

Sandra Maria Coelho Diniz Margon

**ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE  
PULMONAR NO COTIDIANO DOS TRABALHADORES DE  
SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Escola de Enfermagem  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte - MG  
2011

Sandra Maria Coelho Diniz Margon

**ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE  
PULMONAR NO COTIDIANO DOS TRABALHADORES DE  
SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte - MG  
2011



**REITOR**

Professor Clélio Campolina Diniz

**VICE-REITORA**

Professora Rocksane de Carvalho Norton

**PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Professor Ricardo Santiago Gomez

**PRÓ-REITOR DE PESQUISA**

Professor Renato de Lima dos Santos

**DIRETORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Professora Maria Imaculada de Fátima Freitas

**VICE-DIRETORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Professora Eliane Marina Palhares Guimarães

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Professora Tânia Couto Machado Chianca

**SUBCOORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM**

Professora Sônia Maria Soares

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação intitulada “Acesso ao diagnóstico de tuberculose pulmonar no cotidiano dos trabalhadores de saúde da atenção básica” de autoria da mestranda Sandra Maria Coelho Diniz Margon, aprovada pela banca examinadora constituída dos seguintes professores:

---

---

---

---

*Dedico este trabalho a meus familiares e a todos que acreditam em uma saúde pública transformadora*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela vida e por mais esta vitória, a professora Doutora Claudia Maria de Mattos Penna pela confiança e apoio fundamental nesta caminhada.

Aos meus filhos, mãe e familiares por compreenderem mais este momento.

A minha avó Creusa pela acolhida em Belo Horizonte.

À Gabriela pelo apoio na digitação.

A Sônia e Beatriz pelo apoio na reta fina.

Aos dirigentes, docentes, discentes e funcionários do Unileste-MG, pelo incentivo e fundamental apoio institucional.

Aos funcionários da Prefeitura Municipal de Ipatinga, que participaram deste estudo.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pelo incentivo ao longo do curso.

Aos amigos e colegas do curso de Mestrado pelo apoio e incentivo.

## RESUMO

MARGON, S. M. C. D. **Acesso ao diagnóstico de tuberculose pulmonar no cotidiano dos trabalhadores de saúde da atenção básica**. 2011. 93p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2011.

O presente estudo teve como objetivo compreender o acesso ao diagnóstico de tuberculose pulmonar no cotidiano dos trabalhadores de saúde, em um município do interior de Minas Gerais. Adotou-se como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici e pela teoria do Núcleo Central elaborado por Jean-Cloude Abric, na perspectiva da Psicologia Social. Em primeiro lugar buscou-se conhecer o perfil de atuação dos trabalhadores e com base a técnica de evocação livre apreender as representações sociais frente aos termos indutores “tuberculose”, “diagnóstico” e “acesso”. A amostra foi constituída por 143 trabalhadores de saúde no município de Ipatinga, Minas Gerais. A descrição do perfil destes trabalhadores foi analisada por meio de frequência simples e as estruturas obtidas por meio das evocações livres foram processadas pelo software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyses des Evocations* (EVOC) e analisadas pela técnica do Quadro de Quatro Casas criado por Pierre Vergès. Na composição do perfil profissional houve maior frequência de Agentes Comunitários de Saúde, com média de tempo de trabalho e formação de dois anos. No total 67% dos trabalhadores haviam recebido treinamento sobre tuberculose nos últimos dois anos. A construção das estruturas a partir das evocações dos trabalhadores apresentou como núcleos centrais os termos **sintomas, contagiosa, precoce, exame, Atenção Secundária e profissionais de saúde** que representam os elementos do diagnóstico precoce, realizado por profissionais de saúde, através do reconhecimento dos sintomas e realização de exames, com o fator complicador de ser contagiosa e referido para o âmbito da atenção secundária. Foram encontrados como elementos periféricos aos termos **prevenção, morte, isolamento, burocrático e centralizado** que reforçam o sentido de distanciamento dos trabalhadores da atenção básica da atual realidade da tuberculose e evocam um sentido mais histórico do que técnico na relação com a doença/doente.

**Palavras-chave:** tuberculose, diagnóstico, acesso.

## ABSTRACT

MARGON, S. M. C. D. **Access to diagnoses of pulmonary tuberculosis in the lives of basic attention health workers.** 2011. 93p. Dissertation (Master Thesis in Nursery) - Universidade Federal de Minas Gerais, Nursery School, Belo Horizonte, 2011.

The present study aims at understanding access to diagnosis of pulmonary tuberculosis in the lives of health workers in a town in the countryside of Minas Gerais. The General Representations Theory of Moscovici and the Central Nucleus Theory of Jean-Claude Abric under Social Psychology perspective were adopted as theoretical-methodological reference. First it was necessary to know the workers' profiles and to base on the free evoking technique to apprehend the social representations before the inductor terms, "tuberculosis", "diagnosis" and "access". The sample included 143 health workers from Ipatinga, Minas Gerais. These workers' profile description was analyzed by means of simple frequency and the obtained structures through free evoking were processed by the software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyses des Evocations* (EVOC) and analyzed through the Four-Spot Frame created by Pierre Verger. In the professional profile composition there often appeared Community Health Agents averaging two years of work time and graduation. From all workers, 67% received training about tuberculosis in the previous two years. Structure's construction from evoking of the workers presented as central nucleus the terms **symptoms, contagious, precocious, exam, Secondary Attention** and **health professions** which represent precocious diagnosis elements performed by health professionals through acknowledging the symptoms and conducting exams with the complicating factor of being contagious and referred to the scope of secondary attention. As peripheral elements, the terms **prevention, centralized, death, isolation** and **bureaucracy** were found, which reinforces the sense of distance of the basic attention workers from the current reality of Tuberculosis and evokes a historical sense regarding the disease/sick person rather than technical.

Key-words: tuberculosis, diagnosis, access.



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Composição da rede municipal de assistência à saúde de Ipatinga. ....	33
QUADRO 2 -	Termo indutor “tuberculose” relativo ao conjunto de trabalhadores pesquisados. Ipatinga, 2011. ....	40
QUADRO 3 -	Termo indutor “diagnóstico” relativo ao conjunto de trabalhadores pesquisados. Ipatinga, 2011. ....	40
QUADRO 4 -	Termo indutor “acesso” relativo ao conjunto de trabalhadores pesquisados. Ipatinga, 2011. ....	40

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 -	Percentual de diagnóstico de tuberculose por fonte notificadora.....	17
TABELA 2 -	Caracterização dos sujeitos de pesquisa.....	38

## **LISTA DE GRÁFICO**

GRÁFICO 1 - Amostras de BAAR coletadas no ano de 2008. ....	17
---	----

## LISTA DE SÍMBOLOS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida]
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
CCDIP	Centro de Controle de Doenças Infecto-Parasitárias
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Reabilitação de Saúde do Trabalhador
CLIPS	Clínica Psico-Social
EVOC	<i>Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocation</i>
FSFX	Fundação São Francisco Xavier
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> [Vírus da Imunodeficiência Humana]
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NC	núcleo central
OME	ordem média de evocações
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMI	Prefeitura Municipal de Ipatinga
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	tuberculose
UB	Unidades Básicas
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UISA	Unidade Integrada de Saúde
UPS	Unidades Primárias de Saúde
UBs	Unidades Básica de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>22</b>
3.1	<i>A TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO</i> .....	22
3.2	<i>O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR</i> .....	24
3.3	<i>ACESSO À ATENÇÃO A SAÚDE</i> .....	26
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>31</b>
4.1	<i>TIPO DE ESTUDO</i> .....	31
4.2	<i>CENÁRIO E SUJEITOS DO ESTUDO</i> .....	33
4.3	<i>COLETA DE DADOS</i> .....	34
<b>5</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	<b>38</b>
5.1	<i>CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA</i> .....	38
5.2	<i>REPRESENTAÇÕES SOBRE ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE</i> .....	39
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>59</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A</b> Questionário .....	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE B</b> Dicionário de palavras evocadas.....	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE C</b> Exemplos do cálculo das ordens médias das evocações livres (RANGMOT) referentes ao termo indutor “tuberculose” .....	<b>72</b>
	<b>APÊNDICE D</b> Exemplo de Bloco de Notas para uso no EVOC.....	<b>75</b>
	<b>APÊNDICE E</b> Exemplo de Planilha Excel para uso no EVOC.....	<b>79</b>
	<b>APÊNDICE F</b> Quadros de Quatro Casas.....	<b>85</b>
	<b>ANEXO A</b> Carta de autorização para realização da pesquisa na Prefeitura Municipal de Ipatinga .....	<b>91</b>
	<b>ANEXO B</b> Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE) .....	<b>92</b>
	<b>ANEXO C</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para o paciente para TCTH) .....	<b>93</b>

# INTRODUÇÃO

*Febre, hemoptise, dispnéia, suores noturnos.  
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.*

*Tosse, tosse, tosse.*

*Mandou chamar o médico.*

*- Diga trinta e três...*

*- Trinta e três... trinta e três... trinta e três...*

*- Respire...*

*- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.*

*- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?*

*- Não. A única coisa a fazer é tocar o tango argentino.*

*Manoel Bandeira*

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o *M. tuberculosis*, infecta um terço da população mundial, cuja grande maioria é habitante de países pobres ou em desenvolvimento, entre eles o Brasil, que apresenta uma das maiores incidências, com aproximadamente 40 milhões de indivíduos infectados com o bacilo da tuberculose (TB). São em média 80 mil casos novos e mais de seis mil mortes anuais.

