

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FARMÁCIA

KENNEDY CREPALDE RIBEIRO

PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE SOBRE TUBERCULOSE E TRATAMENTO

Belo Horizonte

2016

KENNEDY CREPALDE RIBEIRO

PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE SOBRE TUBERCULOSE E TRATAMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre em Medicamentos
e Assistência Farmacêutica

Área de concentração: Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Orientadora: Profa. Dra. Micheline Rosa Silveira

Coorientadora: Profa. Dra. Clarice Chemello

Belo Horizonte

2016

Ribeiro, Kennedy Crepalde.
R484p Percepções dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte
sobre tuberculose e tratamento / Kennedy Crepalde Ribeiro. – 2016.

136 f. : il.

Orientadora: Micheline Rosa Silveira.
Co-orientadora: Clarice Chemello

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em
Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Tuberculose – Teses. 2. Tuberculose – Tratamento – Teses. 3.
Pesquisa qualitativa – Teses. 4. Agentes comunitários de saúde –
Teses. I. Silveira, Micheline Rosa. II. Chemello, Clarice. III.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV.
Título.

CDD:616.995

Ao Amor,
À Bondade,
À Amizade,
À Saúde
E, sem dúvida,
À Esperança!

AGRADECIMENTOS

- A **Deus**, por tudo.
- Aos meus pais, **Francisco e Maria**, pela candura e apoio incondicional.
- Aos meus irmãos, **Kenya e Kelson**, por ser um dos meus exemplos.
- À minha cunhada **Fabiana**, pelos conselhos e piadas.
- Ao meu sobrinho **Lucas**, pela luz de sua alma.
- Ao **Marcos**, por sua paciência, companhia e cumplicidade.
- À **Micheline**, pela graciosa forma de me educar, tanto para a ciência quanto para a vida.
- À **Clarice**, pela orientação, presteza, cooperação e tremenda garra.
- Às “crianças da Micheline”, **Bruna, Joyce, Gustavo, Kátia e Ludmilla**, pelas incontáveis ajudas, conversas e parcerias.
- À **Celline**, por seu “ombro de gigante”.
- À **Clarisse, Nayara, Sarah, Stephanie e Wania**, por serem uma ótima associação de tricíclicos e benzodiazepínicos.
- Às professoras **Djenane, Graça, Marina e Wânia** por me oferecerem cérebro, pernas e asas.
- Aos **colegas e professores do PPGMAF**, pelas muitas dicas e ajudas.
- Aos servidores da UFMG, como a **Ângela, o Silas e a Valéria**, pela cordialidade, profissionalismo e atenção.
- Aos meus amigos **Ana, Diego, Galileu, Júlia, Julinha, Manu, Mary, Melissa, Morgana, Paty, Paulo, Philippe, Poliana, Tamara, Thaís e Virgili** pelo desestresse, gargalhadas, provável liberação de ocitocina e por sempre acreditarem em mim.
- Aos **servidores da Prefeitura de Belo Horizonte**, em especial aos **ACS**, pela sinceridade, apoio, suor e contribuição para a nossa saúde!
- Ao **Programa Institucional de Auxílio à Pesquisa de Doutores Recém-contratados** da **Pró-Reitoria de Pesquisa da UFMG** e ao **CNPq** pelo apoio financeiro.

"Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas".

Nise da Silveira

RESUMO

A tuberculose é um grande desafio para a saúde pública. O Brasil está entre os 22 países que possuem a maior carga da doença. Com o intuito de aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento da tuberculose, foi criado o tratamento diretamente observado. Por sua atuação e experiências, o agente comunitário de saúde é um dos pilares no controle da tuberculose e na supervisão do tratamento, inclusive em Belo Horizonte. Foi pretendido com esse estudo compreender as percepções desses profissionais sobre a tuberculose e o tratamento. Um questionário semiestruturado e autoaplicável, contendo questões fechadas e abertas respondido por 489 agentes comunitários de saúde de 37 centros de saúde de todas as regiões de Belo Horizonte. O período de coleta da pesquisa foi de julho a dezembro de 2013. Para o presente estudo, foram analisadas as questões abertas, que abordavam as facilidades e dificuldades durante o supervisionamento do tratamento da tuberculose e sugestões para aumentar a adesão. Foi utilizada uma abordagem qualitativa por meio de análise de conteúdo temática e interpretação dos resultados com base na Teoria das Representações Sociais. Dos 428 trabalhadores que responderam às questões abertas, mais de 90% eram mulheres, 51,5% trabalhavam como agentes comunitários de saúde há seis anos ou mais e 51,2% haviam realizado a supervisão. A partir da análise de conteúdo foram obtidas cinco categorias: fatores intrínsecos ao sistema de saúde; fatores intrínsecos aos agentes comunitários de saúde na execução do tratamento diretamente observado; aspectos e desfechos relacionados ao tratamento da tuberculose; fatores intrínsecos ao paciente e seu contexto sociocultural; e o empoderamento como um indutor de mudança. Apesar dos agentes comunitários de saúde formarem um ator social importante para o controle e tratamento da tuberculose, observou-se a presença de desafios, como a sobrecarga de trabalho, deficiências no processo de formação desses trabalhadores, a vulnerabilidade social e constrangimento para determinados pacientes. O estigma interfere no tratamento, uma vez que as visitas podem revelar o diagnóstico. Diante do complexo desafio, os trabalhadores acabam recorrendo ao uso do poder opressor do estado, como a hospitalização compulsória. Muitos consideraram, equivocadamente, que a adesão é influenciada na maior parte por fatores relacionados ao paciente. Concluiu-se que uma maior liberdade na escolha do

responsável pela supervisão pode ser importante, de modo a aumentar a comodidade e adesão ao tratamento. Além disso, a educação popular em saúde também pode contribuir para empoderar e motivar os envolvidos. A flexibilização da rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde também deve ser considerada para a melhoria da assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: tuberculose, tratamento diretamente observado, agente comunitário de saúde, adesão aos medicamentos, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Tuberculosis is a major challenge for public health. Brazil is among the 22 countries with the highest tuberculosis burden. In order to increase patient adherence to tuberculosis treatment, it was created the directly observed treatment. The community health worker is one of the pillars in tuberculosis control and supervision of treatment, due to his/her performance and experience in the field. It was intended with this study to understand the perceptions of these professionals on the tuberculosis and treatment. A semi-structured and self-administered questionnaire with closed and open questions was applied to 489 community health workers from 37 health centers in every region of Belo Horizonte. The survey collection took place from July to December 2013. For the present study, we analyzed the open-ended questions, which addressed the facilitators and difficulties for the supervision and suggestions to improve adherence to treatment. A qualitative approach through thematic content analysis and interpretation of the results based on the Social Representation Theory. Of the 428 participants who responded to open-ended questions, more than 90% were women, 51.5% worked for six years or more and 51.2% had conducted the supervision. Five categories were obtained: intrinsic factors of health system; intrinsic factors of community health workers in directly observed treatment execution; aspects and outcomes related to tuberculosis treatment; intrinsic factors of patients and their sociocultural context, and empowerment as an instrument for change. The implementation of the directly observed treatment in Brazil was an improvement and community health workers are an important role in the strategy. However, challenges remain such as work overload, deficiencies in the professional training process, social vulnerability and embarrassment to certain patients. Stigma interferes with treatment once home visits could reveal the diagnosis. Facing a complex challenge, professionals eventually choose to use the oppressive state power, such as the compulsory hospitalization. Many participants considered, mistakenly, that adherence is influenced mostly by patient-related factors. A greater freedom in the choice of the responsible for supervision may be important in order to increase convenience and compliance. Popular education in health can also contribute to empower and motivate those

involved. The flexibility of the workers' routine should also be considered for improving health care.

KEY WORDS: tuberculosis, directly observed treatment, community health workers

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Esquema básico de tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde.....	20
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sócio-demográficas dos ACS de Belo Horizonte, ano 2013 (n=428).....	44
TABELA 2 – Características dos serviços de saúde relatadas pelos ACS de Belo Horizonte, ano 2013 (n=428).....	45
TABELA 3 – Frequência das categorias e subcategorias obtidas na análise de conteúdo, segundo realização ou não de TDO pelos ACS ¹	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Algumas RAM menores ou maiores descritas para os medicamentos usados no tratamento da tuberculose. 21

Quadro 2 – Indicadores selecionados para a construção do índice de vulnerabilidade à saúde..... 28

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CEP-UFMG	Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
E	Etambutol
ESF	Equipe de Saúde da Família
GEAS	Gerência de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
H	Isoniazida
HBC	<i>High Burden Countries</i> , em português é países com alta carga de tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
R	Rifampicina
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
Z	Pirazinamida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1. Tuberculose.....	17
2.2. Tratamento da Tuberculose.....	19
2.3. A adesão ao tratamento	22
2.4. Tratamento Diretamente Observado	24
2.5. A Atenção Primária à Saúde e o Agente Comunitário de Saúde	25
2.6. Belo Horizonte – caracterização sociodemográfica e estratégias de controle da tuberculose	27
2.7. A respeito da pesquisa qualitativa	29
2.8. Teoria das Representações Sociais.....	31
3. OBJETIVOS.....	34
3.1. Objetivo geral.....	34
3.2. Objetivos específicos	34
4. METODOLOGIA	35
4.1. Esclarecimentos preliminares	35
4.2. Locais de coleta, população e critérios de inclusão.....	35
4.3. Coleta de informações.....	36
4.4. Considerações éticas	37
4.5. Caracterização quantitativa da população estudada	38
4.6. A metodologia qualitativa.....	38
4.6.1. Análise de Conteúdo	38
4.6.2. Forma de apresentação dos resultados	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1. Perfil sociodemográfico e dos locais de trabalho dos ACS	43
5.2. Informações iniciais da pesquisa qualitativa: apresentação das categorias e análise da frequência de respostas	47
5.3. Fatores intrínsecos ao sistema de saúde – descritos por Karine	51
5.3.1. Prevenção e diagnóstico – o pilar	51
5.3.2. Cuidados diferenciados ao paciente com TB – o carro	53
5.3.3. O conflito das condições de trabalho com o TDO – o morro	57
5.3.4. A equipe de saúde – o chão e o bilhete	60

5.3.5.	Fatores relacionados à Assistência Farmacêutica pública – a dispensa cheia	61
5.3.6.	Percepções associadas à práxis do TDO – as faces da moeda.....	63
5.4.	Fatores intrínsecos aos ACS na execução do TDO – descritos por Thaís.....	65
5.4.1.	(Des)conhecimento dos ACS acerca do tema – a fome	65
5.4.2.	Sugestões de mudanças no modo como o TDO é executado – o especialista....	67
5.4.3.	Preocupação com a transmissibilidade – a máscara	70
5.4.4.	Contribuição do ACS para o TDO domiciliar – o elo.....	72
5.5.	Aspectos e desfechos relacionados ao tratamento de TB – descritos por Cecília	74
5.5.1.	A adesão e o abandono – os comprimidos	74
5.5.2.	Aspectos relacionados ao tratamento que afetam a adesão – a corrosão	76
5.6.	Fatores intrínsecos ao paciente e seu contexto sociocultural – descritos por Fernando	78
5.6.1.	Família e demais contatos dos pacientes – o jogo de cadeiras.....	78
5.6.2.	Encontros e desencontros com o TDO domiciliar – a casa vazia.....	81
5.7.	A vulnerabilidade social – a guerra.....	84
5.8.	Empoderamento como um indutor de mudança – descrito por Graça	87
5.8.1.	Estigma e preconceito – a porta fechada.....	88
5.8.2.	Divergências entre algumas relações de poder existentes no TDO – a criança ..	89
5.8.3.	Ações para uma participação mais efetiva do paciente no tratamento – a mãe	93
5.8.4.	Ações educativas à comunidade – os panfletos	95
5.8	Análise reflexiva do autor	97
6.	LIMITAÇÕES	99
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	116
	APÊNDICE B – DOCUMENTO DE Cadastro INICIAL do ACS	118
	APÊNDICE C –QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO E QUALITATIVO.....	119
	APÊNDICE D – RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, LOCAL DE TRABALHO E ATUAÇÃO NO COMBATE À TUBERCULOSE DOS ACS	124
	ANEXO A – PARECER DO CEP-UFMG.....	127
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMSA/BH129	

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma infecção causada mais comumente pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* e, embora possa acometer praticamente qualquer órgão, a maioria das infecções é restrita aos pulmões. (BRASIL, 2010; MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2010). A doença é um grande desafio para a saúde mundial, sendo estimado que nove milhões de pessoas adoeceram em 2013. O Brasil está entre os 22 países que abrigam 82% dos casos no mundo. É uma enfermidade que está atrelada às iniquidades sociais, estando entre as prioridades do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; OMS, 2014).

A região metropolitana de Belo Horizonte (BH) destaca-se não somente pela importância política e econômica, mas também por razões epidemiológicas. Devido ao número de casos, é uma área relevante para o combate à TB dentro do estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012).

O tratamento da TB possui uma complexidade de fatores capazes de afetar a adesão do paciente. Podem ser citados os relacionados ao sistema de saúde, como a dificuldade ao acesso, à condição clínica do paciente (como a presença de comorbidades) ao tratamento (como as reações adversas) aos aspectos socioeconômicos (como a violência) e, por fim, fatores culturais (como a falta de confiança na antibioticoterapia) (OMS, 2003).

Baseado nisso, foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o Tratamento Diretamente Observado (TDO), o qual envolve a supervisão da deglutição dos medicamentos pelo paciente, com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento e reduzir o abandono, diminuindo a transmissibilidade do bacilo e os seus casos de resistência aos antimicrobianos (BRASIL, 2011a). A supervisão pode ser realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou qualquer integrante da equipe de saúde (BRASIL, 2011b).

No Brasil, os ACS atuam na atenção primária à saúde (APS) desde a década de 90. A fim de integrar o sistema de saúde à comunidade, eles devem ser moradores do local onde o trabalho será realizado (BRASIL, 2001). Em Belo Horizonte (BH), são essenciais no controle da TB e na execução do TDO. Contudo, ainda necessitam de

conquistas no campo profissional, tais como remuneração satisfatória (SANTOS *et al.*, 2011) e maior participação nas decisões feitas pela equipe de saúde (MATUMOTO *et al.*, 2004).

Objetivou-se com esse trabalho compreender as percepções dos ACS de BH no que diz respeito à TB e seu tratamento, tendo em vista que o ACS possui experiências relacionadas à enfermidade e conhecem a situação operacional do TDO. Foi utilizada uma metodologia qualitativa, uma abordagem científica que não se restringe ao fenômeno em si, mas seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005). Com a pesquisa qualitativa se almeja compreender aspectos subjetivos tais como significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se expressam pela linguagem comum e na vida cotidiana (MINAYO, 1993). Há a possibilidade, também, de dar voz às pessoas e gerar um conhecimento mais rico sobre os detalhes da práxis de um grupo profissional.

Foi empregada como referencial teórico para o trabalho a Teoria das Representações Sociais, a qual afirma que a percepção da realidade extrapola o individual, sendo construída de acordo com as características sociais e partilhada por um grupo relativamente homogêneo (MOSCOVICI, 2007).

Pretende-se, com os resultados deste estudo, encontrar fatores que interferem no TDO e contribuir para a melhoria da qualidade do serviço de saúde no que tange ao combate a TB, subsidiando o aperfeiçoamento das atividades exercidas pelos ACS, de modo a tornar o serviço mais efetivo e menos opressor, tanto para os pacientes quanto para os profissionais envolvidos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Tuberculose

A TB é uma doença que envolve a infecção por bactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis*, um conjunto de microrganismos muito semelhantes morfológica e geneticamente, sendo mais frequente a infecção pelo próprio *M. tuberculosis* (FORRELLAD *et al.*, 2013; MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2010).

Embora a enfermidade possa envolver praticamente qualquer órgão, a maioria das infecções é restrita aos pulmões. Estima-se que 5 a 10% dos indivíduos infectados desenvolverão a doença, sendo mais propício com a presença de alguns fatores, como a dose infecciosa e a competência imune do paciente (BRASIL, 2010; FORRELLAD *et al.*, 2013).

Os sinais e sintomas dependem do sítio anatômico envolvido. Os indivíduos costumam queixar-se de mal-estar, perda de peso, tosse e suores noturnos. A característica do escarro é variada, podendo ser escasso, purulento ou sanguinolento (BRASIL 2010; MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2010).

O diagnóstico pode ser realizado pela análise microscópica de um esfregaço obtido a partir de uma amostra biológica, como o escarro. Emprega-se, também, a cultura e as técnicas moleculares. De forma complementar, há a possibilidade de se utilizar o raio-X, a tomografia computadorizada ou o teste de tuberculina. Este último baseia-se em uma inoculação cutânea de antígenos do *M. tuberculosis*. Uma vez infectado pelo bacilo, o paciente poderá ter uma reação de hipersensibilidade tardia e no local de aplicação ocorrerá uma reação imunológica do tipo celular que resultará em uma induração (endurecimento) da pele (BRASIL, 2010; TORTORA, FUNKE E CASE, 2012).

A OMS (2014) divulga, anualmente, um relatório atualizado sobre aspectos 'epidemiológicos globais a respeito da TB. De acordo com o último, referente ao ano de 2013, houve avanços no combate a doença, como a melhoria da qualidade dos dados disponíveis, a redução mundial da incidência de TB (alcançando uma das

metas do milênio da OMS) e a cura de 37 milhões de pessoas entre 2000 e 2013. Entretanto, alguns aspectos continuam sendo preocupantes:

- A TB é um grande desafio para a saúde mundial. Em 2013, cerca de nove milhões de indivíduos desenvolveram a doença;
- É a segunda maior causa de morte por doenças infectocontagiosas, precedida apenas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Mais de 500 mil dos que morreram por TB estavam infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. O número de óbitos pode ser considerado inaceitável, visto que grande parte pode ser evitada;
- O Brasil está entre os 22 países que abrigam 82% dos casos de TB no mundo. Esse grupo de países é conhecido como *high burden countries* (HBC), ou, em português, países com alta carga de TB;
- No Brasil, estimou-se que em 2013 a taxa de incidência era de 46/100.000 habitantes. A mortalidade situou-se próxima de 4.400 casos (2,2/100.000 habitantes). Contudo, não estão inclusas as mortes causadas por TB-HIV, que foram 2.100 (1,0/100.000 habitantes);

A TB no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social no qual ele se encontra. Os determinantes do estado de pobreza, como os extensos locais de miséria na periferia das grandes cidades e as fragilidades do sistema de saúde inibem a queda dessa doença, caracterizando-a como uma enfermidade de cunho social (BRASIL, 2008; MINAS GERAIS, 2012).

A relevância da doença para o governo brasileiro pode ser exemplificada por alguns aspectos. Os casos de TB devem ser notificados compulsoriamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a TB é uma das prioridades presentes no Pacto pela Saúde, uma importante política operacional do SUS. Pelo pacto, foi firmado o objetivo de se alcançar uma taxa de cura superior a 85%. Em 2012, o governo brasileiro gastou 14 vezes mais com o controle da doença do que em 2002 (BRASIL, 2006a; MINAS GERAIS, 2012; PILLER, 2012).

Minas Gerais é uma das Unidades Federativas com menor taxas de incidência do país, mas que possui uma das maiores cargas da doença (MINAS GERAIS, 2012). No ano de 2012, a taxa de incidência do estado de Minas Gerais situou-se por volta de 18,8/100.000 habitantes, enquanto que a taxa de incidência de BH foi

28,97/100.000 habitantes (BRASIL, 2015a), portanto, maior que a do próprio estado. Isso corrobora com o fato da TB ser cosmopolita (SANTIC E GALIC, 2013).

Além da influência na saúde, a TB pode gerar impactos econômicos, uma vez que acomete com mais frequência jovens e adultos, ou seja, pessoas em idade produtiva (BASTOS *et al.*, 2007; PAIXÃO E GONTIJO, 2007). Outros grupos populacionais associados a uma maior carga de TB são as minorias étnicas, usuários de drogas, etilistas, pessoas sem residência fixa, pacientes com o HIV, detentos, homens jovens e pessoas que moram em áreas urbanas (NAVA-AGUILERA *et al.*, 2009).

Apesar dos impactos da TB para a saúde pública do Brasil, houve muitos avanços. O país, juntamente com a China e a Rússia, apresentaram as menores taxas de incidência entre os HBC. Além do mais, está entre os 10 países HBC que alcançaram as metas do milênio da OMS. Essas metas são a diminuição em 50% da taxa de incidência e a diminuição da taxa de prevalência e mortalidade de 2015 comparados a 1990 (OMS, 2014).

2.2. Tratamento da Tuberculose

A antibioticoterapia preconizada tem duração mínima de seis meses e os medicamentos utilizados variam conforme a fase do tratamento, comorbidades, idade do paciente, sítio de infecção e recidiva/resistência do bacilo. Na maioria das vezes, a posologia é formada por uma dose única e combinada de princípios ativos (BRASIL, 2011a).

Frequentemente, os esquemas dividem-se em duas fases: intensiva e de manutenção. A primeira é formada por uma dose de ataque que costuma ser administrada por dois meses e constituída por um maior número de antimicrobianos. Na segunda, são utilizados menos fármacos, mas a duração mínima é de quatro meses (BRASIL, 2011a).

O esquema mais comumente utilizado, também chamado de “básico”, é o destinado a TB não meningoencefálica em adolescentes, adultos ou gestantes (BRASIL,

2011a). Como pode ser visto na Figura 1, empregam-se quatro fármacos na fase intensiva, Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E).

	Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/Dose
1º mês	2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20kg a 35kg	2 comprimidos
2º mês			36kg a 50kg	3 comprimidos
3º mês			> 50kg	4 comprimidos
4º mês	4 RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula 300/200 ou 150/100	20 a 35kg	1 comprimido ou cápsula 300/200mg
5º mês			36kg a 50kg	1 comprimido ou cápsula 300/200mg + 1 comprimido ou cápsulas 150/100mg
6º mês			> 50kg	2 comprimidos ou cápsulas 300/200mg

FIGURA 1 – Esquema básico de tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde. Fonte: BRASIL, 2011a, p. 62. Adaptado pelo autor.

Existem diversas Reações Adversas a Medicamentos (RAM) descritas para os principais antimicrobianos empregados na primeira linha do tratamento da TB (Quadro 1). Estas podem ser divididas em menores ou maiores, de acordo com a gravidade (ARBEX et. al., 2010). Elas podem acometer uma proporção considerável dos pacientes, como evidenciado no estudo de Vieira e Gomes (2008), no qual observou-se que 49,1% dos pacientes avaliados apresentaram RAM.

QUADRO 1

Algumas RAM menores ou maiores descritas para os medicamentos usados no tratamento da tuberculose.

Provável princípio ativo envolvido	Reações adversas menores	Reações adversas maiores
Rifampicina	Anorexia, náuseas ou dor abdominal, prurido cutâneo, urina de cor alaranjada ou avermelhada.	<i>Rash</i> cutâneo com ou sem prurido e icterícia.
Isoniazida	Anorexia, náuseas ou dor abdominal, prurido cutâneo, dormência ou formigamento nos pés e nas mãos e sonolência.	<i>Rash</i> cutâneo com ou sem prurido e icterícia.
Pirazinamida	Anorexia, náuseas ou dor abdominal, artralgia e hiperuricemia (com ou sem sintomas).	<i>Rash</i> cutâneo com ou sem prurido e icterícia.
Etambutol	Prurido cutâneo e alterações gastrointestinais.	Alterações visuais.
Maioria dos medicamentos tuberculostáticos	-----	Confusão (suspeitar de insuficiência hepática aguda induzida pelas drogas se existir icterícia)

Fonte: Arbex *et al.* (2010), p. 648. Adaptado pelo autor.

Além das RAM, existem muitas interações medicamentosas conhecidas, sendo algumas delas provocadas pelos fármacos de primeira linha do tratamento da TB, que podem diminuir ou aumentar a concentração plasmática de muitos fármacos. Por exemplo, a rifampicina diminui a concentração de diversos medicamentos como anticoagulantes orais, contraceptivos orais, antifúngicos azóis, barbitúricos, corticosteroides, digoxina, haloperidol e sulfoniluréias (BRASIL, 2006b).

2.3. A adesão ao tratamento

A adesão não é um termo limitado aos medicamentos. A sua utilidade perpassa o fármaco e envolve outros aspectos em diversas áreas. Por isso, é definida como a extensão no qual o comportamento de um paciente em relação à administração de um medicamento, cumprimento de uma dieta ou execução de mudança de hábitos de vida está de acordo com as recomendações de um serviço de saúde (OMS, 2003).

Trostle (1988, citado por OMS, 2003), por sua vez, define que a não adesão é um subproduto inevitável das colisões entre o mundo da clínica e os outros mundos conflitantes de trabalho, diversão, amizades e vida familiar. Citam-se aqueles relacionados ao paciente (como motivações ou atitudes), às condições socioeconômicas (como pobreza ou assistência social), ao quadro clínico (como comorbidades ou estágio da doença), ao tratamento (como sua complexidade ou RAM) ou à equipe de saúde (como a relação profissional-paciente) (OMS, 2003).

O usuário, na maioria das vezes, possui a liberdade de escolha sobre o tratamento. Hoje em dia, permanece marcante a influência do contexto biomédico, no qual o paciente é visto como o receptor de um regime terapêutico. Aqueles não aderentes, isto é, aqueles que não estão em conformidade com as expectativas dos profissionais de saúde, são considerados um “desvio” (NICE, 2009; OMS, 2003).

Na verdade, a não adesão pode representar uma limitação dos cuidados de saúde, como irregularidade no acompanhamento ou uma discordância da prescrição por parte do paciente. Os usuários podem ficar frustrados se as suas preferências não são consideradas e, por isso, eles devem participar ativamente de sua própria assistência. Por meio do diálogo, exploram-se alternativas, negocia-se o regime, discute-se a adesão e se realiza o acompanhamento. Havendo interesse, familiares e cuidadores também devem ter a oportunidade de se envolver nas decisões sobre o tratamento. As evidências disponíveis devem ser adaptadas às necessidades de cada um (OMS, 2003; NHS, 2005; NICE, 2009).

