nível local do SUS (SILVA 2001; SOUSA 2001; CARVALHO 2002).

A partir de 1991, deu-se início ao Programa de Agentes Comunitários (PACS) no Brasil, no qual os técnicos do Ceará tiveram uma participação fundamental na estruturação do projeto, dado as experiências positivas vivenciadas naquele estado (SILVA 2001; SOUSA 2001a; CARVALHO 2002).

Desde então, vários estados foram aderindo à proposta, sobretudo na região nordeste. Após a implantação da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, é que os Agentes Comunitários da Saúde passaram a compor a equipe básica desta proposta e, começou a chegar aos grandes centros, regiões metropolitanas e capitais do sul e sudeste (SOUSA 2001a).

O PACS experimentou várias crises e foi rejeitado, de alguma forma, por algumas entidades de classe que entendiam a proposta como “uma política de medicina de pobre para pobre; ou ainda, como forma de mascarar os reais problemas vividos pela política nacional da saúde” (SOUSA 2001a, p. 89).

Aos poucos, os ACS foram ganhando espaço, vários segmentos da sociedade, do estado, saíam em sua defesa e foi-se criando uma identidade profissional, na qual ficou estabelecido que o ACS seria ‘formado’ no próprio serviço, com

acompanhamento direto dos enfermeiros e participação dos demais profissionais existentes nos cuidados de saúde das microáreas de trabalho do ACS, recebendo remuneração pelo trabalho executado (SOUSA 2001a).

Alguns requisitos foram definidos, para que um cidadão se tornasse um ACS, tais como: morar na comunidade a pelo menos dois anos, ter idade mínima de dezoito anos, saber ler e escrever, ter disponibilidade de oito horas diárias para a execução do trabalho. A seleção deveria dar-se mediante prova escrita com conteúdos que observassem atitudes e comportamentos. E ainda, uma entrevista por área a ser trabalhada entre os candidatos de cada localidade; um processo de ampla divulgação e mobilização foi recomendado (SOUSA 2001a).

A mesma autora salienta, que a princípio pensou-se no papel do ACS como um educador em saúde, com uma ação restrita a informação das ações básicas de saúde. Com o passar dos anos, a autora afirma que: “o resultado do trabalho dos ACS é retrato do envolvimento e relacionamento mais amplo com as famílias por ele cuidadas, demonstrando que há, na prática cotidiana do ACS, uma grande disposição, desprendimento e força de vontade de aprender tudo que lhe é ensinado, e de socializar todo o conhecimento aprendido com sua gente” (SOUSA 2001a, pg. 54).

Nesse mesmo direcionamento, o compromisso social assumido pelo PACS, sem nenhuma discriminação, era o de melhorar, por meio do ACS a capacidade da população de cuidar da sua saúde, num processo de educação mútua, em que os ACS exerciam o papel de interlocutor privilegiado entre as famílias e as comunidades e os serviços de saúde locais.

“Os Agentes Comunitários de Saúde vêm se constituindo como novos atores no cenário da assistência à saúde no Brasil. Segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresentam não apenas como suportes para gerarem determinadas ações de saúde, mas como peças efetivas, e talvez, personagens-chave, na organização da assistência. Repousa sobre seus ombros uma tarefa gigantesca: espera-se dele, talvez, o próprio PSF como acontecimento da saúde” (SCHRAIBER 2002 p.10).

Nesse sentido o ACS, sob o ponto de vista ético e político, passa da posição de recurso de operação de programa, para sujeito do PSF, sujeito da reorientação do programa e da assistência e sujeito da sociedade, no momento em que se reflete o seu

verdadeiro papel enquanto instrumento estratégico de política ou a sua posição de recurso de operação do programa (SCHRAIBER 2002).

No município de São Paulo, a proposta do PACS foi operacionalizada por meio do Projeto Qualidade Integral de Saúde (Qualis), estabelecido em parceria com organizações filantrópicas, inicialmente com a Casa de Saúde Santa Marcelina e posteriormente, em 1997, com a Fundação Zerbini (CARVALHO 2002).

A partir de 2001, o município de São Paulo passa a implantar o Programa Saúde da Família, como estratégia de governo, com a perspectiva, no quadriênio 2001 a 2004, de implantar equipes de Saúde de Família nos 41 Distritos de Saúde, cada um abrangendo áreas com população de 250 mil pessoas, tendo como meta cinco mil ACS em dezembro de 2001 (CHIESA e SOUSA 2002).

CARVALHO (2002) estudando a prática do ACS no município de Itapeverica da Serra observou nos depoimentos dos agentes, usuários e membros da equipe, o papel de interlocutor e negociador que o ACS assume no encaminhamento das demandas de consumo de serviços dos usuários junto à unidade. Se, por um lado, este fato trás indícios de que a oferta de serviços é insuficiente, por outro lado, pode estar relacionado ao processo de escuta dos membros da unidade e das expectativas de consumo de saúde da população” (p. 120).

No estudo, os usuários demonstraram satisfação com o trabalho que o ACS desempenha, vendo nele possibilidades de ampliar o acesso ao serviço, mas também, como algo mais, que a relação com a unidade não consegue suprir, levando-se em conta ainda à presença freqüente em suas casas e o carinho com que são tratados (p. 121).

5.5.2 - O preparo dos Agentes Comunitários de Saúde para trabalhar no Programa de Controle da Tuberculose na USF

Na primeira pergunta aos ACS o objetivo era conhecer os meios de que a USF se serve para preparar a categoria para exercer as funções relativas ao controle da tuberculose.

Pergunta 1:

Você foi treinado(a) para trabalhar no Programa? Fale um pouco sobre isso.

Gráfico 8 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais sobre o treinamento recebido para trabalhar no PCT de uma Unidade de Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

DSC1 – A

Fizemos um curso e foi bem aproveitado, mas acho que faz uns dois anos atrás. E nós recebemos até um certificado. Nesse curso eles explicaram o que é tuberculose, a questão do tratamento. Explicaram porque ele (bacilo) pode ficar incubado por certo tempo. O contágio de quanto tempo pode permanecer antes do tratamento, após o tratamento. Eu fiquei assim deslumbrada de poder entender. Por que eu não sou da área da saúde...é...eu não era, não é. Mas eles tentaram ser bem claros. Por que quando fala de tuberculose se a gente não trabalha na área da saúde...até hoje...assim...eu respeito o paciente quando vem...e assim...tenta entender a tuberculose. E fala assim: eu não sou...eu não tenho tuberculose. Ele não entende. A gente tem que aceitar o que ele está dizendo porque ele é assim como eu era. Eu também não entendia. Eu não sabia o que era tuberculose...o tratamento que tem hoje, eu não sabia. O paciente também não sabe. Eles ficam assustados. Até hoje, o pessoal fala de separar os talheres...aquela coisa de contágio. Queimar roupa não é...essas coisas. Para mim assim...foi o melhor curso que eu tive aqui dentro.

DSC2 – B

Capacitação eu não tive. Na verdade conversamos, foi mais informação pelo médico, a equipe sempre orienta, tira as dúvidas, coisas básicas, os cuidados, sintomas, sobre como lidar com o paciente, tratamento sobre diabetes, hipertensão, TB, medicação assistida em casa ou auto-administração. Então é assim, acompanhando a gente vai aprendendo porque eu acho que é o melhor remédio. Você “chutar” é a pior coisa.

Os ACSs são uma categoria especial dentro das equipes de PSF, fazem parte da comunidade onde vivem, não tem formação acadêmica na área específica da saúde e sua visão de mundo é diferente daqueles que tiveram formação acadêmica formal.

Observando o Gráfico 8 tem-se como resultado duas ICs. A primeira IC (A) refere-se àqueles que tiveram o que eles consideram “capacitação” (18,2%). Ao passo que na segunda IC (B), onze ACS (81,8%) receberam formação junto às equipes em serviço.

Observando o primeiro conteúdo discursivo, DSC1-A, aparece o ACS se identificando com as pessoas do seu meio social acometidas por tuberculose. Em primeiro lugar o conhecimento científico traz um deslumbramento ao ser comparado com o conhecimento empírico que o agente traz. Ao mesmo tempo o ACS se coloca no lugar do doente que também não entende o universo da ciência, e traz consigo representações sociais das mais diversas sobre uma doença que em si mesma tem uma carga social e discriminatória muito carregada. Aqui, quem está falando, o faz com conhecimento de causa, porque viveu a experiência do desconhecimento cientificista trazido durante um pequeno treinamento, inclusive legitimado por um certificado, o que representa um documento importante na vida dos ACS.

No segundo conteúdo discursivo a narrativa centraliza-se no aprendizado em serviço. Pelo conteúdo a equipe treina o ACS nas diversas atividades a serem desempenhadas. Mas segundo os sujeitos o aprendizado vai acontecendo no decorrer de uma prática. No acompanhamento dos casos pelas equipes os ACSs vão aprendendo, inclusive tomando o cuidado para não tomar decisões que não tenham sido vivenciadas anteriormente por eles.

A criação de milhares de postos de trabalho pelo PSF num tempo relativamente curto, impõe a busca de soluções criativas por meio dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, no sentido de utilizar, da forma mais eficiente possível, a capacidade instalada das universidades e dos serviços de saúde. O diálogo e a pactuação com instituições de ensino, a partir de propostas concretas de trabalho articulado, parecem inadiáveis (PAIM 2001).

ALMEIDA 1999 citado por PAIM 2001 salienta que os Pólos de Capacitação não merecem limitar-se a algumas universidades, ‘enquanto vitrines de mudanças virtuais’ (p. 146). Para avançar as transformações, o Programa de Saúde da Família precisa incomodar: demonstrar, a cada momento, que a maior proporção dos recursos financeiros e assistenciais, continua a ser destinada para a assistência hospitalar e para os procedimentos de média e alta complexidade, apesar da retórica da prioridade da atenção básica; e aproveitar as oportunidades e contradições para incidir no plano estrutural de mudanças das instituições de ensino, promovendo alterações no processo, nas relações e nos conteúdos da educação

No PSF todos os profissionais têm a oportunidade de ausentar-se pelo menos um dia da semana para fazer treinamentos e/ou capacitações. Os ACS de modo geral têm sua formação em serviço. Tanto o médico como o enfermeiro contribuem para essa formação. Mas observa-se que o sujeito coletivo aponta a valorização que o ACS atribui para os cursos formais, ou “capacitação”, inclusive com a possibilidade de cancelar essa atividade por meio de um certificado: *Fizemos um curso e foi bem aproveitado, mas acho que faz uns dois anos atrás. E nós recebemos até um certificado.*

SOLLA e col (1996) estudando sobre o conhecimento da população usuária sobre o ACS, no estado da Bahia evidenciou uma grande penetração dos agentes junto à população das áreas por eles cobertas, com ênfase nas ações de atendimento à saúde da criança voltadas ao aumento de cobertura vacinal e o desenvolvimento de ações de controle de diarreias.