Esses números, entretanto, não representam a total realidade, em função da subnotificação dos doentes diagnosticados, das dificuldades diagnósticas de alguns doentes e da presença de enfermos que não chegam aos serviços de saúde. Com isso, o Ministério da Saúde estima, hoje, um número de 130 mil casos novos por ano. Enquanto em países desenvolvidos a TB é mais freqüente entre pessoas idosas, minorias étnicas e imigrantes estrangeiros, os dados nacionais indicam que a doença no Brasil atinge principalmente indivíduos na faixa etária economicamente ativa, entre 20 e 40 anos, predominando o sexo masculino.

Deve-se ressaltar que até o início dos anos oitenta, os casos de TB declinaram acentuadamente. Porém, o pensamento de que, pelo menos nos países desenvolvidos ela estaria extinta, ocasionou negligência das autoridades sanitárias em todo mundo. Portanto, se medidas adequadas de controle não forem tomadas, estima-se que nos próximos 20 anos, ocorrerão um bilhão de novas infecções, 200 milhões de novos casos e 35 milhões de mortes no mundo causadas pela TB (HINRICHSEN, 2005).

Desta forma, em 1999, o Ministério da Saúde definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde e em 2001 as ações do Programa de

Controle da Tuberculose tornaram-se competência da atenção básica. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios foi definida nesse nível de atenção e estratégias como, dose supervisionada, redução do abandono e diagnóstico precoce, estabelecidas para implantação em todo território nacional. Em 2006, a TB foi incluída como uma estratégia do Plano Nacional de Atenção Básica com indicadores para serem monitorados e avaliados (SCATENA *et al.*, 2009).

A captação precoce de casos de TB compreende tanto os métodos de diagnóstico como as ações organizadas para operacionalizá-los, envolvendo os serviços e a comunidade. Este conjunto de ações deve estar voltado para os grupos com maior probabilidade de apresentar TB, a saber: os sintomáticos respiratórios, contatos de casos de TB e pessoas com doenças ou condições que predisponham à doença (MINAS GERAIS, 2007).

A cidade de Ipatinga é um dos 30 municípios prioritários para o combate à TB no estado. Situado no Leste de Minas Gerais, a 209 km da capital Belo Horizonte, possui uma população de 241.720 habitantes e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,806 – considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Cidade fortemente industrializada tem sua sustentação econômica no ramo da Siderurgia.

Ressalta-se que há uma estrutura operacional organizada, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que estabelece ações de acordo com o nível de complexidade das unidades de saúde e descrição das responsabilidades de cada categoria profissional, com garantia de acesso da população ao diagnóstico e tratamento em todos os níveis. O município conta com 32 equipes de Programa Saúde da Família (PSF), sendo uma de suas prioridades a incorporação das ações de controle da TB, enquanto parte da estratégia para aumento da cobertura dos



casos, divididas em Unidades Primárias e Secundárias de acordo com a complexidade de suas atividades.

Desta forma, a Unidade de Baixa Complexidade/Unidades Primárias/PSF realizam busca ativa e descoberta das fontes de infecção, diagnóstico precoce com pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR), notificação, controle de tratamento e alta de casos novos, investigação de contatos, bem como a profilaxia dos mesmos quando indicada, atividades de conscientização da comunidade, entre outras ações. A de Média/Alta complexidade/Unidade Secundária/UISA realizam referência e contra referência para pacientes das Unidades Primárias de Saúde (UPS), diagnósticos diferenciais com outras pneumopatias, busca do diagnóstico de TB em sintomáticos, tratamento conforme indicado, investigação dos contatos, controle dos pacientes com reações graves aos medicamentos, entre outros.

Entretanto, mesmo com esta estrutura estabelecida, a operacionalização das ações ainda deixa a desejar com índices ainda muito altos de detecção tardia, com diagnósticos sendo realizados na atenção secundária e terciária. Se considerarmos que a equidade no acesso aos serviços de saúde é um dos princípios do SUS, entraves desse princípio podem ocorrer e os fatores socioeconômicos, as barreiras geográficas e os fatores intrínsecos ao processo de trabalho são aspectos que podem afetá-lo.

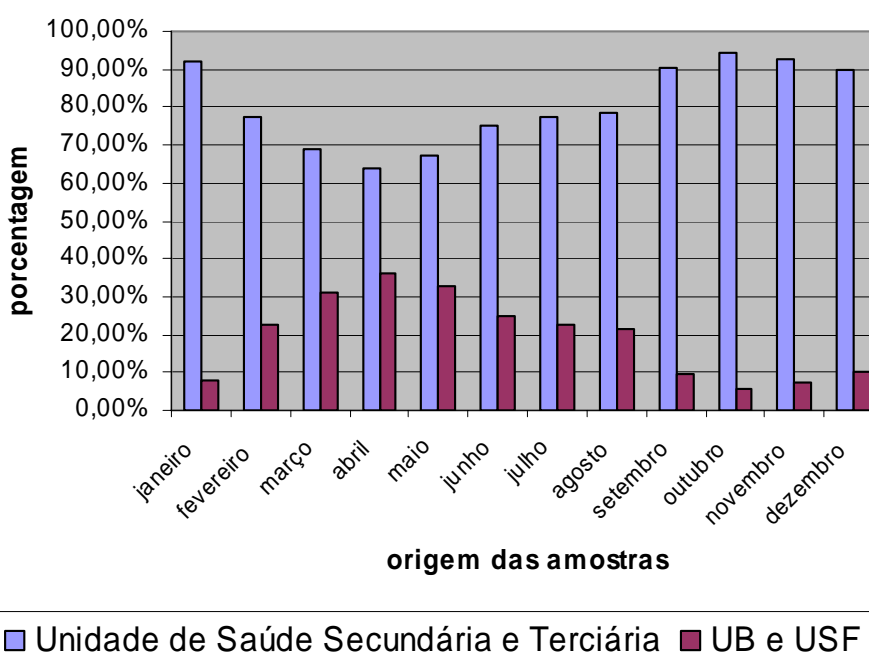
Assim, Ipatinga apresenta uma média de 110 novos casos por ano. Em 2008, obteve índices adequados às metas nacionais de cura, ou seja, 86% de cura para TB pulmonar positiva e 5% de abandono. Em contrapartida, o índice de óbitos é de 4%, considerado elevado, além de uma alta taxa de 77% de diagnósticos realizados na rede secundária e terciária conforme TAB. 1 representam um desafio ao controle da doença no município.

**TABELA 1 - Percentual de diagnóstico de tuberculose por fonte notificadora.**

Unidade notificadora		2007		2008		2009	
		Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Atenção primária	UPS	24	22,4	16	16,1	21	27,5
	Clínicas particulares	38	35,5	05	5,0	16	20,2
	CERESP/Penitenciária	02	1,8	01	1,0	01	1,2
	Sub-total	64	59,7	22	22,1	38	48,9
Atenção secundária	Policlínica Municipal	03	2,8	01	1,0	02	2,5
	CCDIP/UIA	14	13,0	15	15,1	16	20,2
	Sub-total	17	15,8	16	16,1	18	22,7
Atenção terciária	Hospital Municipal de Ipatinga	17	15,8	21	21,2	11	13,9
	Hospital Márcio Cunha da Fundação São Francisco Xavier (FSFX)	04	3,7	33	33,3	09	11,3
	Hospital UNIMED	02	1,8	02	2,0	03	3,7
	Sub-total	23	21,3	56	56,5	23	28,9
Transferências		03	2,8	05	5,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>		<b>107</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

Fonte: Centro de Controle de Doenças Infecto-Parasitárias (CCDIP) - Ipatinga.

Além disso, constata-se um baixo número de solicitações de BAAR, enquanto o diagnóstico precoce da TB solicitado pelos profissionais de saúde nas Unidades Básicas (UB) e Unidades de Saúde da Família (USF), demonstrando pouca atuação da atenção primária em relação à atenção secundária e terciária, conforme apresentado no GRÁF. 1.