Não existe uma única estratégia de intervenção para todas as situações clínicas. Em suma, é recomendável que sejam individualizadas, em um processo dinâmico de

avaliar e agir. Podem ser empregados o monitoramento eletrônico, autorrelato e educação em saúde, porém, continua sendo um desafio conhecer a real situação do tratamento (OMS, 2003; NHS, 2005).

A revisão sistemática de Nieuwlaat *et al.* (2014) incluiu 182 ensaios clínicos randomizados contendo intervenções que objetivaram melhorar adesão. Houve diferenças marcantes entre os estudos em relação às doenças consideradas, tratamentos, formas de medir a adesão ou os resultados clínicos, de modo que impossibilitava quantificar as diferenças entre grupos, estimar o tamanho do efeito combinado ou uma análise quantitativa entre os resultados. Nos 17 estudos de alta qualidade, as intervenções foram complexas, empregando uma variedade de estratégias, como o apoio de profissionais de saúde, intensas atividades de educação em saúde, aconselhamento, motivação ou suporte ao tratamento, sendo utilizado, ainda, o apoio de familiares ou colegas de trabalho. Apenas cinco estudos encontraram resultados que melhoraram tanto a adesão aos medicamentos quanto os desfechos clínicos, sem a identificação de características comuns para o seu sucesso. Mesmo as intervenções mais eficazes, geralmente, não resultaram em grandes melhorias.

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido - NHS (2005) recomenda que os estudos de intervenção devam ser focados naquelas situações clínicas em que o tratamento farmacológico é mais benéfico que outras opções terapêuticas e que a alta adesão é importante para a eficácia e redução dos casos de resistência. Conforme Tortora, Funke e Case (2012), esse é o caso da TB, na qual a baixa adesão é uma das maiores barreiras ao seu controle. Ela tem contribuído para a diminuição das opções terapêuticas disponíveis por favorecer a emergência de casos resistentes.

Uma das necessidades urgentes está relacionada ao desenvolvimento de métodos para facilitar a divulgação clara sobre o uso de medicamentos, além de conversas abertas e isentas de julgamentos nas consultas (NHS, 2005). Uma das estratégias empregadas para melhorar a adesão é o TDO.

2.4. Tratamento Diretamente Observado

Diante da complexidade envolvida na terapêutica de um paciente que apresenta TB, foi proposto o TDO (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). Essa abordagem assistencial surgiu com declaração da OMS, em 1993, na qual se afirmava a grande preocupação mundial com TB (BRASIL, 2008).

Esta estratégia envolve uma mudança na administração dos medicamentos, que passa a ser feita com a supervisão de um profissional treinado. Tem como objetivos humanizar o cuidado, aumentar a adesão, reduzir a taxa de abandono, diminuir os casos de resistência e interromper a cadeia de transmissão da doença. Além do mais, procura-se a realização de uma educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada e voltada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde (BRASIL, 2011a).

O TDO é um instrumento de aproximação do paciente, uma forma de possibilitar a informação sobre a doença e a importância do tratamento para obtenção da cura (BRASIL, 2011 b), ou seja, a supervisão não envolve apenas o acompanhamento da deglutição dos fármacos. Torna-se também necessário remover as barreiras que impedem a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais (BRASIL, 2011a).

Recomenda-se que a tomada observada seja diária, de segunda a sexta-feira. No entanto, pode-se aplicar a observação por três vezes na semana, caso seja a única situação possível para os pacientes. Em ambos os casos, é necessário reforçar a importância de seguir corretamente a posologia (BRASIL, 2011b).

De acordo com a preferência ou condições do paciente, o TDO pode ser feito em uma unidade de saúde por meio de uma equipe de saúde da família (ESF), na Unidade Básica de Saúde (UBS), em um serviço de atendimento de HIV/AIDS, nos hospitais, no sistema prisional ou em domicílio. Deve-se ressaltar que a escolha do local é uma decisão do próprio paciente (BRASIL, 2011b).

O TDO pode ser realizado por qualquer integrante da equipe de saúde, como o enfermeiro, técnico em enfermagem e ACS. Contudo, a pessoa que participa da

administração dos medicamentos precisará ser identificada e aceita pelo paciente (BRASIL, 2011b).

Além da observação, deverá ser preenchido um registro chamado Ficha de Controle de TDO. Esse documento ficará na unidade de saúde ou poderá acompanhar o profissional. Em seu escopo existem espaços destinados às informações como o dia da tomada, a dose empregada e as intercorrências observadas (BRASIL, 2011b).

De forma a exemplificar a importância do TDO, pode-se citar o estudo de Reis-Santos *et al.* (2013), no qual se identificou que a realização do TDO foi um fator de proteção para óbitos por TB em pacientes com doença renal crônica. Contudo, no estudo qualitativo desenvolvido por Alves *et al.* (2012) foi observado que, na região metropolitana de João Pessoa (PB), o cuidado se limitou à verificação da ingestão ou não do medicamento e a alguns aspectos clínicos, como certas RAM.

Por fim, Augusto *et al.* (2013) observaram, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que o estado de Minas Gerais possuía uma pequena proporção de casos de TB aliado ao TDO, sendo declarado em apenas 21,8% deles. Pouco foi alcançado com relação à cura (66,2%) e ao abandono (11,8%), reforçando a necessidade da implementação e ampliação do TDO.

Em BH, o TDO é exercido frequentemente pelo ACS, um integrante da ESF intimamente ligado à comunidade na qual ele trabalha.

2.5. A Atenção Primária à Saúde e o Agente Comunitário de Saúde

Em 1978, a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, Cazaquistão, foi elaborado um documento intitulado Declaração de Alma-Ata, marco para a formulação da APS. Ficou afirmado que os cuidados primários de saúde constituem o meio que permitirá que todos os povos do mundo atinjam um patamar adequado para uma vida social e economicamente produtiva. Esse nível assistencial representa comumente o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, devendo ser destinado aos

principais agravos da região (BRASIL, 2002). Dessa forma, reduz o sofrimento e contribui para uma melhoria da qualidade de vida. Com o foco na pessoa, possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independente da presença ou ausência da doença (BRASIL, 2009a).

Além de ser um marco para a APS, a Declaração de Alma-Ata estabeleceu a participação de um novo integrante no contexto da saúde, o ACS. Este, treinado social e tecnicamente, seria capaz de responder às necessidades de saúde da comunidade (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

No Brasil foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde desde o início da década de 90. Com o tempo, foi substituído pelo Programa Saúde da Família, no qual o ACS estaria incluído juntamente com médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem (BRASIL, 2001).

Os ACS devem ser recrutados entre os residentes da própria comunidade na qual o trabalho seria realizado. Devem ser maiores de 18 anos, ter ensino fundamental completo e prestar assistência a, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas em uma área geográfica definida. Sua remuneração seria compatível com o cargo, sendo coordenado por um enfermeiro e vedado ter funções no serviço interno das UBS (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001; BRASIL, 2006c).

O controle e combate à TB é uma das atividades prioritárias do ACS. É necessário que esteja atento aos casos suspeitos, como os sintomáticos respiratórios, isto é, aqueles que tosse há mais de três semanas na população em geral ou que estão tossindo há mais de duas semanas em populações mais susceptíveis. Ademais, deve realizar a busca ativa de modo a aumentar e agilizar a detecção de casos e contribuir para que o tratamento seja realizado mais precocemente, diminuindo a morbidade, mortalidade e transmissibilidade (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

No tocante ao TDO, o ACS supervisiona a deglutição dos medicamentos e pode realizar a busca ativa dos faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento. Por fim, é capaz de promover ações educativas junto à comunidade ou aos pacientes de forma a alertar sobre os possíveis efeitos que os medicamentos para TB podem

provocar, a importância de uma alimentação adequada e as vantagens de se aderir ao tratamento (BRASIL, 2009b).

Conforme Santos *et al.* (2011), a importância do ACS para o combate à TB é combatida pela remuneração baixa, pouca valorização do trabalho desempenhado e a falta de confiança pelos gestores. Matumoto *et al.* (2004) afirmaram que a menor credibilidade do ACS se camufla em algumas atividades da ESF, como as reuniões. Nelas, primeiro fala o mais graduado, o socialmente mais reconhecido, para, em seguida, falar os demais, numa espécie de escala determinada pela posição-valor daquele profissional naquele microespaço social. Os trabalhadores de nível médio colocam-se de forma muito acanhada e raramente se ouve os ACS.

2.6. Belo Horizonte – caracterização sociodemográfica e estratégias de controle da tuberculose

A cidade de BH é a capital e o município mais populoso de Minas Gerais, população estimada em 2014 de 2.491.109 habitantes. Ademais, é a quarta cidade mais rica e está entre as sete com melhor infraestrutura no Brasil. Na saúde, forma junto com Sete Lagoas o polo da macrorregião de saúde do Centro do estado, situando-se na microrregião BH/Nova Lima/Caeté, que engloba 13 municípios (IBGE, 2015; MINAS GERAIS, 2012).

O SUS em BH está organizado em uma diversificada rede de atenção com diferentes níveis de complexidade. Fazem parte da APS os centros de saúde, também denominados UBS. Em 2012, havia 147 UBS nos nove distritos sanitários (“regiões”) existentes: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE 2013a; BRASIL, 2015c).

As UBS de BH estão categorizadas em valores crescentes de abonos de fixação, A, B, C ou D, de acordo com sua localização, acessibilidade, dificuldade de lotação de pessoal e prioridade administrativa. Segundo esse critério, as unidades classificadas com a letra D são consideradas mais críticas pela administração municipal, portanto, seus trabalhadores recebem um maior abono salarial em relação às outras unidades (BELO HORIZONTE, 1996; BELO HORIZONTE, 2007; BELO HORIZONTE, 2011).

Os trabalhadores de saúde estão cadastrados no sistema de informação do SUS, chamado de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O CNES é a base para operacionalizar outros sistemas de informações, propiciando um conhecimento maior da realidade da rede assistencial existente. Por meio do CNES foi possível identificar que estão alocados 2411 ACS nas UBS da cidade (BRASIL, 2015b).

Para facilitar o censo, o IBGE divide o território brasileiro em pequenas regiões, chamadas de setores censitários. Os setores censitários de BH, por sua vez, estão classificados de acordo com o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS), calculado levando-se em conta alguns indicadores sanitários e sociais que estão descritos no Quadro 2 (BELO HORIZONTE, 2013a).

QUADRO 2

Indicadores selecionados para a construção do índice de vulnerabilidade à saúde.

DIMENSÃO	INDICADOR
Saneamento	Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente.
	Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente.
	Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente.
Socioeconômica	Razão de moradores por domicílio.
	Percentual de pessoas analfabetas.
	Percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até meio salário mínimo.
	Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis (invertido).
	Percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena.

Fonte: Belo Horizonte, 2013a. Adaptado pelo autor.

A Região Metropolitana de BH destaca-se no contexto estadual não somente pela importância política e demográfica, mas, sobretudo, como região prioritária no combate da TB, sendo considerada uma grande área de transmissão e adoecimento. É uma região que responde por mais de um terço da carga de TB no estado. O local favorece a disseminação do *M. tuberculosis* por ter aglomerados, vilas e favelas. Soma-se a isso, a violência urbana e o tráfico de drogas, dificultando a obtenção de melhores índices (MINAS GERAIS, 2012).

Em BH, no ano de 2010, a taxa de cura de TB pulmonar bacilífera foi 65,7%, ou seja, abaixo da meta de 85%, sendo considerada apenas razoável pelo governo do estado (MINAS GERAIS, 2012). Outra questão preocupante é a taxa de abandono do tratamento da TB no município, que foi de 17,3% em 2012, estando muito acima do limite de 5% preconizado OMS (BELO HORIZONTE, 2013b).

2.7. A respeito da pesquisa qualitativa

Os ACS de BH devem ter muito a dizer a respeito de suas percepções sobre a TB, seu tratamento e o TDO. Uma maneira de ouvi-los seria por meio de uma pesquisa qualitativa. Os métodos qualitativos ou compreensivos são uma forma de abordar o mundo que se difere de outro mais inerente às ciências naturais, de cunho quantitativo. As ciências humanas são a base da construção metodológica da pesquisa qualitativa (TURATO, 2005).

Entretanto, mesmo havendo diferenças em relação à abordagem quantitativa, é errôneo simplesmente denominar o método qualitativo como aquele que não se baseia em números ou cálculos estatísticos, ou então, como uma forma de estudar a qualidade de um objeto. É mais adequado referi-lo como um método científico que não se restringe ao fenômeno em si, mas seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

Procura-se adentrar no nível mais profundo dos seres humanos, que estão em constante interação. Portanto, busca-se compreender os significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se expressam pela linguagem comum e na vida cotidiana (MINAYO, 1993).

O pesquisador qualitativista almeja criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, falar de uma ordem invisível ao olhar comum. A visão desse cientista precisa ser feita na perspectiva dos entrevistados, ou seja, tentar ver o mundo pelos olhos dos outros. Deve-se, principalmente, trazer conhecimentos originais e não se fixar nas teorias existentes (TURATO, 2005).

Um método qualitativo não procura a quantificação das uniformidades e padrões, pois poderia estar descaracterizando o que há de essencial nos fenômenos e nos processos sociais. Por meio dele há uma compreensão de que os seres humanos respondem a estímulos externos de maneira seletiva. É no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa (MINAYO, 1993).

No universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (*corpus*). Respeitando a pluralidade dos significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico numa abordagem naturalística (CAMPOS, 2004).

Na área da saúde, a abordagem qualitativa permite conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença para melhorar a qualidade da relação multifacetada profissional-paciente-família-instituição, promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente, entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde (TURATO, 2005).

Tanto a pesquisa qualitativa quanto a quantitativa são necessárias, porém, em muitas situações, quando aplicadas isoladamente, são insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem ser utilizadas, em certas circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade (MINAYO, 1993).

De acordo com Sandelowski (1993) é errôneo considerar os pesquisadores isentos de preceitos e intenções. É equivocado supor que um projeto humano possa ser ateuórico. De acordo com o autor, o uso de teorias ocorre desde a formulação da hipótese até a conclusão dos resultados. Na pesquisa qualitativa, o uso de teorias pode ocorrer na determinação da amostra e dos dados, na análise e/ou interpretação dos resultados.

Para este trabalho optou-se por utilizar a Teoria das Representações Sociais.

2.8. Teoria das Representações Sociais

No ambiente, há inúmeras situações, eventos e indivíduos desconhecidos. Todavia, cada um procura explicar e compreender esse contexto, a fim de torná-lo previsível, familiar e mais controlável. O entendimento é constantemente necessário nas conversas, tomadas de decisões, ou quando se precisa de alguma opinião sobre um assunto (RATEAU *et al.* 2011).

Como o ser humano está imbricado em uma sociedade, a sua percepção é moldada por grupos, associações e comunidades nas quais ele faz parte. Neste sentido, a reconstrução da realidade perpassa o individual, sendo uma representação elaborada de acordo com as características sociais e partilhada por um grupo relativamente homogêneo. As Representações Sociais emergem nesse contexto (RATEAU *et al.* 2011).

Isso significa que a comunidade transforma o objeto em algo social, a partir de influências históricas, culturais e macrossociais. Sua formulação é feita de modo a permitir uma estabilidade e orientação comunitária, além de ser utilizado para a comunicação entre os indivíduos. Por sua vez, os grupos de pessoas não costumam viver em isolamento, sofrendo interferências de eventos naturais e outros grupos também (WAGNER *et al.* 1999).

As pessoas analisam, comentam, formulam 'filosofias' espontâneas, não oficiais, que têm um impacto decisivo em suas relações sociais, em suas escolhas, na maneira como eles educam seus filhos, como planejam seu futuro, etc. Os acontecimentos, as ciências e as ideologias apenas lhe fornecem o "alimento para o pensamento". (MOSCOVICI, 2007, p.45).

Uma vez aceita e difundida uma definição, ela se torna parte integrante dos indivíduos, por meio das relações interpessoais. Em suma, são a realidade das vidas cotidianas e o principal meio de se relacionar. Por meio dessas relações sociais (interação, comunicação e expressão) que os conhecimentos são gerados. Portanto, há sempre influência e interesse humano na geração do conhecimento. Em outro sentido, as descobertas acabam por influenciar o cotidiano (MOSCOVICI, 2007).

Componentes não classificados ou nomeados são estranhos e ameaçadores. Devido a esse fato, ocorre inicialmente a ancoragem, que basicamente significa

classificar e dar nome a algum objeto. Não obstante, o grupo carece de algo específico e original, utilizando-se, então, de representações existentes, consideradas aplicáveis. Por exemplo, a AIDS foi primeiramente compreendida como tendo características de doenças venéreas pré-existentes, ou que se assemelhava à sífilis, tendo sido, inclusive, considerada um castigo divino (MOSCOVICI, 2007; WAGNER *et al.*1999).

Quando se classifica algo, está dando-o uma polaridade, um valor positivo ou negativo. Mais do que rotular e graduar, é interpretar, compreender e formar opiniões. As representações sociais rejeitam a concepção ou pensamento que não seja feito por meio do processo de ancoragem, visto que sempre pressupõem um posicionamento, um ponto de vista, todos baseados em algum consenso (MOSCOVICI, 2007; WAGNER *et al.*1999).

A outra etapa de enfrentamento do novo fenômeno é a objetivação. Ela é definida como um mecanismo pelo qual o conhecimento socialmente representado atinge a sua forma específica. Isso significa que há uma construção de um ícone ou metáfora que reproduz visivelmente um complexo de ideias (MOSCOVICI, 2007; WAGNER *et al.*1999).

Objetivar é dar forma a abstração, é materializá-la. Às vezes, a ponto de ser específica e compreensível daquela representação. Por outro aspecto, objetivar é comparar. Por exemplo, ao comparar Deus com um pai, está dando uma forma de ver algo que antes era invisível, como também adicionando qualidades e implicações. As imagens podem se tornar tão corriqueiras e aceitas que se juntam a realidade. Nesse estágio, o que é percebido/vivido substitui o que foi concebido/criado. Mas essa fundamentação não é definitiva, com o tempo, as imagens vão sendo modificadas e substituídas (MOSCOVICI, 2007; WAGNER *et al.*1999).

Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para

fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2007, p. 78).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Compreender as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde de Belo Horizonte sobre a tuberculose e seu tratamento.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde segundo características sociodemográficas e profissionais, do serviço de saúde e de atuação em tuberculose;
- Encontrar aspectos capazes de interferir na execução do Tratamento Diretamente Observado e na assistência à saúde do paciente acometido por tuberculose;
- Propor medidas baseadas na percepção dos Agentes Comunitários de Saúde que possam contribuir para a execução do Tratamento Diretamente Observado.

4. METODOLOGIA

4.1. Esclarecimentos preliminares

Os resultados aqui apresentados são a parte qualitativa de um projeto maior intitulado: “Conhecimento e percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre tuberculose, medidas de controle e Tratamento Diretamente Observado, no município de BH, Minas Gerais”. Com este trabalho transversal buscou-se, além de atender os objetivos explicitados no item anterior, avaliar quantitativamente o nível de conhecimento dos ACS sobre TB, medidas de controle e TDO.

4.2. Locais de coleta, população e critérios de inclusão

Foram integrados ao estudo, os ACS vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de BH. O processo de amostragem foi aleatório e representativo da população de interesse. O cálculo do tamanho mínimo da amostra foi definido a partir do total de 2720 ACS registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2012. Foram considerados: prevalência a priori de 50% devido ao desconhecimento da proporção do evento, nível de significância de 5%, intervalo de confiança de 95%, efeito de desenho igual a um e perda estimada de 30%, totalizando uma amostra mínima de 438 ACS. Para considerar, na composição da amostra, a proporção de ACS em cada um dos distritos sanitários de BH e o perfil das UBS segundo a classificação do abono de estímulo à fixação profissional, ampliou-se o número de ACS a serem entrevistados para 679.

O processo de definição da composição da amostra foi realizado em duas etapas. Inicialmente, foi definido o número de ACS de cada distrito sanitário na amostra, considerando-se a proporção desses indivíduos em relação a população total de ACS. Posteriormente, foi determinado o número de ACS a serem entrevistados segundo categoria de abono de fixação, considerando o percentual de UBS em cada categoria de abono e o número de ACS a serem entrevistados em cada distrito

sanitário. Em seguida, definiu o número de UBS a serem incluídas na pesquisa, considerando a proporção de ACS por distrito sanitário e por abono salarial, resultando em um total de 37, sendo sete registrados com abono fixação A, nove com abono B, doze com abono C e nove com abono D.

A partir disso, foram gerados números aleatórios no *software* OpenEpi para as UBS de cada categoria de abono e distrito sanitário e realizou o sorteio para inclusão na amostra.

Os ACS que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente no APÊNDICE A, foram considerados elegíveis para a pesquisa.

4.3. Coleta de informações

A coleta foi realizada entre quatro de julho de 2013 e seis de dezembro de 2013 nas UBS às quais os ACS estavam vinculados. O instrumento de coleta era um questionário de avaliação quanti-qualitativo (APÊNDICE C).

A seção qualitativa era composta por três questões auto-aplicáveis, isto é, lidas e respondidas pelo próprio entrevistado, sendo elas:

- O que você encontra como DIFICULDADE, na sua rotina de trabalho, para executar o Tratamento Diretamente Observado (TDO)? (cite até três dificuldades)
- O que você encontra como FACILIDADE, na sua rotina de trabalho, para executar o Tratamento Diretamente Observado (TDO)? (cite até três facilidades)
- O que você mudaria no serviço de saúde para facilitar a adesão ao tratamento de um paciente com tuberculose? (cite até três sugestões)

4.4. Considerações éticas

O projeto de pesquisa recebeu, em 04 de março de 2013, anuência da Gerência de Assistência à Saúde (GEAS), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de BH (SMSA/BH). Posteriormente, foi obtido parecer favorável nº 224.845 do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG) em 20 de março de 2013 (ANEXO A). Em seguida foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da SMSA/BH sob o número 14046913.5.0000.5149 em 9 de abril de 2013 (ANEXO B). Todos os aspectos éticos estão preconizados nos termos da Resolução CNS 196/96, vigente à época, e também atendem as recomendações da Resolução CNS 466/12.

A identidade do ACS foi substituída por identificador único (numeral) na base de dados, no intuito de preservar a confidencialidade dos participantes. Os formulários e questionários contendo os dados coletados estão mantidos em arquivo fechado e estão disponíveis apenas à equipe pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas por examinadores previamente treinados e a análise foi apresentada de maneira coletiva. Previamente, foi realizado um contato com os gerentes dos distritos sanitários e das UBS selecionadas para a pesquisa, com o objetivo de apresentar o projeto e definir os dias, horários e espaços físicos adequados para a aplicação dos questionários.

Inicialmente, foi realizada uma explanação das características do estudo como a justificativa, objetivos e métodos, deixando explícito o fornecimento de mais esclarecimentos, em caso de dúvida. Os participantes prosseguiram com a leitura do TCLE (APÊNDICE A), que deveria ser assinado caso esses concordassem em participar. Foi garantida confidencialidade e sigilo das informações. Os ACS poderiam interromper a participação do estudo quando desejassem.

Aqueles que concordaram em participar do estudo preencheram o Cadastro Inicial do ACS (APÊNDICE B). Os nomes das UBS sorteadas não foram divulgados.

4.5. Caracterização quantitativa da população estudada

De forma a compreender melhor a população estudada, foi feita uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas, local de trabalho e atuação no combate à TB (APÊNDICE D). Os dados foram coletados e digitados no programa GNU PSPP versão 0.8.0, com uma posterior conferência dos mesmos por outro pesquisador, de modo a aumentar a confiabilidade do banco. A análise descritiva foi realizada no programa SPSS versão 21.

4.6. A metodologia qualitativa

A análise dessas informações foi realizada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008) aliada à categorização dos recortes sugerida por Gibbs (2009). Conforme supracitado, para o referencia teórico utilizou-se a Teoria das Representações Sociais.

4.6.1. Análise de Conteúdo

A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de mensagens, como textos, respostas discursivas e entrevistas. Visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição de indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção das mensagens (BARDIN, 2008).

É importante reforçar que tudo dito ou escrito é passível de ser analisado por meio dessa metodologia, mesmo em situações controladas e independentemente do veículo de significados (BARDIN, 2008).

Existem diferentes métodos de análise de conteúdo, contudo, todos se baseiam em três etapas que são, respectivamente, a pré-análise, a exploração do material e o

tratamento dos resultados com inferência e interpretação (BARDIN, 2008). Com base nos preceitos da análise de conteúdo, segue detalhadamente as etapas de análise empregadas nesse estudo:

Pré-análise – foram transcritas as respostas e realizou-se uma leitura flutuante de forma a aumentar a familiaridade com o material, possibilitando, assim, a observação dos conteúdos e hipóteses emergentes. Nessa etapa, houve algumas decisões sobre os aspectos metodológicos que devem ser ressaltados.

Foi decidido apresentar os resultados de forma conjunta, contendo as falas tanto de quem praticou quanto de quem declarou não ter praticado o TDO, visto que um número expressivo de participantes que declararam não o ter realizado se dispuseram a responder às perguntas, muitos se baseando nas experiências de outros colegas de trabalho.

De acordo com Morse (1989), é relevante selecionar os participantes que possibilitarão observar de forma mais adequada o fenômeno, como aqueles mais relacionados à pergunta de pesquisa. A inclusão de ACS que não tiveram uma experiência direta com o TDO não compromete o entendimento da situação, pelo contrário, o enriquece. Esses trabalhadores estavam imersos no cotidiano da UBS em que trabalhavam, possuíam contato com outros trabalhadores que executaram o supervisionamento, prestavam assistência à saúde aos moradores da comunidade, além de possuírem certa noção do que é o TDO, conforme identificado em muitas respostas.