Os autores ressaltam que a avaliação sobre o desenvolvimento das atividades e o desempenho do ACS no seu trabalho põe necessariamente em foco a questão da retaguarda institucional para o funcionamento do Programa. Ressaltando-se o papel imprescindível da supervisão para assegurar esse funcionamento.

Na USF pesquisada, tanto o médico como a enfermeira de cada equipe acompanham o trabalho dos ACS, principalmente em relação aos casos de doentes com tuberculose. Os casos são discutidos no mínimo uma vez por semana, com todos os membros da equipe reunidos, o que favorece o intercâmbio de idéias, dúvidas e busca de soluções.

Outro aspecto a ressaltar é que as equipes têm uma estabilidade em sua constituição, desenvolvendo uma relação cooperativa e favorecendo a supervisão sistemática e efetiva do trabalho dos ACS.

Segundo refere MINAYO e col (1990), citada por SOLLA e col. (1996, p.13), em nível operacional, a supervisão, o treinamento, a reciclagem, são pontos cruciais e indissociáveis do êxito do Programa. Os autores deixaram claro que na avaliação do trabalho dos ACS no Ceará, os municípios onde o desempenho dos ACS é ótimo, possuíam um processo de supervisão permanente e eficaz.

SOLLA e col (1996) enfatizaram que essa supervisão não deve ser compreendida enquanto um processo burocrático-fiscalizador. O supervisor deve ser

a pessoa de referência para a atuação do ACS; alguém que o treina, recicla, atualiza. Trata-se de um profissional que é capaz de dar ao ACS segurança para o desenvolvimento das intervenções necessárias.

SILVA e DALMASO (2002) revelam a presença de conflitos e expectativas do ACS diante da formulação do PSF. Salientam que se o programa espera atores de competência voltada para questões da vida cotidiana da comunidade, é evidente que as pessoas que ingressam no programa imaginam adquirir algo mais, isto é, o estatuto profissional de quadro da saúde, a possibilidade de ingressar em carreira profissionalizante e aspirações de evolução para auxiliar de enfermagem e garantia de emprego.

Na USF estudada o grau de escolaridade dos ACS é elevado; 36,7% têm segundo grau completo e 27,3% estão completando o segundo grau. Entre os onze agentes, cinco estão cursando o curso de Auxiliar de Enfermagem (45,4%), corroborando com as suposições de SILVA E DALMASO (2002).

O fato do ACS tornar-se um auxiliar de enfermagem dentro de sua microárea de abrangência pode trazer grandes benefícios para a equipe de PSF. O auxiliar de enfermagem que executou o papel de agente anteriormente, provavelmente tem uma visão ampliada dos problemas da comunidade e um maior vínculo. Mas essas são apenas hipóteses necessitando de pesquisas futuras.

Os ACS se orgulham da nova responsabilidade que assumem, ao compor a equipe de saúde da família, de dominar conteúdos e práticas referentes à prática biomédica. Observa-se que a formação recebida os faz sentirem-se diferenciados com relação ao conhecimento popular que dispunham anteriormente; conferindo-lhes prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se na hierarquia superior do saber da sociedade (NUNES e col. 2002).

Nas comunidades onde o PSF foi implantado a população reconhece e faz menções sobre o aumento de resolutividade após esses profissionais serem incluídos no programa. Os próprios ACS reconhecem que seu prestígio social deve-se ao fato de terem passado a ter acesso privilegiado a outros profissionais e ações de saúde, o que cria nos moradores uma maior confiança quanto a resolutividade de seus problemas. Assim, observa-se uma maior cumplicidade entre os vários profissionais

que se sentem comprometidos com a resolução de problemas básicos de saúde e melhoria da condição de vida da população alvo.

5.5.3- Dificuldades apontadas pelos Agentes Comunitários de Saúde para trabalhar no PCT

A segunda pergunta tinha por objetivo investigar as dificuldades encontradas pelo ACS para trabalhar com o Programa de Controle da Tuberculose. Como resultado, foram extraídas quatro idéias centrais. Os DSCs centralizam as dificuldades na raiz do problema da tuberculose; o ACS em nenhum momento imputa ao doente a culpa por falhas decorrentes do processo de tratamento e cura.

Pergunta 2:

É difícil trabalhar no Programa? Ou não? Fale sobre isso.
--

Tabela 15 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais relativas às dificuldades para trabalhar no PCT de uma Unidade Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS CENTRAIS	Nº	%
A= Eu não tenho dificuldades, estou indo bem	2	18,2
B= As dificuldades sociais e econômicas interferem na adesão	3	27,3
C= A dificuldade é o controle dos comunicantes e a falta de informação dos casos que são tratados fora da USF	3	27,3
D= Dificuldades do paciente e do ACS no tratamento supervisionado	2	18,2
E= Defasagem no programa: o médico da equipe não está resolvendo os casos	1	9,0
TOTAL	11	100,0

DSC1 –A

Eu acho que eu não tenho dificuldade. Esse é o meu primeiro caso. Ele já veio de um tratamento de um centro de referência. Veio encaminhado. Então, ele já sabia tomar os medicamentos, ele sabia que não podia parar, ele já tinha orientação que ele recebeu no outro serviço. Sem problemas.

DSC2 –B

Olha tem pessoas mais esclarecidas, assim como a gente fala...pessoas assim que...procuram entender melhor o que ele tem. Então as vezes ele vem buscar a informação. Então a partir daí é uma porta aberta para gente tá explicando e ele estar entendendo. Quando a pessoa se fecha e não quer entender, tem medo de saber o que ele tem, é muito mais complicado. A baixa renda não ajuda. Porque as pessoas precisam trabalhar, elas não querem estar doentes. Então elas negam que estão doentes. Outras tem má alimentação, e hoje em dia qualquer má alimentação leva o indivíduo a ficar doente também. Então acho assim...têm dificuldades de fazer a pessoa aderir ao tratamento.

DSC3 –C

O paciente até que aceita bem. A família é que é resistente a fazer o exame. Inclusive estou com uma família que está fazendo o exame um por vez, e são oito pessoas. O pai não queria fazer o exame, falava: eu não tenho contato com ela. Ela sai cedo e volta de noite, e só fala para mim, bença pai e vai dormir. Eu falo: o senhor tem contato, respira no mesmo ambiente. E aí foi difícil, mas ele aceitou. Difícil também é o paciente que faz tratamento em outro lugar. Eu preciso saber onde ele trata, se bebe os remédios, mas como ele trabalha, chega tarde, a família já está dormindo, eu não consigo a informação. Mas eu fico de olho. Ele sabe que eu quero o bem dele.

DSC4 –D

Na visita a gente conversa, e uma coisa que a gente verifica mesmo é se ele está tomando o remédio. E a gente vai lá pela manhã e vê ele tomar o remédio. As vezes, o paciente estranha, não é. Ele fala: eu tomo o remédio, você está aqui de novo? Só que a gente conversa, explica que a gente está ali para ajudar na melhora deles. Mas tem

pacientes que o tratamento é supervisionado, mas eles têm consciência do problema, sabe que tem que tomar remédio, mesmo assim a gente vai olhar, isso no começo foi “puxadinho”, difícil. Mas, de todos que eu fui, eles gostaram, foram até o fim. Curaram.

DSC5 –E

De uns tempos para cá, está muito complicado com a equipe da gente. Porque quando era na época da (...), ela parecia que tinha um tato mais visível. Ela tinha mais vontade ... sei lá. Ela tinha aquele olho de vista mais rápido, investigação mais rápida. E agora, a gente vem passar o caso, parece que a gente ... não é bem recebida. Parece que ... a gente não tem valor. Parece que não tem mais impacto. Tem que esperar o médico de outro lugar, investigar. E fica uma coisa meio defasada, não é. Que acaba o programa. Eu acho que a investigação não tem que esperar o pronto socorro primeiro. E também eu acho que não é só tratar as Tb que aparece. Eu achava que aqui tinha que investigar mais. Pela minha enfermeira, ela é muito dez. Já viu que está com mais de vinte dias de tosse, ela pede exame. Porque não é brincadeira, quem sofre é o doente, você não acha?

A primeira IC (A) representa dois ACS que acreditam não ter dificuldades no PCT (18,2%). Esses agentes são novatos na USF. Percebe-se no conteúdo discursivo (DSC1-A), que o contato com os doentes é recente e também facilitado por doentes que já vieram de tratamentos iniciados em outros serviços.

Na segunda IC (B), os três ACS focalizam as dificuldades da adesão relacionadas às causas socioeconômicas (27,3%).

O conteúdo discursivo (DSC2-B) focaliza a questão da difícil adesão de alguns casos. A dificuldade é decorrente de causas sociais. A riqueza do discurso revela o cidadão que não quer e não pode aceitar-se como doente. Estar doente significa ausentar-se do trabalho e às vezes perdê-lo. Ao falar dessas questões os ACS se imbuíam de emoção, revelando na fala e no gesto, o quanto esta questão lhes preocupa.

A terceira IC (C), compartilhada por três ACSs (27,3%), revela a resistência dos familiares em fazer os controles enquanto comunicantes e a falta de informação dos doentes que tratam fora da USF.

No conteúdo discursivo (DSC3-C) aparece a resistência da família em seguir o recomendado no PCT, o controle dos comunicantes por meio de exames e consulta médica, o que causa entraves no trabalho dos agentes. Assim como casos que tratam fora da USF, dos quais não se obtém a informação desejada. Os agentes são solicitados pelas equipes a buscar informações e trazer os comunicantes para o controle. Para alcançar os objetivos os ACSs caminham até a residência do doente inúmeras vezes.

A quarta IC (D) é compartilhada por dois ACS e focaliza as dificuldades na execução do tratamento supervisionado da tuberculose (18,2%).

O discurso (DSC4-D) aponta para as dificuldades encontradas por doentes e agentes quando do início do tratamento supervisionado na USF. A desconfiança era gerada pela supervisão constante do ACS sobre o doente. Por outro lado, os ACSs julgavam desnecessário acompanhar o doente, que segundo sua avaliação poderiam fazer o tratamento auto administrado. Observando o conteúdo do discurso, o problema parece estar superado, estando os ACS e a comunidade mais familiarizados com o tratamento diretamente observado.

Na quinta IC (E), apenas um ACS (9,0%) faz o que se pode chamar de “desabafo” relacionado à falhas no programa, atribuídas a um dos membros da equipe e ao serviço como um todo.