**GRÁFICO 1 - Amostras de BAAR coletadas no ano de 2008.**

Fonte: CCDIP - Ipatinga.

Considerando-se que cada profissional da rede de atenção à saúde desempenha papel importante no Programa de Controle da Tuberculose (PCT); que há estabelecimento de ações, tais como identificação dos sintomáticos respiratórios, encaminhamento do caso à equipe da unidade de saúde, ações educativas e supervisão da ingestão medicamentosa, até as mais complexas, de planejamento de estratégias de controle, solicitação de exames, de competência do enfermeiro e condutas para o tratamento de responsabilidade médica; e diante do quadro apresentado, questiona-se como tem ocorrido o acesso ao diagnóstico à TB no município de Ipatinga.

Nesse contexto, pretende-se no presente trabalho, buscar compreender na perspectiva dos trabalhadores de saúde da atenção básica, suas representações acerca da TB e do acesso ao diagnóstico, com a intenção de aprimorar as ações estabelecidas. Da mesma forma, espera-se que os resultados encontrados possam contribuir para as discussões sobre acesso ao diagnóstico precoce da doença com estabelecimento de estratégias eficazes para o combate da TB tanto em nível estadual como nacional.

**OBJETIVO**

## **2 OBJETIVO**

Compreender as representações de trabalhadores de saúde sobre acesso ao diagnóstico de TB pulmonar em um município do interior de Minas Gerais.

# REVISÃO DE LITERATURA

*Viver  
E não ter vergonha de ser feliz  
Cantar, e cantar, e cantar  
A beleza de ser um eterno aprendiz...*

*Gonzaquinha*

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 A TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO**

A TB esteve sempre presente como problema de saúde pública no Brasil durante todo o século XX e ainda se apresenta como um desafio para o século XXI.

Apesar de ser uma doença potencialmente prevenível e curável, o seu controle ainda é um desafio. Com a epidemia de AIDS e o efeito imunossupressor do vírus HIV de predispor o indivíduo infectado a desenvolver TB, entre outras conseqüências, houve um aumento dos casos desta doença.

Desta forma, desde 1999, o Ministério da Saúde definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde e em 2001 as ações do Programa de Controle da Tuberculose tornaram-se competência da atenção básica. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios foi definida nesse nível de atenção e estratégias como, dose supervisionada, redução do abandono e diagnóstico precoce, estabelecidas para implantação em todo território nacional. Em 2006, a TB foi incluída como uma estratégia do Plano Nacional de Atenção Básica com indicadores para serem monitorados e avaliados (SCATENA *et al.*, 2009).

Pela dificuldade de controle de doenças em diversos países, a OMS e os Médicos Sem Fronteiras propuseram a classificação das doenças em globais (ocorrem em todo o mundo), negligenciadas (mais prevalentes nos países em desenvolvimento) e mais negligenciadas (exclusivas dos países em desenvolvimento). A TB está entre as doenças classificadas como negligenciadas e, aliada a este conceito geosocial, consideramos também estruturas a serem

trabalhadas para o seu combate como, a necessidade de mais pesquisas e uma estratégia de saúde que reúna o poder público e movimentos sociais.

O Estado de Minas Gerais em consonância com as diretrizes nacionais, por meio da Coordenadoria do Programa de Pneumologia Sanitária, vem desenvolvendo ações de combate à TB e publicou em 2007, a linha guia de Atenção à Saúde do Adulto - Tuberculose. Esta linha guia é mais um instrumento do Plano de Ação do Programa de Controle da Tuberculose estabelecido em 2005, com os objetivos de aumento da cobertura do tratamento supervisionado e humanizado e melhoria da rede pública de laboratórios para baciloscopia e cultura. Segundo a linha, a captação precoce de casos compreende tanto os métodos de diagnóstico como as ações organizadas para operacionalizá-los, envolvendo os serviços e a comunidade (MINAS GERAIS, 2007).

Este conjunto de ações deve estar voltado para os grupos com maior probabilidade de apresentar TB, a saber: os sintomáticos respiratórios, contatos de casos de TB e pessoas com doenças ou condições que predisponham à TB. No ano de 2010, a linha guia foi publicada em nova edição com a modificação da proposta terapêutica e a estrutura proposta pelo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.

Este instrumento encontra-se disponível para a rede de saúde dos municípios e sua implantação foi estabelecida para os 30 municípios prioritários do estado de Minas Gerais para o combate à TB, entre eles, Belo Horizonte, Ipatinga, Coronel Fabriciano, Timóteo, Uberlândia, Uberaba, Montes Claros, Ribeirão das Neves, Juiz de Fora, Contagem, Betim, entre outros. A escolha destes municípios prioritários baseou-se em critérios de magnitude epidemiológica da TB e da



Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tamanho da população, bem como informações operacionais (RUFFINO NETTO, 2002).

### **3.2 O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR**

Diagnosticar e tratar correta e prontamente os casos de TB pulmonar são as principais medidas para o controle da doença. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença.

A busca ativa do sintomático respiratório deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde (nível primário, secundário e terciário). Para interromper a cadeia de transmissão da TB é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. Sendo assim, a busca ativa na população de pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta destes casos. É importante lembrar que cerca de 90% dos casos de TB são da forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva e, estes são a principal fonte de disseminação e infecção da doença. Por isso, a descoberta precoce por meio da busca ativa do SR é importante medida para interromper a cadeia de transmissão, desde que acompanhada pelo tratamento oportuno.

Há de se ressaltar que, doentes com diagnóstico de TB pulmonar com baciloscopia negativa, mesmo que tenham resultado positivo à cultura, são muito menos eficientes como fontes de transmissão, embora isto possa ocorrer, enquanto que as formas exclusivamente extrapulmonares não transmitem a doença (BRASIL, 2010).

A apresentação da TB na forma pulmonar, além de ser mais freqüente, é também a mais relevante para a saúde pública, pois é a forma pulmonar, especialmente a bacilífera, a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Portanto a busca ativa dos sintomáticos respiratórios por todos os membros das equipes de saúde representa parte fundamental do diagnóstico da TB.

A TB pulmonar pode se apresentar sob a forma primária, pós-primária (ou secundária) ou miliar. Os sintomas clássicos da TB pulmonar são: tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. A forma primária é mais comum em crianças e clinicamente apresenta-se, na maior parte das vezes, de forma insidiosa. O paciente se apresenta irritadiço, com febre baixa, sudorese noturna, inapetência e o exame físico pode ser inexpressivo. A pós-primária pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum no adolescente e adulto jovem e possui como característica principal a tosse, seca ou produtiva. Em locais com elevadas taxas de incidência de TB, todo paciente que procure a UPS devido à tosse deve ter a TB incluída na sua investigação diagnóstica. A expectoração pode ser purulenta ou mucóide, com ou sem sangue. A febre vespertina, sem calafrios, não costuma ultrapassar os 38,5° C. A sudorese noturna e a anorexia são comuns. O exame físico geralmente mostra “fácies” de doença crônica e emagrecimento, embora indivíduos com bom estado geral e sem perda do apetite também possam ter TB pulmonar. A denominação da forma miliar está vinculada ao aspecto radiológico pulmonar. É uma forma grave de doença e ocorre em 1% dos casos de TB em pacientes HIV soronegativos, e em até 10% dos casos em pacientes HIV soropositivos, em fase avançada de imunossupressão. A apresentação clínica clássica é a aguda, mais comum em

crianças e adultos jovens. Os sintomas são febre, astenia e emagrecimento, que em associação com tosse ocorrem em 80% dos casos (BRASIL, 2010).

A baciloscopia do escarro, desde que executada corretamente em todas as suas fases, permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar, o que é importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos bacilíferos são os responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão e o exame pode ser solicitado por enfermeiros e médicos da rede básica de saúde. A radiografia de tórax é método diagnóstico de grande importância na investigação da TB. Diferentes achados radiológicos apontam para suspeita de doença em atividade ou doença no passado, além do tipo e extensão do comprometimento pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. No entanto, até 15% dos casos de TB pulmonar não apresentam alterações radiológicas, principalmente pacientes imunodeprimidos. Nos pacientes com suspeita clínica o exame radiológico permite a diferenciação de imagens sugestivas de TB ou de outra doença, sendo indispensável submetê-los a exame bacteriológico. O exame radiológico, em pacientes com baciloscopia positiva, tem como função principal a exclusão de doença pulmonar associada (por exemplo: câncer de pulmão em fumantes com alta carga tabágica com idade superior a 40 anos), que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação da evolução radiológica dos pacientes, sobretudo naqueles que não respondem ao tratamento antituberculose (BRASIL, 2010).