A importância desses participantes no estudo do fenômeno pode ser corroborada por Moscovici (2007). De acordo com o autor, os indivíduos fundamentam suas opiniões nas conversações do cotidiano, de suma importância para a criação do consenso e configuração das representações sociais. Portanto, entre suas conversas e contatos, os ACS, experientes ou não, estão fundamentando as suas representações sobre a TB e o TDO.

Foi observado, ainda, que algumas facilidades eram somente a ausência das dificuldades e vice-versa, ou que uma sugestão era destinada a uma dificuldade. Por isso, todas as respostas foram analisadas conjuntamente, de modo a serem

apontados e compreendidos os fatores que influenciam a práxis dos ACS relacionada à TB.

Exploração do material – como mencionado, foi realizada a exploração do material conforme sugerido por Gibbs (2009). Esta etapa foi executada por meio do programa Nvivo versão 10, com o auxílio e revisão de um pesquisador e ajuda de outro, em caso de discordância. Esse *software* possibilitou a inclusão de anotações, o recorte das respostas em unidades semânticas e a organização pelo assunto encontrado em subcategorias, com a descrição detalhada do significado de cada uma. Em suma, foi feita uma codificação aberta/exploratória das estruturas de acordo com as ideias centrais, com os critérios de inclusão de cada código bem explicitados.

Depois da codificação e reorganização dos trechos, procedeu-se com a categorização proposta por Bardin (2009). As categorias são classes nas quais se reúnem um grupo de códigos/subcategorias semelhantes, sob um título genérico. Nesta etapa, optou-se por basear categorias na classificação dos fatores interfentes na adesão publicado pela OMS (2003).

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – foi feita a descrição dos resultados de acordo com o tema. Foram feitas inferências sobre as causas e consequências dos achados, sempre referenciando com os dados de outros autores. Nessa etapa, utilizou como fundamento teórico a Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici.

Foi utilizada a Teoria das Representações Sociais pelo entendimento dos resultados como um fenômeno social, dado que as coletas individuais foram empregadas visando à análise e interpretação de situações relacionadas a um grupo.

Houve uma preocupação de encontrar fatores históricos e culturais que poderiam ter contribuído para as percepções, isto é, as ancoragens envolvidas. O encontro desses aspectos possibilitou o aprofundamento e a problematização do tema, o conhecimento de algumas influências da atuação profissional e a formulação de intervenções ou medidas educativas mais adequadas.

Da mesma forma, por meio do conceito da objetivação, tentou-se descobrir projeções, imagens e metáforas dessas percepções. As metáforas, quando empregadas adequadamente, podem facilitar a compreensão do tema, ampliar e

aprofundar significados, sem contar na possibilidade de resumir os achados e evocar a emoção dos leitores (CARPENTER, 2008).

4.6.2. Forma de apresentação dos resultados

De modo a tornar a leitura mais fluida e atrativa para o leitor, optou-se pela apresentação dos resultados e discussão de forma conjunta. Com o mesmo objetivo, foram empregadas algumas estratégias de composição e escrita criativa, apresentadas abaixo.

Baseado em Pelias (2011), foi utilizada a estratégia reflexiva, isto é, as contribuições da história de vida do autor para a interpretação dos dados e, em contrapartida, o enriquecimento do trabalho para o seu desenvolvimento pessoal, profissional e científico. Tal estratégia esteve presente em um tópico deste trabalho, relatado na primeira pessoa.

A estratégia evocativa, também descrita por Pelias (2011), foi utilizada por meio de alguns elementos literários. Optou por aspectos presentes em uma narrativa não ficcional (PIIRTO, 2008), em suma, a criação de diálogos, o emprego de personagens, e, em alguns momentos, o uso de uma linguagem menos técnica e mais próxima da oralidade.

Como os resultados foram apresentados de forma agregada, com os trechos de muitas falas interconectados, decidiu-se criar um personagem para cada categoria, como se fosse um representante das respostas existentes nessa categoria. Para tanto, cinco personagens foram criadas: Karine, Thaís, Cecília, Fernando e Graça. As características dessas personagens foram baseadas nos dados sociodemográficos do grupo e nas lembranças da coleta de dados, sem a utilização de nomes reais.

Com o propósito de delimitar e esclarecer para o leitor em que ponto se iniciava e terminava a resposta individual de um participante, foram usadas aspas visto que, às vezes, as respostas estão interconectadas como falas únicas dos personagens.

A fim de tornar coerente e coesiva a união das diversas respostas em cada categoria, foram utilizados conectores que não estão entre aspas e, portanto, se basearam na interpretação do autor ou nos enunciados das perguntas às quais foram respondidas (dificuldades, facilidades ou sugestões).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Perfil sociodemográfico e dos locais de trabalho dos ACS

Participaram do estudo 428 ACS, que equivalem a, aproximadamente, 63,0% da amostra calculada (679 trabalhadores). A perda ocorreu por diversos motivos, na maior parte pelo não comparecimento ao dia da coleta (120), por discordância do número obtido pelo CNES com a quantidade real de trabalhadores alocados em cada estabelecimento (62) e por ausência de resposta às perguntas qualitativas (61). Uma menor perda ocorreu pela decisão de não querer participar da pesquisa, isto é, não ter assinado o TCLE (8).

As mulheres foram muito numerosas entre os ACS de BH, representando 93,0% da amostra estudada. No grupo de participantes havia moças, rapazes, senhoras, senhoritas... pessoas de idades variadas (entre 23 e 74 anos) e diferentes estados civis, com um pouco mais de 50% declarando-se casados. Em relação ao grau de escolaridade, 73,8% tinham o ensino médio completo. Um pouco superior à metade (51,5%) trabalhavam há seis anos ou mais, enquanto que 25,5% tinham completado 12 ou mais anos de profissão – média igual a $8,4 \pm 4,1$ anos (Tabela 1).

TABELA 1

Características sócio-demográficas dos ACS de Belo Horizonte, ano 2013 (n=428)

Característica	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)¹
<i>Gênero</i>		
Feminino	398	93,0
Masculino	30	7,0
<i>Faixa etária</i>		
18 a 29 anos	30	7,1
30 a 39 anos	167	39,0
40 a 49 anos	125	29,2
50 anos ou mais	102	23,8
<i>Nível de escolaridade</i>		
Ensino fundamental	18	4,2
Ensino médio – incompleto	32	7,5
Ensino médio – completo	316	73,8
Ensino superior – incompleto	42	9,8
Ensino superior – completo	18	4,2
Pós-graduação	2	0,5
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	120	28,0
Casado	221	51,6
Divorciado	45	10,5
União estável	31	7,2
Viúvo	11	2,6
<i>Tempo de atuação²</i>		
0 a 3 anos	50	11,7
3 a 6 anos	87	20,3
6 a 9 anos	56	13,1
9 a 12 anos	55	12,9
12 anos ou mais	109	25,5

¹ Em alguns casos, a soma das frequências não é igual a 100%, devido à exclusão dos não respondentes.

²16,6% não respondentes.

A maior proporção acompanhava uma microárea com IVS médio (39,0%). Porém, 43,0% prestava assistência em microáreas consideradas de risco elevado ou muito elevado. Aproximadamente 90% acompanhavam mais de 150 famílias, com média de $253,6 \pm 100,64$. Dentre os participantes, 59,3% participavam de uma ESF completa e, quando questionados sobre quais trabalhadores estão em falta na equipe, o próprio ACS foi relatado por 25,9%. A responsabilidade pela supervisão

das ações de controle da TB foi atribuída ao enfermeiro por 90,6% dos ACS e a maioria (79,2%) considerou positiva a supervisão dada pelos profissionais (enfermeiros ou outros) classificando-a como satisfatória ou excelente (Tabela 2).

TABELA 2

Características dos serviços de saúde relatadas pelos ACS de Belo Horizonte, ano 2013 (n=428)

Característica	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)¹
<i>Classificação IVS da microárea</i>		
Risco baixo	55	12,9
Risco médio	167	39,0
Risco elevado	109	25,5
Risco muito elevado	75	17,5
Mais de um IVS na micro-área	17	4,0
<i>Número de famílias acompanhadas</i>		
Até 150 famílias	26	6,1
Mais de 150 famílias	386	90,2
<i>Vínculo com ESF</i>		
Sim	424	99,1
Não	3	0,7
<i>ESF completa</i>		
Sim	254	59,3
Não	168	39,3
<i>Trabalhadores em falta na ESF²</i>		
ACS	111	25,9
Médico	56	13,1
Demais categorias profissionais ³	18	4,2
Equipe completa	256	60,0
<i>Profissional responsável pela supervisão das ações no controle da TB²</i>		
Enfermeiro	388	90,6
Médico	157	36,7
Farmacêutico	45	10,5
Demais categorias profissionais ⁴	58	13,6

TABELA 2

Características dos serviços de saúde relatadas pelos ACS de Belo Horizonte, ano 2013 (n=428)
(Continuação)

Característica	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%) ¹
<i>Avaliação da supervisão</i>		
Insatisfatória	11	2,6
Regular	44	10,3
Satisfatória	233	54,4
Excelente	106	24,8
<i>Execução do TDO</i>		
Sim	219	51,2
Não	203	47,4

¹A soma das frequências não é igual a 100%, devido à exclusão dos não respondentes. ² Além da exclusão dos que não responderam, a soma das frequências não é igual a 100% por haver casos em que mais de uma classe profissional foi respondida. ³As demais categorias são enfermagem, técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem. ⁴As demais categorias são ACS, gerente, gerente adjunto, assistente social, técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem.

Foi possível perceber que os participantes acompanhavam um número considerável de famílias e sentiam falta da participação de mais colegas de profissão na execução das tarefas. Tais aspectos são capazes de comprometer a qualidade do combate à TB e a execução do TDO e foram corroborados por subcategorias obtidas pela análise qualitativa¹.

Contudo, há características que podem contribuir para a assistência a saúde. Os ACS entenderam que a supervisão recebida foi satisfatória, apontando tanto o enfermeiro, o médico e o farmacêutico como os seus grandes supervisores. Esses profissionais foram citados diversas vezes nas respostas abertas, e a predominância de relações positivas na equipe de saúde também foi observada na análise qualitativa².

Na distribuição populacional de BH segundo cada IVS, verificou-se que 33,7% da população residia em setor censitário de risco baixo, 39,9% em risco médio, 19,1% em risco elevado e 7,3% em risco muito elevado (BELO HORIZONTE, 2013a). No

¹ Subcategorias: o conflito das condições de trabalho com o TDO e a equipe de saúde, descritas adiante.

² Subcategorias: a equipe de saúde, fatores relacionados à Assistência Farmacêutica pública e sugestões de mudanças no modo como o TDO é executado.

entanto, é diferente a proporção de ACS por categoria de IVS encontrada na amostra, havendo duas explicações para o fato. É possível que os entrevistados tivessem dificuldade de autorrelatar o IVS do seu local de trabalho ou, dada à representatividade da amostra, a proporção de ACS nas áreas de risco elevado e muito elevado seria maior por causa da alta probabilidade de adoecer e de usar o SUS nessas localidades. Esta situação é respaldada pelo fato da implementação das ESF em BH ter ocorrido prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade em saúde (TURCI, 2008).

5.2. Informações iniciais da pesquisa qualitativa: apresentação das categorias e análise da frequência de respostas

Mesmo se tratando de um questionário autoaplicável, parecia que, às vezes, não existiam letras escritas nos papéis, mas muitas “vozes”. Principalmente durante a análise de conteúdo, na qual havia a impressão de se ouvir gritos na leitura quando um tema estava emergindo.

Na Tabela 3 estão descritas as categorias e as respectivas subdivisões obtidas pela análise dessas vozes. A primeira a ser descrita é intitulada fatores intrínsecos ao sistema de saúde. Com a participação da personagem Karine, contém temas sobre a equipe de saúde, à Assistência Farmacêutica, às medidas relacionadas ao combate à TB e às dificuldades do ACS conciliar o TDO ao restante do trabalho.

Thaís é a ACS fictícia que representa a categoria fatores intrínsecos aos ACS na execução do TDO. Associada à forma com que o ACS compreende a sua participação nessa práxis, inclui comentários sobre os anseios, dúvidas e sugestões de quem deveria participar da execução.

Em aspectos e desfechos relacionados ao tratamento de TB, relatado por Cecília, nota-se a presença de temas sobre as dificuldades ocasionadas pela singularidade do tratamento, assim como respostas sobre a adesão e o abandono em que não estão bem detalhadas as causas.

Fernando é o personagem pelo qual foram apresentados os fatores intrínsecos ao paciente e seu contexto sociocultural, como o trabalho, as ausências no horário marcado para o TDO, os familiares e os problemas sociais.

Em o empoderamento como instrumento de mudança, representada pela personagem Graça, se explicitam os momentos de tensão entre as relações de poder entre aqueles diretamente envolvidos no tratamento da TB em BH (ACS e pacientes), além de fatores que poderiam ser melhorados com a adoção de medidas educativas (empoderamento). Dentre os temas associados estão o preconceito, o constrangimento ocasionado pelo TDO, a sensação de falta de interesse do usuário e a referida adoção de medidas educativas, individuais ou comunitárias.

Na Tabela 3 também estão apresentadas as frequências de ACS que responderam cada categoria/subcategoria, assim como a proporção desses que declararam ter realizado ou não o TDO.

Houve uma maior proporção daqueles que declararam ter realizado o TDO na quase totalidade das categorias/subcategorias. Essa diferença ficou mais evidente em subcategorias com temas mais específicos, sobre situações que provavelmente compreenderiam melhor se as tivessem vivenciado, como os problemas de horário (encontros e desencontros com o TDO domiciliar), apoio da equipe de saúde e da Assistência Farmacêutica (a equipe de saúde e fatores relacionados à Assistência Farmacêutica pública), opiniões bem formadas sobre o TDO (percepções associadas à práxis do TDO), influência do alcoolismo, drogadição e escolaridade (vulnerabilidade social), as interações com os familiares dos pacientes (família e demais contatos dos pacientes), ou a percepção da própria contribuição à assistência por ser um ACS (contribuição do ACS para o TDO domiciliar).

Diferentemente, em estigma e preconceito, ações educativas à comunidade e (des)conhecimento dos ACS acerca do tema percebeu-se uma maior frequência relativa de trabalhadores que declararam ser inexperientes. Provavelmente, para as duas primeiras categorias, se deve ao fato desses temas serem difundidos quando se pensa na doença. O estigma, por exemplo, foi abordado por muitos autores, indicando o quão esse aspecto está associado à doença (DIAS *et al.*, 2013; ZUÑIGA, 2012; COREIL *et al.*, 2010; SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010). A OMS (2003), por sua vez, afirmou que as medidas educacionais são muito consideradas

quando se elabora uma estratégia de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento. Por fim, pode ser notado que os ACS inexperientes tendem a acreditar mais não possuir conhecimentos suficientes sobre a TB.

TABELA 3

Frequência das categorias e subcategorias obtidas na análise de conteúdo, segundo realização ou não de TDO pelos ACS¹

Categoria / Subcategoria	Executou o TDO² (n=242)	Não executou o TDO² (n=179)
<i>Fatores intrínsecos ao sistema de saúde</i>	169 (69,8%)	104 (58,1%)
<i>Prevenção e diagnóstico</i>	22 (9,1%)	20 (11,2%)
<i>Cuidados diferenciados ao paciente com TB</i>	43 (17,8%)	27 (15,1%)
<i>O conflito das condições de trabalho com o TDO</i>	42 (17,4%)	35 (19,6%)
<i>A equipe de saúde</i>	76 (31,4%)	31 (17,3%)
<i>Fatores relacionados à Assistência Farmacêutica pública</i>	46 (19,0%)	23 (12,8%)
<i>Percepções associadas à práxis do TDO</i>	56 (23,1%)	19 (10,6%)
<i>Fatores intrínsecos aos ACS na execução do TDO</i>	139 (57,4%)	97 (54,2%)
<i>(Des)conhecimento dos ACS acerca do tema</i>	53 (21,9%)	45 (25,1%)
<i>Sugestões de mudanças no modo como o TDO é executado</i>	49 (20,2%)	35 (19,6%)
<i>Preocupação com a transmissibilidade</i>	21 (8,7%)	14 (7,8%)
<i>Contribuição do ACS para o TDO domiciliar</i>	64 (26,4%)	37 (20,7%)

TABELA 3

Frequência das categorias e subcategorias obtidas na análise de conteúdo, segundo realização ou não de TDO pelos ACS¹ (Continuação)

Categoria / Subcategoria	Executou o TDO² (n=219)	Não executou o TDO² (n=223)
Aspectos e desfechos relacionados ao tratamento de TB	71 (29,3%)	43 (24,0%)
<i>A adesão e o abandono</i>	56 (23,1%)	35 (19,6%)
<i>Aspectos relacionados ao tratamento que afetam a adesão</i>	18 (7,4%)	9 (5,0%)
Fatores intrínsecos ao paciente e seu contexto sociocultural	168 (69,4%)	98 (54,7%)
<i>Família e demais contatos dos pacientes</i>	93 (38,4%)	54 (30,2%)
<i>Encontros e desencontros com o TDO domiciliar</i>	99 (40,9%)	49 (27,4%)
<i>A vulnerabilidade social</i>	50 (20,7%)	24 (13,4%)
O empoderamento como um indutor de mudança	154 (63,6%)	118 (65,9%)
<i>Estigma e preconceito</i>	14 (5,8%)	17 (9,5%)
<i>Divergências entre algumas relações de poder existentes no TDO</i>	55 (22,7%)	39 (21,8%)
<i>Ações para uma participação mais efetiva do paciente no tratamento</i>	104 (43,0%)	76 (42,5%)
<i>Ações educativas à comunidade</i>	31 (12,8%)	32 (17,9%)

¹Não responderam (n=7). ²Percentagens obtidas pela comparação de frequência encontrada com o respectivo total de pessoas do grupo (que já havia feito ou não o TDO). Por isso que os valores somados não serão 100%, visto que cada percentagem é referente a um grupo distinto (ACS experientes e ACS inexperientes).

Pode-se presumir, então, que os trabalhadores que fizeram o TDO possuem, de fato, mais conhecimentos sobre o objeto de estudo, a despeito de se considerar e perceber que os ACS sem experiência foram capazes de fornecer informações detalhadas e com convicção. Por exemplo, um participante inexperiente afirmou:

“muitas vezes, o paciente diz ao ACS que já tomou, mas sem a presença do ACS”. Ademais, o conhecimento desses trabalhadores se exemplifica na formação mista dos temas, com respostas de quem fez ou não o TDO.

5.3. Fatores intrínsecos ao sistema de saúde – descritos por Karine

Ao fechar meus olhos me lembro claramente daquela mulher beirando seus trinta anos, algo que, geralmente, não consigo fazer de forma fácil. Era nítido o suor em seu rosto e depois percebi o porquê. Por uma grande coincidência, ela tinha acabado de sair da casa de um morador da comunidade, ela estava realizando o TDO. Há muito tempo atuando como ACS, parecia realmente gostar do que fazia. Só não consigo me recordar com facilidade do seu nome, lembro que começava com a letra K, assim como o meu... Karine, isso! Karine era como se chamava. Como pude ter me esquecido se ela me corrigiu quando eu, acidentalmente, a chamei de KarinA!

Do ponto de vista desses resultados a serem apresentados, Karine é uma pessoa com opiniões divergentes em certos aspectos. Ao mesmo tempo em que pediu por uma melhoria do serviço, fez uso, algumas vezes, de argumentos que estão caindo por terra no modelo de atenção à saúde. No mais, ela é muito sincera, pois identificou avanços e entraves em seu próprio trabalho.

5.3.1. Prevenção e diagnóstico – o pilar

Karine destacou a pertinência de ações de cunho preventivo, com prioridade para a rápida detecção dos casos. Às vezes, ela elogiava a agilidade dos exames, mas também se queixava da demora da entrega dos resultados de raios-x, baciloscopia e cultura.

Na opinião da ACS, a equipe de saúde deveria estar atenta aos casos de sintomáticos respiratórios e contar com um grupo mais capacitado. Outras medidas são a melhoria no acolhimento e, conseqüentemente, no acesso, sem deixar de lado

uma postura mais ativa com a utilização da vigilância em saúde e o acompanhamento após a cura:

Eu gostaria que “tivessem mais atenção quando um paciente aparecesse com tosse há mais de três semanas e realmente pedissem os exames necessários”, “pois tem paciente com nove meses com tuberculose que não foi identificado pelo médico do posto e sim na UPA, porque chegou lá quase morto, só assim fizeram alguma coisa”. “Os exames não são pedidos no primeiro atendimento, por se tratar, às vezes, de uma gripe ou de outra coisa”. Deveriam “atender o paciente com sintoma em qualquer horário (...) de qualquer equipe” e “mesmo após o tratamento, fazer sempre uma busca ativa”.

Karine também comentou a respeito de pacientes que relutam a procurar o atendimento médico e a ineficiência de realizar testes de diagnóstico em contatos, como os familiares:

“O usuário, às vezes, é teimoso, diz que vai usar medicamentos caseiros como chás, etc. Por mais que se fale sobre o perigo da doença”. “Há demora de realização de exames de PPD e raios-X em familiares”.

Os acometidos por TB podem postergar a procura de atendimento de saúde (PAULA; AGUIAR, 2013). A tosse é tratada como um sintoma comum, retardando o diagnóstico. É comum a procura pela automedicação, com o uso de medicamentos de venda livre ou plantas com alegação medicinal, ressaltando a importância da atenção dos trabalhadores das farmácias e drogarias para a situação. Entretanto, os motivos que ocasionam a demora em procurar atendimento médico são variados, como a falta de dinheiro pra pagar pelo serviço, dificuldades de deixar os filhos com alguém, conflitos com o trabalho, falta de incentivo familiar ou de tempo (AYISI *et al.*, 2011), sem contar que os serviços de saúde têm dificuldades de diagnosticar rapidamente a situação, com maior frequência de erros nos estabelecimentos privados (WANNHEDEN *et al.*, 2013; CRAIG; JOLY; ZUMLA, 2014). Problemas na identificação de casos também foram relatados por gerentes de centros de saúde de BH (WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012).

Uma das vozes de Karine expôs sua apreensão a respeito da falta de higiene da população, demonstrando uma ancoragem da doença nessa concepção. Como descreveu a escritora Sontag (2002), a TB é sempre imaginada como uma doença

da pobreza e da privação - falta de roupas, corpos magros, quartos sem aquecimento, higiene deficiente ou alimentação inadequada.

Outra voz de Karine sugeriu a redução da linha de corte geralmente empregada para se definir os sintomáticos respiratórios para apenas uma semana. A redução do tempo, nesse caso, pode aumentar a sensibilidade, mas causará impactos negativos na especificidade, culminando, assim, na maior quantidade de exames desnecessários (OMS, 2011). Contudo, a atenção não deve se restringir somente ao diagnóstico, de acordo com as falas presentes na próxima subcategoria.

5.3.2. Cuidados diferenciados ao paciente com TB – o carro

A TB apresenta algumas características que demonstram a sua singularidade, como a sua condição infecciosa, crônica e debilitadora. Há, ainda, a necessidade do exame de escarro em alguns casos para a avaliação da efetividade dos medicamentos, ou a presença de comorbidades em um considerável número de indivíduos (BRASIL, 2011a; CRAIG; JOLY; ZUMLA, 2014).

Pode ser notado que o paciente com TB necessita de alguns cuidados diferenciados. Essa concepção de saúde encontra fundamentada em um dos princípios do SUS, a equidade, que possui a sua definição associada a outro, o da justiça, pautado em tratar desigualmente os desiguais conforme as suas necessidades (FORTES, 2010). Por meio de algumas falas de Karine foi possível notar que a referida descrição serve como um resumo de como é ou deveria ser estruturado o serviço de saúde para tais casos.

O atendimento nessas situações se modificaria para facilitar ou incrementar o acesso, além de propiciar agilidade, comodidade e discrição. Essa mudança esteve objetivada em algumas atividades da UBS, como no acolhimento e na realização de exames, com destaque para as consultas, como se sentisse que os pacientes necessitavam de maiores cuidados médicos. De acordo com Karine, poderia melhorar:

“O acesso ao centro de saúde, acompanhamento melhor, melhorar o acolhimento”. “Daria um fácil acesso do paciente ao centro de saúde como

consultas agendadas no consultório médico e facilidade de exames”. E que essas ocasiões necessitavam de “discrição e ética”.

Em alguns momentos, foi abandonada a percepção tecnicista sobre a saúde quando algumas vozes pediram por mais humanização e vínculo com as famílias adstritas. Nesse contexto, a complacência ganharia espaço, reduzindo a burocracia, utilizada no sentido pejorativo, como um entrave ao acesso. Karine afirmou que:

Existe uma “insistência de nossa parte para melhor tratamento. Mudaria um pouco a burocracia, o acolhimento mais humano”. “Vínculo com o paciente e seus familiares”.

Por meio do estudo de Dick *et al.* (2004) observa-se que uma das maneiras de se aumentar a humanização do sistema é por meio de comunicação menos automatizada e mais empática. Arakawa *et al.* (2011) afirmaram que a regularidade das consultas e a agilidade em marcá-las em situações eventuais possibilitam uma proximidade médico-paciente. Os ACS participantes do estudo de Marteleto e David (2014) achavam que a quantidade de fichas preenchidas nas visitas prejudicava o tempo dedicado ao acolhimento na UBS e à atenção ao paciente.

Mesmo com essas sugestões, salienta-se o emprego de algumas dessas medidas em certas UBS de BH, como o agendamento prévio de consultas ou a maior facilidade de acesso ao serviço. Karine disse haver:

“Facilidade em todas as consultas necessárias”, “consultas agendadas com antecedência”, e, sobre a agilidade nas marcações, disse serem “rápidas”.