No discurso (DSC5-E) aparece a relação de poder dentro de uma das equipes da USF. O ACS sente-se desvalorizado em seu papel de mediador no relacionamento que tenta estabelecer com o médico recém chegado na equipe, e ao mesmo tempo, no seu entender, as condutas tomadas pelo médico se distancia dos objetivos do PCT. A crítica recai sobre a falta de preparo do profissional em diagnosticar e tratar em tempo hábil os doentes que aparecem, isto é, fazer da USF a porta de entrada principal para os casos. E vai além, o ACS acredita que não basta tratar os casos que aparecem, mas fazer a busca ativa na comunidade. Elogia a enfermeira, a qual acredita ter uma visão mais ampliada da problemática da tuberculose e reconhece que quem perde com a falta de estrutura e organização do serviço é o doente.

De uns tempos para cá, está muito complicado com a equipe da gente.Tem que esperar o médico de outro lugar, investigar. E fica uma coisa meio defasada, não é. Que acaba o programa. Eu acho que a investigação não tem que esperar o

pronto socorro primeiro. E também eu acho que não é só tratar as Tb que aparece. Eu achava que aqui tinha que investigar mais. DSC5-E pergunta 2

Observando o sujeito coletivo uma das alternativas apontadas pelo ACS é a vigilância à saúde como preconiza os princípios do PSF, voltada também para o problema da tuberculose. Pensar em busca ativa de modo sistemático pode parecer inviável, mas pode tornar-se factível se houver estrutura governamental para isso. No momento pode parecer inviável retomando as dificuldades reveladas por doentes e profissionais anteriormente sobre a demanda reprimida que se instala a cada dia no município de São Paulo.

O trabalho em equipe tem sido muito discutido nos últimos anos, não apenas no PSF. Entretanto, “a revisão do papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, que pode se desdobrar em valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre os trabalhos dos demais profissionais é imperativo” (ALMEIDA e MISHIMA 2001, p. 150).

ALMEIDA e MISHIMA enfatizam que a Saúde da Família pode-se abrir para além de um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos profissionais e maior integração da equipe. Acredita-se que se esta integração não ocorrer, corre-se o risco de se repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão de trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

Sem dúvida, essas mudanças exigem processos de formação e capacitação diferenciados. Para que se possa voltar o ‘olhar vigilante e uma ação cuidadosa’, sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde. É importante assinalar que as atribuições técnicas de cada um dos profissionais da Equipe da Saúde de Família encontram-se documentados sendo inclusive enfatizado que estes devem estar identificados com uma

proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (ALMEIDA e MISHIMA 2001).

Contudo, as determinações do Ministério não são suficientes. É preciso ir além para a realização de um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania . (CAMPOS 1994; MERHY 1997; MATUMOTO 1998; ALMEIDA e MISHIMA 2001)

PEDROSA e TELLES (2001) observaram que o relacionamento interno da equipe de PSF estudada no Piauí revelou a existência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à continuidade entre as ações específicas de cada membro da equipe, observando-se articulação e interação entre médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e ACS.

5.5.4 - A visão do Agente Comunitário sobre o acolhido

Na terceira pergunta o objetivo era conhecer as representações sociais do ACS a respeito do doente.

Pergunta 3:

O paciente de tuberculose tem alguma coisa de especial com ele?
--

Tabela 16 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais sobre a percepção sobre o doente em tratamento em uma Unidade de Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS CENTRAIS	Nº	%
A= O paciente de tuberculose é igual aos outros, porém são mais receptivos	2	18,2
B= Com o doente de TB o controle é maior. Há o risco da doença não acabar	1	9,0
C= O paciente se sente sozinho. Tem medo de ser abandonado	6	54,6
D= Muitas vezes ele não tem o que comer. É preciso ajudar	2	18,2
TOTAL	11	100,0

DSC1 –A

Eu não acho diferença entre os pacientes de TB e os demais não. Mesmo porque os pacientes de diabetes também têm que tomar o remédio tem que parar de comer isso, tem que fazer aquilo. O método é o mesmo, só muda a orientação. A facilidade ou dificuldade que eu encontro é a mesma. Eu acho que os pacientes de TB são ainda mais receptivos. Sem dúvida a gente fala e eles acatam, eles aceitam numa boa.

DSC2 –B

Eu acho que com o doente de tuberculose, o controle é maior. Porque a diabete, você toma o remédio, vai controlando ela, sabe a dieta, você controla. A tuberculose não é de dieta. É o remédio, é o cuidado, é um monte de coisas. A pessoa larga o tratamento; depois tem que voltar e fazer tudo de novo. É complicado. Que eu acho que é o risco maior de não acabar a doença. Nós tivemos um paciente que eu acho que era o terceiro

abandono que ele tinha. Estava na injeção. Fora os remédio. Vai chegar a hora que não vai curar mais. E aí? Ele é muito novo.

DSC3 –C

A maioria deles sente-se sozinho, ficam deprimidos, carentes. Ainda tem vergonha de comentar que tem a doença...pela rejeição até mesmo da própria família. Eu tive um caso assim, não é. Ele falou que sentia que a família separavam as vasilhas, não tomava água no copo. Eu tive uma outra senhora que falava: você se aproxima de mim, mas tem pessoas que não. Então, ela se sentia como que ia morrer, como que estava com uma doença que pegava em todo mundo. Então, o paciente precisa de ajuda e atenção. Muitas vezes eles acham que o povo isola ele. Mas não é. Ele se isola.

DSC4 –D

Eu tive essa paciente a (...) que ela parava várias vezes o tratamento. Mas era assim, ela não tinha o que comer. O (...) também parou várias vezes, mas era fome. E teve muitos outros assim. Então a gente para ver um jeito deles aderir, bebendo o remédio, tendo o que comer, a gente começou a se unir, entre os agentes, os médicos, diretora, todo mundo, a gente juntava os alimentos, repartia um pouco numa sacolinha e toda semana a gente dava. E foi assim, até acabar o tratamento. E eu fico feliz quando eles acabam. É uma satisfação para mim.

Observando os dados na Tabela 16, quatro ICs emergiram das entrevistas. A primeira, IC (A), foi citada por 18,2% dos ACSs e reflete a questão comportamental do doente em relação à receptividade do tratamento.

No DSC1-A, o conteúdo se refere às questões do tratamento do doente, onde ele é visto como os demais doentes crônicos. O enfoque é o remédio, que deve ser ingerido com regularidade. A exceção é de que são pacientes mais fáceis de lidar, pois acatam melhor o tratamento.

A segunda IC (B) aparece na fala de apenas um ACS (9,0%). A diferença do doente de tuberculose dos demais reside na questão da resistência medicamentosa decorrente de abandonos constantes de tratamento. Aparece no discurso (DSC2-B) a

preocupação da ACS que vivencia junto ao seu doente o tratamento complexo da TBMDR, o que nem sempre segundo ela, poderá resultar em cura, tornando a tuberculose uma doença incurável para o doente.

A terceira IC (C) reflete a questão emocional e a discriminação que acompanha o doente com tuberculose; 54,6% dos ACSs compartilham essa idéia. Portanto, ela reflete um aspecto importante dentro das representações do ACS sobre o doente e a doença.

O DSC3-C revela a solidão do doente, a sua carência no momento em que enfrenta uma das doenças com maior estigma entre as doenças infecto contagiosas. Mas no sujeito coletivo, essa discriminação não parte apenas da sociedade para o doente, mas está bem representada no imaginário do próprio doente que sofre com a tuberculose. Observa-se que o ACS apreende com intensidade esses sentimentos expressos nos gestos e na fala dos doentes, e observam que o isolamento é provocado em primeiro lugar pelo próprio doente.

A quarta IC (D) traz o problema social que acompanha a tuberculose em todo mundo em desenvolvimento. A fome é apontada por 18,2% dos ACSs como um impedimento à continuidade do tratamento.

O DSC4 -D, é o discurso daqueles que a seu modo tentam solucionar, embora temporariamente, o problema do doente que precisa ingerir os seus medicamentos e não tem o que comer. A solidariedade, às vezes até forçada pela situação dos que convivem na USF, exerce um forte papel entre os integrantes das equipes de saúde, que se unem no sentido de conseguir alimentos para que o doente termine o tratamento.

CARVALHO (2002, p.119) estudando a prática do ACS no município de Itapeverica da Serra, evidenciou que esse profissional vem ocupar uma lacuna existente nas práticas de saúde, configurando-se num elo vivo entre a unidade e a comunidade.

Salienta, ainda, que o ACS tem assumido alguns papéis, num processo contínuo de construção conformando uma prática peculiar, complexa, não vista até então em outro profissional de saúde”. O ACS ao trabalhar e morar no mesmo local onde atuam, “vivem

solidariamente as mesmas condições de vida e usufruem os mesmos bens sociais”. Esta dinâmica social repercute no desenvolvimento da prática, proporcionando ao ACS, olhares, sentimentos e escutas que influencia o seu agir. Esse agir que se estabelece mediante o diálogo, o que favorece o estreitamento de vínculos e à qual se interpõe confiança, responsabilidade, respeito e compromisso.

“O perfil social e o pendor para a ajuda solidária do ACS despontam, ainda quando mobilizam recursos sociais para recuperar o ambiente em que moram os pacientes ou conseguir recursos para sanar carências sociais, interferindo na qualidade de vida dos sujeitos/usuários” (CARVALHO 2002, p. 120).

“A proximidade do ACS com a realidade social do usuário, dá-lhe maior sensibilidade para captar elementos da vida e as necessidades do sujeito/usuário que, por vezes, não transparecem no primeiro contato entre este e a USF. Os membros da equipe de saúde legitimam o papel do ACS e reconhecem que é positiva a inserção deste novo profissional na vida da unidade e que não teriam condições de atuar na mesma dimensão que o ACS” (CARVALHO 2002, p. 120).

ANDRADE e BUCHER (2003) estudaram a relação da resiliência com a saúde, no PSF no Ceará, entendendo a resiliência como um bom nível de enfrentamento das pessoas diante das dificuldades, adversidades ou situações de risco.

O estudo permitiu verificar que é possível identificar condutas resilientes ou não, em pessoas que vivem em situação de risco ou que lidam com adversidades.

Ainda para , ANDRADE e BUCHER (2003) o PSF, sob a luz da resiliência “é, em verdade, uma excelente rede de apoio que vem não só contribuindo para afastar e amenizar os efeitos da adversidade, como sendo capaz de gerar novos mecanismos protetores nas comunidades em que está inserido” (p. 230).

Nesse contexto, observando os vários sujeitos coletivos trazidos na fala dos ACS do serviço estudado, pode-se dizer que esse ator utiliza-se da resiliência em várias situações.

Seja atribuindo atributos positivos ao doente ou à família; ou entendendo a tuberculose como um problema de raízes sociais, não imputando culpa ao doente, ou mesmo acreditando que o alcoólatra inveterado é passível de levar o tratamento da tuberculose até a cura por meio da persistência da ingestão dos medicamentos, mesmo que para isso tenha que ir atrás do doente no boteco da esquina para que ele possa ingerir os remédios.