### **3.3 ACESSO À ATENÇÃO A SAÚDE**

Acesso é um conceito amplo e muitas vezes se apresenta de forma pouco clara quando relacionado com o uso de serviços de saúde. Acesso como ato de

ingressar ou entrada e o sentido de acessibilidade como qualidade do que é acessível. Também o uso comum dos dois aspectos para indicar com que facilidade as pessoas conseguem obter cuidados de saúde e nesse caso específico, acesso ao diagnóstico precoce da TB e tratamento adequado enquanto oferta do serviço de saúde.

Donabedian (2003) define acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Enquanto para Andersen (2006), acesso é uma característica da oferta de serviços importante para a explicação do padrão de utilização de serviços de saúde e acrescentando que há acesso potencial e o acesso realizado, o efetivo e o eficiente ao incorporar os efeitos na saúde e na satisfação das pessoas.

De acordo com Travassos e Martins (2004), no campo sanitário, é importante distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. Tal distinção parece-me importante, pois os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer.

A autora ainda afirma que a utilização de serviços pode ter impacto negativo, se ele não estiver aliado à qualidade dos cuidados ou procedimentos eficazes. Segundo Penna (2007), por mais acesso que se possa ter aos serviços, por mais que se possa planejar e organizar saúde, por mais modelos de assistência que se implemente, a execução direta do atendimento vai além da técnica.

Para Travassos *et al.* (2000), deve-se considerar medidas que apreendam cada uma das etapas no processo de utilização dos serviços, de forma a permitir a verificação do efeito dos múltiplos fatores explicativos das variações no uso de serviços.

Considerando a atenção básica como a porta de entrada para o sistema, deve-se pensar a articulação conforme a necessidade apresentada pelo usuário, entre os demais níveis de atenção à saúde. Nesta perspectiva, espera-se que a estratégia de saúde da família possa desenvolver ações qualificadas e resolutivas, balizadas na concepção centrada na vigilância em saúde e na promoção da qualidade de vida.

Entretanto, no cotidiano da assistência em saúde, o que se observa muitas vezes é que a população usuária dos serviços de saúde recorre aos serviços de urgência e emergência em busca de atendimento a agravos considerados “simples”, que poderiam ser resolvidas no nível da atenção primária (CECÍLIO, 1997). Estes atendimentos muitas vezes não são resolutivos, talvez o sejam naquele exato momento, da dor, da queixa, mas não é o que caracterizará o tratamento, diagnóstico e a intervenção adequada e resolutiva. Geralmente este tratamento é paliativo, ou de resolução imediata, porém recorrente.

O acesso à saúde deve contemplar desde questões geográficas até as sócio-organizacionais para favorecer a entrada das pessoas no sistema de saúde. Do ponto de vista geográfico, a localização de uma unidade de saúde deve ser estabelecida baseada em critérios associados à natureza geográfica, social e demográfica do local (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987). A regionalização da assistência manifestada nas políticas de saúde por meio da territorialização, leva em consideração esses três critérios com o intuito de facilitar a

responsabilização dos trabalhadores da saúde e o vínculo com a população (BRASIL, 2002).

Assim, entende-se acesso à saúde no presente estudo, em sua dimensão sócio-organizacional do serviço, na qual os espaços criados nos serviços fundamentem-se no acolhimento das demandas dos usuários; que os cuidados dispensados ao longo do tempo tenham continuidade e vínculo e favorece a coordenação de cuidados como prática que integra ações e serviços de saúde de forma resolutiva. Nessa perspectiva, considera-se que as posturas e estratégias adotadas pelos serviços de saúde garantam o acesso universal e equânime das pessoas, mediante adequada interpretação das demandas apresentadas, evidenciando as suas necessidades. Nessa ótica, favorece também à otimização da oferta (STARFIELD, 2002).

Além do aspecto sócio-organizacional apresentado, o acesso necessita de componentes estruturais e geográficos para favorecer o primeiro contato do usuário, que na Atenção Básica assume grande importância. As unidades básicas de saúde ou da saúde da família devem-se localizar próximo às pessoas e apresentar recursos físicos e estruturais necessários a esse tipo de atendimento (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

# METODOLOGIA

*acaso vai me proteger  
Enquanto eu andar distraído  
O acaso vai me proteger  
Enquanto eu andar...*

*Sergio Brito*

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

A metodologia de escolha para compreender acesso ao diagnóstico de TB pulmonar na perspectiva dos trabalhadores de saúde de unidades básicas é um estudo em que se adotou como referencial teórico-metodológico, a Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici (1978) e a Teoria do Núcleo Central por Abric (1998).

A teoria das representações Sociais vem se apresentado nas últimas décadas como um novo referencial de interpretação dos fatos e fenômenos sociais. Seu precursor Serge Moscovici, na década de 60, evita estabelecer conceito único para a representação social e a indica como um “conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso das comunicações interpessoais” (MOSCOVICI, 2005; SÁ, 2002).

Para Moscovici (2005), os indivíduos adquirem um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicados no cotidiano e estão implícitas no decorrer das comunicações interpessoais.

Com o desenvolvimento de estudos, novas tendências estão sendo incorporadas ao conjunto das representações sociais e amplia seu entendimento para um conjunto de concepções e pensamentos sobre uma determinada realidade. Jodelet (2002) as define como forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.



Para Abric (1994, p. 77), as representações sociais são “a visão de mundo que os indivíduos e grupos têm e utilizam para agir e para tomar posição, sendo indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais”.

O autor defende ainda que as representações sociais estão organizadas em torno de um núcleo central (NC), sendo este definido como “um subconjunto da representação, composto de um ou alguns elementos, cuja ausência desestruturaria a representação ou lhe daria uma significação completamente diferente” (ABRIC, 1994, p. 73). Assim, o NC é “todo elemento que desempenha um papel privilegiado na representação, no sentido que os outros elementos dependem dele diretamente porque é em relação a ele que se definem seu peso e seu valor para o sujeito” (ABRIC, 1994, p. 61).

Para o desenvolvimento do projeto foi utilizada a técnica de evocação livre com os termos indutores “tuberculose”, “diagnóstico”, “acesso”. Os resultados serão trabalhados e analisados utilizando o software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocation* (EVOC), versão 2003 (VERGÈS, 2005).

A opção pelo referencial das representações sociais e a teoria de NC considerou a pertinência deste conjunto teórico conceitual para a análise do objeto deste estudo, com a reflexão acerca do acesso ao diagnóstico de TB pulmonar, no cotidiano dos trabalhadores de saúde, entendendo ainda como são os saberes, crenças e idéias do senso comum e/ou científico que possam ser intervenientes na construção destas representações sociais.

## 4.2 CENÁRIO E SUJEITOS DO ESTUDO

O município de Ipatinga possui uma população de 241.720 habitantes e possui uma cobertura de PSF de 66%. É um dos 23 municípios prioritários para o combate à TB no estado de Minas Gerais. O QUADRO 1 apresenta a organização de atenção à saúde no município.

**QUADRO 1 - Composição da rede municipal de assistência à saúde de Ipatinga.**

NÍVEL	UNIDADES
Nível Primário	UBS: Veneza, Canaã, Panorama, Vila Formosa, Cidade Nobre USF: Vila Militar, Vila Celeste, Vale do Sol, Esperança I e II, Bom Jardim I e II, Iguaçú, Bom Retiro, Bethânia I e II, Barra Alegre, Limoeiro, Nova Esperança Farmácia Verde, Farmácia Básica Gabinetes Odontológicos em escolas e Unidades de Saúde, Unidade Móvel de Odontologia
Nível Secundário	Policlínica Municipal Centro de Reabilitação de Saúde do Trabalhador (CEREST) CCDIP Clínica Psico-Social (CLIPS) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (Cidade Nobre) Clínicas Integradas de Odontologia: Limoeiro e Bom Jardim
Nível Terciário	Hospital Municipal de Ipatinga Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Hospital Márcio Cunha da FSFX (credenciado) Programa de Internação Domiciliar (PID) Centro de Oncologia e Radioisótopos (COR)
Apoio Diagnóstico (serviços próprios e/ou terceirizados)	Patologia Clínica: Hospital Municipal, ACIL, São Lucas e Osvaldo Cruz, Clínica São Sebastião e São Judas Tadeu, Laboratório Vila Rica, Cabral Ruback Imagem: Policlínica e Serviço de Radiologia do Hospital Municipal, Clínica São Judas Tadeu, Hospital Márcio Cunha da FSFX Outros prestadores municipais e/ou pactuados

Fonte: Plano Municipal de Saúde - Ipatinga, 2010/2013.