O processo de ruptura com o modelo biomédico na mente de Karine também se exemplifica nos relatos da necessidade do envolvimento de psicólogos e assistentes sociais, pois ter TB não é apenas comprometer um ou múltiplos sítios anatômicos, mas ter pensamentos tristes, preocupações e anseios. Não é um acometimento individual, pois há todo um contexto de inequidade social. Sobre tais aspectos, a ACS afirmou que:

Deveria “ter mais palestras com psicologia e assistência social”. “Tratar o paciente como um todo, não só a TB, porque, geralmente, são pacientes que têm muitas demandas sociais.”

A necessidade de profissionais de assistência social em BH foi pontuada por Wendling, Modena e Schall (2012). De acordo com esses autores, o tratamento pode se tornar superficial sem o apoio desses profissionais e daqueles relacionados à saúde mental.

Karine comentou a respeito de algumas medidas que poderiam ser implementadas, capazes de contribuir para melhorar a situação clínico-social do usuário. A alimentação, o transporte para alguma unidade de saúde, ou mais, qualquer outra necessidade considerada importante para o paciente, são passíveis de serem melhoradas com a distribuição de alimentos, vales transportes ou estímulos financeiros. Houve, inclusive, o relato da experiência da implementação de uma dessas medidas pela Prefeitura de BH:

“Aqui em Belo Horizonte, acho que no ano passado, a prefeitura fornecia um *tiket* lanche para os pacientes, acho que isso melhorou muito a adesão, principalmente as pessoas de baixa de renda.”

Essa medida foi, de fato, empregada pela Prefeitura de BH para o enfrentamento da situação. Os pacientes em tratamento de TB e que estavam em condições sociais desfavoráveis recebiam, por meio de uma parceria com uma organização não governamental, vale-refeição durante o período de tratamento. Contudo, se limitava a 24 vales por seis meses (BELO HORIZONTE, 2012a).

Adoecer significa também sofrer impactos financeiros, bem pesados para aqueles com uma situação clínica e socioeconômica mais crítica (PAULA; AGUIAR, 2013; SAGBAKKEN; FRICH; BJUNE, 2008). Pacientes com diagnóstico tardio podem necessitar de internação e alguns possuem dificuldade de ter uma alimentação satisfatória, necessitando de um maior apoio governamental (WYNNE *et al.*, 2013). A despeito da gratuidade da assistência à saúde, a ausência de suporte para cobrir gastos com transporte, moradia e comida pode comprometer a continuidade do tratamento (ARAKAWA *et al.*, 2011). A alimentação inadequada é capaz de provocar sinais e sintomas que se assemelham à TB, como a fadiga e o emagrecimento, tornando possível o entendimento de que a doença não está sendo tratada ou que os medicamentos estão ocasionando uma piora do quadro clínico (CRAIG, JOLY; ZUMLA, 2014).

Karine destacou a busca ativa, mesmo considerando-a trabalhosa em alguns momentos. Em suas falas, o termo esteve associado a um estreitamento de laços entre serviço e cidadão, de modo a ter uma maior atenção às ocorrências de não adesão:

“Busca ativa com ajuda dos ACS com frequência nos pacientes”. “Busca ativa de pacientes faltosos”.

A busca ativa é uma prática mais comum na vigilância em saúde, pela qual se procura identificar os indivíduos sintomáticos de certa patologia em questão. Todavia, o termo ficou mais abrangente, transformando no signo do movimento contrário à demanda espontânea, no sentido de identificar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória (LEMKE; SILVA, 2010). Na TB, é mais frequente ser utilizada para a identificação de sintomáticos respiratórios e dos contatos de pessoas recém-diagnosticadas (MUNIZ *et al.*, 2005; BRASIL, 2011a).

Contudo, a definição de busca ativa também é passível de ser distorcida, se for observada sob a óptica do sanitarismo campanhista. De acordo com Faria *et al.* (2008), esse modelo de assistência à saúde empregava uma visão militarista no combate às doenças, de concentração de decisões e de estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social. Nesse contexto, a busca ativa passaria a ser uma ferramenta pela qual o indivíduo é vigiado e obrigado a se enquadrar a qualquer custo ao que a sociedade considera melhor para ele, portanto, as finalidades da estratégia devem estar bem fundamentadas nos ACS.

Da mesma maneira, o acompanhamento seria apenas uma atividade fiscalizadora com o objetivo final de se seguir com a farmacoterapia. Tratar, mesmo com os fatores e impactos macro e microsociais, não seria um propósito individual, mas uma determinação dos trabalhadores da saúde:

Poderia “acompanhar paciente que recusa a tomar medicação corretamente”, “acompanharia mais de perto e não deixaria o paciente largar o tratamento”.

Por ora, a ACS citou o uso de automóveis para auxiliar a equidade. Algumas vezes chegaram a sugeri-lo para o acompanhamento e deslocamento do acometido por TB em certas condições. Mas esse mesmo objeto também é considerado símbolo de

conexão, conforto e rapidez, o que o transforma em uma metáfora sobre como gostariam que fosse o atendimento:

“Carro disponível para estarmos com o paciente nos momentos de crise mais aguda”; “para levá-los às consultas e exames ou raios-X. O atendimento rápido, que eles não têm paciência”.

A respeito da última afirmação de Karine, “eles” são impacientes ou o atendimento que não é suficientemente ágil? Os anseios para a otimização do serviço foram apresentados acima, uma indicação de que ainda existe morosidade no atendimento. Em contrapartida, houve uma grande emergência da necessidade de compreensão e conscientização dos pacientes³. O desafio é ainda maior quando se percebe que, a despeito das mudanças e medidas pra melhorar a equidade, existem casos de pacientes que faltam às consultas marcadas. Karine disse sobre um caso em que existem “consultas programadas”, mas houve “perda das consultas”.

Os entraves do sistema de saúde não impactam apenas o usuário, por outro lado, existem condições que oprimem o profissional, comprometendo a qualidade do serviço e o bem-estar do trabalhador, conforme poderá ser visto na próxima subcategoria.

5.3.3. O conflito das condições de trabalho com o TDO – o morro

Há dificuldade em se estabelecer uma práxis centrada no paciente, considerando sua singularidade e autonomia frente ao processo terapêutico. Geralmente, nota-se que a demanda por serviços de saúde supera os recursos e a estrutura existentes (ARAKAWA *et al.*, 2011).

Karine concorda com os autores supracitados. De acordo com ela, existem alguns aspectos de sua rotina de trabalho que minam a execução do TDO, como a “sobrecarga de trabalho”. Obviamente, o TDO não é a única atividade da ACS em sua microárea de atuação, as tarefas são numerosas para uma finita carga horária,

³ Conforme descrito na subcategoria o empoderamento como um indutor de mudança.

e a grande quantidade de famílias acompanhadas contribui para o agravamento do contexto. Além do mais, Karine também se queixava da inexistência de colegas de trabalho para a execução das ações de saúde, como médicos ou outros ACS:

“Falta ACS para cobrir todas as microáreas, não temos tempo, sobrecarga de trabalho”, “muitas famílias para acompanhar, atividades paralelas”, como, por exemplo, “muitas consultas especializadas para serem entregues”.

Essas atividades entram em conflito com a forma como o TDO é empregado em BH, onde, além do supervisionamento frequente, ocorre a visita domiciliar do profissional de saúde. Apesar de proporcionar uma maior adesão e comodidade ao paciente, pode impactar na rotina profissional, sem contar o cansaço físico gerado pelos casos em que a residência é distante da UBS ou quando a área de abrangência possui um terreno acidentado. Karine disse que:

“As vezes, o domicilio do paciente é longe”, de “difícil acesso para realização do TDO”, também existem “ruas que têm muito morro”.

Apesar de um caráter objetivo presente na citação, o TDO pode se transformar em “um morro”, uma atividade na qual se exige esforço e força de vontade pra ir adiante, pois existem alguns estímulos contrários, como a sobrecarga de trabalho, à distância ou as condições climáticas. Entretanto, a ACS não problematiza apenas, eluciando algumas maneiras de tornar o morro menos íngreme. Ela pede por flexibilidade, ajuda no seu deslocamento, visibilidade profissional e mais colegas de trabalho, chegando, inclusive, a sugerir o abono salarial. Esta medida econômica poderia contribuir para a satisfação do trabalhador, da mesma forma que o vale-refeição para os pacientes. A insatisfação dos ACS com a sua remuneração foi observada por Crispim *et al.* (2012) no município de Ribeirão Preto, em que poucos a consideravam “boa” ou “muito boa”. Uma das falas mais vibrantes de Karine disse possuir:

“Força de vontade e amor pelo serviço no qual se atua diretamente ao próximo e ao público da nossa comunidade”, mas, há “falta de incentivo por parte do poder público, se tratando de ser mal remunerado diante de tanta responsabilidade”.

Outra voz demonstra a falta de reconhecimento das suas reais incumbências como profissional, dizendo que falta “informações sobre qual é o real papel do ACS, seus deveres e direitos”. De fato, a população costuma associar o trabalho dos ACS ao burocrático ou protocolar, desconhecendo a amplitude e profundidade das ações empreendidas pelos ACS (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008).

Os desafios para a implementação das atividades de combate à TB abrangem outros aspectos relacionados ao serviço, por exemplo, os sistemas de informação e o cadastramento. Aconteceram avanços na saúde pública, dentre esses, a informatização e o advento de prontuário eletrônico em certas cidades como BH (GIOVANELLA *et al.*, 2009). Porém, a comunicação continua deficiente, tanto entre unidades de mesmo nível de complexidade quanto entre níveis diferentes. Karine disse que:

“Há pouco contato dos centros de saúde com os hospitais”, “falta instrumento de trabalho, materiais didáticos e ficha de acompanhamento”, mesmo que eu tenha “vontade e interesse”. Há, ainda, casos de “endereço errado, depois não localiza moradia” e também que “eu já ouvi falar de outras microáreas das mudanças de endereço”.

Essas afirmações exemplificam o que autores perceberam em outros estudos sobre o SUS: erros de cadastro (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014), mudança de endereço (FRIAS *et al.*, 2012) ou pacientes que, na verdade, não moram na área de abrangência (SOUZA; GARNELO, 2008).

Para o serviço de saúde, cobrir uma área de abrangência extensa implica em irregularidade na realização das visitas domiciliares (ARAKAWA *et al.*, 2011). Muitas das razões para má qualidade dos cuidados podem estar fora do controle dos trabalhadores. Fatores como infraestrutura inadequada, cargas de trabalho pesadas e baixa remuneração são causas de insatisfação e de deficiências na qualidade do atendimento, desviando o foco da atenção dos trabalhadores da saúde (DICK *et al.*, 2004).

5.3.4. A equipe de saúde – o chão e o bilhete

A equipe de saúde é um apoio em muitas opiniões de Karine. Dessa maneira, o relacionamento com os demais colegas de trabalho se torna o chão em que os ACS se firmam de modo a se sentirem prontas para o combate à TB.

Uma das vozes citou um “lembrete” deixado pela enfermagem ou pela farmácia, com a função de avisar sobre a chegada dos medicamentos, o qual era uma projeção de um sentimento de cuidado e atenção que deixava o cotidiano menos complicado. Concepções nas quais esse objeto se ancora, como a informação, comunicação e orientação, também estiveram muito relacionadas à forma como Karine descreve os demais trabalhadores da UBS.

Foi observado nesse trabalho, de forma preponderante, que existem unidades de saúde nas quais se estabelecem boas relações de trabalho para o combate à TB, dado os muitos relatos de dedicação, acessibilidade e qualificação de alguns colegas de trabalho. Mesmo que no estudo de Wendling, Modena e Schall (2012), feito em BH, seja possível notar existência de outras atividades importantes que dificultam uma interação satisfatória, houve, nesse presente trabalho, comentários positivos a respeito da supervisão recebida, com demonstração de interesse em ajudar e informar aos ACS. Outras pessoas da equipe se comprometeram a orientar os indivíduos com TB e esse ato contribuiu para uma melhor receptividade aos ACS. Karine comentou haver:

“Controle qualificado”, como o “médico muito dedicado disposto à esclarecer as dúvidas”. “Ajuda dos profissionais da equipe, parceria dos colegas ACS”, “o enfermeiro orienta muito bem, isto faz com que o paciente receba bem o ACS para o acompanhamento diário”. Além disso, há “discussões entre as equipes sobre os casos” e “comunicação pela equipe de qual paciente deve ser acompanhado, quando o mesmo não se manifesta”.

Conforme, ainda, Wendling, Modena e Schall (2012), a saúde e o bem-estar são um objetivo e responsabilidade de todos na UBS. Entretanto, houve relatos que exprimiam um anseio por melhorias na forma de atuação da equipe, como o anseio por uma maior participação dos outros colegas nessas atividades.

Houve, inclusive, uma descrição de imperícia por causa do fornecimento de informações incorretas, o desconforto pela verticalidade do processo em algumas ocasiões ou como o ACS demorava a ter ciência de alguns casos:

“Falta e má vontade de alguns profissionais”. Houve “orientação dos profissionais incorreta”. “Quando o paciente está com tuberculose, o ACS é avisado com muita demora, acho que deveríamos ser avisados logo”. Sobre o combate à TB, “não poderíamos mudar nada, só executar”, além de ser ruim “quando joga nas costas do ACS toda responsabilidade pelo abandono”. Gostaria “que outros profissionais da ESF também se comprometessem com o paciente” e tivessem a “consciência de trabalhar unidos pela mesma causa”.

A divisão e negociação do trabalho é uma importante estratégia gerencial, entretanto, esses fatos não podem resultar no individualismo e falta de cooperação dos demais membros da equipe (DICK *et al.*, 2004).

5.3.5. Fatores relacionados à Assistência Farmacêutica pública – a dispensa cheia

Atrelada à equipe, à assistência à saúde, e mais especificamente, ao tratamento, está a Assistência Farmacêutica. De acordo com a Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde, de 06 de maio de 2004, a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto de atividades engloba o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização (BRASIL, 2004).

Karine limitou suas observações sobre os aspectos da Assistência Farmacêutica que ela possui contato em suas atividades cotidianas. Semelhante às vozes encontradas a respeito da equipe de saúde, foram mais proeminentes os comentários positivos, mas sem deixar de apontar algumas falhas no processo. Os

profissionais farmacêuticos também foram vistos como receptivos e dispostos a orientar, servindo como um suporte às ACS. Em Belo Horizonte (2012b) essa classe profissional é considerada peça importante no combate à TB.

Foi notado que os medicamentos para TB estão sempre ali, presentes e disponíveis. Essa situação transmitia conforto e tranquilidade aos trabalhadores, semelhante a uma dispensa cheia. Como citado por Munro *et al.* (2007), o acesso e a disponibilidade de medicamentos para o tratamento de TB interferem na adesão.

Por outro lado, houve algumas divergências sobre esse assunto, com alguns comentários sobre a falta de medicamentos. Houve queixas semelhantes às observadas por Paula e Aguiar (2013), em relação ao tamanho dos comprimidos, considerados muito grandes. Como disse Karine:

No centro de saúde, há “proximidade com profissional farmacêutico para orientações”; “os medicamentos estão sempre disponíveis”, “chegam com uma certa rapidez”. Mas deveria “não faltar jamais os medicamentos” e ocorreu “reclamação do paciente: ‘comprimidos grandes’”

A respeito da dispensação dos medicamentos, percebe-se que alguns pacientes se atrasam em buscar a “medicação na farmácia”. De forma oposta, há ACS que prefere levar os comprimidos até a casa do paciente, afirmando ter “boa vontade em levar o medicamento”. Essa boa vontade significa, de fato, uma boa vontade e uma atitude humanizada, pois em BH é mais comum que os pacientes busquem os medicamentos na UBS, e essa competência não está descrita para os ACS (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011a; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012). No Brasil, existe o Programa Remédio em Casa, que permite a entrega de medicamentos para a hipertensão e diabetes, de modo a descongestionar o sistema e aumentar a adesão, o que não impede que haja uma estratégia semelhante para o TDO (TCMRJ, 2005).

A despeito de todas as atividades do sistema de saúde apresentadas, se fosse pedido para os participantes avaliarem em poucas palavras o TDO, o grupo poderia se dividir em dois subgrupos, apresentados na próxima subcategoria.

5.3.6. Percepções associadas à práxis do TDO – as faces da moeda

Dentre os entrevistados, observou-se a ocorrência de dois subgrupos que, apesar da heterogeneidade, estão incluídos nessa subcategoria. Existem ACS que possuem uma percepção mais otimista sobre essa prática, enquanto que outros, em menor número, pensam o oposto, como duas faces de uma mesma moeda. Uma categoria tão dividida que se torna difícil empregar uma personagem representante das respostas.

Aqueles que responderam estar contentes com o TDO detalharam melhor o porquê da satisfação. Muitos acreditam que essa medida foi um importante incremento no combate à TB, citando as dificuldades enfrentadas no período anterior à implantação da política:

“Eu tive um caso no começo, quando entrei no serviço, não tinha (TDO) e o único jeito foi pedir a família do paciente para ele não falhar em tomar o medicamento”. “Hoje eu posso afirmar que não mudaria nada porque, no passado, minha tia perdeu quase um pulmão e meio por falta de conhecimento e tratamento supervisionado”.

Alguns ACS consideram que há uma integralidade no serviço prestado àqueles com TB, dizendo que há uma facilidade de acesso ao serviço, capacidade de diagnosticar, disponibilidade de medicamentos, constante atenção e vigilância e possibilidade de fornecer o melhor tratamento. O sistema de saúde foi descrito como um local em que não havia mais medidas para melhorar a assistência ao paciente. A adesão seria fruto apenas de uma opção daquele que está em tratamento:

“Eu acho que o que já é feito é suficiente, porque quando o paciente quer o tratamento é feito sem grandes dificuldades, o problema não é a unidade de saúde, é o paciente que não adere ao tratamento por ignorância”.

De acordo com OMS (2003), muitas vezes, se considera que a adesão é influenciada, principalmente, por fatores relacionados ao paciente, uma consideração que pode ser equivocada.

Uma voz comentou que não perde o paciente “de vista”, mesmo que ele “falte ou mude”, outra disse que “os casos ocorridos na equipe que não obtiveram sucesso foi por motivo de mudança do paciente”. Contudo, em todos os momentos que foram

citadas mudanças de endereço permaneceram reticências, sem relatos dos desfechos desses casos, fato que necessita de atenção.

Na visão desse subgrupo, o TDO é a melhor opção terapêutica disponível para a TB, e as experiências obtidas foram satisfatórias. Na contramão, isto é, no outro subgrupo, um ACS disse: o “paciente que acompanhei, hoje está curado” mas “não acho nenhuma facilidade”.

Os ACS com uma visão pouco positiva não chegam a fornecer maiores informações a respeito de suas insatisfações. O único detalhamento esteve relacionado a um hiato de acompanhamento que ocorre nos finais de semana, como disse uma voz, “nos finais de semana o profissional não tem como fazer a supervisão”.

Há divergência na literatura a respeito do sucesso de implantação do TDO. Santos (2007) destaca o aumento de cobertura, a melhoria dos sistemas de saúde, uma redução discreta na taxa de incidência, a descentralização do diagnóstico e a mobilização sobre o tema, todavia, permanece o desafio da redução do abandono e do aumento da taxa de cura, sendo essas as mesmas dificuldades apontadas por Pereira *et al.* (2015). Um estudo qualitativo de Terra e Bertolozzi (2008), feito em São Paulo capital, indicou que os profissionais de saúde estão satisfeitos com o programa. Em contrapartida, uma revisão sistemática com metanálise feita por Volmink e Garner (2007) não encontrou diferenças estatísticas entre o TDO e a autoadministração, exceto quando estratificado pelo local de atuação, no qual o supervisionamento domiciliar tem 10% mais risco de cura ou de término do tratamento (considerados conjuntamente) quando comparado à autoadministração.

Os pontos apresentados, por enquanto, estiveram relacionados ao sistema de saúde, isto é, um fator externo que, a princípio, depende da ação de outros atores sociais. Contudo, foi possível notar a existência de aspectos internos nos ACS que devem ser destacados e estão descritos na próxima categoria.

5.4. Fatores intrínsecos aos ACS na execução do TDO – descritos por Thaís

Ela sentou e bateu a mão na sua sapatilha preta para limpá-la. Estava usando calça jeans e tinha um cabelo ondulado, de cor dourada. Aparentava ter pouco mais de 20 anos. Cochichou alguma coisa com as suas colegas que as fizeram rir. Após a leitura em grupo do TCLE, me chamou e disse que não queria assiná-lo, questionei o motivo e me dispus a dar maiores esclarecimentos. Pensei que poderia ser uma falta de entendimento sobre o projeto de pesquisa ou do próprio TCLE. Quem sabe ela pensou se tratar de algum contrato. A ACS disse que estava cansada de participar de pesquisas e não obter respostas ou melhorias no trabalho, o que me marcou muito. Expliquei que as descobertas científicas podem demorar a serem implantadas, além de existir muitos atores sociais no serviço público, o que favorece a democracia, mas compromete a agilidade na implantação de políticas. Senti que seu descontentamento era maior, e realmente foi o caso, como pude observar nessa categoria a qual a personagem irá representar. A ACS decidiu assinar o TCLE? Sim, pegou uma caneta de tinta preta tal qual o seu calçado e escreveu “Thaís”.

5.4.1. (Des)conhecimento dos ACS acerca do tema – a fome

Inicialmente, é necessário reforçar que o questionário respondido pelos ACS possuía, além de das questões abertas, questões fechadas que abordaram conhecimentos sobre TB, medidas de controle e TDO (APÊNDICE C). Portanto, é possível que responder todas as perguntas possa ter contribuído para a emergência desta subcategoria. Porém, se isso ocorreu, pode ter havido um reconhecimento de que precisavam de mais “capacitação”, “treinamento”, “orientação” ou “informação”.

Tais pedidos não significaram a inexistência de treinamentos para os ACS, contudo, Thaís pediu por uma maior frequência, pois “com o tempo se esquece do treinamento”. Além disso, houve solicitação por um “treinamento mais aprofundado”, “mais eficaz”, “sobre os outros tipos de TB para ampliar as informações”, indicando que eles ainda se sentem de estômago vazio, com fome por mais informações

acerca do tema. A metodologia didático-pedagógica empregada não estaria sendo satisfatória para esses trabalhadores.

Em qualquer processo didático-pedagógico deve-se buscar a formação dos alunos em três grandes dimensões de conteúdos, o conceitual, procedimental e atitudinal. O primeiro abrange, como o próprio nome se refere, os conceitos, teorias e a literatura sobre o assunto em pauta. Com o aprendizado dos conteúdos procedimentais objetiva-se que o aluno aprenda a fazer algo, isto é, a aplicação dos conhecimentos adquiridos em situações práticas. Por sua vez, com os ensinamentos relacionados à dimensão atitudinal, procura-se desenvolver as habilidades interpessoais, o senso crítico, a ética e os valores (MALDONADO *et al.*, 2014).

Os três tipos de conteúdo estiveram presentes nas respostas, por exemplo: Thaís pediu por “maior esclarecimento aos ACS”, destacando, também, a necessidade de conhecimentos procedimentais ao afirmar que desejava aprender “como se preenche e se faz o TDO corretamente”.

Houve, ainda, o ensejo de desenvolver habilidades relacionadas aos conteúdos procedimentais e atitudinais. Thaís disse:

Desejo “saber passar” os meus conhecimentos “para o usuário”. “Às vezes não sei dar explicações sobre o mal-estar causado pelo medicamento”. Tenho dificuldade na “abordagem” ou no “recebimento do paciente”.

Existem informativos destinados aos ACS publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) ou pela Prefeitura de BH (BELO HORIZONTE, 201?), mas, mesmo assim, uma voz de Thaís pediu por material de apoio nas capacitações. Ela disse, de um modo sincero, ter certo “despreparo (...) diante da doença”.

Bachilli, Scavassa e Spiri (2008) apontam deficiências no processo de formação dos ACS, como o excesso de informações em tempo curto e pouco foco nos conhecimentos atitudinais. Marteleto e David (2014) afirmaram que a preparação do ACS é cada vez mais rápida e, na maior parte das vezes, os agentes aprendem na prática.

O desconhecimento sobre TB extra-pulmonar foi observado em profissionais da Uganda, onde eles também demonstraram interesse em saber mais sobre a farmacologia envolvida no tratamento (WYNNE *et al.*, 2013). Os profissionais não

especialistas em TB entrevistados por Wannheden *et al.* (2013) também demonstraram ter vontade de aprender mais, além de possuírem dúvidas sobre a melhor forma de prover informações às pessoas.

De modo a melhorar o grau de conhecimento técnico podem ser adotadas reuniões de grupo pautadas em temas pré-definidos, com certa flexibilidade nas discussões. Essas medidas auxiliariam na reflexão sobre o trabalho e no encontro de aspectos que afetariam a qualidade do sistema (DICK *et al* 2004).

A situação de insegurança e despreparo não é generalizável ao grupo, mas ficou evidente em alguns casos, principalmente, quando se consideram as duas subcategorias seguintes.

5.4.2. Sugestões de mudanças no modo como o TDO é executado – o especialista

Trabalhar, em alguns momentos, pode ser frustrante. Um exemplo é a presença da TB a despeito das mudanças e estratégias empenhadas, como o TDO, a alteração da rotina de trabalho, o fornecimento dos fármacos gratuitamente, a visita diária ao domicílio debaixo de sol ou de chuva, entre outras características. O que está errado nisso? O que poderia ser modificado?

Thaís levantou alternativas para esse problema, carreadas, provavelmente, por um sentimento de desapontamento e cansaço. Em suma, algumas vozes sugeriram a adoção de medidas mais rígidas, como o tratamento compulsório, além de uma maior especialização para o atendimento ou o emprego do TDO na UBS. A respeito desse último, Thaís acredita em sua contribuição para o melhoramento do serviço, pois, na unidade de saúde haveria uma maior vigilância do caso e o paciente teria ajuda de outros profissionais, que, por sua vez, contribuiriam para a redução da frequência de abandono. As vozes representadas por Thaís se sentiam, às vezes, sozinhas na casa do paciente, situação que se soma ao relatado sentimento de despreparo e insegurança e aos casos de não-adesão que ocorrem mesmo com o supervisionamento:

“Acho que seria melhor que o paciente tivesse um horário marcado no centro de saúde para realizar o TDO (...) e não no próprio domicílio”, “na presença dos outros profissionais de saúde” “para se evitar o abandono”, “aí tiraria a responsabilidade do ACS, pois muitos fingem em tomar o remédio e depois cospem.”