O abandono do tratamento da tuberculose, como já discutido anteriormente tem sido uma das maiores preocupações relacionadas ao sucesso do PCT e o controle da tuberculose. No tocante ao trabalho do ACS junto aos doentes de tuberculose o tratamento supervisionado é um dos temas centrais.

O abandono está intrinsicamente articulado a alguns elementos inerentes ao processo de adoecimento do doente e sua inserção na sociedade. O tratamento, mesmo sendo eficaz, sofre o contraponto da singularidade do doente em correlação com sua inserção na sociedade (POZSISK 1993 citado por VENDRAMINI e col. 2002).

Parte da estratégia do DOTS na USF estudada caracteriza-se pela observação e monitorização da administração dos medicamentos principalmente pelo ACS. Quando o caso é complexo, como TBMDR ou casos que requerem uma atenção especial, em geral o auxiliar de enfermagem ou a enfermeira é quem administra os medicamentos no domicílio ou na USF.

A administração supervisionada dos medicamentos tem se apresentado como uma estratégia de alto impacto no aumento da adesão dos doentes ao tratamento (PINHO e NOGUEIRA 2001; MUNIZ e VILLA 2002; VENDRAMINI 2002; RAVIGLIONE 2003; MAHER 2003).

Os autores supracitados recomendam que antes do início do DOTS o resgate da individualidade do doente, o conhecimento de seu histórico de vida deve ser examinado com cuidado. O diálogo com o doente, no sentido de esclarecer os objetivos do tratamento, poderiam minimizar os constrangimentos causados pela supervisão direta da ingestão dos medicamentos.

Nesse sentido, o ACS do serviço estudado parece ter facilidade para lidar com o problema, como demonstra o sujeito coletivo:

Na visita a gente conversa....as vezes o paciente estranha não é. Só que a gente conversa, explica....todos que eu fui gostaram, foram até o fim. Curaram – DSC4-D – ACS, p.170.

Além da boa vontade e do interesse demonstrado pelo ACS em relação ao doente, observa-se na USF que o horário na administração dos medicamentos é rigoroso. Alguns profissionais mudam o horário de trabalho em função do DOTS.

VENDRAMINI e col. (2002) observou que um dos pontos frágeis do DOTS em um estudo realizado em Ribeirão Preto é a falta de respeito ao horário da equipe que realiza a supervisão. A tuberculose determina rupturas ou modificações importantes no cotidiano da produção e reprodução social do doente, principalmente por ser uma doença crônica e debilitante, que exige um tempo prolongado de tratamento, o que muitas vezes representa para o doente um obstáculo ao desempenho do seu trabalho (BERTOLOZZI 1998; VENDRAMINI e col. 2002).

Os ACS entendem bem essa problemática. O sujeito coletivo revela os sentimentos que os ACS captam dos doentes por meio do diálogo, dentro de uma apreensão da realidade não revelado por outro profissional nesta pesquisa.

Olha tem pessoas que procuram entender melhor o que ele tem...quando a pessoa se fecha e não quer entender, tem medo de saber o que ele tem, é muito complicado....porque as pessoas precisam trabalhar, elas não querem estar doentes...então acho assim tem dificuldades de fazer a pessoa aderir ao tratamento. – DSC2-B - ACS, p170.

No entanto se por um lado o trabalho do ACS é de grande relevância no DOTS, o agente nem sempre se encontra preparado para executar as atividades. Revela-se despreparado, por vezes perdido, entendendo que o processo é complexo como revela o sujeito coletivo:

No começo era difícil. Eu não estava preparada. Eu chegava lá eu não sabia o que fazer, sem graça, com medo de entrar. Na verdade eu estava perdidona. – DSC2-B- ACS, p. 183.

A análise dos depoimentos dos ACS evidenciou que a tuberculose permanece carregada de estigma pelo doente e algumas vezes pela própria família, como já comentado anteriormente, dificultando o processo. Sentimentos semelhantes foram relatados em outros estudos (BELLUOMINI 1981; MENDES 1998; BERTOLOZZI 1998; CAMPINAS 1999; VENDRAMINI 2002).

BERTOLOZZI (1998) destaca que a tuberculose coloca à tona, uma série de sentimentos. Normalmente esses sentimentos são diretamente relacionados às repercussões da doença sobre o processo de produção social, e o que tudo dele pode advir. Não se referem, apenas ao fato de estarem doentes e na vivência da doença, como um processo individual, mas do fato de que a doença pode vir a determinar rupturas nas condições de existência.

Nesse sentido o ACS ao captar esses sentimentos e o processo citado por BERTOLOZZI, tenta acolher o doente, formar vínculo e se colocar ao seu lado. Reconhece que faz parte do mesmo universo sociocultural e que tem do doente a confiança no seu trabalho. Em vários depoimentos isso pode ser percebido, como revela o sujeito coletivo abaixo:

Quando começou o projeto achavam que era uma política que não ia para frente....mas depois eles viram que funcionavavamos chegando e vai logo sendo convidado para entrar. Cria confiança. – DSC2-B - ACS, p182.

....muitas vezes a atenção deles (doentes) fica mais voltada para mim. Pode ser qualquer dia, mesmo sabendo que às vezes eu não posso fazer nada, eles vem até mim. E eu procuro ouvir. Eles precisam saber que eu estou com eles. Afinal, nós moramos na mesma rua. – DSC1-A - ACS, p182.

5.5.5 - O relacionamento do Agente Comunitário de Saúde com o acolhido

A quarta pergunta teve por objetivo investigar como o ACS percebe o seu relacionamento com o doente. Observa-se no Gráfico 9, que foram encontradas três ICs.

Pergunta 4:

Como é seu relacionamento com os pacientes de tuberculose?

Gráfico 9 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais sobre o relacionamento profissional paciente, em uma Unidade de Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

DSC1 – A

Olha, como é que eu posso te falar? É bom, eles ficam amigos. Essa minha paciente eu falei para ela que o exame tinha negativado. Ela veio e me abraçou. Foi tão espontâneo. Porque é assim, eu chego, cumprimento, sou muito comunicativa. As vezes eu me sinto até mãe de muitos deles. Muitas vezes a atenção deles fica mais voltada para mim. Pode ser qualquer dia, mesmo sabendo que as vezes eu não posso fazer nada, eles vem até mim, para saber o que eu acho. E eu procuro ouvir. Eles precisam saber que eu estou com eles. Afinal, nós moramos na mesma rua.

DSC2 – B

No começo era difícil. Eu não estava preparada. Eu chegava lá eu não sabia o que fazer, sem graça, com medo de entrar. Na verdade eu estava perdidona. E também quando começou o projeto, existia aquela barreira das pessoas. Achavam que era uma política que não ia para frente, e que a gente queria entrar, só para olhar, saber alguma coisa. Mas depois eles viram que funcionava mesmo, somos muito bem aceitos. Vamos chegando e vai logo sendo convidado para entrar. Cria confiança.

DSC3 – C

Falam que foi um progresso que eu fiz com a (...). No começo ela atendia a gente só pelo burquinho da porta. Eu só via um olhinho dela. Ela não deixava a gente entrar. Ela não queria que a gente visse a situação dela. Mas a minha médica fala que eu acostumei mal ela. Acha errado o que eu faço. Mas eu dou o que eu posso. Eu ajudo não me faz falta. Porque se você for lá na casa dela, você vai ver. É horrível. Ela abre aquela porta e tem aquele cheiro de mofo. É uma coisa muito triste. Ela não tem fogão, ela cozinha na lenha, no chão. é muito deprimente. A gente que gosta de comer bem, a gente que vive bem, tem as coisas da gente, é deprimente. Quem vê acho que é diferente do médico que está aí, que não vê, eu vejo, entendeu. Quantas vezes eu chego lá depois do almoço, estou satisfeita, barriga cheia, ela fala assim para mim - ah, hoje só tenho arroz para comer -, aquilo para mim acaba comigo, não é. Então, eu dou e não ligo, não.

A primeira IC (A), descreve o acolhimento feito pelos ACSs aos doentes, com uma representação de 72,8% dentre os entrevistados.

O conteúdo discursivo (DSC1 -A), revela a aproximação do doente do ACS mediante o processo da doença; manifestações de afeto tornam-se espontâneas e ao mesmo tempo o ACS torna-se o principal apoio do doente, principalmente porque moram na mesma comunidade e compartilham uma realidade em comum. E mais, o ACS se coloca na postura de quem está ao lado do doente, para ouvi-lo e compartilhar com ele todas as suas dificuldades, mesmo sabendo que ele pouco pode fazer em relação às questões mais complexas do tratamento.

Na segunda IC (B) aparece às dificuldades do próprio ACS (18,2%), que além de reconhecer que não tinha preparo para lidar com o problema da tuberculose, sentia as desconfianças da população em relação à estratégia do PSF.

O discurso (DSC -B) revela a dificuldade inicial dos ACS enquanto pessoas da comunidade que em certo momento tiveram que se deparar com um problema tão complexo quanto à tuberculose, adentrando domicílios e propondo algumas condutas das quais desconheciam a fundamentação técnico-científica. Além disso, a população desconhecia e desconfiava dos objetivos concretos do PSF. À medida que o PSF foi se estruturando no local, o ACS foi ganhando a confiança da comunidade, o que pode permitir uma maior facilidade nas ações desenvolvidas pelo ACS no Programa de Controle da Tuberculose.

PEDROSA e TELLES (2001) estudando o consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família no Piauí, destacou que todos os membros da equipe de saúde reportaram que a relação com a comunidade é precedida por resistência e desconfiança das famílias, sendo substituídas pela participação nas atividades do programa, posteriormente. Os ACS são muito valorizados pela comunidade. A valorização dos agentes está relacionada à melhoria no perfil de morbimortalidade das comunidades por meio das ações preventivas e de promoção da saúde.

Na terceira IC (C) o ACS (9,0%) revela a situação deprimente de uma das doentes, a qual teve grande dificuldade em realizar o tratamento, devido suas difíceis condições sociais.

O conteúdo do discurso (DSC3 -C) retrata a apreensão que o ACS tem da realidade de cada doente, indo até suas casas, sentindo na pele a miséria que acomete os mais pobres, identificando-se com eles em suas mais extremas necessidades. O comportamento do ACS é criticado pelo médico da equipe, porém o ACS revela em sua fala, que só presenciando a miséria é que se pode entender as agruras dos doentes, que nem sempre tem o mínimo necessário para sobreviver, que dirá seguir uma terapia medicamentosa por seis meses, com medicamentos de uso diário sem ao menos ter o que comer.

5.5.6 - O medo do Agente Comunitário de Saúde contrair tuberculose

A quinta pergunta teve como objetivo investigar o medo do ACS em contrair a tuberculose.

Pergunta 5:

Você tem medo de contrair tuberculose? Por quê?

Tabela 17 Distribuição e percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo idéias centrais relacionadas ao medo de contrair tuberculose de uma Unidade de Saúde da Família, Município de São Paulo, 2003.