Os sujeitos desta pesquisa foram trabalhadores de saúde pertencentes ao quadro de funcionários permanentes da Prefeitura Municipal de Ipatinga (PMI) que atuam na rede básica de saúde, com tempo mínimo de dois anos de atuação na rede básica de saúde, que já tivessem recebido treinamento/capacitação em TB e serem responsáveis pelo acolhimento de sintomáticos respiratórios. Não foram considerados os profissionais com contrato temporário.

Ressalta-se que os participantes ao serem convidados a participar eram informados sobre a pesquisa, com garantia de anonimato e que os dados seriam utilizados para este fim e todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), conforme Resolução n. 196/96. Tanto o projeto como o termo foram analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, conforme consta no Parecer n. ETIC 0250.0.203.000-10.

### **4.3 COLETA DE DADOS**

Neste estudo os dados foram coletados por meio de fontes primárias e secundárias.

Os dados primários foram coletados mediante uma investigação aberta, estruturada na evocação de respostas provocadas por estímulos indutores. A evocação livre de palavras como técnica para coleta de dados permite ao sujeito falar ou escrever vocábulos que lhe venham à mente, após ser estimulado por termos indutores que caracterizam o objeto de estudo.

A partir dos termos “tuberculose”, “diagnóstico”, “acesso” foi solicitado aos sujeitos que escrevessem cinco palavras ou expressões que lhe ocorressem imediatamente à cabeça. Após esta etapa, cada entrevistado enumerou em uma escala de 1 a 5 as evocações por ordem crescente de importância, com o objetivo de identificar aquelas que julgassem possuir maior significado em relação a cada termo indutor. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho ou em locais definidos pelos participantes.

Os dados secundários foram obtidos de fontes internas do serviço de controle da TB do município de Ipatinga (relatórios, regulamentos e dados estatísticos) e fonte do Sistema Nacional de Notificação de Doenças Transmissíveis.

O tratamento dos dados coletados foi realizado por meio do software EVOC - 2003 (VERGÈS, 2005). A técnica de Vergès, integrada à tecnologia da informática, mostra-se como um importante instrumento facilitador para a análise da estrutura e organização de uma representação social. Este *software* constitui-se um importante instrumento de organização e tratamento de dados textuais, tornando a análise qualitativa mais sistemática. A economia de tempo e a possibilidade de mobilizar os dados dentro do programa para uma análise mais criteriosa constituem-se em vantagens para o pesquisador no estudo desses aspectos da representação social.

Para análise das estruturas obtidas por meio das evocações livres foi utilizada a técnica do Quadro de Quatro Casas criado por Pierre Vergès. Neste modelo parte-se do princípio que os termos com maior frequência e ordem prioritária de evocação teriam maior importância no esquema cognitivo do sujeito (SÁ, 2002).

Para se obter o *corpus* de análise foram digitadas, em formato Excel, todas as evocações coletadas em sua forma original e posteriormente realizou-se uma padronização para homogeneizar o conteúdo semântico, organizando-as em forma de dicionário. Em seguida as palavras evocadas, em sua forma original, foram substituídas pelas padronizadas, a partir do dicionário. Foram analisadas então pelo software EVOC - 2003 que consiste em um instrumento fundamental para organizar e tratar os dados permitindo a análise estatística e posteriormente a análise qualitativa.

De acordo com a frequência calculada e informada pelo software foi construído o Quadro de Quatro Casas. No primeiro quadrante superior esquerdo encontram-se os elementos mais frequentes e importantes, constituindo assim o NC da representação estudada. No quadrante superior à direita encontram-se os elementos que formam a primeira periferia, com ordem média de evocações (OME)

alta e frequência menor, mas que reforçam o NC. O quadrante inferior direito está a segunda periferia, que apresenta elementos geralmente mais elaborados, influenciados pelas questões cotidianas dos sujeitos. No quadrante inferior esquerdo encontram-se os elementos que contrastam o NC (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Os questionários da pesquisa foram numerados para posterior referência a observações dos sujeitos.

# ANÁLISE DOS DADOS

*Testamento*  
*Criou-me, desde eu menino,*  
*Para arquiteto meu pai.*  
*Foi-se-me um dia a saúde...*  
*Fiz-me arquiteto? Não pude!*  
*Sou poeta menor, perdoai!*

*Manuel Bandeira*

## 5 ANÁLISE DOS DADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A TAB. 2 apresenta os sujeitos da pesquisa segundo a faixa etária, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição, participação em treinamento sobre TB, o tempo em que ocorreu este treinamento, a formação profissional dos trabalhadores de saúde. Esta caracterização busca contribuir sobre a compreensão das estruturas representacionais sobre o acesso ao diagnóstico de TB no município de Ipatinga, visto que, conforme afirmam Oliveira *et al.* (2005, p. 578), a coleta de variáveis dos sujeitos em estudo, “podem ser úteis para a caracterização de subgrupos, em função de diferenças representacionais”.

**TABELA 2 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa.**

Trabalhadores	Número de entrevistados		Média idade (anos)	Média tempo formação (anos)	Média tempo trabalho (anos)	Treinamento				Média tempo treinamento (anos)
	Frequência	%				Sim		Não		
Enfermeiros	25	17,5	31	8	6	22	88%	3	12%	2
Técnicos/ Auxiliares de enfermagem	34	23,8	46	16	20	11	32%	23	67,4%	2
ACS	72	50,3	23	2	2	60	83,3%	12	16,6%	2
Médicos	12	8,4	42	13	13	3	25%	9	75%	3
TOTAL	143	100				96	67,1%	47	32,9%	

Fonte: Dados de pesquisa, Ipatinga, 2010

A TAB. 2 mostra uma proporção entre as categorias de trabalhadores que representa a realidade de Saúde da Família no município e confirma a ausência do profissional médico em algumas destas equipes.

A faixa etária destas equipes é composta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a menor média etária (23 anos) e, por conseguinte menor tempo de formação e trabalho (dois anos); os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem com a

maior média de faixa etária (46 anos) e maior tempo de formação (16 anos) e trabalho (20 anos).

A média total de trabalhadores que declaram já ter participado de treinamentos sobre o tema “Tuberculose” é de 67% destacando-se as categorias de médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem com baixo percentual de participação, sendo 25% e 32% respectivamente. Já as categorias de enfermeiros e ACS possuem mais elevados percentuais de participação, 88% e 83% respectivamente.

Constata-se que as categorias com maior tempo de formação e trabalho são também as de menor percentual de participação em treinamentos sobre o tema.

## **5.2 REPRESENTAÇÕES SOBRE ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE**

A construção das estruturas das representações sociais do acesso ao diagnóstico de TB no cotidiano dos trabalhadores da Atenção Básica do município de Ipatinga foi realizada por meio do método de evocação livre e a análise construída adotando o Quadro de Quatro Casas idealizado por Vergès (1994). Para facilitar a compreensão, os sujeitos eram estimulados a escreverem as cinco primeiras palavras que lhe viessem à mente após o uso dos termos indutores “tuberculose”, “diagnóstico” e “acesso”, formando assim a expressão proposta para análise.

O *corpus* para análise das representações sociais foi formado pelas evocações de todos os sujeitos perfazendo um total de 2.145 palavras e expressões que foram incluídas no programa Excel® e classificadas posteriormente por ordem alfabética. Deste total 343 palavras e expressões foram diferentes e formaram o dicionário padronizado por sentido (Apêndice B) com um total de 41 palavras e



expressões. Apresentamos a seguir o QUADRO 2, QUADRO 3 e QUADRO 4 que formam a expressão em estudo “Acesso ao diagnóstico de tuberculose”.

**QUADRO 2 - Termo indutor “tuberculose” relativo ao conjunto de trabalhadores pesquisados. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
32	Sintomas	47	2,405	Atenção secundária	32	3,636
	Contagiosa	41	2,335	Prevenção	28	3,000
32	Preconceito	12	2,500	Isolamento	21	3,364
		10	2,667	Morte	21	3,000
	Pobreza			Doença	18	4,000
				Tratamento	15	3,600
				Sofrimento	15	3,000

Fonte: Dados da pesquisa.

**QUADRO 3 - Termo indutor “diagnóstico” relativo ao conjunto de trabalhadores pesquisados. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
32	Diagnóstico-precoce	43	2,673	Centralizado	28	3,115
	Sintomas	43	2,621	Morte	27	3,096
	Exame	38	2,482	Isolamento	25	3,000
				Atenção secundária	24	2,987
32	Fácil	12	2,501	Sigiloso	21	3,901
	Negligência	12	1,752	Tratamento	16	3,505
	Atenção primária	10	2,401	Educação	15	2,751

Fonte: Dados da pesquisa.

**QUADRO 4 - Termo indutor “acesso” relativo ao conjunto de trabalhadores pesquisados. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
32	Atenção-secundária	29	2,571	Burocrático	20	3,250
	Profissionais de saúde	27	2,151	Centralizado	19	3,227
32	Fácil família	12	2,501	Exames	11	3,099
		12	2,409	Política	10	3,500
			Medicação	9	3,002	
			Prevenção	9	2,771	

Fonte: Dados da pesquisa.