Thaís chega a cogitar a ida de outros profissionais da saúde às casas, em vez de esperarem passivamente pelo usuário. Houve uma predominância, nas falas, de profissões com maior graduação mínima exigida ou de especialistas em TB, corroborando, da mesma maneira, para a sensação de desconforto com a situação. Ao mesmo tempo, sente que outros profissionais transmitiriam mais respeito e confiabilidade ou que, devido às variadas tarefas desempenhadas, os ACS não conseguem prestar a melhor assistência possível:

“Eu colocaria uma equipe totalmente capacitada para atender estes casos, uma equipe exclusiva para dar uma atenção maior” ou “lugares específicos para um atendimento completo”. Queria também “mais profissionais envolvidos no tratamento da doença” junto ao ACS, como “médico”, “enfermeiro”, “farmacêutico” ou um “infectologista”, para que “o paciente sentisse a importância do tratamento”.

Novamente, surge a figura do carro em duas falas, indicando o desejo de uma maior ligação da UBS com a residência do paciente. A concepção de que a presença de um facilitador como o automóvel, prático e ágil, poderia contribuir para a visita de outros profissionais, que devem estar tão atarefados quanto os ACS:

“Tinha que melhorar os carros de visita para que o médico pudesse executar as visitas na microárea.”

Thaís declarou achar viável o aumento de internações relacionadas à TB, principalmente para os pacientes “rebeldes”, aqueles que se recusam a continuar o tratamento. Ademais, o aumento da severidade nas ações de saúde abrangeria a assinatura de termo de compromisso ou a adoção de medidas punitivas:

“Não encontrando uma solução definida, sugerimos a internação do usuário”, “pelo menos até (...) tomar consciência da gravidade do tratamento” “e também punição para o abandono do tratamento com a aplicação de leis” ou o uso de um “termo assinado e protocolado entre paciente e Secretaria de Saúde”.

Portanto, é perceptível uma ancoragem no modelo hospitalocêntrico, com um enfoque excessivo na atenção terciária ou especializada, que, em grande parte do século XX, ganhou um papel central na maioria dos sistemas de saúde de todo o mundo. Presente ainda nos tempos atuais, o hospitalocentrismo possui um grande apelo da opinião pública e do complexo médico-industrial, ocasionando maiores custos ao sistema e maior atenção dos gestores e noticiários (NETO; MALIK, 2007; OMS, 2008; PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

A hospitalização compulsória deixou suas marcas sobre a TB e a hanseníase, em um período em que se separavam os doentes em sanatórios a fim de tornar a sociedade mais segura, evitando a propagação da enfermidade (DANIEL, 2006). Pelo visto, a internação permanece nas representações da doença, com a sugestão do emprego nos casos mais complicados.

O tratamento compulsório é utilizado pelo Estado, mas é viável apenas em raras situações, depois de se esgotar todas as formas de negociação e conscientização (MPMG, 2012). Entretanto, é importante que essa concepção esteja bem fomentada entre os trabalhadores da saúde, como os ACS.

Nos Estados Unidos, Coreil *et al.* (2010) relatou a possibilidade de encarceramento para aqueles que não aderem aos protocolos. A longa permanência pode significar o afastamento de familiares e amigos, além da analogia que alguns fazem, de serem postos em uma jaula por um crime. Na Rússia, de acordo com Dimitrova *et al.* (2006), os profissionais médicos podem solicitar a internação compulsória, mas que os profissionais encaram-na como a última alternativa. Nesse estudo, os enfermeiros e médicos entrevistados se interessavam pelo emprego do termo de responsabilidade como uma estratégia para a adesão.

Essas medidas são o reflexo de trabalhadores que se sentem imobilizados perante o complexo desafio da adesão, acabando por recorrer ao uso do poder de polícia do estado. Conforme o estudo de Martins e Peixoto Junior (2009) sobre o Biopoder, os hospitais se tornariam mais uma maneira de obrigar os cidadãos a tornarem-se limpos para a sociedade, tudo isso com o respaldo estatal.

A adoção de estratégias como equipes especializadas ou a internação dos pacientes também esteve ancorada em uma preocupação comum na TB, a transmissão. Algumas respostas, inclusive, serviram para corroborar esse aspecto.

5.4.3. Preocupação com a transmissibilidade – a máscara

A preocupação com a transmissibilidade, possivelmente, atrelou-se à necessidade de educação em saúde sobre o tema, que, por vezes, resultou em preconceito. Foi possível perceber o reforço, em alguns casos, da sensação de insegurança e de isolamento na prática da observação. De antemão, percebeu-se o conflito entre a saúde do paciente e a saúde pública. Sem querer deixar de lado o enfoque preventivo, essencial para a saúde, em alguns momentos houve aparente desumanização do doente respiratório, reduzindo-o a apenas uma fonte de transmissão. Da mesma maneira, uma voz chegou a sugerir maior divulgação de informações sobre os pacientes, sugerindo que a revelação do diagnóstico ajudaria a proteger a si e aos demais:

“Que aqueles pacientes com dificuldade a aderir ao tratamento fossem internados, pelo menos até passar o período de risco de contaminação”, “não acho correto o que fazem quando não querem aderir ao tratamento, colocando em risco outras pessoas”. Além do mais, “existe a ética médica que nunca fala conosco quem são as pessoas que estão com tuberculose”, por causa disso, sugiro o “acesso à informação do portador da doença”.

A procura por proteção contra os riscos aos quais eles consideram estar expostos, esteve projetada, principalmente, na utilização de máscaras respiratórias, como também na solicitação frequente por equipamentos de proteção individual.

Contudo, muitos ACS perceberam que, ao mesmo tempo em que esse instrumento é um escudo também é uma barreira, uma lembrança da TB e do afastamento das pessoas. Explicar sozinho ao portador de TB que necessitará usar esse equipamento ou qualquer outra medida profilática, como as ambientais, não é tarefa fácil, visto que é tênue a linha que separa tal atitude do constrangimento. Thaís expressou que deveria:

“Ter na prefeitura uma equipe só para tratar deste assunto, com máscaras, etc. É muito fácil (...) jogar esta responsabilidade para o ACS, sem lhe dar suporte”. Poderia haver “cursos esclarecedores” sobre “a distância da pessoa doente, e orientar (...) a abrir portas e janelas antes de rebequer o ACS”. “A aproximação a uma pessoa com esta doença seria constrangedor para o paciente se o ACS (...) usar máscara”.

Em outro momento, a ACS afirmou que ir a casa “de um portador com a boca tampada”, o faz se sentir “inferior”. Por causa dessas situações, deve ser avaliado o real uso dessas medidas profiláticas, pois, se empregado de forma arbitrária, somente servirá de combustível para o imenso estigma existente⁴.

As luvas, outros equipamentos solicitados, indicam a necessidade de maiores informações sobre a transmissão e medidas eficazes de redução de risco. O manejo ambiental adequado, como o uso correto da ventilação mecânica (ventiladores ou exaustores), costuma ser mais efetivo que a proteção individual, esta última, um alvo mais frequente de preocupação dos trabalhadores, sendo considerada, na verdade, um nível terciário de proteção. Contudo, apesar de pouco avaliado, o risco ocupacional de transmissão é baixo na APS, um dos motivos é a pouca quantidade de casos por unidade em um ano. Apenas em situações especiais, nas quais não existem locais arejados e iluminados na residência, é orientado aos profissionais de saúde que utilizem, durante o primeiro mês de tratamento, máscaras com capacidade de retenção de partículas igual ou superior à N95. Esses são os únicos equipamentos realmente preconizados pelo Ministério da Saúde nessa situação (BRASIL, 2011a; CDC, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2011).

Thaís demonstrou inquietação sobre a possibilidade de contato com um portador de TB antes do atendimento médico. Esse fato exemplifica a importância de se reforçar, pela educação em saúde, as medidas padrões de biossegurança, que devem sempre ser empregadas em caso de desconhecimento do risco real da situação (LOPES *et al.*, 2008). A educação dos trabalhadores é uma medida primária de proteção, muito importante para diminuir o atraso no diagnóstico de TB pulmonar e

⁴ Estigma está discutido no item 5.5.2. deste trabalho, relativo à subcategoria Estigma e preconceito.

promover o adequado tratamento anti-TB, além de contribuir para a diminuição da transmissão ocupacional da doença (BRASIL, 2011a; CDC, 2005).

Apesar da necessidade de informações sobre o assunto, muitos ACS demonstraram saber que uma das atitudes a serem adotadas durante as visitas domiciliares é optar por locais iluminados e bem arejados. Alguns descreveram situações nas quais não se existia um local apropriado, como, por exemplo, ao relatar uma dificuldade de “atender em ambiente aberto, muitos moram em lugar que não tem área nos fundos, só na rua”. Por causa disso, as reclamações a respeito da falta de materiais de proteção individual também devem ser avaliadas sob o ponto de vista logístico.

Apesar dos entraves apresentados, a participação do ACS no combate à TB é de suma importância, como será visto nos fatores a serem descritos na próxima subcategoria.

5.4.4. Contribuição do ACS para o TDO domiciliar – o elo

Thaís carrega algumas características que contribuem para assistência à saúde, mesmo sendo “difícil às vezes”. Ela não foi alocada despropositadamente em uma posição de destaque no combate à TB, e a ACS compreende a sua importância. Muitas das percepções de facilidades relatadas estiveram ancoradas no fato de ser uma integrante da própria comunidade na qual atua, formando um “elo” entre o serviço e o paciente.

A participação dos ACS é favorável ao TDO por causa da maior “afinidade com a família”, característica importante para um acompanhamento tão próximo por um período de tempo relativamente longo. Soma-se o seu maior “conhecimento e liberdade com os pacientes”, sabendo mais sobre a sua “história de vida”, provavelmente, os anseios, medos e comportamentos do indivíduo e da família, propiciando uma conversa mais aberta e auxiliando na adesão. Por meio do ACS, a relação entre o sistema de saúde e o usuário pode resultar em conforto por causa da maior “convivência” e “intimidade”:

Há um “elo do ACS com a família”. “Conhecer o usuário pode ajudar na condução do tratamento, portanto, os ACS tem maior facilidade para lidar

com esta situação”, tenho “a liberdade de ir e vir da casa do usuário sem qualquer intercorrência”.

Mesmo quando não está estabelecida essa proximidade, Thaís entende que pode ajudar na criação de vínculos. Certamente, se deve a sua imersão como moradora no ambiente em que atua e o conhecimento da linguagem mais apropriada para cada situação. Em suma, o ACS possui um grande potencial de esclarecimento:

Tenho “facilidade de lidar com os usuários” e acho importante “criar um vínculo com o paciente, amigável, conscientizando o mesmo do tratamento e a importância.”

Como afirmaram Nunes *et al.* (2002), essa classe de trabalhadores possui duas atribuições que representam o seu movimento bidirecional (ou o “elo”, como encontrado aqui), pois eles, de um lado, transmitem à população saberes científicos e de outro munem os trabalhadores de informações sobre os problemas de saúde das famílias.

Thaís reconhece também que ser um profissional de saúde e da comunidade pode favorecer no estabelecimento de “vínculos”, sem contar que, por causa disso, possui uma maior facilidade de obter “informações precisas sobre a doença e tratamento”.

Ela afirma, ainda, ter “conhecimento do território”, o que provavelmente facilita na compreensão do contexto social do paciente, pois conhece familiares, vizinhos, amigos. Uma maior noção do território, quando se refere estritamente ao espaço geográfico, também contribui para a agilidade na execução do TDO, pois conhece atalhos e a melhor rotina a ser empregada, principalmente em locais de difícil acesso.

Ademais, ela se sente empenhada e responsável pela situação, percebendo que:

O ACS “leva solidariedade (...), levanta a autoestima”, recebe “gratidão”, além de sentir uma “alegria quando o paciente ganha alta do tratamento”.

No estudo de Maciel *et al.* (2008a), mais de 97% dos ACS se consideravam importantes no controle da TB. Saliba *et al.* (2011) e Oliveira *et al.* (2012) destacaram a sensação de utilidade e gratificação destes indivíduos com o trabalho e Bachilli, Scavassa e Spiri (2008) explicitaram uma relação de dar e receber, na qual o estabelecimento de vínculos com a comunidade propiciava uma sensação de

bem-estar para o ACS, assim como o desenvolvimento da capacidade de se interrelacionar.

5.5. Aspectos e desfechos relacionados ao tratamento de TB – descritos por Cecília

Cecília, uma viúva com um espírito muito acolhedor, educada e alegre, se prontificava sempre em ajudar. Ela foi a primeira a chegar e sorriu de uma forma tão espontânea que tornou a minha primeira coleta de dados mais tranquila. Contou-me, depois da reunião sobre o projeto, o seu amor com os animais e fez questão de me mostrar o caminho até o transporte público. Queria até me ajudar na organização dos questionários. Hipertensa, me disse que toma corretamente os medicamentos e que se preocupa muito com isso, mas se sente incomodada por necessitar de tomar em jejum. Acho que será uma ótima porta-voz dessa categoria, relacionada aos fatores intrínsecos ao tratamento da TB, como o citado jejum.

5.5.1. A adesão e o abandono – os comprimidos

Adesão, adesão... adesão! Foi possível observar a presença marcante desse conceito nas representações sociais sobre TB e TDO nos ACS de BH. Os comentários sobre a não adesão foram muito pronunciados, com Cecília descrevendo repetidamente:

Uma dificuldade relacionada ao TDO foi a “adesão do paciente ao tratamento (tomar comprimido)”, “nem sempre o paciente toma a medicação certa”. Poderia haver “um medicamento feito para ser usado uma vez por semana. É muito complicado para o paciente entender que tem que ser feito todos os dias”. Isso é “negligência” por parte de alguns, mas encontrei pessoas que apresentaram “boa adesão ao tratamento”.

A emergência desse termo pode indicar que, literalmente, existia uma dificuldade atrelada ao assunto. É possível que a grande frequência dessas percepções esteja

relacionada ao esforço de fazer com que o paciente siga o tratamento de forma adequada, sendo um exemplo de sua atenção e responsabilidade sobre o assunto.

Contudo, pode ser pressuposto que a falta de detalhes nos relatos signifique que alguns entrevistados não estão atentos às causas, focando apenas no resultado e, conseqüentemente, reforçando o modelo biomédico. Houve uma simplificação do contexto, enquadrando as pessoas em aderentes e não aderentes, sem se atentar para a heterogeneidade dos casos. Como citado, Cecília chegou a comparar a não adesão à negligência. Outro exemplo que corrobora com a questão são os comentários sobre o “remédio”, “medicamento”... Como se o foco realmente estivesse restrito ao ato de engolir os “comprimidos”. Deve ser reforçado nestes trabalhadores os outros pilares do TDO, nos quais se percebe um tratamento cuja efetividade envolve mais aspectos.

Geralmente, observa-se o tratamento da TB pensado somente no contexto biológico e funcional, o que pode ocasionar um afastamento do paciente por se sentir desprotegido por aqueles que estão cuidando de sua saúde. A compreensão do tratamento da TB não pode se basear apenas na remissão dos sintomas e cura da doença (RÊGO *et al.*, 2014).

O abandono, um preocupante tipo de não adesão, ocorre até em locais em que empregam o supervisionamento domiciliar, como BH. Ao falar sobre o assunto, Cecília comenta:

“O usuário algumas vezes para o tratamento”, “não toma o remédio diariamente e abandona”.

Como afirmaram Sá *et al.* (2007), o abandono do tratamento da TB é um importante desafio no campo da saúde pública. Conforme SOUSA FILHO *et al.* (2012), há uma diversidade de fatores que podem afetar a adesão ou causar a interrupção do tratamento. Alguns foram presenciados por Cecília, como os descritos na próxima subcategoria.

5.5.2. Aspectos relacionados ao tratamento que afetam a adesão – a corrosão

Apesar de extensa literatura que ressalta os fatores relacionados ao tratamento (AYISI *et al.*, 2010; MUNRO *et al.*, 2007; RÊGO *et al.*, 2014; SAGBAKKEN; FRICH; BJUNE, 2008), como sentir mal-estar por ingerir os medicamentos sem alimentação, estes não estiveram muito evidentes nesse estudo. Foram feitos comentários a respeito do jejum, da crença em estar curado, da duração do tratamento e da ocorrência de eventos adversos.

Ao observar as falas de Cecília, percebe-se que o tempo de tratamento vai corroendo a motivação do paciente. Sobre isso, ela disse que é mais fácil:

Nos “15 primeiros dias, quando o paciente aceita fazer o tratamento numa boa, e quando (...) faz até o final sem reclamar”, pois “quando chega quase no final do tratamento (...) os pacientes começam a desanimar”. Eu “diminuiria o tempo de tratamento com medicamentos de maior eficácia”.

Sobre o curso clínico do tratamento, é possível que as expectativas na fase intensiva sejam imensas, a ponto de o paciente achar que se curou quando essa termina. A resolução dos sintomas faz com que alguns pacientes acreditem que não necessitam mais dos medicamentos. Nesse momento, é importante uma atenção do serviço de saúde, de modo a conscientizar e motivar o usuário. Cecília notou isso, ao dizer:

Há “pacientes que, nos 2 primeiros meses, acham que estão curados”, “é muito difícil quando ele acha que não precisa tomar mais os medicamentos. Alegando que está bem, ele para o tratamento”, portanto, acho pertinente “uma conscientização maior do usuário para não abandonar o tratamento durante a melhora”.

A prolongada duração do tratamento afeta aqueles que se dispuseram a apoiar o acometido pela doença, enfraquecendo os familiares, amigos ou vizinhos. Da mesma maneira, a ansiedade aumenta, principalmente, durante a fase intensiva, na qual há pressões e expectativas para voltar a ter uma condição física melhor, de continuar trabalhando e de ter uma vida mais próxima do que é considerado normal (SAGBAKKEN; FRICH; BJUNE, 2008).

Um gerente de uma UBS entrevistado por Wendling, Modena e Schall (2012) relatou um caso de retorno ao tratamento após uma conversa sobre a melhora dos sinais e sintomas. Os autores desse estudo ressaltaram a possibilidade do emprego de outros métodos, como vídeos em que os fenômenos de resistência e retomada da doença podem ser ilustrados e melhor discutidos.

Contudo, apesar da possibilidade do tempo de tratamento enfraquecer a motivação do usuário e daqueles em sua volta, é possível que ocorra um aumento da cumplicidade entre o profissional e usuário, com a “criação de vínculo (...) depois dos primeiros meses”.

Além das implicações apontadas, permanecem muitas representações negativas a respeito dos medicamentos anti-TB, principalmente associadas ao receio da ocorrência de RAM. Praticamente todos sofrerão algum evento adverso, visto que a mudança da coloração da urina ocorre universalmente (BRASIL 2011a). Entretanto, o caráter indesejável desses efeitos faz com que algumas pessoas acreditem que o medicamento irá fazer mais mal do que bem. Assim como as RAM minam a adesão, elas podem resultar no abandono. Cecília disse que é difícil:

“O paciente aderir ao tratamento por falar que o medicamento é forte, faz mal e outros”. “A medicação usada causa reações que faz com que o paciente abandone o tratamento”.

O jejum é um fator que corrói a supervisão e o tratamento adequado, muito relacionado ao horário de trabalho dos ACS, conforme Cecília deixa subentendido. A visita, algumas vezes, pode ser considerada cedo para a rotina do profissional, mas tarde para o cotidiano alimentar do paciente, que acaba se alimentando por não conseguir esperar (“quando o ACS chegava ele havia se alimentado”).

O acometido por TB se apoia em outra estratégia para reduzir o tempo para se alimentar, ingerindo os medicamentos antes da chegada de Cecília. Ela afirmou ter dificuldades:

Com “o horário para realizar (o TDO), pois a medicação é tomada em jejum e, muitas vezes, quando chegamos lá, já tomaram o medicamento”.

Sousa e Silva (2013) destacaram a dificuldade de conciliar o jejum com o TDO em um estudo qualitativo em Cajazeiras (PB). Nesse trabalho, um paciente reclamou da

espera da visita do profissional enquanto estava com fome. Moura, Sousa-Muñoz e Candeia (2013) apresentaram queixas de pacientes sobre a necessidade do jejum, a duração do tratamento e a ocorrência de RAM em um hospital de João Pessoa (PB).

5.6. Fatores intrínsecos ao paciente e seu contexto sociocultural – descritos por Fernando

Fernando é o nome de um homem alto com barba por fazer que se sentou ao fundo no dia de coleta. Trabalha como ACS há cinco anos e vive no seu bairro desde que nasceu, 40 anos atrás. Preferiu escutar atentamente sobre o projeto e depois respondeu muito calado às perguntas. Chegou a conversar comigo um pouco, juntamente com a sua colega de trabalho. Ele possuía algumas dúvidas sobre TB e compartilhou histórias oriundas de sua vivência na UBS. Demonstrou ser uma pessoa curiosa e me disse que estava fazendo faculdade, queria se tornar assistente social. Casado, tinha dois filhos e uma história de perda de um ente próximo por TB. O primo de sua esposa havia falecido há 2 anos, o seu quadro agravou com a ingestão de bebidas alcoólicas.

Ele é comunicativo e imerso em sua comunidade, conhece e vivencia diariamente os problemas sociais. Acho que deve ter gostado de compartilhar algumas experiências. Penso na sua satisfação em saber que será o personagem do coletivo de vozes dessa categoria, relacionada aos aspectos do paciente que afetam a práxis do TDO.

5.6.1. Família e demais contatos dos pacientes – o jogo de cadeiras

Fernando chegou a adicionar mais um elo na relação gerada pelo o TDO, o “centro de saúde e família estão ligados (elo) em relação ao usuário”. Ele compreende a existência de outra faceta envolvida no processo terapêutico, a família que, juntamente com o sistema de saúde, deve se centrar no paciente, pois são dois pontos interligados e influentes na efetividade do tratamento. Para completar, ele

afirma que esse grupo poderia ser um suporte para o paciente e o ACS, dizendo que se torna mais tranquilo quando se tem a “família como apoio”.

Não obstante, Fernando acredita na insatisfatoriedade da participação dos familiares em alguns momentos, chegando a citar que:

“Em alguns casos, há falta de ‘atenção’ da família para o próprio cuidado e acompanhamento do tuberculoso”, “muitas das vezes, nem sabem se ele tomou ou não a medicação”.

Sem se eximir do próprio compromisso, disse que a situação é “responsabilidade de todos”. Entretanto, uma de suas vozes o fez dizer que é preciso “mostrar que a família é responsável pelo paciente e não o agente de saúde”, indicando a existência de ACS que não compreendem a pertinência de sua participação no processo.

Foi possível inferir, também, a presença de trabalhadores que acreditam no TDO supervisionado por familiares, ainda mais quando Fernando sugeriu “orientar os familiares para controlar a medicação”.

De acordo com Paula e Aguiar (2013), a participação dos familiares e amigos no enfrentamento da doença torna-se um importante aliado para que pacientes tenham êxito no tratamento e, por isso, é importante a construção de um plano terapêutico que inclua tais atores. Dias *et al.* (2013) observou o apreço que os pacientes possuem pelo apoio emocional e pela companhia dos familiares. Sagbakken, Frich e Bjune (2008) exemplificaram que a família, amigos e vizinhos podem fornecer apoio emocional, financeiro e alimentar em muitas ocasiões. Em contrapartida, os conflitos interpessoais e os compromissos sociais, como uma viagem a parentes, são capazes de atrapalhar o processo terapêutico.

Maciel *et al.* (2008b) fizeram um estudo prospectivo em Vitória (ES) avaliando as preferências dos pacientes e a efetividade do TDO. Os autores compararam a supervisão feita totalmente pela UBS versus a observação por contatos do paciente aliada a consultas semanais. A quase totalidade (96%) dos pacientes optou por familiares ao invés de profissionais, desses, 3% necessitaram de observação pela UBS no decorrer do tratamento e 97% apresentaram cura. Lewis e Newell (2009) afirmaram que muitos dos pacientes supervisionados por familiares se sentem mais motivados a seguir o tratamento, mas a observação pela família não retira a

importância do serviço, porque algumas situações podem não ser compreendidas como preocupantes pela família ou pelo paciente.

Fernando se sente ocupando um espaço que não deveria ser dele, chegando a comentar que “o ACS não poderá se responsabilizar no lugar da família”⁵. De fato, há momentos em que ele necessita tomar uma posição atribuída comumente aos contatos, como nos casos em que os pacientes vivem sozinhos. Como explicitaram Sagbakken, Frich e Bjune (2008), pessoas com uma menor rede social, por exemplo, pais solteiros ou imigrantes, possuem uma maior dificuldade em aderir ao tratamento.

Nesse jogo de cadeiras, isto é, em uma relação em que um pode tomar o posto, geralmente, atribuído ao outro, é possível também que a família se transforme no paciente. Ela necessita fazer exames para a descoberta de casos de TB, às vezes, precisando se tratar e possuindo dificuldades de aceitação, podendo requerer suporte do sistema de saúde, como psicólogos. Fernando relatou:

É trabalhoso “convencer os familiares a fazer os exames devidos” ou “a família aceitar o tratamento”, “deveria ter um acompanhamento de psicólogo”.

Fernando exemplifica o preconceito intradomiciliar, intitulando casos de “abandono”, por causa da “rejeição familiar”. Os pacientes podem se sentir apreensivos com o modo como os seus parentes irão se comportar perante o diagnóstico, preferindo omitir a situação e até recusar o TDO domiciliar. De acordo com Fernando, houve um caso em que “o usuário não queria que a família soubesse do tratamento”. Nessa ocasião, a família assume outro lugar, comum de ser ocupado pela sociedade, ajudando a construir e compartilhar algumas representações sociais negativas da TB.