IDÉIAS CENTRAIS	Nº	%
A= Eu tenho medo, eu posso pegar	7	63,7
B= Eu tive suspeita de TB, senti medo	1	9,0
C= Se você tem medo é aí que você pode pegar	3	27,3
TOTAL	11	100,0

DSC1 – A

Bom, quem falar que não tem medo está mentindo. A gente pode pegar. A gente mora mais ou menos, não é. Não passamos fome, mas estamos em contato com o vírus. Mas o que eu vou fazer? Eu entro na casa do paciente, na hora eu nem penso nisso, o que está pesando mais nesse momento é o paciente. Eu acho que a gente tem que estar próximo sim, conversar, deixar o paciente mesmo a vontade, para ele se abrir. Mas, quando a gente entra num local e que ali tem um TB, a gente fica com medo. Se tiver que pegar, eu vou pegar. Mas eu não fico pensando, neura, não. Estou sempre fazendo o exame periódico. Eu estou de olho, tenho que ter saúde para cuidar do outro, não tenho?

DSC2 – B

Esses dias eu tive com pneumonia, com aquele negócio todo, o pessoal começou - ah, você deve estar com TB-, mas aí fiquei com muito medo entrei em pânico. - E meus pacientes, os grupos? O que eu vou fazer? Vou poder ir nas casas? Aí que comecei a lembrar - nossa, tem que tomar aqueles remédios todo dia, um monte de remédios -, aí começou a surgir isso tudo, mas depois que fiz todos os exames, o raio x, o BK, e o médico falou - não, você não tem nada, está ok. Tranquilei, fiquei uns quinze dias em casa de licença. Mas deu tudo certo, estou OK.

DSC3 – C

Sinceramente eu nunca tive medo. Porque quando você tem muito medo de fazer alguma coisa, é arriscado você pegar essa coisa...porque você fica tão desprotegida que alguma coisinha que você fizer, pode acontecer. Eu me preocupo mais é com DST. Tenho medo porque é assim, a gente confia piamente no marido e a gente não sabe. Então eu não fico assim pensando, vou pegar ou não vou pegar.

Observa-se segundo a Tabela 17, que três idéias centrais foram encontradas. A primeira IC (A) refere-se ao medo dos ACSs em contrair a tuberculose. A idéia tem uma boa representatividade entre os agentes (63,7%). Se acrescida da IC (B), que também representa a vulnerabilidade à doença, o percentual sobe para 72,7%. A terceira IC (C), de certo modo, é uma contradição (27,3%), indicando que o medo

também permeia o imaginário dos sujeitos, que combatem a idéia do medo para se protegerem da tuberculose, como se o fato de ter medo significasse atrair a doença para si.

O primeiro discurso (DSC1 -A), revela o medo dos ACSs, que ao mesmo tempo em que sabem que precisam acolher o doente, tem medo de contrair a tuberculose. Ao mesmo tempo em que a suscetibilidade à doença é reconhecida no discurso, as semelhanças socioeconômicas também o são. Portanto os ACSs reconhecem a tuberculose como um problema de raízes sociais, eles como parte de uma sociedade menos favorecida: *A gente pode pegar. A gente mora mais ou menos, não é. Não passamos fome, mas estamos em contato com o vírus.* Nesse sentido, todo os esforço do ACS se volta para a descoberta precoce por meio dos exames periódicos realizados pelo médico do serviço.

No segundo discurso (DSC2-B), o agente expõe o medo que sentiu ao ser aventada a possibilidade de estar com tuberculose. O medo de ausentar-se por longo período, talvez até de ser substituído e perder o emprego, as dificuldades em dar seqüência ao tratamento, tida entre os agentes como algo penoso, difícil. E até o medo da rejeição das pessoas, haja vista que a discriminação ao doente é ventilada no discurso de muitos ACSs.

O terceiro discurso (DSC-C), aponta para a contradição. Os agentes assumem não ter medo, e ao mesmo tempo, referem que o medo pode torná-los vulneráveis à tuberculose, portanto é preciso evitá-lo, mas isso não significa que o medo não exista. Ao mesmo tempo, vem a tona o medo das DST (doenças sexualmente transmissíveis), para qual a vulnerabilidade envolve o comportamento do parceiro que pode levar o relacionamento sem responsabilidade.

O ACS como parte da comunidade onde vive também se sente vulnerável à tuberculose. Quando indagados sobre o medo de contrair tuberculose no serviço, se levado em conta a contradição que aparece em um dos sujeitos coletivo, a maioria sente-se vulnerável; apesar dos exames periódicos a que o ACS é submetido na USF.

Bom, quem falar que não tem medo está mentindo. A gente pode pegar. A gente mora mais ou menos, não é. Não passamos fome, mas estamos em contato com o vírus. DSC1-A Pergunta 5 p.186.

O ACS, assim como o doente encara a possibilidade de adoecer como uma ruptura no processo de produção social e nas suas condições de existência. O trabalho para o ACS adquire, portanto, como revela BERTALOZZI (1998), um significado ainda mais amplo e profundo do que se perceber acometido pela doença.

Nesse momento, não importa o corpo em particular, mas a limitação que pode advir da doença, no desempenho de seu trabalho, que é justificado no âmbito do capitalismo, na medida em que o corpo humano tem um significado social como força de trabalho.

Esses dias eu tive com pneumonia....o pessoal começou - ah, você deve estar com TB-, mas aí fiquei com muito medo entrei em pânico. E meus pacientes, os grupos? O que eu vou fazer? Vou poder ir nas casas?....Fiquei uns quinze dias em casa de licença. Mas deu tudo certo, estou OK. DSC 2-B pergunta 5 p,186.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

✓ No presente estudo, constatou-se que a tuberculose continua como um grave problema de saúde, sendo uma doença cuja complexidade torna difícil o seu manejo nos serviços de saúde, exigindo um bom preparo da equipe de saúde no acolhimento aos doentes.

✓ Observou-se que a população estudada (doentes) é jovem, entre 15 e 45 anos (68,7%), com baixo grau de escolaridade, sendo 15,6% analfabetos, 50% encontravam-se desempregados, vivendo com renda entre 1 e 3 salários; caracterizando um quadro socioeconômico que propicia dificuldades no decorrer do tratamento.

✓ Por outro lado, os profissionais, representados essencialmente pelo sexo feminino (91,5%), encontram-se em uma faixa etária entre 19 e 45 anos (68,6%); trabalham de 3 a 5 anos no PCT (34,3%), sendo o mesmo percentual com atuação por mais de seis anos no programa, evidenciando um bom período de vivência com os doentes portadores de tuberculose.

✓ Na visão do acolhido, o AEM o recebeu bem, principalmente devido a resolutividade do serviço (78,9%) e do atendimento médico. O trabalho dos médicos encarregados no atendimento aos doentes de tuberculose é valorizado, destacando que o doente gosta do atendimento porque é examinado, o profissional dispõe de tempo para ouvi-lo e acolhê-lo, de modo humanizado, quando o doente se encontra fragilizado.

✓ Os doentes no AEM fazem algumas menções aos auxiliares de enfermagem e ao serviço social que, quando necessário, se dispõe a acolhê-los de modo diferenciado. Entretanto, no AEM, o discurso coletivo aponta para a falta de diálogo, à comunicação é deficiente, devido à pressa e à alta demanda do serviço, sobrecarregando as auxiliares de enfermagem incumbidas no atendimento. O sujeito coletivo aponta para problemas de relacionamento médico-paciente (5,2%).

✓ Neste sentido, observou-se que o acolhimento inicial no AEM se apresenta deficitário. Em decorrência, observa-se que os doentes têm pouca autonomia e com isso o diálogo é pouco favorecido, ficando à mercê do serviço que, algumas vezes, têm posturas rígidas, em relação ao doente.

✓ Na USF, os doentes enfatizam a qualidade do atendimento, principalmente da consulta médica (84,6%) e o vínculo com o Agente Comunitário de Saúde. O discurso coletivo também revela o ACS que mostra a proximidade com a realidade social do doente, evidenciando condutas resilientes.

✓ Alguns aspectos negativos estão representados no discurso coletivo da USF. Entre eles, o mau atendimento médico (7,6%), que se caracteriza por condutas totalmente opostas às que os doentes estão acostumados, a falta de exame físico, de diálogo e, principalmente, de condutas equivocadas, sob a ótica do doente.

✓ Outro fato observado, o qual o discurso coletivo captou, é que, apesar da USF ser um serviço com bom acolhimento e resolutividade, o atendimento à demanda espontânea se apresenta falho, provocando atraso no início do tratamento por dificuldades no agendamento das consultas (7,6%).

✓ Na USF, as equipes adotam diferentes processos de trabalho. Apesar do acolhimento à demanda espontânea ser diário, alguns casos de tuberculose acabam escapando ao ‘rigor’ estabelecido no serviço, o qual estabelece prioridade para os casos de suspeita de tuberculose. Neste sentido, evidencia-se que algumas equipes não estão preparadas e sensibilizadas para a questão da tuberculose.

✓ Com base nestas observações, a USF tem pontos falhos no acolhimento inicial e na atividade de acolhimento do dia-a-dia, o que precisa ser revisto e aperfeiçoado.

✓ Os aspectos das representações sociais do acolhedor sobre o acolhido são importantes na compreensão do doente e da sua doença. O discurso coletivo aponta, como ponto central dessa discussão, a percepção do profissional ao que ele considera como atitudes positivas ou negativas, relacionadas ao doente e à tuberculose.

✓ No AEM, 72,7% dos profissionais consideram que alguns doentes são casos mais fáceis de lidar, pois acatam as orientações quando o diálogo está presente. Na USF representam 46,2%. O discurso coletivo no AEM enfatiza que o atendimento precisa ser bem direcionado e que o doente carece de ter com quem falar e da necessidade de ser ouvido. Entretanto, o mesmo discurso revela o modelo de atenção problemático, no qual o processo de trabalho é individual, não há envolvimento de todos os profissionais e do trabalho em equipe.

✓ Por outro lado, na USF, o discurso coletivo aponta para os problemas sociais dos doentes, para o esforço das equipes em buscar estratégias, para que o doente não abandone o tratamento e se cure, principalmente no seguimento de casos de TBMDR.

✓ A tuberculose, como uma doença de múltiplas dimensões, emerge no discurso dos profissionais em ambos os locais de estudo. O trabalho dos ACS, neste contexto, é enfatizado pelos doentes e pelos profissionais de saúde no PSF.

✓ Outra representação social importante que emerge dos discursos dos profissionais é o estigma que o doente de tuberculose carrega. Os profissionais reconhecem que a doença proporciona discriminação e preconceito dentro da própria família. O mais grave é que muitos doentes percebem a doença como crônica e incurável, o que se torna uma ameaça para o êxito do tratamento.