Para o conjunto de sujeitos pesquisados, em relação aos três termos indutores, as expressões evocadas e organizadas no 1º quadrante superior esquerdo, que constituem o NC das representações são **sintomas, contagiosa, diagnóstico-precoce, exame, atenção-secundária, profissionais de saúde.**

O termo **sintomas** encontra-se tanto para o indutor “tuberculose” como para “diagnóstico” de forma consistente, com alta frequência e ordem de evocação acima de 2.

O reconhecimento da sintomatologia da TB tanto por profissionais de saúde quanto pela população em geral é um dos pilares do **diagnóstico precoce**, expressão presente no NC para o indutor diagnóstico.

Um dos principais componentes do termo sintoma apontado pelos sujeitos segundo o dicionário de termos foi a tosse, principal sinal a ser avaliado para estabelecimento do diagnóstico. A caracterização do sintomático respiratório está assim definida, indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a três semanas. O número de sintomáticos esperados para fins operacionais, para o parâmetro nacional recomendado e de 1% da população total ou de 5% das consultas de primeira vez dos indivíduos com 15 anos ou mais nos serviços (BRASIL, 2010).

Segundo o Manual para Controle da Tuberculose

[...] para interromper a cadeia de transmissão da tuberculose é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. Sendo assim, a busca ativa na população de pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Vale lembrar que para cada 100 sintomáticos respiratórios examinados, espera-se encontrar, em média de três a quatro doentes bacilíferos podendo variar de acordo com o coeficiente de incidência da região (BRASIL, 2010).

O foco na busca do sintomático respiratório pode ser percebido tanto nos programas de capacitação quanto nas ações de divulgação e mídia. Entretanto, nota-se, como descrito por Protti *et al.* (2007), que a pontualidade e a valorização do enfoque da doença mantêm a característica do movimento campanhista na

organização dos sistemas locais, com distorções e baixo impacto na produção da saúde, especialmente no caso da TB, que exige um acompanhamento longitudinal.

Vale reforçar que o diagnóstico precoce é estabelecido, além da tosse, por exames complementares. Desta forma, o termo **exame** está presente no NC para o indutor “diagnóstico” e na 2ª periferia do indutor “acesso”. Nessa periferia os termos são aqueles mais elaborados e fazem parte do cotidiano das pessoas. Assim, tal termo confirma o conhecimento dos sujeitos em relação ao diagnóstico precoce que é estabelecido não só pelo reconhecimento dos sintomas, mas também pela realização de exames básicos para detecção da TB pulmonar. A baciloscopia do escarro, desde que executada corretamente em todas as suas fases, permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar, o que é importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos bacilíferos são responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão. Além disso, a radiografia de tórax, componente do termo de acordo com o dicionário, como preconizado pelo Programa deve ser solicitado para todo paciente com suspeita clínica de TB pulmonar (BRASIL, 2010).

É fato que o reconhecimento dos sintomas pode não reverter-se em acesso ao diagnóstico de TB, sendo necessário para tanto que o trabalhador de saúde esteja sensibilizado para atentar-se ao aparecimento do mesmo em seus contatos diários com os usuários, principalmente, quando a tosse torna-se intermitente. Assim, é interessante notar que um dos termos que compõe o NC do indutor acesso ser **profissionais de saúde**.

Pode-se inferir, que a presença do termo como elemento central mostra o profissional de saúde como fator preponderante no processo de controle da TB e de forma positiva ou negativa, representa sua responsabilização frente ao acesso de usuários ao diagnóstico, reforçado pelo fragmento do discurso de um dos sujeitos:

*“depende do profissional, tem gente que quer atender, tem gente que não...”*  
(P21).

Desta forma, um aspecto a ser considerado para a incorporação do controle da TB na ABS é a qualificação dos profissionais, uma vez que passaram a assumir ações e programas de saúde nunca antes implementados e, muitas vezes, apresentam dificuldades em realizar a busca do sintomático respiratório, pois não estão sensibilizados, ou até mesmo, não detectam os sinais e sintomas da TB. Cabe ressaltar que a questão da

[...] debilidade quantitativa e qualitativa de RH e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da tuberculose no sistema de saúde podem influenciar o envolvimento, bem como o desempenho das equipes da ABS na assistência aos doentes (MOROE *et al.*, 2008, p. 265).

Perrechi e Ribeiro (2009) observam em um de seus estudos que mesmo os pacientes que procuram a atenção básica não são abordados adequadamente para o diagnóstico de TB. Muitos relataram ter procurado atendimento prévio em serviços ambulatoriais (41%) e, 48% foram internados para elucidação diagnóstica. Como a maioria desses pacientes tem acometimento pulmonar, parece que a rede de atendimento ambulatorial é falha, mesmo para solicitação de exames simples, como a radiografia de tórax e a pesquisa de BAAR no escarro. Previamente à internação, somente 37,9% dos pacientes relataram ter realizado exame de escarro.

Outro estudo demonstra que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre TB é satisfatório, porém com pouco impacto em indicadores do controle da TB:

Diante da importância da detecção precoce dos casos na comunidade, faz-se necessário repensar a organização dos serviços destes profissionais nas unidades de saúde para que os mesmos possam efetivamente influenciar as estatísticas do controle da doença. Nosso estudo vem mostrar que os enfermeiros e médicos

possuem conhecimento suficiente para reduzir os índices da tuberculose, embora sejam indispensáveis o contínuo estudo e capacitação dos profissionais para que os mesmos possam prestar o melhor serviço e dessa forma contribuir para melhores índices de qualidade de vida à população do município de Vitória (ES). No entanto, fica claro que não é o conhecimento, mas outros fatores os responsáveis pela manutenção destes índices (MACIEL *et al.*, 2009, p. 1401).

Constata-se, portanto, que as ações profissionais cotidianas frente ao controle da TB parecem estar aquém daquelas prescritas, apesar dos profissionais mostrarem conhecimento, o que de certa maneira influencia nas questões de acesso ao diagnóstico precoce da doença. Pode-se inferir que a doença ainda é envolta por questões subjetivas quando se depara com outro termo indicado no NC do indutor “tuberculose”, que é **Contagiosa**.

O contágio remete tanto a uma característica própria da doença tuberculose pulmonar sabidamente transmissível, quanto a uma dimensão histórica e, provavelmente preconceituosa, corroborada pelas descrições dos sujeitos:

*“[...] é necessário muito cuidado, não se pode conviver com o tuberculoso”.*

*(T12)*

*“[...] o doente deverá ser isolado para evitar o contágio de outros”.* *(T72)*

Pode-se notar, segundo esses fragmentos, que a representação dos sujeitos em estudo ainda é influenciada da visão histórica da estigmatização da tuberculose, em que o contágio era um dos grandes temores, tanto dos profissionais quanto dos doentes e seus familiares.

De acordo com Porto (2007, p. 46) “o horror diante da tuberculose acaba por fazer dela um tabu, um objeto de interdição e seu sintoma extremo é a estigmatização do doente e seu conseqüente isolamento”. Da mesma forma que Souza, Silva e Meirelles (2010, p. 25) afirma que,

A preocupação com a contaminação faz as pessoas com tuberculose sentirem-se excluídas ou isolarem-se, numa reação que, algumas vezes, pareceu uma antecipação: isolar-se antes de ser isolada. Expressaram receio de revelar o diagnóstico, preferindo manter a doença em segredo, como consequência do preconceito que existe acerca da doença. Esta situação reside no temor do julgamento social, ou seja, no medo da humilhação, da vergonha.

Esse caráter estigmatizante da doença pode levar a sentimentos que também estão presentes no imaginário dos trabalhadores de saúde. Pois,

A doença é temida ainda por ser expressão de algo que é socialmente digno de censura, bem como por representar o estágio último de miséria humana. Nesse sentido persiste, no imaginário social e como forma de relação da sociedade com o doente, o processo de estigmatização da tuberculose e do tuberculoso (PORTO, 2007, p. 48).

Desta forma, verifica-se a necessidade de implementar ações de capacitação que não abordem somente os aspectos técnicos e operacionais do controle da tuberculose, mas, que possam também trabalhar o componente histórico conceitual da doença criando espaços de discussão destes aspectos.