Wendling, Modena e Schall (2012) citam um caso em que houve expulsão pelos tios de um sobrinho com TB. Entretanto, existem circunstâncias diferentes,

⁵ Da mesma forma que a personagem Graça na subcategoria ações para uma participação mais efetiva do paciente no tratamento.

exemplificadas por Ayisi *et al.* (2010), nas quais a revelação do diagnóstico de TB não afetou as relações com familiares ou amigos.

Provavelmente, por causa do reconhecimento da participação familiar no TDO pelos ACS, Fernando relatou que as ações educativas poderiam se estender aos familiares⁶, tornando-os empoderados:

Deveria haver “conscientização” e “comoção” dos contatos, por exemplo, “diálogo entre profissionais e familiares”, uma “roda de conversa”, “promoção de terapias e programas de conscientização, visando o tratamento e a prevenção”.

Os contatos próximos são uma grande fonte de informação sobre TB, outro fato que exemplifica a importância da participação destes no combate à doença (VUKOVIC; NAGORNI-OBRAĐOVIC, 2011). Necessita-se fortalecer a relação entre serviço e familiares, a partir de um processo dialógico que possa reconhecer a instituição familiar como parte do cuidado (CRISPIM *et al.*, 2013).

Entretanto, não significa que inexistam ações destinadas às famílias, mas que Fernando possui certa dificuldade com a situação, pois ele mesmo disse preferir “ter um centro de referência dentro do local onde mora para melhor orientar a família”.

5.6.2. Encontros e desencontros com o TDO domiciliar – a casa vazia

A visita ao domicílio é marcada por desencontros, como descreveu Fernando sobre tal empecilho:

“Ir no horário marcado com o paciente e ele não estar em casa”. Há uma “dificuldade de encontrar (...) diariamente”, “nos horários previamente agendados”.

A despeito dos horários serem consensuais e agendados, a dificuldade está no fato do TDO envolver numerosas visitas, o que aumenta a probabilidade de imprevistos.

⁶ Temas sobre educação em saúde para os pacientes estão descritos na subcategoria ações para uma participação mais efetiva do paciente no tratamento.

Como disse o ACS, o problema está relacionado à rotina diária, havendo casos de “pessoa que viaja”, “não espera pela chegada do ACS” ou “dorme fora e não retorna”.

Foi evidente a existência de pessoas com as quais são mais comuns as ausências. Quanto a isso, Fernando tentava solucionar com a adoção de algumas medidas que são complicadas para um sobrecarregado profissional, dentre elas:

A visita “várias vezes no mesmo dia” ou ficar um “bom tempo na residência, esperando”. Por causa disso, um indivíduo foi “encaminhado para fazer o TDO na unidade de saúde”.

O trabalho do paciente também é um causador de desencontros. Fernando comentou as dificuldades de:

“Encontrar o paciente, sendo que, às vezes, trabalham e saem cedo demais”, “fica impossível acompanhá-lo”, “os horários não batem”.

Fernando compartilhou situações específicas, como a atribulação nos casos de pessoas que “residem no trabalho”, possivelmente por não haver a comodidade necessária para o acompanhamento. Outra situação mais complicada foi a “localização” de um “taxista”, provavelmente devido às características inerentes à profissão, como a versatilidade de horário e a constante movimentação pela cidade. Profissões menos previsíveis e rotineiras, como a de taxistas ou aqueles que trabalham “dia sim dia não”, provavelmente são um desafio para a sistematização do TDO domiciliar.

Fernando relatou, ainda, um momento que considerava delicado no processo terapêutico, ocorrido na volta ao trabalho de pessoas que estavam de licença médica, possivelmente pelo aumento de incertezas e ruptura com algo considerado mais controlável, disciplinado e disponível. Sobre isso, ele disse:

“A minha maior dificuldade quando o paciente volta para o trabalho e é raro a gente encontrar com o paciente”.

A relação do tratamento com o trabalho é conflituosa, conforme observado por alguns autores. Há uma permanente concorrência pelo finito tempo do paciente entre a necessidade de trabalhar e a de cuidar da saúde por meio da supervisão ou da visita à UBS. A perda de produtividade, o medo de transmitir TB aos colegas, o

receio do comportamento deles ao descobrir a doença ou até de perder o emprego faz com alguns se questionem: trabalhar ou se tratar? Em grande parte das vezes, os acometidos acabam optando pelo silêncio (CRAIG; JULY; ZUMLA, 2014; DIAS *et al.*, 2013; SAGBAKKEN; FRICH; BJUNE, 2008).

Queiroz *et al.* (2012) apresentaram percepções de profissionais da saúde sobre as limitações do TDO, uma delas foi a conciliação entre supervisão e necessidade do usuário trabalhar.

A despeito da multiplicidade de fatores relacionados à ocupação que potencialmente interfere na práxis do TDO, observou-se a presença de apenas alguns nesse estudo. Possivelmente, esse aspecto esteja relacionado ao fato da pesquisa abordar a perspectiva do ACS e não do próprio paciente. Entretanto, a ausência de outros achados indica a necessidade de treinamentos a fim de reforçar a atenção e o cuidado profissional para as experiências do doente acerca da situação, visto que elas podem não estar sendo compartilhadas.

Apesar de não relatar muito sobre o trabalho do paciente, Fernando contou as suas vivências ocupacionais, como a situação de um paciente que “não faz (o TDO) no horário certo, sempre em horários diferentes”, comprometendo o processo de cura.

De modo a possibilitar os encontros, ambas as partes envolvidas acabam se oprimindo. Os usuários precisam se adequar a nova situação, como acordar mais cedo, fracassando algumas vezes nesse ponto, vistos os relatos de “usuário dormindo”. O ACS, por sua vez, altera as suas atividades, até mesmo as de cunho pessoal em algumas ocasiões, realizando visitas fora do horário de expediente.

Gonzales *et al.* (2008) também identificaram algumas experiências de desencontros observadas neste trabalho. Os ACS vivenciaram ocasiões em que não encontravam os pacientes em casa ou as vezes em que ainda estavam dormindo e não queriam se levantar. Os autores apontam como motivos a limitação dos horários e sugerem a flexibilização do TDO com a participação de outras pessoas. De acordo com Arakawa *et al.* (2011), a rigidez na rotina de atendimento, por parte dos serviços de saúde, agrava as dificuldades econômicas e sociais vivenciadas pelos indivíduos portadores de TB.

Portanto, uma solução para esse desconforto pode ser a flexibilização do horário de trabalho, empregado pelo sistema de saúde municipal conforme observado implicitamente em algumas afirmações. Contudo, essa flexibilidade significa rigidez para os trabalhadores, visto que os momentos em que Fernando teve de “realizar o TDO fora do (...) trabalho”, demonstrando certo desconforto ao dizer de forma genérica que considera ruim os demais “acharem que o ACS tem que trabalhar depois do horário”, um horário classificado por uma voz como “inadequado ou incompatível”.

A controvérsia quanto ao expediente e rotina do ACS continuou sendo abordada por Fernando:

Existe UBS com “falta de colaboração da direção, quanto aos meus horários de trabalho e reuniões com as saídas para o TDO”, enquanto que em outra UBS há “flexibilidade ao assinar o ponto, haja vista que alguns pacientes se medicam antes do início da jornada diária ou depois”.

No estudo de Peres *et al.* (2011), os autores observaram queixas de ACS quanto à inflexibilidade. Nesse trabalho, realizado na cidade de Marília, São Paulo, os entrevistados acreditavam que a equipe não entendia e respeitava as diferenças das atividades exercidas por cada trabalhador. Dissen *et al.* (2010) destacaram os aspectos positivos da flexibilidade no planejamento das atividades diárias dos ACS, por melhor se encaixar às adversidades e às demandas da comunidade.

5.7. A vulnerabilidade social – a guerra

“Guerra”, esta foi uma metáfora de Fernando para os problemas sociais que presenciava quando citou a “violência” e a “drogadição”. Em algumas palavras observa-se uma realidade dura que justifica o uso da metáfora, como “tiroteios” e “rivalidades entre moradores de outra área”. Ele contou, ainda, fatos sobre o abuso de substâncias lícitas e ilícitas, os pacientes sem residência e a contribuição da escolaridade.

Kebian e Acioli (2014) destacaram que um dos maiores empecilhos das visitas domiciliares é a violência. No estudo de Bachilli, Scavassa e Spiri (2008)

reafirmaram um sentimento de impotência no ACS quando ele se confronta com as questões difíceis da realidade as quais não são capazes de solucionar. Paula e Aguiar (2013) reconheceram que os moradores de algumas comunidades estão expostos a frequentes conflitos de facções rivais do tráfico ou de policiais com milicianos e traficantes locais.

Fernando foi mais detalhista sobre as situações de dependência química, particularmente o alcoolismo e o uso de drogas, afirmando que tal circunstância dificultava o contato, aumentava a probabilidade de desencontros, atrapalhava a aceitação ao tratamento e comprometia a adesão, sem contar que citou dois casos específicos, um de abandono e outro que estava pela segunda vez se tratando:

É complicado “acompanhar usuário positivo de TB sendo o mesmo alcoólatra”, “às vezes, quando eu chegava a casa, estava alcoolizado e sozinho” ou, então, “não ficava em casa (dificuldade de encontrar a paciente)”. Existe, também “a resistência quando ele é usuário de drogas”. “Tente dar medicação para um drogado ou bêbado, é quase impossível”.

O ACS explicitou sobre o seu problema em lidar com a situação, visto que uma de suas vozes cogitou a internação desses pacientes ou a participação de uma “casa de apoio”. Os ACS precisam de suporte e capacitação do sistema de saúde de modo a se tornarem preparados para o enfrentamento do contexto. Mesmo que esteja imerso em sua comunidade, é passível do profissional se sentir acuado, ainda mais se for considerado que, geralmente, as suas visitas são feitas sozinhas.

Fernando gostaria que fossem incrementadas as políticas públicas destinadas a esse perfil de usuário, demonstrando possuir certa noção dos determinantes da TB, cuja complexidade não se restringe ao âmbito biológico. Em seus termos, foi sugerido:

“Trabalho específico em pacientes com problemas com drogas”, por exemplo, a “prevenção” ou então “captar os usuários de drogas e etilistas que são mais vulneráveis ao contágio e tornar o acesso (...) mais fácil à unidade de saúde”.

Em outro momento, comentou a importância de “orientá-los para que não interrompam o tratamento, mesmo bebendo”. De forma análoga, os profissionais de saúde entrevistados por Queiroz *et al.* (2012) toleravam o consumo de álcool durante o tratamento de forma a favorecer a adesão.

Por fim, observou a ancoragem da TB no etilismo e na drogadição. Em muitos relatos de Fernando, havia a percepção de que, “na maioria das vezes, o paciente é alcoólatra” ou “drogado”, sendo esse mais um exemplo do grande estigma relacionado à doença, mesmo entre uma classe de trabalhadores da saúde. Esses trabalhadores poderiam ter alguma experiência individual relacionada ao assunto, mas acabaram por generalizar.

Apesar de indivíduos que consomem bebidas alcoólicas e fazem uso de drogas serem mais susceptíveis à doença (NAVA-AGUILERA *et al.*, 2009), a prevalência encontrada em alguns estudos não ultrapassou 50%, portanto, não corroborando com a associação de tais aspectos à maioria dos pacientes (BRAGA *et al.*, 2012; PAIVA; PEREIRA; MOREIRA, 2011; SILVA, 2013).

Wendling, Modena e Schall (2012) apontaram a mesma preocupação sobre o etilismo e drogadição por outros profissionais da saúde de BH, os gerentes. Eles acreditavam que essas populações apresentavam maior probabilidade de abandono.

Apesar de ser encontrada associação entre TB e tabagismo (NAVA-AGUILERA *et al.*, 2009), houve apenas um comentário sobre o tema, em que uma voz disse que havia na residência de um paciente “ambientes propícios, pessoas fumantes, casas fechadas”.

Existe uma associação com a qualidade do ar, como se a TB fosse a personificação de um ambiente danoso. Os relatos dos entrevistados marginalizados de Craig, Joly e Zumla (2014) são carregados por essas representações, culpando o desenvolvimento da doença por viver na rua, em um lixão ou em um albergue onde as pessoas costumavam cuspir no corredor e nas salas de TV.

Fernando destacou mais um desafio, o de pessoas que não possuem um lar, principalmente por causa da sua dificuldade de encontrá-los. Craig e Zumla (2015) observaram, nesse grupo de pessoas, a coexistência de outros fatores capazes de comprometer a adesão, como o etilismo, o abuso de drogas e a presença comorbidades. Nesse estudo, que contou, ainda, com a participação de pessoas que moravam em locais com condições precárias, foi observada a falta de suporte social e a alta exposição à violência, sendo o TDO bem aceito nesses participantes.

Cardoso *et al.* (2012) indagaram alguns profissionais de saúde sobre quais grupos necessitam mais do TDO, sendo os os moradores de rua um deles.

Fernando indicou, de forma indireta, uma estratégia de médio e longo prazo capaz de contribuir para o combate à TB, a educação. Em alguns momentos foi observada a relação entre escolaridade e adesão ao tratamento, com relatos sobre a facilidade de lidar com indivíduo que, provavelmente, apresentava maior escolaridade ou entendimento sobre o tema. Nas palavras de Fernando o paciente era “mais esclarecido”.

A pouca escolaridade ocasiona um restrito entendimento sobre o processo saúde-doença. A falta de conhecimento pode induzir ao inadequado seguimento das recomendações da UBS, predispondo a faltas às consultas agendadas, à negação da realização de exames de rotina, ao recebimento dos profissionais em casa ou até mesmo ao abandono do tratamento (PAULA; AGUIAR, 2013).

Por fim, o próprio ACS demonstrou se sentir vulnerável, ao afirmar:

Trabalho em uma “área de altíssimo risco para minha integridade física (tenho uma pequena área de alto risco)”.

Em meio a todos esses aspectos, o ACS acaba por se sentir desprotegido fisicamente, apropriando-se do IVS e transformando-o em uma forma de analisar a própria susceptibilidade como profissional. Como publicado por Bornstein, David e Araújo (2010), o conceito de risco, comum na sociedade contemporânea, é uma adaptável forma Biopolítica de analisar a realidade, enquadrando-o aos perigos e ameaças existentes. Contudo, como afirmaram Trindade *et al.* (2014), enfrentamento dos problemas sociais aumenta os riscos para a saúde dos trabalhadores por causa da exposição a situações de violência urbana e ao intenso cansaço.

5.8. Empoderamento como um indutor de mudança – descrito por Graça

Graça foi uma mulher desconfiada e que sorriu pouco, o seu cabelo mais curto e amarrado parecia refletir a primeira impressão que tive dela, de ser reservada e

observadora. De forma nenhuma foi rude, provavelmente, sua postura foi por não me conhecer direito. Acho que ela tinha algum receio do questionário ser uma prova, uma forma de avaliação individual de desempenho, ou então que seria exposta e teria alguma obrigação posterior à aplicação do questionário. Quando expliquei de forma detalhada nossos objetivos e as questões éticas inerentes ao estudo, ela continuou calada, mas, de um jeito sutil, demonstrou estar disposta a dizer um pouco de sua vivência.

Essa é uma categoria impregnada por um sentimento de inquietação, de que algo poderia ser melhorado na rotina de combate a TB. Ou seja, é uma categoria que representa sugestões, mesmo que apresentadas de forma indireta, em alguns casos.

5.8.1. Estigma e preconceito – a porta fechada

Ao longo dos séculos, as atitudes sociais e comportamentais relativas à TB estão associadas à vergonha, rejeição, discriminação e negligência. Mesmo, hoje em dia, é marcante o estigma e o preconceito arraigado à doença, a despeito de ser tratável e curável. A sua reemergência por causa da AIDS contribuiu para essa situação (COREIL *et al.*, 2010).

Por meio desse trabalho foi possível observar que a TB continua ancorada no contexto de ser grave e até mesmo sem cura, sendo importante a existência de medidas educativas para que a doença seja desmitificada:

Deveria haver um “melhor esclarecimento ao usuário pelo profissional capacitado da unidade. Quanto aos mitos e tabus sobre a doença”.

Em torno da TB, permanece uma atmosfera de sigilo. Há um grande receio do modo que os vizinhos irão se comportar perante o diagnóstico. Como disse Graça:

É difícil “ter informações concretas, verdadeiras. A confirmação da doença ou aceitação pelo paciente”. “O paciente omite informações (...) não atende a porta. Quando descoberto (...) não aceita o diagnóstico”. “Muitas vezes (...) tem receio dos vizinhos saberem e vizinhos ficam curiosos”.

O preconceito transforma a relação profissional-paciente em uma porta fechada. Essa imagem deve estar ancorada na dificuldade do ACS adentrar na residência, mas, também, no clima de segredo e na dificuldade e necessidade de tratar essas informações de saúde de forma discreta. A porta pode se fechar ainda mais para o ACS, uma pessoa da própria comunidade, que conhece o paciente e mora ao lado. Isto é, os “mitos e tabus” transformam a morte social mais assustadora que a biológica. Morrer socialmente é permanecer sofrendo.

O estigma acaba prejudicando a adesão ao TDO. As visitas se tornam indesejáveis por poder revelar o diagnóstico. A doença não é mais um elemento físico, mas um indicativo de sujeira e risco. Do ponto de vista dos familiares, a TB se torna uma representação de uma família com más condições de moradia, alimentação e higiene. O paciente se torna aquela pessoa que ele mesmo discriminava, passa a se tornar a vítima do julgamento social. Por causa disso, alguns preferem se isolar para não serem isolados (COREIL *et al.*, 2010; DIAS *et al.*, 2013; SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010).

Na metassíntese de Juniarti e Evans (2011) observa-se que o preconceito pode ser sintetizado em três grandes categorias: vergonha, medo e isolamento. Vergonha por causa da representação negativa associada a TB. Isolamento resultante do afastamento de pessoas queridas, separação de quartos e utensílios, além da diminuição do contato físico e rejeição social. Ademais, existe o medo de morrer, de estar associado à AIDS (outra doença estigmatizada) ou então de perder o emprego.

Desse modo, a TB possui caráter opressor. O TDO, por sua vez, é capaz de aumentar essa percepção e se tornar uma fonte de mais preconceito, como apresentado na subcategoria seguinte.

5.8.2. Divergências entre algumas relações de poder existentes no TDO – a criança

O poder é um conceito abstrato que esteve presente de forma contínua nas obras de Michel Foucault. Alguns dos tipos de poder abordados pelo filósofo foi o poder disciplinar e o biopoder. Destes, o primeiro a surgir foi o disciplinar, com a finalidade

de gerir o homem e torná-lo mais forte e preparado para o trabalho. O poder disciplinar engloba todos aqueles procedimentos pelos quais se assegura a distribuição espacial dos corpos individuais como a separação, alinhamento ou colocação deles em série, empregando-se toda uma intensa atividade de vigilância, além de hierarquias, escriturações, relatórios, exames e punições. O resultado final é uma pessoa mais forte e preparada, mas igualmente dócil (FOUCAULT, 1999; FOUCAULT, 2006; FOUCAULT, 2008).

No Biopoder, por sua vez, emprega uma tecnologia distinta da Disciplina, mas não excludente por estar em outro nível de atuação, voltada para as populações ao invés dos indivíduos. Em vez de focar nos trabalhos sobre o corpo, preocupava-se com a espécie, tentando lidar com a multiplicidade humana na medida em que ela forma uma massa global, afetada por processos relacionados à vida, como nascer, adoecer ou morrer. O Biopoder e sua utilização nos governos, a Biopolítica, emprega observações, cálculos estatísticos ou mecanismos de controle mais sutis que a própria assistência à saúde, como a seguridade social. Busca-se, a partir dessas estratégias, a compreensão dos fenômenos relacionados às populações e formação de políticas para o controle de natalidade, endemias, dentre outras funções, pois a população também significa força, trabalho e capacidade econômica (FOUCAULT, 1999; FOUCAULT, 2008).

Em muitos momentos há a articulação desses poderes, como, por exemplo, a distribuição da polícia (Poder Disciplinar) de acordo com as regiões de uma cidade com base na criminalidade (Biopoder). A medicina é outra capaz de atuar, ao mesmo tempo, sobre o corpo e a espécie, tendo efeitos disciplinares e regulamentadores, estes relacionados ao Biopoder e a Biopolítica (POGREBINSCHI, 2004). O TDO é outro ponto de articulação entre o Biopoder e a Disciplina. A sua implantação esteve associada com a pretensão de diminuir os números de casos, reduzir a taxa de abandono e aumentar a cura, parâmetros gerados pelo Biopoder e a medicina social.

Ademais, a forma de execução do TDO se assemelha muito com uma prática disciplinar, almejando um indivíduo dócil e disposto ao tratamento, de modo que o resultado seja um corpo forte e curado. Percebe-se o Poder Disciplinar quando se observa que o tratamento é individualizado, isto é, adequada à rotina do paciente e

as suas necessidades, com a administração dos medicamentos nos locais de sua preferência. Emprega-se também uma vigilância constante por meio dos trabalhadores da saúde, a classificação dos portadores em bacilíferos, extrapulmonares, recidivantes, não aderentes, resistentes... Os pacientes são submetidos a exames frequentes, ora clínicos, ora laboratoriais, com um registro contínuo sobre a sua progressão na terapia e a ingestão dos medicamentos. Eles podem sofrer, inclusive, punições da sociedade, por causa do estigma, ou por vias judiciais, que tornem mais claro o caráter compulsório de se tratar.

Há a possibilidade do supervisionamento significar repressão e não a libertação da doença, portanto, a aceitabilidade é conflituosa. Devido ao processo circular do poder, há situações em que, além dos pacientes, os ACS também se sentem oprimidos. O TDO domiciliar pode representar maior conforto, mas também a invasão de privacidade, devido a obrigatoriedade da visita do profissional de saúde, uma pessoa externa. O tratamento em si é uma mudança de hábito, uma sujeição às representações negativas sobre a segurança dos fármacos anti-TB e uma maior chance de exposição ao preconceito.

Alguns ACS também não se sentem confortáveis com a situação, às vezes, enxergando a si mesmo como um fiscal, sem contar que lidam com casos de “teimosia”, “pouca receptividade” ou “falta de educação”:

É difícil “pedir para o usuário tomar o remédio, invasão de sua vida”, “às vezes, é constrangedor para o paciente e o profissional”. O usuário tem a “sensação que está sendo vigiado para tomar o medicamento” e para o profissional é dificultoso “ficar indo à casa do paciente para fiscalizar se está tomando os remédios”, “talvez ele não quer que a gente saiba”.

A casa pode ser um local de privacidade ou conforto e também uma fortaleza. Uma forma de rejeitar a situação é simplesmente “não atender o portão”. Novamente, essa objetivação esteve presente em algumas falas da Graça, representando a dificuldade de estabelecer vínculos, que se agravam quando o paciente se enxerga como um menino. Graça também acredita em um excesso de pressão sobre o paciente, chegando a dizer:

Há casos de “não abertura do portão para acesso ao paciente”. Um caso de “recusa do paciente, pois diz ser adulto suficiente para ingerir medicamentos sem acompanhamento”. Deveria “facilitar de alguma forma”,

“não sufocar o paciente, porque ele é o doente OK!”. “Mudar o sistema de acompanhá-los nas residências, ou um modo melhor”.

Johansson e Winkvist (2002) também identificaram, nas falas de pacientes e profissionais de saúde do Vietnã, que o método pode fazer o paciente se sentir como uma criança, ou seja, sem o poder de decidir sobre a própria terapia e obedecendo de forma automática ao que os profissionais da saúde recomendavam.

Corroborando com as falas dela, os estudos de Lewis e Newell (2009) e Zuñiga (2012) identificaram que os supervisionados podem fazer uma interpretação diferente sobre o TDO, considerando-o uma falta de confiança. Oliveira, Natal e Chrispim (2010) afirmaram que alguns grupos sociais são mais receptivos do que outros ao tratamento supervisionado e a rigidez pode soar como coercitiva e autoritária para determinados indivíduos, cerceando sua autonomia. De forma a tornar o tratamento mais flexível, uma das gerentes de BH entrevistada por Wendling, Modena e Schall (2012) chegou a comentar que, em áreas de baixo risco, sensibilizavam um familiar para fazer o TDO.

A despeito do local de ingestão dos medicamentos ser de escolha do acometido por TB, no manual de combate à TB do Ministério da Saúde está descrito que não será considerado TDO para fins operacionais os casos nos quais este não for realizado por profissionais de saúde (BRASIL, 2011a). Em contraste, a OMS (2010) afirma que a escolha do observador deve ser feita com base nas preferências do paciente, podendo ser um membro da comunidade devidamente treinado.

A flexibilidade no TDO é de suma importância. Há casos em que é possível a supervisão por pessoas da comunidade e até a autoadministração. Tratar é importante para a manutenção da vida na maioria dos casos de TB, mas durante o tratamento continua-se vivendo. Sagbakken, Frich e Bjune (2008) exemplificam isso em seu estudo na Etiópia, onde o paciente se absteve de um rígido tratamento porque necessitou ir a um funeral distante. A metassíntese de Munro *et al.* (2007) identificou que o aumento da flexibilidade pode contribuir para a adesão quando se consideram as preferências do paciente sobre o tipo de tratamento e o suporte.

5.8.3. Ações para uma participação mais efetiva do paciente no tratamento – a mãe

A despeito dos avanços, permanece uma deficiência de informações corretas sobre a doença, seus modos de transmissão e a finalidade do TDO (DIAS *et al.*, 2013). Se faz necessário o reforço e aprimoramento dos métodos empregados na educação em saúde como demonstrado nas muitas vozes proferidas pela Graça. Ela acha que deveriam ser adotadas medidas a fim de tornar o paciente mais consciente e responsabilizado:

Há uma “falta de compromisso do paciente em relação ao tratamento”. Ele “tem pouca corresponsabilização sobre o próprio tratamento”.