✓ No decorrer da pesquisa, muitos fatores foram evidenciados na interferência direta no processo de acolhimento. No PCT, um dos fatores essenciais é o seguimento do tratamento pelo doente. No entanto, em um tratamento de longa duração, mediado pela complexidade de fatores que envolvem o processo de adoecimento, muitos pontos carecem ser bem trabalhados junto ao doente e aos profissionais, no sentido de entender o significado da tuberculose e os fatores que influenciam na compreensão do processo saúde-doença.

✓ O doente, para ser bem acolhido, necessita, antes de qualquer coisa, ter acesso aos serviços. O estudo revelou dificuldades de acessibilidade (42,1% no AEM e 34,4% na USF), inclusive ao PSF da área de abrangência dos doentes. O sujeito coletivo aponta para as dificuldades do PSF em absorver a demanda e dar resolutividade aos casos. Neste sentido, os doentes valorizam o AEM pela alta oferta de consultas.

✓ O discurso coletivo enfatiza a questão da comunicação como um ponto central na assistência prestada. A prática dos profissionais não pode constituir-se de simples repasse de informações, negando a oportunidade de reflexão e interação entre profissionais, doentes e a família.

✓ No AEM, o doente é atendido geralmente em pé, sem nenhuma privacidade. A comunicação é deficiente embora facilitada pela linguagem acessível

e a cordialidade dos profissionais, porém destacado no discurso que nenhum dos doentes mencionou da apresentação dos profissionais.

✓ Na USF, apesar dos vieses já mencionados e das ressalvas do modo como se procederam as observações da comunicação, a média obtida foi de 35,5 pontos, quase o máximo estabelecido no instrumento (36 pontos), revelando maior vínculo profissional-paciente.

✓ O discurso coletivo, no aspecto da relação médico-paciente, no decorrer do tratamento, aponta para o papel central que o profissional representa para os doentes. O fator central do bom atendimento médico se fundamenta diretamente sobre o diálogo. No AEM e na USF, os doentes demonstram uma carência, da qual o médico se torna um ‘amigo’, com quem ele pode contar, no momento da doença, referindo-se ao médico como uma bênção.

✓ Na USF, o discurso realça o papel do enfermeiro que, apesar da função, examina, conversa e presta uma boa assistência ao doente. No AEM as enfermeiras não se envolvem com os doentes do PCT, delegando os cuidados às auxiliares de enfermagem e ao serviço social, perdendo uma importante oportunidade de aplicação de conhecimentos técnico-científicos que poderiam melhorar e trazer uma assistência de enfermagem diferenciada.

✓ O vínculo formado entre ACS e o doente parece favorecer a comunicação, a compreensão do processo saúde-doença, fortalecendo os doentes mais fragilizados. O discurso mostra que o ACS é o que apreende melhor a complexidade do problema da tuberculose no meio onde vive. Neste sentido, o ACS é peça fundamental na proposta de controle da tuberculose nos locais onde o PACS e o PSF estão implantados. Entretanto, este profissional precisa ser melhor preparado e amparado dentro do programa.

✓ Os treinamentos apenas em serviço parecem ser insuficientes. A demanda, e as dúvidas dos doentes voltam-se para este profissional. Sendo ele quem, na maioria das vezes, faz a suspeita dos casos.

✓ A USF estudada, apesar de todos os pontos positivos observados, acredita-se que ainda está longe de ser um serviço com plena capacidade de acolhimento. Como nos demais estudos e por meio do que o sujeito coletivo revela, o PSF é uma

estratégia em construção, com dificuldades para atender à demanda que chega à sua porta e ainda, longe de tornar factível a busca ativa da tuberculose no território.

✓ Conclui-se que o AEM estudado, apesar da resolutividade dos casos, apresenta falhas na sua capacidade de acolhimento ao doente de tuberculose. Na USF a estratégia do PSF favorece um melhor acolhimento aos doentes com tuberculose, principalmente por meio do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

Acúrcio F, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Cad Saúde Pública** 1996; 12: 233-242.

Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo 'novas autonomias' no trabalho. **Interface Comun Saúde Educ** 2001; 5(9):150-3.

Andrade AMBA, Bucher JSFN. Resiliência à luz do discurso do sujeito coletivo: uma contribuição ao Programa de Saúde da Família. In: Lefèvre F; Lefèvre AMC. **discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)** Caxias do Sul: EDUCS; 2003. p. 217-32.

Araújo SM, Andó MH, Cassarotti DJ, Mota DCGD, Borges SMR e col. ProgramaACHEI: atenção ao chagásico com educação integral no Município de Maringá e Região Noroeste do Paraná, Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop** 2000; 33: 565-72.

Barros VL, Fortes PAC. A informação esclarecedora e o consentimento esclarecido: um desafio ao Programa de Saúde da Família na garantia dos direitos do paciente. **Mundo Saúde** 2003; 27: 280-91.

Belluomini M. **Conhecimentos sobre alguns aspectos da tuberculose pulmonar de doentes internados em hospitais especializados - subsídios para ações educativas**. São Paulo; 1981. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Bertolli CF. Doença e estigma. **Cad Hist Casa Oswaldo Cruz** 1992; 2:22-5.

Bertolozzi MR. **A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo**. São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado -

Faculdade de Saúde Pública da USP].

Boelen C. Tendências do enfoque em atenção primária e Saúde da Família na reorganização dos Sistemas Nacionais de Saúde: perspectivas e experiências acumuladas em âmbito mundial e latino-americano. In: **Relatório final do 1º Seminário de Experiência Internacionais em Saúde da Família**, 1999 Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. p.18-23.

Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? [On line]. Disponível em <URL: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96_crit.htm> [2004 fev 12]

Bursztyn I, Castro VCG, Cohen SC, Ribeiro ALV, Braga MLS, Rivera FJU. Programa de Saúde da Família: uma análise prospectiva. **Cad Saúde Coletiva** 2003; 11:93-112.

Campinas LLSL. **Conhecimentos e opiniões de usuários sobre o valor do exame de escarro, de um serviço de saúde do município de São Paulo visando a qualidade das amostras para o diagnóstico da tuberculose pulmonar pelo método bacteriológico**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Campinas LLSL, Ferrazoli L, Telles MAS, Matsumoto NF, Biagolini REM, Ferraz SMP e col. **Manual de orientação para coleta de amostras de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose**. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac”; 2002.

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994. p.29-87.

Capuano DA. **Busca ativa de casos de tuberculose pulmonar em uma unidade de atendimento em farmacodependência no Município de São Paulo**. Campinas; 2001 [Dissertação de mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

Carvalho VLM. **A prática do Agente Comunitário de Saúde. Um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapecerica da Serra**. 2002 [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública** 1997; 13:469-78.

Chiesa AM, Sousa MF. PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. In: Sousa MF, organizador **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2002. p.37-44.

Cianciarullo TI. e col. **Sistematização de assistência de enfermagem: evolução e tendência**. São Paulo: Ícone; 2001.

Collet N, Rosso CFW. **Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em municípios do interior paranaense**. [on line] Disponível em: <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em [1999 out 17].

Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione M C. Global burden of tuberculosis. **JAMA** 1999; 282: 677-86.

Faustino RLH Egry EY. A formação da enfermeira na perspectiva da educação-reflexão e desafios para o futuro. **Rev Esc Enferm USP** 2002; 36: 332-7.

Ferreira ABH. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2ªed. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira; s/d.

Filgueiras SL, Deslandes SF. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad Saúde Pública** 1999; 15

suppl. 2: 121-31.

Fiuza de Melo FA, Afiune JB. Tuberculose, uma doença ocupacional: infecção, adoecimento e proteção dos profissionais de saúde em serviços de atenção à tuberculose. **Bol Pneumol Sanit** 1995; 3:56-68.

Fracolli LA , Zoboli ELP **As potencialidades da tecnologia de acolhimento no Programa de Saúde da Família do QUALIS/Zerbini**. São Paulo; 2001. [Relatório parcial de projeto de pesquisa].

Franco TB; Bueno WS; Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública** 1999; 15: 345-53.

Friden TR; Driver CR. Tuberculosis control: past 10 years and future progress. **Tuberculosis** 2003; 83: 82-5.

Goffman E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.

Grupo Mixto de Estudio UICT/OMS. Tuberculosis y sida: declaración sobre el Sida y la tuberculosis. **Bol Union Int Tuberc Enferm Respir** 1989; 64:7-11.

Habermas J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

Harries NJ, Hargreaves NJ, Gausi F, Kwanjama JH, Solaniponi FM. Preventing tuberculosis among health workers in Malawi. **Bull World Health Organ** 2002; 80: 526 - 31.

Herek GM. Thinking about AIDS and stigma: a psychologist's perspective. **J Law Med Ethics** 2002; 30: 594-607.

Horta WA. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

Jamarillo E. The impact of media-based health education on tuberculosis diagnosis in Cali, Colombia. **Health Pol Plan** 2001; 16:68-73.

Jodelet D, organizador.. **Lês représentations sociales**. Paris: PUF; 1989.

Kerr FRM. **A relação médico-paciente e a qualidade do atendimento médico**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Kilsztajn S. Programa de Saúde da Família. **Rev Assoc Med Bras** 2001; 47(4):1-2.

Kritski AL, Dalcomo MP, Souza RS. Tuberculosis entre profissionais de saúde. Risco ocupacional? **J Pneumol** 1993; 19: 113-21.

L'abbate S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p.267-92.

Lefèvre F. A comunicação saturada. Veiculação versus processamento. **Divulg Saúde Debate** 1996; 13: 90-1.

Lefèvre F; Lefèvre AMC; Teixeira JJV. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Lefèvre F; Lefèvre AMC. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

Lira MMTA. **Mortalidade prematura no Município de São Paulo. anos potenciais de vida perdidos. 1980, 1985, 1990 e 1995**. São Paulo; 1998 [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Long R, Scalcini M, Manfreda J, Jean Baptiste M, Hershfield E. The impact of H I V on the usefulness of sputum smears for the diagnosis of tuberculosis **Am J Public Health** 1991; 81:1326-8.

Luciano A R. **PSF/QUALIS Programa Saúde da Família/Qualidade Integral em Saúde**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea; 2002. (Série Didática, 4).

Maher D. The role of the community in the control of tuberculosis. **Tuberculosis** 2003; 83: 177-82.

Maldonado MT, Canella P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Roca; 1988.

Malik AM, Braga Júnior D, Braga DG, Silva JC, Amorim JCM. **Gestão de recursos humanos**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Faculdade de Saúde Pública da USP/ Banco Itaú; 1998. (Saúde e Cidadania, 9).

Matumoto S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Ribeirão Preto; 1998. [Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

Medina MG; Aquino R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: Sousa, MF, organizador. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2002. p.135-51.

Mellin AS. **As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do centro de saúde integração**. São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo:Hucitec; 1996.

Mendes MCT. **A clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose**

Campinas; 1998. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

Merhy EE; Campos GWS; Cecílio LCO. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.