O NC do indutor acesso é composto pelo componente **atenção secundária**, que é apresentado, também, como elemento da 1ª periferia, dos indutores “tuberculose” e “diagnóstico”. Nesta periferia, situada no quadrante superior direito, estão colocados os elementos de alta frequência e com ordem de evocação baixa, insuficientes para comporem o NC, contudo reforçam e completam sua composição. Nesta periferia, para os indutores “diagnóstico” e “acesso”, encontra-se, também, o componente **centralizado**. Infere-se, portanto, que o acesso ao diagnóstico é realizado na atenção secundária e de forma centralizada, como pode ser comprovado pelo seguinte fragmento de um dos sujeitos:

*“[...] o diagnóstico e o tratamento são centralizados na UISA o posto não tem muito o que fazer”. (T61)*

Em contrapartida, o Ministério da Saúde preconiza que “os casos suspeitos de tuberculose devem ser captados, atendidos e vinculados à atenção básica, seja por meio da estratégia de saúde da família ou por meio das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2010, p. 142).

Santos (2007, p. 90) corrobora com essa idéia ao mostrar que “o plano de ação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da tuberculose”.

Entretanto, é fato constatado por Scatena *et al.* (2009), que a proposta de descentralização dessas ações de controle da doença, com responsabilização das equipes saúde família não foi determinante para garantia de acesso ao diagnóstico da TB. Mendes (2009) confirma isto pelos resultados encontrados em um estudo sobre a avaliação da descentralização do PNCT, em que mostra que apesar das mudanças de estrutura e processo terem sido positivas, não houve reflexo nos indicadores de tratamento dos pacientes com TB e salienta ausência de melhoria do percentual de abandono e piora nos indicadores de mortalidade por TB. Além disso, Monroe *et al.* (2008) reafirmam que para as equipes do PSF, a competência para tratamento da doença é exclusiva dos centros de referência, contribuindo para a falta de responsabilização em nível local para o controle.

Estes estudos constataam a contradição em relação à discussão da centralização – descentralização proposta pelo PNCT. O fato é que a responsabilização é de todos os setores independentemente do nível de atenção, ou seja, as ações de controle de TB são de responsabilidade da ESF e UBS, como também, de ambulatório/unidades de referência. No caso em estudo as ações estão entre a centralidade, com um ambulatório local (UISA) responsável pelo tratamento

e a descentralização com as Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades de Saúde Básica (USB) responsáveis pelo diagnóstico. Esta formatação parece confundir a ação das USF e USB, com isso, os profissionais das mesmas apontam a centralização como forma de atuação no controle da TB.

Nessa discussão, há de se pensar na **burocracia**, enquanto um dos termos que compõe a 1ª periferia, bem como, **política** na 2ª periferia do indutor acesso. O que faz pensar na rigidez de estruturas e regras descritas por Max Weber, conforme aponta Nunes:

A Teoria da Burocracia nasceu da necessidade de definição rigorosa das hierarquias, das regras e regulamentos e das linhas de autoridade como forma de garantir a sobrevivência a longo prazo. Embora tivesse sido aplicada com relativo sucesso em numerosas organizações no início do séc. XX e continue a ser utilizada atualmente em diversas organizações, a burocracia caiu em desuso devido à impessoalidade que lhe está associada, à rigidez estrutural que depende (impedindo a inovação e a criatividade) e à morosidade que provoca nos processos. (NUNES, 2007, p. 389)

Há de se pensar que mudanças no setor saúde não andam na mesma velocidade de uma contaminação. Apesar delas, são vários os desafios a serem enfrentados na atenção básica e, muitas vezes, a burocracia na gestão é considerada fator dificultador para o bom desempenho gerencial (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009). Da mesma forma, para além do acolhimento e tratamento do doente, as ações técnicas se misturam com o preenchimento de documentos necessários aos processos de informação na TB e isto pode ser encarado como simples procedimento burocrático (NOGUEIRA *et al.*, 2009).

Daí, o termo **política**, enquanto componente da segunda periferia, aquilo que é mais elaborado pelos sujeitos, pois vem carregado de significados que estão entre a macro-política e a micro-política percorrendo espaços de financiamento, informação, decisão e planejamento.



A definição da TB como prioridade na agenda pública de saúde em nível local, perpassa por obstáculos operacionais e políticos, como a distribuição de recursos priorizando outras situações como atenção às urgências/emergências e dengue. Existe uma lacuna na política de financiamento para a TB e um padrão de gestão municipal pouco comprometido com o controle da doença, sendo fundamental o envolvimento do gestor no sentido de incorporar, investir e apoiar o gerenciamento das ações de controle da TB, assumindo a doença como prioridade na agenda de saúde do município (SANTOS *et al.*, 2010).

O termo **prevenção** surge como elemento da 1ª periferia do indutor “tuberculose” e na 2ª para indutor “acesso”. Desta forma, reforça-se a necessidade de estratégias cotidianas para que se possa prevenir a doença, considerando-se que a susceptibilidade à infecção é praticamente universal. As formas de prevenção hoje preconizadas estão diretamente relacionadas ao controle de contactantes e, portanto ao diagnóstico precoce de casos índices bacilíferos (BRASIL, 2010). Porém, pode-se aliar a isso a questão educativa dos usuários, enquanto forma de estabelecer melhor controle da doença desde que seja com a participação da população.

Dentro desta linha da ação prevencionista, para a categoria agente de saúde, tem-se a presença do termo **ambiente** (Quadro 4, APÊNDICE F) que poderá ser interpretado considerando várias características tanto das questões climáticas e ambientais quanto no aspecto de ambientes propícios á transmissão da tuberculose. O reconhecimento internacional dos efeitos benéficos da altitude sobre a evolução da moléstia levou, no século passado, ao estabelecimento de sanatórios na serra da Mantiqueira. No estado de São Paulo, Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário durante os primeiros anos do século, promoveu a instalação de infraestrutura urbana

e de transportes nas cidades de São José dos Campos e Campos do Jordão, visando ao recolhimento dos *doentes do peito*. Nos sanatórios, os internos eram submetidos a um rígido esquema disciplinar, higiene, repouso, alimentação e ar puro, e o acompanhamento médico dos internos podia perdurar por vários anos. Os sanatórios para tuberculosos são um advento do século XX e perduraram até os anos 60, quando começaram a ser superados, como concepção terapêutica e de controle da doença, pela difusão dos tratamentos ambulatoriais (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000).

A climatoterapia, assumida como terapêutica específica até o início dos anos 1930, foi indicada mundialmente. Várias cidades, verdadeiras tisiópolis, foram criadas para abrigar os doentes, como é o caso, no Brasil, de Campos do Jordão e São José dos Campos.

Os sanatórios e os hospitais das tisiópolis, que associavam a idéia do clima específico e o isolamento do paciente com repouso e boa alimentação, encabeçaram a luta contra a tuberculose durante as primeiras décadas do século XX. A indicação do isolamento trazia incorporado o preconceito diante da enfermidade, constituindo os sanatórios como espaços onde o paciente podia ser retirado da sociedade ou mesmo escondido dela (BERTOLLI FILHO, 2001).

Na atualidade o ambiente entendido como espaço favorável á transmissão da tuberculose são locais de pouca ventilação e com aglomerado de pessoas, a climatoterapia não está indicada.

Quando se analisa os quadros por categorias de trabalhadores, encontra-se para o grupo de ACS o termo **bacilo** presente na primeira periferia (Quadro 7, APÊNDICE F) demonstrando a preocupação biologicista do grupo. Entretanto, nem sempre esta preocupação esta relacionada a conhecimentos mais específicos como

constatam Maciel *et al.* (2008) em um estudo sobre o conhecimento do agente comunitário de saúde sobre da tuberculose. Em relação à forma de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*, agente etiológico da doença, menos da metade dos ACS (47,6%; 50/105) possuíam o conhecimento de que sua veiculação se dava através do ar, a partir da tosse, fala ou espirro de um indivíduo doente.

O termo **educação** que aparece na 2ª periferia do indutor diagnóstico pode corroborar com essa idéia. Porém, nesse campo, é necessário estabelecer condutas participativas e considerar o contexto cultural dos sujeitos envolvidos no processo, levando-se em conta suas representações sociais a respeito dos aspectos relacionados à saúde. De modo geral, as mudanças necessárias para a condução dos processos de educação em saúde têm levado os profissionais de saúde a buscar outros referenciais além dos biológicos, considerando-se a cultura dos sujeitos envolvidos, além de torná-los protagonistas no processo educativo (SANTOS; PENNA, 2009). De outra forma, a educação não alcança sua finalidade.

Desta maneira, se atentar para o grupo de auxiliares e técnicos de enfermagem os termos **conhecimento** e **educação** encontram-se de forma complementar como elementos de contraste e de segunda periferia (Quadro 4 e 5, APÊNDICE F). Paradoxalmente este grupo de trabalhadores apresentou na caracterização dos sujeitos (TAB. 1) uma baixa participação nos programas de capacitação, 67,4% declaram não ter participado de treinamentos sobre tuberculose nos últimos dois anos. A capacitação de equipes de saúde é um desafio tanto para a formação geral como para temas específicos como a tuberculose. Ferreira, Schimith e Caceres (2010, p. 2618) declaram em seu estudo

É necessário conhecer as necessidades de cada profissional, para que cursos de capacitação e reciclagem de profissionais em serviço possam vir a adequar os perfis destes profissionais e consolidar a Estratégia Saúde da Família.