Nas entrelinhas, ela disse sentir que o supervisionamento pode, algumas vezes, verticalizar a relação. Não somente os pacientes se sentem por horas como crianças, mas a ACS chega a chamar o sistema de “paternalista”, como se a tornasse uma mãe cuidando de seu filho doente, no qual a ACS se torna aquela que fornece o medicamento, observa deglutir e possui a maior responsabilidade pela efetividade.

Em outras palavras, deveriam ser adotadas medidas que contribuíssem para o empoderamento do paciente em relação a sua saúde e seu tratamento. Deve-se abordar de forma mais detalhada a situação clínica associada a TB, como por exemplo, o porquê dos medicamentos e as consequências de adesão não satisfatória. Esse processo poderia ser capaz de estimular a conscientização e a responsabilização. De acordo com Graça, deveria ocorrer o diálogo entre profissionais e paciente:

“Assim que descobrir que tem um paciente com tuberculose, chamar ele e explicar sobre a doença e seu risco”. Pois ainda há uma “falta de conscientização da pessoa assistida quanto a gravidade da doença não tratada”. “O esclarecimento dado pelos médicos ao paciente com tuberculose tem que ser de forma que o mesmo seja responsável por sua saúde. E saiba do risco que ele e sua família correm”.

De acordo com Lewis e Newell (2009), orientações mais claras sobre todo o processo terapêutico contribuem para o processo de compreensão do indivíduo a

respeito de sua condição clínica, tornando-o mais ativo sobre o seu cuidado, além de auxiliar no combate a outro aspecto relacionado à TB, o isolamento.

A educação em saúde deveria ser aprimorada e transmitida por diversos canais, como palestras e grupos de apoio. Além do mais, a participação multiprofissional poderia aumentar a conscientização daquele que está se tratando:

“Palestra aos pacientes com tuberculose mostrando o que pode ocasionar com a falta de tratamento”. “Ter grupos operativos para esclarecer sobre a doença. Quebrar ou tirar as dúvidas quanto ao preconceito. Fazer o usuário sentir seguro, encorajando a enfrentar a situação com clareza”.

As medidas educativas, em especial, os grupos de convivência, são boas medidas para reduzir a solidão, visto que o convívio entre pessoas com TB não é comum. Possibilitar a conversa entre pessoas na mesma situação pode promover o conhecimento mútuo dos dramas vivenciados cotidianamente, alimentando sentimentos de solidariedade, bem-estar e superação (LEWIS; NEWELL, 2009; SOUZA; SILVA, 2007).

Widjanarko *et al.* (2009) publicaram um estudo que, dentre outros aspectos, reforça a influência benéfica da educação em saúde nesse tratamento. No trabalho deles, realizado com indonésios, perceberam que os pacientes gostariam de receber mais informações e afirmaram que mais esclarecimentos poderiam contribuir na adesão.

Apesar de ser possível observar que a TB é mais prevalente em certos grupos populacionais, existem aqueles que não se enquadram nesse perfil e acabam sendo estigmatizados. Por exemplo, apesar da TB acometer, mais frequentemente, pessoas com maior vulnerabilidade socioeconômica não significa que todos que manifestaram os sinais e sintomas de TB se enquadrarão nessas características. Nas afirmações de Graça foi possível verificar a heterogeneidade presente nos casos, com pessoas de maior ou menor escolaridade, histórias de vida distintas e graus de motivação diferentes para aderir ao tratamento:

“Tive facilidade no TDO, porque a paciente queria mais do que nunca a cura para voltar a viver normal”. Em outro caso, havia “falta de interesse do paciente, não toma a medicação, não atende”.

Um grupo que necessita de maior atenção é o dos idosos. Uma grande quantidade de estudos indica que pessoas com mais de 75 anos apresentam maior risco de não aderir. Nessa faixa-etária é mais comum ocorrer dificuldade de compreender regimes terapêuticos e casos de esquecimentos. É atribuída a essa faixa etária, também, uma maior prevalência de problemas cognitivos, comorbidades e polifarmácia (NHS, 2005). De acordo com a Graça:

“Idosos confusos de explicar o tratamento para aceitação do mesmo é difícil, tem que correr muito atrás”.

Novamente, foi possível notar uma valorização excessiva da influência dos aspectos relacionados ao usuário. Repetiu-se, também, a ancoragem da não adesão a ideia de irresponsabilidade e descompromisso do paciente. O não aderente foi considerado omissor com a própria saúde e com aqueles em sua volta, sendo objetivado por alguns como um sujeito rebelde, que vive “em butecos”, sem contar a persistência do modelo biomédico nas falas, por meio de uma preocupação mais voltada para o tratamento.

No estudo de Wendling, Modena e Schall, 2012 também foi observada uma maior tendência dos gerentes de UBS de BH culpar o paciente. De acordo com os autores, antes de responsabilizar apenas os pacientes pelo seu estado de saúde, é preciso refletir se as equipes de saúde estão cumprindo seu papel, como o desenvolvimento de ações educativas em saúde voltadas para TB. De acordo com Nunes *et al.* (2002), o objetivo de conduzir a população à adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis passa a ser encarada como a distinção entre pessoas dóceis/obedientes e problemáticas/indisciplinadas, sem que haja um esforço de contextualização ou de reflexão.

5.8.4. Ações educativas à comunidade – os panfletos

Graça não restringiu aos pacientes os seus comentários sobre medidas educativas. Ela foi além, percebendo que tais medidas são mais abrangentes, englobando a comunidade e a população em geral, com o envolvimento da mídia e de campanhas governamentais. Em suas palavras, essas atitudes se concretizaram por meio de

panfletos e propagandas. Para ela, é como se a TB ainda permanecesse obscura e esquecida pela sociedade, sem muita visibilidade nos meios de comunicação.

A parceria com escolas seria outra forma de divulgar a doença. A “reunião”, isto é, uma parceria entre setores da saúde e da educação, poderia ajudar a sensibilizar os alunos de todas as faixas etárias, como crianças e aqueles do primeiro e segundo grau.

Graça pensa que existe divulgação, mas que essa permanece intermitente. Um maior volume de informação poderia estimular a compreensão dos afetados pela TB, mas não somente isso seria capaz de conscientizar aqueles que não estão em tratamento, para que se previnam, procurem o tratamento precoce e apoiem os que estão doentes. As campanhas educativas podem ser um aliado dos profissionais no combate a TB, inclusive, sendo capazes de facilitar a prestação do cuidado. A ACS expôs que poderia haver:

“Divulgação para a população sobre o TB” para a “conscientização em massa, pois é o um assunto que muitas pessoas não entende a gravidade”. Poderia ser feita uma “vinculação de propagandas (TVS, Radio, etc...) não só de vez em quando, mas sempre como alerta”. para que ocasione uma “melhoria do nosso serviço”. Além do mais, “fazer reuniões nas escolas, visando conscientizar as crianças”, uma “educação permanente nas escolas 1º e 2º grau”.

Os meios de comunicação em massa são fonte de informação para as pessoas, transmitindo mais credibilidade do que se fosse visto pessoalmente. Há uma maior extensão de esclarecimentos sobre muitas outras condições de saúde em comparação à TB (VUKOVIC; NAGORNI-OBRAĐOVIC, 2011).

Sá *et al.* (2013) afirmaram que ainda recai sobre as ESF uma abordagem de educação reducionista, empregando-se processos de trabalho pouco capazes de mobilizar a participação de comunidade para além das participações pontuais, como datas comemorativas. Continua a predominância do Biopoder, ao utilizar, frequentemente, as palestras associadas a um pressuposto de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com sua saúde. Esta postura tende a responsabilizar o doente pelos problemas que apresenta e, habitualmente, se limita a simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado.

5.8 Análise reflexiva do autor

Construir este trabalho foi um desafio para mim, apesar de acreditar que todo aluno de pós-graduação daria o mesmo significado para o seu projeto de pesquisa. No meu caso, a elaboração dessa dissertação foi desafiadora pela pequena bagagem teórica sobre a pesquisa qualitativa que eu detinha no início do mestrado em comparação aos principais objetos desse estudo, TB e ACS.

A vida é uma caixinha de surpresas, isso todos sabemos, há algumas coisas que são opções, outras que parecem vir até a gente. A escolha por esse tema foi o segundo caso, isto é, este é um estudo que já estava sendo desenvolvido quando me inseri nele, sendo uma sugestão da minha orientadora. Entretanto, fiquei contente por ser sobre uma doença infectocontagiosa, um tema de meu interesse. Durante toda a minha graduação optei por me aproximar e aprofundar na microbiologia e parasitologia, talvez pela afinidade com o assunto ou, quem sabe, por ter sido uma criança com recorrentes faringites. Sem contar que fiquei curioso ao descobrir sobre o TDO, não sabia dessa prática antes do mestrado. Este trabalho começou a me envolver tanto a ponto de me fazer pensar trabalhar com TB por muito mais além do mestrado.

Ademais, preciso ressaltar que eu tentei me despir de preceitos para a análise dos resultados, mas sei que depus um pouco de mim nesse trabalho. Considero que uma das grandes funções da pesquisa qualitativa é a de sensibilizar e humanizar, por isso, procurei tornar a dissertação mais próxima do dia-a-dia, com a utilização de aspectos corriqueiros na descrição dos resultados e na discussão.

Acho que acabei fazendo uso de um pouco do meu conhecimento em epidemiologia e saúde pública no trabalho. Por exemplo, procurei esmiuçar, na introdução, as frequências da TB e o seu impacto na população e empreguei nos resultados, inferências com as políticas públicas empregadas em outros momentos do sistema de saúde brasileiro. Ademais, acho que acabei sendo influenciado por minhas preocupações sobre a educação e os conhecimentos adquiridos no mestrado sobre os processos didático-pedagógicos.

Nunca trabalhei prestando assistência à saúde aos usuários da Prefeitura de BH, ou, como diz um amigo, não estive “na ponta”. Portanto, mesmo considerando os meus conhecimentos sobre o sistema de saúde, a minha visão a respeito do serviço era a de um usuário. Acho que se eu atuasse diretamente no serviço, a minha percepção sobre o trabalho seria diferente. Contudo, também acredito na validade da participação de alguém exterior ao ambiente de trabalho, pela possibilidade de fornecer uma análise menos enviesada pelas representações sociais existentes nas equipes das UBS.

Apesar disso, procurei reduzir ao máximo a influência das minhas experiências como usuário e entender as percepções fornecidas pelos ACS. Entretanto, a minha criticidade perante o TDO pode ter sido influenciada por eu ter me colocado, involuntariamente, como um paciente na situação e pensado na necessidade e consequências do procedimento. Apesar disso, acredito que uma parte dos ACS estudados também quiseram transmitir suas concepções críticas a respeito dos impactos do TDO na rotina do paciente.

Outros fatores a serem considerados são a minha formação em Farmácia e o meu mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Eles podem ter me influenciado na análise e aprofundamento a respeito da adesão e na forma como enxerguei que Fatores relacionados à Assistência Farmacêutica pública são uma categoria e não um subtema de A equipe de saúde.

Este trabalho possibilitou o meu crescimento tanto como pesquisador quanto como pessoa. Ajudou, por exemplo, a desenvolver o meu espírito crítico sobre a criação do saber, expandindo os meus horizontes para outras vertentes da ciência. Contribuiu para me tornar um profissional mais sensível e preocupado com a pessoa que está por trás da doença ou da profissão. Despertou-me um interesse por áreas que, mesmo inter-relacionadas, estão mais distantes da concepção dominante sobre o que é Farmácia, como a Filosofia e a Psicologia, sem contar o desenvolvimento de um grande apreço pelas metáforas e a significação subjetiva ou deturpada de uma doença. Forneceu-me ainda, por meio das teorias e da revisão de literatura, uma forma diferente de enxergar a adesão, as relações sociais, a saúde pública e a educação em saúde.

Espero ter conseguido transmitir um pouco desse meu novo mundo para os leitores.

6. LIMITAÇÕES

As perguntas abertas foram as mesmas para todos os participantes, tinham um espaço bem delimitado, solicitavam apenas que os entrevistados citassem as percepções e restringiam o número de respostas. Esse fato pode ter comprometido a expressão de uma parcela dos entrevistados, contudo, essa medida foi adotada por causa do grande número de participantes envolvidos. Apesar disso, a quantidade de ACS envolvidos acabou possibilitando a observação de uma riqueza de detalhes, alcançando uma amplitude de temas, com a possibilidade da realização de inferências aprofundadas.

Cabe ressaltar que não foram realizados métodos de observação da rotina de trabalho dos participantes, algo que poderia enriquecer os resultados e aumentar a validade do estudo. A observação não foi adotada pelo fato do TDO não ser realizado, com muita frequência, dentro de uma ESF ou mesmo dentro de uma UBS. Muitos ACS relataram ter realizado o TDO uma ou duas vezes em sua vida profissional. Portanto, o que foi encontrado nessa dissertação é o reflexo indireto sob a ótica de apenas um ator envolvido nessa prática, o que não o compromete como subsídio de informação e discussão sobre o tratamento da TB no país.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDO é um método debatido e relatado por muitos estudos, sendo considerado uma boa estratégia por pesquisadores, trabalhadores ou pacientes. No entanto, esse fato não impossibilita uma reflexão constante da avaliação e aperfeiçoamento da prática.

O TDO se baseia nas relações de poder devido a sua finalidade de normalizar, individualizar e contribuir para a saúde pública. Entretanto, não significa que tais aspectos não necessitem ser explicitados, haja vista a possibilidade da estruturação de um processo mais humanizado, que, por sua vez, poderia reduzir o caráter repressivo presente em alguns momentos, ora para os pacientes, ora para os próprios ACS.

Este trabalho possibilitou o encontro de aspectos que necessitam de atenção pelos profissionais e gestores, como desencontros nas visitas domiciliares, incentivo à prevenção e diagnóstico, a participação da família e dos próprios usuários no tratamento, além dos problemas sociais envolvidos.

Uma maior liberdade na escolha do responsável pela supervisão pode ser importante, de modo a aumentar a comodidade e adesão ao tratamento. Os ACS devem ser capacitados de modo que se sintam mais preparados para a situação, libertando-se de preceitos que comprometem a sua atuação no combate à TB. A flexibilização da rotina de trabalho do ACS e a minimização da sua sobrecarga de trabalho devem ser consideradas para a melhoria da assistência à saúde.

O uso de teorias permitiu o fornecimento de diferentes perspectivas sobre o tema, possibilitando, assim, o aprofundamento dos conhecimentos. As teorias podem contribuir, ainda, para a formulação de estratégias de intervenção em BH, como a criação de medidas educativas que envolvam as representações sociais encontradas de modo a tornar os envolvidos mais empoderados e conscientes da situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. S. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 650-657, 2012.

ARAKAWA, T. *et al.* Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

ARBEX, M. A. *et al.* Drogas antituberculose: interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais. Parte 1: Fármacos de primeira linha. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 5, p. 626-640, 2010.

AUGUSTO, C. J. *et al.* Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 39, n. 3, p. 357-364, 2013.

AYISI, J. G. *et al.* Care seeking and attitudes towards treatment compliance by newly enrolled tuberculosis patients in the district treatment programme in rural western Kenya: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 11, n. 515, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/515>>. Acesso em 26 mar. 2015.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008. 281p.

BASTOS, L. G. V. *et al.* Prevalence of pulmonary tuberculosis among respiratory symptomatic subjects in an out-patient primary health unit. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 12, n. 2, p. 156-160, 2007.

BELO HORIZONTE. **Lei nº 7.238, de 30 de dezembro de 1996**. Dispõe sobre o quadro especial da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, institui o plano de carreira dos servidores da saúde de prefeitura municipal de Belo Horizonte,

estabelece a respectiva tabela de vencimentos e dá outras providências. Belo Horizonte: 1996.

BELO HORIZONTE. **Decreto nº 12.924, de 1º de novembro de 2007**. Regulamenta o art. 12 da Lei nº 9.443, de 18 de outubro de 2007. Belo Horizonte: 2007.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Tuberculose: Orientações para Agentes Comunitários de Saúde**. 201?.

BELO HORIZONTE. **Lei nº 10.252, de 13 de setembro de 2011**. Concede reajustes remuneratórios aos servidores e empregados públicos da administração direta e indireta do poder executivo e dá outras providências. Belo Horizonte: 2011.

BELO HORIZONTE. Reunião discute enfrentamento à tuberculose na Região Norte, 3 mar. 2012a. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1075969>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

BELO HORIZONTE. BH mantém ações de combate à tuberculose, 28 mar. 2012b. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1077463>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Índice de Vulnerabilidade em Saúde, Belo Horizonte, 2012**. Belo Horizonte: 2013a. 24 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Relatório de Gestão 2012**. Belo Horizonte: 2013b. 223 p.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L.; ARAÚJO, J. W. G. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 32, p. 93-101, 2010.

BRAGA, J. U. *et al.* Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de Dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: 1997, 11 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: 2001. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: 2002. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004. 2 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: 2006a. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Farmanguinhos. **Memento Terapêutico**. Brasília: 2006b. 302 p.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art.198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: 2007. 160 p. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração e serviço**. Rio de Janeiro: 2008. 348 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: 2009a. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: 2009b. 260 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8 ed. Brasília: 2010. 444 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: 2011a. 284p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de Enfermagem. Brasília: 2011b. 168 p.

BRASIL. Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/d0202.def>>. Acesso em 02 mar. 2015a.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 09 mar. 2015b.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CARDOSO, G. C. P. *et al.* A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 203-210, 2012.

CARPENTER, J. Metaphors in qualitative research: shedding light or casting shadows?. **Research in nursing & health**, v. 31, n. 3, p. 274-282, 2008.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (US), Department of Health and Human Services. **Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings**. v. 54, 2005, 142 p.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: 1978. 3 p.

COREIL, J. *et al.* Structural forces and the production of TB-related stigma among haitians in two contexts. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 8, p. 1409-1417, 2012.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 6, p. 1685-1697, 2014

CRAIG, G. M.; JOLY, L. M.; ZUMLA, A. Complex' but coping: experience of symptoms of tuberculosis and health care seeking behaviours - a qualitative interview study of urban risk groups, London, UK. **BMC Public Health**, v. 14, n. 618, 2014. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/618>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

CRAIG, G. M.; ZUMLA, A. The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 32, n. 2015, p. 105-110, 2015.

CRISPIM, J. A. *et al.* Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 721-727, 2012.

CRISPIM, J. A. *et al.* Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de familiares e pacientes acometidos pela doença. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, esp. 1, p. 606-611, 2013.

DANIEL, T. M. The history of tuberculosis. **Respiratory medicine**, v. 100, n. 11, p. 1862-1870, 2006.

DIAS, A. A. L. *et al.* Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil. **BMC Public Health**, v. 13, n. 585, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/595>>. Acesso em 26 mar. 2015.

DICK, J. *et al.* Changing professional practice in tuberculosis care: an educational intervention. **Journal of Advanced Nursing**, v. 48, n. 5, p. 434-442, 2004.

DIMITROVA, B. *et al.* Health service providers' perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. **Health Policy and Planning**, v. 21, n. 4, p. 265-274, 2006.

DISSEN, C. M. *et al.* Cargas físicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 807-812, 2011.

ELDER, J. P.; AYALA, G. X.; HARRIS, M. A. S. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 17, n. 4, p. 275–284, 1999.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p.

FORRELLAD, M. A. *et al.* Virulence factors of the *Mycobacterium tuberculosis* complex. **Virulence**, v. 4, n. 1, p. 3–66, 2013.

FORTES, P. A. C. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 1, p. 47-50, 2010.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no College de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. 382p.

FOUCAULT, M. Volume 1: A vontade de Saber. In: _____. **História da sexualidade**. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006. 176 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008. 295 p.

FRIAS, P. G. *et al.* Avaliação da notificação de óbitos de menores de um ano ao Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 1, p. 15-25, 2012.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 198 p.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GONZALES, R. I. C. *et al.* Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 628-634, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>>. Visualizado em 04 mai 2015.

JOHANSSON, E.; WINKVIST, A. Trust and transparency in human encounters in tuberculosis control: lessons learned from Vietnam. **Qualitative Health Research**, v. 12, n. 4, 473-491, 2002.

JUNIARTI, N.; EVANS, D. A qualitative review: the stigma of tuberculosis. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 2011, p. 1961–1970, 2011.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-169, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>>. Acesso em 21 abr. 2015.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010.

LEWIS, C. P.; NEWELL, J. N. Improving tuberculosis care in low income countries – a qualitative study of patients' understanding of "patient support" in Nepal. **BMC Public Health**, v. 9, n. 190, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/190>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

LOPES, A. C. S. *et al.* Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1387-1396, 2008.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SILVA, L. S. Abordagem do desvio positivo para a mudança de comportamento alimentar: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 134-140, 2014.

MACIEL, E. L. N. *et al.* O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1377-1386, 2008a.

MACIEL, E. L. N. *et al.* Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 34, n. 7, p. 506-513, 2008b.

MALDONADO, D. T. *et al.* As dimensões atitudinais e conceituais dos conteúdos na educação física escolar. **Pensar a Prática**, v. 17, n. 2, p. 546-559, 2014.

MARTELETO, R. M.; DAVID, H. M. S. L. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 2, p. 1211-1226, 2014.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Genealogia do Biopoder. **Psicologia & sociedade**, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2009.

MATUMOTO, S. *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface (Botucatu)**, v.9, n.16, p. 9-24, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Pacto pela saúde em Minas Gerais 2010**. Belo Horizonte: 2012. 612 p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MPMG – MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. Parecer técnico jurídico nº 015/2012. Belo Horizonte: 2012. 14 p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 404 p.

MORSE, J. M. Strategies for sampling. In: _____. **Qualitative nursing research**: a contemporary dialogue. 1 ed. Rockville: Aspen Press, 1991. p. 117-131.

MOURA, P. H. P.; SOUSA-MUÑOZ R. L.; CANDEIA R. M. Busca de tratamento por portadores de tuberculose pulmonar: estudo qualitativo baseado no modelo “comportamento de enfermo”. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 19-28, 2013.

MUNIZ, J. N. *et al.* A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 315-321, 2005.

MUNRO, S. A. *et al.* Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. **PLoS Medicine**, v. 4, n. 7, e238, 2007. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0040238>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Microbiologia Médica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 948 p.

NAVA-AGUILERA, E. *et al.* Risk factors associated with recent transmission of tuberculosis: systematic review and meta-analysis. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 13, n. 1, p. 17-26, 2009.

NHS – National Health Service. National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation. **Concordance, adherence and compliance in medicine taking**. Brighton: 2005, 310 p.

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence. **NICE clinical guideline 76**, Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Manchester: 2009, 32 p.

NIEUWLAAT, R. *et al.* Interventions for enhancing medication adherence (Review). **The Cochrane Library**, v. 11, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000011.pub4/abstract>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S.; CHRISPIM, P. P. M. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. **Revista APS**, v. 13, n. 3, p. 357-364, 2010.

OLIVEIRA, D. T. Percepções do agente comunitário de saúde sobre sua atuação na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 132-137, 2012.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Genebra: 2003, 196 p.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Treatment of tuberculosis: guidelines**. 4 ed. Genebra: 2010, 147 p.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Early detection of tuberculosis: an overview of approaches, guidelines and tools**. ? ed. Genebra: 2011, 26 p.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Global tuberculosis report 2013**. Genebra: 2014, 154 p.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1137-1144, 2014.

PAIVA, V. S.; PEREIRA, M.; MOREIRA, J. S. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar em Unidade Sanitária de referência em Porto Alegre, RS. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n. 2, p. 113-117, 2011.

PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007.

PAULA, H. C.; AGUIAR, A. C. Abandono do tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: estudo qualitativo em uma área programática do Rio de Janeiro. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 192-204, 2013.

PELIAS, R. J. Writing into position: strategies for composition and evaluation. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, I. S (EE.). **The SAGE Handbook of Qualitative Research**. 4 ed. Estados Unidos: SAGE, 2011. p. 659-668.

PEREIRA, J. C. *et al.* Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 6, p. 1-12, 2015.

PERES, C. R. F. B. *et al.* O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 905-911, 2011.

PIIRTO, J. M. Creative writing. In: GIVEN, L. M. (E.). **The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods**. 1 ed. Thousand Oaks: SAGE, 2008. p. 165-167.

PILLER, R. V. B. Epidemiologia da tuberculose. **Pulmão RJ**, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do Biopoder. **Lua Nova**, v. 63, n. ?, p. 179-201, 2004.

QUEIROZ, E. M. *et al.* Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200021&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 20 abr. 2015.

RATEAU, P. *et al.* Social Representation Theory. In: VAN LANGE, P. A. M.; KRUGLANSKI, A. W.; HIGGINS, E. T. **The Handbook of Theories of Social Psychology**. 1 ed. Thousand Oaks: SAGE, 2011. p. 477-497.

RÊGO, L. P. *et al.* Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002 – 2012. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 738-750, 2014

REIS-SANTOS, B. *et al.* Desfecho do tratamento da tuberculose em indivíduos com doença renal crônica no Brasil: uma análise multinomial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 39, n. 5, p. 585-594, 2013.

SÁ, L. D. *et al.* Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 712-718, 2007.

SÁ, L. D. *et al.* Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 103-111, 2013.

SAGBAKKEN, M.; FRICH, J. C.; BJUNE, G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 8, n. 11, 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/11>>. Acesso em 26 mar. 2015.

SALIBA, N. A. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 19 n. 3, p. 318-326, 2011.

SANDELOWSKI, M. Theory unmasked: the uses and guises of theory in qualitative research. **Research in Nursing & Health**, v. 16, n. 3, p. 213-210, 1993.

SANTIC, Z.; GALIC, K. Epidemiology of tuberculosis during the period 1703–2011: honoring the World Tuberculosis Day. **Materia Socio Medica**, v. 5, n. 4, p. 291-294, 2013.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, n. 41, supl. 1, p. 89-94, 2007.

SANTOS, K. T. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011.

SILVA, PAULA CORRÊA. **Fatores intervenientes na cura de pacientes com tuberculose em Vitória, Brasil**. Orientador: José Fernando de Souza Verani. 2013. 62 f. Dissertação (Mestrado em Ciências, na área de Epidemiologia em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Tuberculose: Biossegurança e risco ocupacional. **Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar**, 2011, 16 p.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002. 108p.