Merhy EE. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. **Interface Comun Saúde Educ** 2001;5 (9):147-9.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1992.

Minayo MCS. Técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizador. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1994. p 9-30.

Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília (DF); 1993.

Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF); 1998.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Bol Epidemiol** 1999a. Edição especial.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF): Fundação Nacional da Saúde; 1999b.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública** 2000a; 34: 316-9.

Ministério da Saúde. **Avaliação de implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família- PSF**. Brasília (DF); 2000b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília (DF): MS; 2000c.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília (DF), MS; 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da TB**. 6.ed, rev. e ampl. Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica).

Moscovici S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad Saúde Pública** 2002; 18: 1809-11.

Muniz JN, Villa TCS, Pedersolli CE. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Bol Pneumol Sanit** 1999; 7: 33-42.

Muniz JN; Villa TCS. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. **Bol Pneumol Sanit** 2002; 10:49-54.

Nassar MRF. **Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico-paciente**. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado - Escola de Comunicação e Artes da USP].

Niero R, Derntl AM, Guardado YN. Razões de recusa de amostra de escarro para pesquisa de BAAR por um laboratório regional de Saúde Pública de São Paulo – Brasil. **LAES HAES** 1996; 103: 122-30.

Nogueira PA, Malucelli MIC, Abrahão RMCM, Almeida MMMB. Avaliação das informações de tuberculose (1989-1999) de um Centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2001; 4:131-8.

Nogueira PA. Motivos e tempo de internação e o tipo de saída em hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo, Brasil - 1981 a 1995. **J Pneumologia** [periódico on line] 2001; 27 (3). Disponível em <URL: <http://www.scielo.br/scielo.php>. [2003set24].

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública** 2002; 18: 1639-46.

Oliveira FA. **Serviços de saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária**. Porto Alegre; 1998. [Dissertação de mestrado –Instituto de Filosofia e Ciências Humanas-Universidade Federal do Rio Grande do Sul].

Oliveira HB, Moreira Filho DC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Rev Saúde Pública**. [periódico on line] 2000; 34 (5). Disponível em <URL: <http://www.scielo.br/scielo.php>. [2003ago22].

Opromolla DVA. O estigma (Editorial) **Hansenol Int** 2002; 27(1): 1-2.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev Saúde Pública** 1998; 32:229-316.

Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N organizadores. **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999, p.489-503.

Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface Comun Saúde Educ** 2001; 5(9):143-6.

Pedrosa JIS; Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública** 2001; 35: 303-11.

Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: **1º Seminário: O enfermeiro no Programa Saúde da Família**, São Paulo; 2000.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública** 2001; 35: 103-9.

Peduzzi M; Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev Bras Enferm** 2002; 55: 392-8.

Perrenoud P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas;1999.

Pinho JL, Nogueira PA. Tratamento supervisionado em tuberculose no Município de Taboão da Serra, São Paulo 1998-1999. **Bol Pneumol Sanit** 2001; 9: 13-8.

Pitta AMR, organizador. **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.

Pitta AMR. Estratégias de comunicação para a prevenção da AIDS: estudo de caso em Salvador, Bahia (Brasil). **Interface Comun Saúde Educ** 1998; 2: 23-45.

Polit DF; Hungler BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Ramos DD; Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2003; 19: 27-34.

Raviglione MC. The TB epidemic from 1992 to 2002. **Tuberculosis** 2003; 83: 4-14.

Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI e col. **Sistematização de assistência de enfermagem: evolução e tendência**. São Paulo: Ícone; 2001.p.41-62.

Ruffino Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Inf Epidemiol SUS** 2001; 10: 129-38.

Sader E. **Quando novos personagens entram em cena: experiências falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.

Schraiber LB. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer (Prefácio). In: Silva JA; Dalmaso ASW. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Scliar M. Doença e estigma. **Cad Hist Casa Oswaldo Cruz** 1992; 2: 7-12.

Senna MCM; Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciênc Saúde Coletiva** 2002; 7: 523-35.

[SES] Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Tuberculose: recomendações para redução do risco de transmissão em serviços de saúde.** São Paulo; 1998.

[SES]. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Manual de orientação para coleta de amostras de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose.** [on line] Disponível em: <URL: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/sh_todas.htm [2003set20].

Silva CC; Egry EY. Constituição de competências para a intervenção no processo de saúde- doença da população: desafio ao educador de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2003; 37 (2): 11-6.

Silva JA. **O agente comunitário da saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública - USP]

Silva JA; Dalmaso ASW. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Silva MJP. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Gente; 1996.

Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética** 2002; 10: 73-88.

Simioni AMC, Lefèvre F, Pereira IMTB. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais.** São Paulo: FSP/USP 1996 (Série Monográfica, 2).

Snider DE, Raviglione MJ, Kochi. A Global burden of tuberculosis. In: Bloom BR. **Tuberculosis: pathogenesis, protection and control**. Washington (DC): ASM Press; 1994. p. 3-11.

Soar Filho EJ. A interação médico-cliente. **Rev Assoc Med Bras** 1998; 44:35-42.

Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de Saúde. **Saúde Debate** 1996; 51:4-15.

Sousa MF. **Agentes comunitários de saúde: choque de povo**. São Paulo: Hucitec; 2001a.

Sousa MF. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2001b.

Sousa MF, organizadora. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 148).

Spink MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad Saúde Pública** 1993; 9: 300-8.

Tähkä V. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

Teixeira JJV. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso: relação com os profissionais de saúde**. São Paulo 1998 [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Tesser CD; Luz MT. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciênc Saúde Coletiva** 2002; 7:363-72.

Thorson A, Diwan VK. Background to gender and tuberculosis workshop: tuberculosis: a global public health problem. In: Gender and tuberculosis. **NHV Report** 1998; 3: 9-16.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc saúde Coletiva** 2002; 7:581-9.

Trench MH; Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enferm** 2000; 53 (nº especial): 143-7.

Unglert CVS. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente**. São Paulo, 1995.[Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Valla J. Sobre as representações sociais: para uma epistemologia do senso comum. **Cad Ciênc Soc** 1986; 4: 5-30.

Vasconcelos EM. A priorização das famílias nas políticas de saúde. **Saúde Debate** 1999; 23: 6-19.

Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Bol Pneumol Sanit** 2002; 10: 5-12.

Wagner W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: Guareschi P; Jovchelovitch S., organizadores. **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1995. p.149-86.

Westphal MF. **Participação da mãe no cuidado da criança com asma brônquica**. São Paulo; 1982. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

World Health Organization. Global tuberculosis control: **WHO report**, 1998. Geneva; 1998.

World Health Organization. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. Switzerland: Geneva **WHO Report** 2002.

ANEXO I

CONSENTIMENTO - Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, segundo o Conselho Nacional de Saúde.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo, **O acolhimento ao doente com tuberculose: estudo comparativo em uma Unidade de Saúde da Família e em Ambulatório de Especialidades Médicas, São Paulo/SP, 2003** sob responsabilidade da doutoranda Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas, da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), sob a orientação da Prof^a Dra Margarida Maria de Mattos Brito Almeida.

Propósito do estudo: estudar as representações sociais do processo de acolhimento entre pacientes e profissionais de saúde no Programa de Controle da Tuberculose no Programa Saúde da Família e Unidade Básica tradicional.

Participação: a responsável pelo estudo convidará as pessoas (pacientes e profissionais) a participar de uma entrevista em local e horário pré-determinado. A conversa será em local do próprio serviço de saúde, no horário disponível dos sujeitos da pesquisa. A participação dos sujeitos é voluntária, e em caso de recusa ou desistência de participação, nenhum prejuízo haverá em relação ao serviço onde o participante está sendo atendido ou exercendo suas funções. A entrevista será gravada em fita magnética se o entrevistado estiver de acordo. O participante poderá desistir da entrevista, se assim o desejar, em qualquer momento. Fica assegurado que seu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa e as informações dadas serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa.

Riscos: este estudo não trará nenhum risco para minha integridade física, mental ou moral.

Margarida Maria de M. B. Almeida
Departamento de Epidemiologia
Fone: (xx11) 30667764

Lúcia de L. Souza Leite Campinas
Departamento de Epidemiologia
Fone: (xx11) 30667764

ANEXO II

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA PACIENTE DA USF e AEM **FORMULÁRIO DE ENTREVISTA N.º-**

Data:-

Local:

A- Características do paciente inscrito no PCT:-

1- Nome:- _____

2- Mãe:- _____

3- Mês de tratamento:

4- Sexo () Feminino
 () Masculino

5- Idade

15 |- 25

25 |- 35

35 |- 45

45 |- 55

55 |- 65

65 e +

6- Escolaridade:-

() analfabeto
() 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau incompleto () 2º grau completo
() 3º grau incompleto () 3º grau completo

7- O Sr(a) trabalha atualmente? sim ()
 não () Porque?
 () desempregado (a)
 () Dona de casa
 () Aposentado (a)
 () outros motivos _____

8- Qual sua ocupação? _____

9- Quantas pessoas têm na sua família?

() 0

() 1-2

() 3-4

() 5-6

() 7-8

() 9 e +

10- Todos juntos quanto ganham?

() Menos de 1 salário mínimo
() 1-3 salários mínimos
() 3-5 salários mínimos
() 5-7 salários mínimos
() 7-10 salários mínimos

() 10 e + salários mínimos

11- Quando o Sr (a) ficou doente qual o primeiro lugar que procurou para se tratar?-

() Posto de Saúde

() Farmácia

() Pronto Socorro

() Convênio

() outro _____

12- Quanto tempo o Sr(a) levou para procurar o serviço de saúde?

() < 1 mês

() 1 |- 3 meses

() 3 |- 6 meses

() 6 |- 9 meses

() 9 |-12

() 12 e +

***Questões abertas:**

13- Como o Sr (a) descobriu que estava com tuberculose? Fale um pouco sobre isso.

14- Como o Sr(a) foi recebido aqui no serviço?

15- Fale um pouco para mim sobre a sua consulta com o médico (a)? Como foi?

16- E com os outros profissionais como é o atendimento? Fale um pouco sobre isso.

ANEXO III

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS - PSF e AMBULATÓRIO

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA N.º-

Nome do Entrevistador:-

Data:-

Local:

***Perfil geral do profissional:**

- 1- Sexo () Feminino
 () Masculino

- 2- Idade
 () 19 |- 25
 () 25 |- 35
 () 35 |- 45
 () 45 |- 55
 () 55 |- 65
 () 65 e +

- 3- Ocupação:
 () Assistente Social
 () Auxiliar de Enfermagem
 () Enfermeiro (a)
 () Médico (a)
 () Agente Comunitário de Saúde

- 4- Tempo de formado em anos:
 () 1 |- 2
 () 2 |- 4
 () 4 |- 6
 () 6 |- 10
 () 10 e mais

Pergunta apenas para o Agente Comunitário de Saúde:

***4.1- Grau de escolaridade do (a) Agente Comunitário de Saúde:**

- () analfabeto
 () 1º grau incompleto () 1º grau completo
 () 2º grau incompleto () 2º grau completo

5) Há quanto tempo você trabalha no Programa de Controle de Tuberculose?

- () < 1 ano () 1-2 () 3-5 () 6 e +

*** Questões abertas:**

- 6) Você foi treinado (a) para trabalhar no programa? Fale um pouco sobre isso?
- 7) É difícil trabalhar no Programa? Ou não? Fale sobre isso.
- 8) O paciente de tuberculose tem alguma coisa de especial com ele?
- 9) Como é o seu relacionamento com os pacientes de tuberculose?
- 10) Você tem medo de contrair tuberculose? Por que?

ANEXO IV

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PESQUISADOR

*para ser utilizado nas Unidades Básicas de Saúde e PSF

NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE:

DATA:

QUESTÕES RELACIONADAS AO ACOLHIMENTO (COMUNICAÇÃO):

1- Profissional que faz o acolhimento no momento da observação:

- () Assistente Social
- () Agente Comunitário de Saúde
- () Auxiliar de Enfermagem
- () Enfermeiro (a)
- () Médico (a)

2- Questões relacionadas ao acolhimento (comunicação) do paciente no momento da observação relacionadas ao acolhedor:

QUESTÕES DA COMUNICAÇÃO	4	3	2	1	0	Nº Entrevista
1- Envolve familiares e ou acompanhante						
2- Recebe com cordialidade						
3- Apresenta-se						
4- Sonda as condições físicas/psíquicas do paciente antes de introduzir a conversa						
5- Conversa olhando para o paciente						
6- Estabelece Diálogo						
7- Valida a comunicação/ discute dúvidas.						
8- Torna a linguagem acessível						
9- Coloca-se a disposição para atendê-lo fora do agendamento						

CRITÉRIOS PARA CARACTERIZAÇÃO DAS RESPOSTAS

Questões relacionadas ao acolhimento do paciente no momento da observação relacionadas ao acolhedor:

Questão 1- Envolve familiares e ou acompanhantes:

Score 4: convida o familiar e ou acompanhante para conversar, oferecendo local acessível para participar do diálogo, inclusive direcionando-se para o mesmo, assim como para o paciente durante a maior parte do tempo. Dialoga com ele, na tentativa de torná-lo participante do processo, durante várias vezes.

Score 3: apesar de convidar o familiar e ou acompanhante, apenas duas ou três vezes se dirige ao mesmo por meio do olhar. Apenas duas a três vezes pergunta sua opinião ou o introduz na conversa.

Score 2: convida o familiar para participar, mas, apenas uma vez lhe dirige o olhar e estabelece diálogo com ele sobre questões pertinentes ao paciente.

Score 1: o acolhedor não convida o familiar e ou acompanhante para participar.

Score 0: o paciente encontrava-se desacompanhado; não tem família; é albergado; andarilho; presidiário ou outro.

Questão 2 - Recebe com cordialidade:

Score 4: recebe cordialmente o paciente cumprimentando-o verbalmente, chamando-o pelo nome.

Score 3: recebe cordialmente cumprimenta-o, porém não o chama pelo nome.

Score 2: convida o paciente para se dirigir ao local da conversa, sem demonstrar cordialidade e sem chamá-lo pelo nome.

Score 1: inicia a conversa sem cordialidade, introduzindo o que se deseja falar de forma impessoal.

Score 0: o contato paciente/acolhedor ocorreu anteriormente à observação não sendo possível observar.

Questão 3: Apresenta-se:

Score 4: diz seu nome e função no serviço e o objetivo da conversa.

Escore 3: diz seu nome, função no serviço, porém não explica o objetivo da conversa.

Escore 2: Diz apenas o seu nome e já introduz aspectos do tratamento.

Escore 1: não se apresenta/ não diz sua função e muito menos explica o objetivo da conversa.

Escore 0: o paciente já conhece o acolhedor de outras conversas.

Questão 4: Sonda as condições físicas/psíquicas do paciente antes de introduzir a conversa:

Escore 4: Pergunta ao paciente como ele está se sentindo no momento atual, se tem algo que o incomoda, dando-lhe a máxima atenção.

Escore 3: Pergunta ao paciente como ele se sente no momento, porém demonstra pressa em prosseguir a conversa.

Escore 2: Pergunta ao paciente como ele se sente no momento atual, porém corta a conversa, mudando o rumo da mesma.

Escore 1: Não pergunta sobre as condições do paciente e já introduz os aspectos do tratamento.

Escore 0: era sabido que o paciente não estava bem desde a sua chegada; e ou recebeu tratamento paliativo antes da conversa com acolhedor.

Questão 5: Conversa olhando para o paciente:

Escore 4: Dirige o olhar para o paciente durante toda conversa buscando interação com ele.

Escore 3: Dirige o olhar para o paciente algumas vezes, mas preocupa-se mais com o que vai dizer e anotar no prontuário.

Escore 2: Dirige o olhar para o paciente apenas no início da conversa.

Escore 1: Não dirige o olhar para o paciente. Não se preocupa em interagir com ele.

Escore 0: Não conversa com o doente apesar da necessidade de fazê-lo. Apenas preenche os pedidos e encaminha.

6- Estabelece Diálogo:

Escore 4: Desde o início da conversa provoca o diálogo com paciente/família, fazendo perguntas, dando atenção às respostas, sem pressa, de modo a atingir os objetivos propostos.

Escore 3: provoca o diálogo com o paciente, família, faz 1 ou 2 perguntas, nem sempre dá chance para resposta; às vezes demonstra ansiedade. Perde-se nos objetivos propostos.

Escore 2: Tenta estabelecer o diálogo apenas no início da conversa, mas a relação é monológica o resto do tempo, apenas centrada no objetivo de dar as orientações.

Escore 1: Não estabelece diálogo em nenhum momento, apenas dá as orientações a que se propõe.

Escore 0: Não conversa com o doente apesar da necessidade de fazê-lo. Apenas preenche os pedidos e encaminha.

7- Valida a comunicação/ discute dúvidas:

Escore 4: Indaga com paciente/família se entenderam as explicações, solicitando para que devolvam o que entenderam, de modo a não provocar constrangimento.

Escore 3: Indaga com paciente/família se entenderam as explicações, solicitando para que devolvam o que entenderam, mas faz isso como uma cobrança.

Escore 2: Indaga com paciente/família se entenderam as explicações, mas não solicita a devolução da conversa que foi traçada.

Escore 1: Não indaga em nenhum momento se o paciente/ família entenderam as explicações ou se tem dúvidas

Escore 0: Não conversa com o doente apesar da necessidade de fazê-lo. Apenas preenche os pedidos e encaminha.

8- Torna a linguagem acessível:

Escore 4: Faz-se entender, adaptando o tempo todo a linguagem conforme a necessidade.

Escore 3 Às vezes faz-se entender, embora algumas vezes a linguagem é técnica e de difícil compreensão, porém tenta adaptar-se conforme a necessidade.

Escore 2: Poucas vezes faz-se entender, mantendo uma linguagem de difícil acesso.

Escore 1: A linguagem é técnica ou é confusa. Em nenhum momento existe a preocupação de fazer-se entender.

Escore 0: Não conversa com o doente apesar da necessidade de fazê-lo. Apenas preenche os pedidos e encaminha.

9- Coloca-se a disposição para atendê-lo fora do agendamento:

Escore 4: Explica com clareza que o paciente/familiar, tendo algum problema pode procurar pelo serviço, estipulando dia, horário, fornecendo inclusive telefone para contato. Revalida a comunicação a respeito.

Escore 3: Explica com clareza que o paciente/familiar, tendo algum problema pode procurar pelo serviço, estipula dia, horário, e fornece inclusive telefone para contato. Não revalida a comunicação.

Escore 2: Explica rapidamente que o paciente/familiar, tendo algum problema pode procurar pelo serviço, mas não dá melhores informações de como o paciente/familiar devem proceder.

Escore 1: Não se coloca a disposição em nenhum momento da conversa.

Escore 0: O paciente é funcionário do local, sabe sobre trâmites do PCT.

ANEXO V

Quadro I. Resultados da aplicação do Instrumento de Observação relacionado à comunicação, AEM, 2003

	Envolve familiares e/ou acompanhan- tes	Recebe com cordialida- de	Apresenta- se	Sonda as condições antes	Com- versa olhando o paciente	Estabele- ce diálogo	Valida a comuni- cação/ti- ra dúvidas	Torna a língua- gem acessível	Coloca-se à disposi- ção fora da agenda	Total
Sujeito 1	0	2	1	3	2	2	2	4	2	18
Sujeito 2	0	2	1	3	2	2	2	4	2	18
Sujeito 3	1	2	1	3	1	1	1	4	1	15
Sujeito 4	1	4	1	3	3	2	2	4	2	22
Sujeito 5	1	4	1	3	3	2	2	4	2	22
Sujeito 6	1	4	1	3	3	2	2	4	1	21
Sujeito 7	1	1	1	1	2	1	2	3	1	13
Sujeito 8	1	4	1	4	3	3	2	3	2	23
Sujeito 9	1	4	1	4	3	3	2	3	2	23
Sujeito 10	1	4	1	4	3	3	2	3	2	23
Sujeito 11	1	4	1	3	4	3	3	3	3	25
Sujeito 12	1	4	1	3	4	3	3	3	3	25
Sujeito 13	1	4	1	3	4	3	3	3	3	25
Sujeito 14	1	3	1	3	3	3	3	3	3	23
Sujeito 15	1	3	1	3	3	3	3	3	3	23
Sujeito 16	1	3	1	3	3	3	3	3	3	23
Sujeito 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Sujeito 18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Sujeito 19	1	2	1	1	2	2	2	2	2	15

Média: 16,5

ANEXO VI

Quadro I. Resultados da aplicação do Instrumento de Observação relacionado à comunicação, USF, 2003

	Envolve familiares e/ou acompanhantes	Recebe com cordialidade	Apresenta-se	Sonda as condições antes	Conversa olhando o paciente	Estabelece diálogo	Valida a comunicação/tira dúvidas	Torna a linguagem acessível	Coloca-se à disposição fora da agenda	Total
Sujeito 1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Sujeito 2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Sujeito 3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Sujeito 4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	33
Sujeito 5	4	4	4	4	4	3	4	3	3	33
Sujeito 6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Sujeito 7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Sujeito 8	0	4	4	4	4	4	4	4	3	31
Sujeito 9	4	4	4	4	4	3	3	3	3	32
Sujeito 10	0	4	4	4	4	3	3	3	3	28
Sujeito 11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Sujeito 12	4	4	4	4	4	4	4	4	3	35

Média: 34