SOUSA, M. N. A.; SILVA, J. D. F. Práticas de autocuidado entre os portadores de tuberculose de município paraibano. **Revista Eletrônica da Fainor**, v. 6, n. 2, p. 150-161, 2013.

SOUSA FILHO, M. P. S. *et al.* Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 139-145, 2012.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Grupos de convivência: contribuições para uma proposta educativa em tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 590-595, 2007.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, supl 1, p. S91-S99, 2008.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 23-28, 2010.

TCMRJ – Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Secretaria de Controle Externo. Avaliação do Programa Remédio em Casa. Rio de Janeiro, 2005. 24 p.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M. R. Tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_02.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2015.

TRINDADE, L. L. *et al.* Working in the family health strategy: implications in professionals workloads. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 485-492, 2014.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 934 p.

TURATO, R. E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n. 3, p. 507-514, 2005.

TURCI, M. A. Org. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

VIEIRA, A. A. Prevalence of patients with respiratory symptoms through active case finding and diagnosis of pulmonary tuberculosis among prisoners and related predictors in a jail in the city of Carapicuíba, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 641-650, 2010.

VIEIRA, D. E. O.; GOMES, M. Efeitos adversos no tratamento da tuberculose: experiência em serviço ambulatorial de um hospital-escola na cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 12, p. 1049-1055, 2008.

VOLMINK, J.; GARNER, P. Directly observed therapy for treating tuberculosis (Review). **The Cochrane Library**, v. 12, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003343.pub3/abstract>>. Acesso em 05 abr. 2015.

VUKOVIC, D. S.; NAGORNI-OBRAĐOVIC, L. M. Knowledge and awareness of tuberculosis among Roma population in Belgrade: a qualitative study. **BMC infectious diseases**, v. 11, n. 1, p. 284, 2011. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/284Page>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

WAGNER, W. *et al.* Theory and method of social representations. **Asian journal of social psychology**, v. 2, n. 1, p. 95-125, 1999.

WANNHEDEN, C. HIV and tuberculosis coinfection: a qualitative study of treatment challenges faced by care providers. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 17, n. 8, p. 1029–1035, 2013.

WENDLING, A. P. B.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 77-85, 2012.

WIDJANARKO, B. *et al.* Factors that influence treatment adherence of tuberculosis patients living in Java, Indonesia. **Patient Preference and Adherence**, v. 2009, n. 3, p. 231–238, 2009.

WYNNE, A. Challenges in tuberculosis care in Western Uganda: health care worker and patient perspectives. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, v. 1, n. 2014, p. 6-10, 2014.

ZUÑIGA, J. A. A woman's lived experience with directly observed therapy for tuberculosis — a case study. **Health care for women international**, v. 33, n. 1, p.19-28, 2012.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE FARMÁCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa "*Conhecimento e percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e Tratamento Diretamente Observado, em Belo Horizonte, MG*", por ser Agente Comunitário de Saúde atuante na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. Nesse estudo pretendemos avaliar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde do Município em relação aos diferentes aspectos da tuberculose. Buscamos verificar o nível de conhecimento dos profissionais sobre a doença e seu controle, analisar na perspectiva dos Agentes Comunitários quais os fatores que influenciam a adesão ao tratamento da tuberculose, descrever os fatores que facilitam e dificultam a realização do Tratamento Diretamente Observado e verificar o nível de conhecimento em relação ao Tratamento Diretamente Observado.

Essa pesquisa poderá contribuir para as atividades do Agente Comunitário de Saúde na assistência ao paciente com tuberculose, além do planejamento de ações para o controle da doença e o estímulo ao aperfeiçoamento de atividades que contribuam para o acompanhamento de casos e a adesão ao tratamento por pacientes.

O (A) Sr.(a) será submetido a um questionário com posterior análise e interpretação dos dados.

Colocamos ao seu dispor o projeto de pesquisa para exame pormenorizado, onde constam dados relativos aos objetivos, material e métodos utilizados. Sua participação nesse estudo não terá custos e não estará vinculada ao recebimento de qualquer vantagem financeira. O (A) Sr.(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O (A) Sr.(a) poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Essa participação é voluntária e a recusa não acarretará em qualquer penalidade administrada pela Secretaria Municipal de Saúde ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador manterá sigilo da sua identidade. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado em hipótese alguma sem a sua permissão e o(a) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Esse termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do estudo "*Conhecimento e percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e Tratamento Diretamente Observado, em Belo Horizonte, MG*" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia desse termo de consentimento livre

e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas com os responsáveis listados abaixo.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desse estudo, você poderá consultar o CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFMG - FONE:31 3409-4592 - CAMPUS PAMPULHA, AV. ANTÔNIO CARLOS 6627, UNIDADE ADMINISTRATIVA II, 2º ANDAR, SALA 2005, CEP:31270-901; BELO HORIZONTE- MG.

Responsáveis pelo Estudo:

- Coordenadora e Orientadora: Micheline Rosa Silveira. Endereço: UFMG - Campus Pampulha, Av. Antonio Carlos, 6627, Faculdade de Farmácia, sala 3038, Bloco B2 – CEP 31270-901 – Belo Horizonte/MG – Fone: (31) 3409.6397; e-mail: michelinerosa@gmail.com
- Gustavo Silva Souto Rocha; Endereço: Centro de Saúde Pedreira Prado Lopes – Rua Escravo Isidoro, 601 – B. Santo André – Belo Horizonte/MG – CEP 31230-700 – Fone: (31) 3277.6008; e-mail: gustavo.souto@pbh.gov.br;
- Marina Guimarães Lima; Endereço: UFMG - Campus Pampulha, Av. Antonio Carlos, 6627, Faculdade de Farmácia, sala 1034, Bloco B2 – CEP 31270-901 – Belo Horizonte/MG – Fone: (31) 3409.6844; e-mail: marina.glima@gmail.com
- Maria das Graças Braga Ceccato; Endereço: UFMG - Campus Pampulha, Av. Antonio Carlos, 6627, Faculdade de Farmácia, sala 1032, Bloco B2 – CEP 31270-901 – Belo Horizonte/MG – Fone: (31) 3409.6843; e-mail: mgbceccato@gmail.com
- Wânia da Silva Carvalho; Endereço: UFMG - Campus Pampulha, Av. Antonio Carlos, 6627, Faculdade de Farmácia, sala 1060, Bloco B2 – CEP 31270-901 – Belo Horizonte/MG – Fone: (31) 3409.6860; e-mail: wanciasilvacarvalho@gmail.com
- Joyce Laura Moreira; Endereço: Centro de Saúde Palmeiras, Av. Dom João VI, 1821 – B. Palmeiras – Belo Horizonte/MG – CEP 30575-460 – Fone: (31)3277.6485; e-mail: joycelauramoreira@yahoo.com.br
- Comitê de Ética e Pesquisa - CEP (tel.: 3409-4592). UFMG – Av. Antônio Carlos, 6627 Campus Pampulha - Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2013 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

APÊNDICE B – DOCUMENTO DE CADASTRO INICIAL DO ACS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Número de Identificação:

CONHECIMENTO E PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A TUBERCULOSE, SUAS MEDIDAS DE CONTROLE E TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO EM BELO HORIZONTE, MG

FOLHA DE CADASTRO INICIAL DO ACS

NOME:
DATA DE NASCIMENTO:
RG:
LOCAL DE TRABALHO:

ENDEREÇO:
BAIRRO:
CIDADE:
E-MAIL:
TELEFONE:

CONCORDOU EM PARTICIPAR DA PESQUISA? () SIM () NÃO
CASO NEGATIVO, QUAL O MOTIVO?
ASSINOU O TERMO DE CONSENTIMENTO? () SIM () NÃO

APÊNDICE C –QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO E QUALITATIVO

CONHECIMENTO E PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A TUBERCULOSE, SUAS MEDIDAS DE CONTROLE E TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO EM BELO HORIZONTE, MG

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

O presente questionário se destina exclusivamente para pesquisa e não será utilizado para fins de cobrança da Secretaria Municipal de Saúde.

Com relação às características da tuberculose, suas medidas de controle e Tratamento Diretamente Observado (TDO), gostaríamos que você respondesse às questões abaixo. Nelas você deve escolher entre as alternativas sim, não ou não sei.

1. TUBERCULOSE

1.1 A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa? () Sim () Não () Não sei
1.2 A tuberculose é uma doença causada por vírus? () Sim () Não () Não sei
1.3 A tuberculose é transmitida por picada de mosquito? () Sim () Não () Não sei
1.4 A tuberculose é transmitida sexualmente? () Sim () Não () Não sei
1.5 A tuberculose é transmitida por meio da tosse, espirro ou fala? () Sim () Não () Não sei
1.6 A doença é transmitida principalmente por pacientes com tuberculose dos pulmões e da laringe? () Sim () Não () Não sei
1.7 A tuberculose é transmitida por pacientes com tuberculose ocular? () Sim () Não () Não sei
1.8 A doença é transmitida por pacientes acometidos por tuberculose de pele? () Sim () Não () Não sei
1.9 É comum pacientes com tuberculose apresentarem febre? () Sim () Não () Não sei
1.10 O principal sintoma da tuberculose pulmonar é a tosse? () Sim () Não () Não sei
1.11 Pacientes com tuberculose podem apresentar suor excessivo durante a noite? () Sim () Não () Não sei
1.12 A coloração amarelada na pele é sintoma de tuberculose? () Sim () Não () Não sei
1.13 Pacientes com tuberculose podem apresentar perda de peso? () Sim () Não () Não sei

2. MEDIDAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

2.1 Uma das atividades realizadas pelo ACS no controle da tuberculose é identificar todos os contatos dos casos e orientá-los quanto à importância da realização de exames? () Sim () Não () Não sei
2.2 É atividade do ACS verificar a situação vacinal de crianças em contato com casos de tuberculose? () Sim () Não () Não sei
2.3 É atividade do ACS orientar quanto à necessidade do paciente utilizar máscara cirúrgica em domicílio? () Sim () Não () Não sei
2.4 O ACS pode contribuir com orientações para os pacientes e familiares sobre o risco de transmissão da doença em casos sem tratamento ou com menos de 15 dias de uso do medicamento? () Sim () Não () Não sei
2.5 Uma das atividades realizadas pelo ACS no acompanhamento de casos de tuberculose consiste em realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonam o tratamento? () Sim () Não () Não sei
2.6 É responsabilidade do ACS levar os pacientes para consultas médicas realizadas fora da área de abrangência do Centro de Saúde? () Sim () Não () Não sei
2.7 É responsabilidade do ACS realizar orientações ao paciente preferencialmente em ambiente fechado para maior humanização do cuidado? () Sim () Não () Não sei
2.8 É atividade do ACS orientar ao paciente que ele deve realizar o tratamento sem interrupções e até o final para curar a doença? () Sim () Não () Não sei

3. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)

3.1 O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é destinado somente aos pacientes com tuberculose pulmonar? () Sim () Não () Não sei
3.2 O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é destinado principalmente aos pacientes com tuberculose latente (quimioprofilaxia)? () Sim () Não () Não sei
3.3 O Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose é destinado aos pacientes com tuberculose e aids? () Sim () Não () Não sei
3.4 O Tratamento Diretamente Observado (TDO) pode ser executado por qualquer profissional de saúde? () Sim () Não () Não sei
3.5 De acordo com as normas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, o Tratamento Diretamente Observado (TDO) pode ser realizado por familiares? () Sim () Não () Não sei
3.6 O Tratamento Diretamente Observado (TDO) deve ser realizado somente na residência do paciente? () Sim () Não () Não sei

3.7 O Tratamento Diretamente Observado (TDO) inclui também o preenchimento da ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
3.8 O ACS deve entregar ao familiar a ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação para que ele preencha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
3.9 A frequência mínima recomendada para a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) é três vezes na semana, durante todo o tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
3.10 O Tratamento Diretamente Observado (TDO) inclui visitas obrigatórias aos finais de semana? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Agora, gostaríamos de fazer algumas perguntas para melhor caracterizar as pessoas que responderam à esta pesquisa.

4. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

4.1 Qual é a sua idade? _____ anos
4.2 Qual é o seu gênero? <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
4.3 Qual é o seu estado civil? <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo
4.4 Qual é a sua escolaridade? <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio (2º grau) - incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo <input type="checkbox"/> Ensino médio (2º grau) - completo <input type="checkbox"/> Pós-graduação
4.5 Há quanto tempo você trabalha como ACS? _____

5. CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

5.1 Qual(is) o(s) Índice(s) de Vulnerabilidade à Saúde (Classificação de área de risco) da micro-área em que você trabalha? <input type="checkbox"/> A – Risco baixo <input type="checkbox"/> B – Risco médio <input type="checkbox"/> C – Risco elevado <input type="checkbox"/> D – Risco muito elevado
5.2 Quantos domicílios são acompanhados por você em sua micro-área? _____
5.3 Você está vinculado a alguma equipe de saúde da família? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso negativo, <u>não é necessário responder</u> aos itens 5.4 e 5.5.
5.4 A equipe de saúde vinculada a você encontra-se completa atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso negativo, <u>responder</u> ao item 5.5.

5.5 Qual(is) profissional(is) está(ão) em falta na equipe de saúde da família à qual você está vinculado?

5.6 Qual(is) profissional(is) supervisiona(m) as suas ações de controle da tuberculose?

5.7 Caso haja supervisão, em uma escala de 1 a 4, como você a avalia?
() 1 – insatisfatória () 2 – regular () 3 – satisfatória () 4 - excelente

6. CARACTERÍSTICAS DE ATUAÇÃO EM TUBERCULOSE

6.1 Você ou alguém que mora em seu domicílio já teve tuberculose? () Sim () Não
6.2 Durante o seu tempo de atuação como ACS houve algum caso de tuberculose na sua micro-área? () Sim () Não
6.3 Cite aproximadamente quantos casos de tuberculose houve na sua micro-área nos últimos 12 meses: _____
6.4 Você realiza ou já realizou o Tratamento Diretamente Observado (TDO)? () Sim () Não
6.5 Você realiza ou já realizou o preenchimento da ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação? () Sim () Não
6.6 Já houve abandono de tratamento entre os casos acompanhados por você? () Sim () Não
6.7 Durante o seu tempo de atuação como ACS, houve alguma capacitação específica relacionada ao acompanhamento de casos de tuberculose? () Sim () Não Em caso afirmativo, cite aproximadamente quantas: _____ e responda ao item 6.8.
6.8 Há quanto tempo foi realizada a última capacitação? () Menos de seis meses () Um ano a dois anos () Seis meses a um ano () Mais de dois anos
6.9 Você realiza ações educativas e informativas sobre a tuberculose na sua micro-área e/ou na sua comunidade? () Sim () Não

Por fim, gostaríamos de saber mais sobre suas percepções.

7. PERCEPÇÕES SOBRE FATORES RELACIONADOS AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

7.1 O que você encontra como **DIFICULDADE**, na sua rotina de trabalho, para executar o Tratamento Diretamente Observado (TDO)? (cite até três dificuldades):

7.2 O que você encontra como **FACILIDADE**, na sua rotina de trabalho, para executar o Tratamento Diretamente Observado (TDO)? (cite até três facilidades):

7.3 O que você mudaria no serviço de saúde para facilitar a adesão ao tratamento de um paciente com tuberculose? (cite até três sugestões)

APÊNDICE D – RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, LOCAL DE TRABALHO E ATUAÇÃO NO COMBATE À TUBERCULOSE DOS ACS

Variável	Descrição	Descrição
SDP.01	Idade	Variável contínua (em anos)
SDP.02	Gênero	Catagórica nominal 1 – masculino 2 - feminino
SDP.03	Estado civil	Catagórica ordinal 1 – solteiro 2 – casado 3 – divorciado 4 – união estável 5 – viúvo
SDP.04	Escolaridade	Catagórica ordinal 1 – ensino fundamental 2 – ensino médio incompleto 3 – ensino médio completo 4 – ensino superior incompleto 5 – ensino superior completo 6 – pós-graduação
SDP.05	Tempo de atuação como ACS	Variável contínua (em meses)
SS.01	Características do serviço de saúde	1 - Risco Baixo 2 - Risco Médio 23 - Duas Respostas: Médio + Elevado 24 - Duas Respostas: Médio + Muito Elevado 3 - Risco Elevado 34 - Duas Respostas: Elevado + Muito Elevado 4 - Risco Muito Elevado 99 - Não Respondeu
SS.02	Quantos domicílios são acompanhados na microárea	Variável contínua
SS.03	Vínculo com equipe de saúde da família	Catagórica nominal 1-sim 2-não 9-NR
SS.04	Equipe de saúde completa	Catagórica nominal 1-sim 2-não 9-NR
SS.05	Profissional em falta na equipe de saúde	Catagórica Nominal 0 - não falta ninguém 1 - enfermeiro 123 - enfermeiro, médico e ACS 1235 - enfermeiro, médico, ACS e auxiliar de enfermagem 2 - médico 23 - médico e ACS 235 - médico, ACS e auxiliar de enfermagem 24 - médico e dentista

		<p>28 - médico e técnico em enfermagem 3 - ACS 345 - ACS, dentista e auxiliar de enf. 35 - ACS e auxiliar de enf. 4 - dentista 5 - auxiliar enfermagem 6 - psiquiatra 8 - técnico em enfermagem G - ginecologista S - sem equipe de saúde da família NA - não se aplica N - não sei 99 - NR</p>
SS.06	Quem supervisiona as ações de combate à tuberculose	<p>Categórica Nominal 0 - nenhum 1 - enfermeiro 12 - enfermeiro e médico 123 - enfermeiro, médico e ACS 1235 - enfermeiro, médico, ACS e auxiliar de enfermagem 1236 - enfermeiro, médico, ACS e gerente 12368 - enfermeiro, médico, ACS, gerente e tec. em enfermagem 1238 - enfermeiro, médico, ACS e técnico em enfermagem 12345 - enfermeiro, médico, ACS, farmacêutico e aux. de enfermagem 124 - enfermeiro, médico e farmacêutico 1246 - enfermeiro, médico, farmacêutico e gerente 1248 - enfermeiro, médico, farmacêutico e técnico em enfermagem 125 - enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem 126 - enfermeiro, médico e gerente 128 - enfermeiro, médico e técnico em enfermagem 129 - enfermeiro, médico e assistente social 13 - enfermeiro e ACS 135 - enfermeiro, ACS e auxiliar de enfermagem 14 - enfermeiro e farmacêutico 146 - enfermeiro, farmacêutico e gerente 16 - enfermeiro e gerente 167 - enfermeiro, gerente e subgerente 18 - enfermeiro e técnico em enfermagem 19 - enfermeiro e assistente social 1H - enfermeiro e equipe do hospital 2 - médico 3 - ACS 34GT - ACS, farmacêutico, ginecologista e terapeuta ocupacional 4 - farmacêutico 5 - auxiliar enfermagem 6 - gerente</p>

		7 - gerente adjunto 8 - técnico em enfermagem 9 - assistente social 99 - não respondeu H - equipe do hospital T- todos da equipe N - não sei
SS.07	Avaliação da supervisão	Categórica ordinal 1 – Insatisfatória 2 – Regular 3 – Satisfatória 4 – Excelente 99 – NR
ATU.01	Casos de tuberculose intrafamiliar	Categórica nominal 1-sim 2-não 9-NR
ATU.02	Casos prévios de tuberculose na microárea	Categórica nominal 1-sim 2-não 9-NR
ATU.03	Nº de casos de tuberculose nos últimos 12 meses	Categórica nominal 1-sim 2-não 9-NR
ATU.04	Realização de TDO	Categórica nominal 1-sim 2-não 9-NR
ATU.05	Preenchimento de ficha de acompanhamento mensal	Categórica nominal 1-sim 2-não 9-NR
ATU.06	Abandono de tratamento em casos acompanhados	Categórica nominal 1-sim 2-não 9-NR
ATU.07	Capacitação específica sobre tuberculose	Categórica nominal 1-sim 2-não 9-NR
ATU.07B	Quantidade estimada de capacitações	Variável contínua
ATU.08	Tempo estimado decorrido da última capacitação	Categórica ordinal 1 – menos de seis meses 2 – seis meses a um ano 3 – um ano a dois anos 4 – mais de dois anos
ATU.09	Realizações de ações educativas sobre tuberculose	Categórica nominal 1-sim 2-não 9-NR

ANEXO A – PARECER DO CEP-UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE, MEDIDAS DE CONTROLE E TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO, NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE, MINAS

Pesquisador: Marina Guimarães Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14046913.5.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Farmácia (UFMG)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 224.845

Data da Relatoria: 20/03/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo de corte transversal a ser realizado com Agentes Comunitários de Saúde dos Centros de Saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, no período de abril de 2013 a outubro de 2013.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é avaliar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre tuberculose, medidas de controle e tratamento. Será incluída no estudo uma amostra aleatória e representativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados aos Centros de Saúde do município de Belo Horizonte. Aqueles que aceitarem participar e assinarem o TCLE reponderão ao questionário semi-estruturado, auto aplicável e pré-testado. A coleta dos dados ocorrerá nos meses de abril de 2013 a outubro de 2013, após a realização de projeto piloto com a subsequente incorporação das adequações identificadas como necessárias, tanto nos instrumentos, quanto no fluxo das ações a serem desenvolvidas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto à análise de riscos, os desconfortos são decorrentes do tempo gasto para preenchimento dos questionários. O risco das informações individuais dos ACS serem reveladas será minimizado pelo fato do banco de dados conter somente um número de identificação dos entrevistados e não o nome dos mesmos.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/N 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-4582

E-mail: ccep@prpq.ufmg.br

Como benefício, a participação no estudo pode contribuir para o redirecionamento das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas voltadas para a capacitação de profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto meritório e relevante, apresenta delineamento metodológico adequado e TCLE bem redigido, com linguagem clara e com todas as informações necessárias aos sujeitos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes folha de rosto, termo de compromisso, parecer consubstanciado e aprovado pelo departamento, modelo de questionário para os sujeitos da pesquisa, anuência da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa, TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

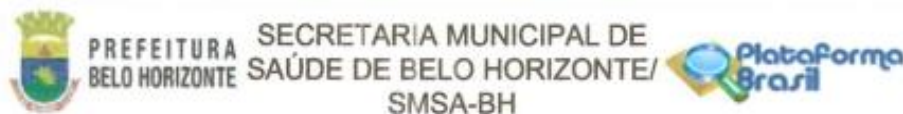
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 21 de Março de 2013

Assinador por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMSA/BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE, MEDIDAS DE CONTROLE E TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO, NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE, MINAS

Pesquisador: Marina Guimarães Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14046913.5.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Farmácia ((UFMG))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 256.938

Data da Relatoria: 09/04/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo de corte transversal a ser realizado com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos Centros de Saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de abril de 2013 a outubro de 2013. O estudo será realizado com a aplicação de questionário semi-estruturado, auto-aplicável e pré-testado em amostra aleatória DE 438 ACS de 40 Centros de Saúde, selecionados nos nove Distritos Sanitários do município. Serão considerados elegíveis para a pesquisa os profissionais que aceitarem participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. As variáveis de medida de resultado apresentam-se em conhecimentos sobre tuberculose, conhecimentos sobre medidas de controle, conhecimentos sobre Tratamento Diretamente Observado e perspectivas sobre fatores relacionados ao exercício profissional.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Avaliar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre tuberculose, medidas de controle e Tratamento Diretamente Observado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 Descrever as características de Agentes Comunitários de Saúde segundo critérios sócio-demográficos, profissionais e de atuação no acompanhamento de casos de tuberculose.
- 2 Descrever as características organizacionais do serviço de saúde vinculadas diretamente aos

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: ccep@pvh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Agentes Comunitários de Saúde.

3 Identificar as facilidades e dificuldades encontradas para realização e monitoramento do Tratamento Diretamente Observado, na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde.

4 Avaliar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre tuberculose, medidas de controle e Tratamento Diretamente Observado, utilizando o modelo de traço latente estimado pela Teoria de Resposta ao Item (TRI).

5 Avaliar os fatores associados ao nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo os pesquisadores, está relacionado ao desconforto pelo tempo gasto para preenchimento dos questionários. O risco das informações individuais dos ACS serem reveladas será minimizado pelo fato do banco de dados conter somente um número de identificação dos entrevistados e não o nome dos mesmos. O banco de dados e os questionários impressos serão armazenados na Faculdade de Farmácia e serão acessíveis

somente aos pesquisadores. Os ACS serão informados sobre as características do estudo e poderão interromper a participação quando desejarem. Os participantes que aceitarem contribuir deverão prosseguir com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com garantia de confidencialidade e sigilo das informações. Os nomes das unidades de saúde sorteadas para a amostra não serão divulgados na pesquisa.

Como benefício, a participação no estudo pode contribuir para o redirecionamento das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas voltadas para a capacitação de profissionais, aprimoramento do exercício profissional e a redução da taxa de abandono.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O controle da tuberculose permanece como um desafio atual, tendo em vista a divergência entre a taxa de casos com desfecho de cura registrados e a meta estipulada para atingir a eliminação no país. Este estudo poderá contribuir para avaliar o conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre tuberculose com investigação dos fatores que facilitam e dificultam a realização do Tratamento Diretamente Observado. A atuação do ACS é fator importante no acompanhamento e na adesão do paciente ao tratamento. Essa investigação pode contribuir para identificar e corrigir falhas do processo.

A pesquisadora fará contato com a GEAS e Distrito Sanitário antes da entrada em campo nos Centros de Saúde para dar conhecimento do início da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatório constam na proposta.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Recomendações:

TCLE - Constar no texto inicial a Instituição responsável pela pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 196/96, considera aprovado o projeto CONHECIMENTO E PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE, MEDIDAS DE CONTROLE E TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO, NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 196/96. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2338 - 8º andar

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



BELO HORIZONTE, 26 de Abril de 2013

Assinador por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br