Neste mesmo estudo encontra-se como resultado que os profissionais de saúde consideram com relação às atribuições específicas do auxiliar de enfermagem, como difíceis as atribuições da realização de busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico (67%). Toda a complexidade referente ao tema está também permeada pela disputa entre como e para que os processos educacionais e de construção do conhecimento são estabelecidos, conforme Feurwerker (2007), educação na saúde é um campo de saberes e de práticas sociais em pleno processo de constituição/construção. Há tensões e disputas na definição de suas temáticas centrais e na maneira de abordá-las. Há tensões e disputas nos movimentos “antropofágicos”, de combinação de referências que muitas iniciativas de mudança operam na prática.

Há de se ressaltar que, uma das estratégias de prevenção utilizada pelo Ministério da Saúde em várias doenças infectocontagiosas, a vacinação, no caso da tuberculose não tem a mesma eficácia. A vacina BCG exerce poder protetor contra infecções graves, como a meningoencefalite, mas não evita a infecção tuberculosa. Na agenda nacional, a vacina BCG é prioritariamente indicada para as crianças zero a quatro anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano, como dispõe a Portaria nº 452, de 06 de dezembro de 1976, do Ministério da Saúde e as recomendações dos manuais e notas técnicas do Programa Nacional de Imunização (PNI), do Departamento de DST/AIDS e Hepatite Virais, do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) e do PNCT (BRASIL, 2010).

Desta forma, sem uma vacina com eficácia elevada, as estratégias de controle baseadas no diagnóstico precoce e tratamento eficaz, tornam-se o melhor mecanismo de prevenção. É necessário reforçá-las, pois com o advento da epidemia do HIV/AIDS houve aumento significativo de casos de TB. Nesse sentido, tem-se a

necessidade de acompanhamento e controle das pessoas portadoras de HIV/AIDS, pois a imunossupressão advinda da doença os torna susceptíveis a co-infecção com TB. Estima-se que 10% das pessoas que vivem com TB sejam HIV positivas, em torno de 20% dos portadores e doentes HIV/AIDS sofram de tuberculose pulmonar. As pessoas portadoras de ambas as doenças tem risco significativo maior de morte (PUBLIC HEALTH WATCH, 2006).

Diante disto, a ausência do termo HIV/AIDS em todo o conteúdo de evocações, aponta para algumas reflexões e questionamento sobre o distanciamento da atenção básica tanto da TB quanto do HIV/AIDS. Reforça-se, talvez, as questões culturais e subjetivas frente ao estigma da primeira, herdada pela segunda doença.

Assim, o termo **morte** apresenta-se como elemento da 1ª periferia do indutor diagnóstico, e na 2ª periferia de tuberculose, que vem reforçar o sentido do medo e do perigo, termos que compõem o dicionário, nas representações dos trabalhadores da atenção primária.

Historicamente, a morte é companheira constante da doença, conforme mostram Antunes, Waldman e Moraes (2000, p. 346):

[...] durante toda a primeira metade do século passado a doença caracterizou-se por elevadas taxas de mortalidade e foi uma das principais causas de óbito nas capitais brasileiras, em geral somente suplantada pelas diarréias e pneumonias. A estrutura etária desses óbitos acompanhou os padrões observados nos países de alta prevalência, com coeficientes mais elevados.

Atualmente, apesar da queda nos índices de mortalidade, ainda morrem 4.500 pessoas por TB, doença curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares. Em 2008, a tuberculose foi

a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2010).

Em outro estudo pode-se constatar um conjunto de fatores responsável pela manutenção destes indicadores de mortalidade:

A alta prevalência de diabéticos, portadores de DPOC, tabagistas e indivíduos com história de alcoolismo indica que fatores biológicos, socioeconômicos e comportamentais influenciaram as condições de vulnerabilidade e contribuíram para a evolução da tuberculose para formas graves e óbito. A elevada proporção de casos diagnosticados após o óbito ou não tratados ou tratados por menos de um mês e dos que evoluíram para óbito logo após a internação mostram as dificuldades dos serviços de saúde em identificar e tratar oportunamente parcela significativa dos portadores de tuberculose no município de São Paulo. O fato de que boa parte dos pacientes apresentava sinais e sintomas característicos da doença indica falha das equipes dos serviços de saúde em suspeitar do diagnóstico de tuberculose em grupos de risco ou em indivíduos que apresentam manifestações clínicas sugestivas (LINDOSO *et al.*, 2008, p. 809).

Complementares a essa idéia da morte, encontra-se na 1ª e 2ª periferias dos indutores “diagnóstico” e “tuberculose”, respectivamente, o termo **isolamento** e **tratamento**, que está na 2ª periferia dos dois indutores, além de **sigiloso** para o primeiro indutor e **sofrimento** encontrado em tuberculose. Tais termos remetem mais uma vez à discussão tanto do estigma da doença, como pelo fato de que é passível de tratamento e pode-se inferir o quanto isso é contraditório para os trabalhadores da atenção básica em saúde. A idéia do sigilo no diagnóstico aliado a forma de isolamento para tratar a doença e o sofrimento que deve causar as pessoas, leva-nos mais uma vez para as questões históricas culturalmente determinadas, compactuadas com os termos **preconceito**, **pobreza**, encontrados no quadrante inferior esquerdo, zona de contraste do indutor “tuberculose”.

O doente com “mancha no pulmão” carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no grupo social. Idéias ultrapassadas aparecem como que cristalizadas no imaginário popular (PORTO, 2007). Vendramini *et al.* (2010)

constatam que a TB guarda estreita relação com baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e ultrapassa as barreiras biológicas na sua apresentação na população. Contudo, não podemos perpetuar esta visão buscando criar espaços de discussão onde os trabalhadores de saúde possam elaborar esta representação no intuito de quebrar os preconceitos existentes.

Atualmente, a necessidade de isolamento respiratório é relativa ao cuidado intra-hospitalar. Entretanto, percebe-se que o isolamento ambiental vem muitas vezes atrelado ao imaginário das pessoas com o medo do contágio e leva, geralmente, ao sofrimento, presente no contexto estudado.

O adoecer por tuberculose é percebido como sofrimento pelo isolamento social que vivenciam, pelas dificuldades de realizarem o tratamento, pelo medo do contágio e pela mudança na percepção da imagem corporal. Isso levou à compreensão de que as representações sobre a tuberculose estão expressas como perdas, tristeza, descontentamento e revolta (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010, p. 238).

A questão do sigilo é uma característica de qualquer diagnóstico em saúde, porém, no caso da tuberculose, muitas vezes, atrela-se ao componente de negação referida ao que os pacientes vivenciam no âmbito social, como afirma Santos (2007, p. 92):

Ocultar o diagnóstico da tuberculose foi uma estratégia comum entre as pessoas que integraram o estudo, numa tentativa de serem mais aceitas. A atitude de ocultar o diagnóstico é explicada como uma estratégia de manipulação da informação. Existe a preocupação de esconder o problema, principalmente em relação às pessoas mais íntimas que possam ter reações negativas. Ao discutir o dilema que pessoas com doenças crônicas têm de revelar o diagnóstico, além do risco de perderem a aceitação e a autonomia, elas podem enfrentar o risco de serem rejeitadas e estigmatizadas por terem a doença; serem incapazes de lidar com reações das outras pessoas; e perderem o controle sobre suas emoções.

A questão do tratamento da TB, geralmente, remete à **medicação**, termo encontrado na 2ª periferia do indutor acesso. Alguns estudos estabelecem que o

tratamento medicamentoso sempre é um desafio a ser enfrentado devido aos efeitos colaterais que provoca e que, muitas vezes, parece ser a própria doença e, portanto, é um dos motivos de abandono do usuário (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010). Assim, faz parte do Programa a distribuição da medicação com facilidade ao acesso do usuário, com a finalidade de buscar a diminuição do abandono por parte dos mesmos, ação presente no cotidiano dos serviços.

Os elementos de contraste **fácil**, **negligência** e **atenção primária** são termos referentes as representações mais sensíveis ao momento e também mais mutáveis podendo conter estruturas de subgrupos. Ao mesmo tempo que os trabalhadores reconhecem como fácil o acesso ao diagnóstico de tuberculose, parece abordá-lo com negligência pela atenção primária ou os serviços de saúde.

Em relatório de monitoramento publicado em 2006, Santos Filho expõe que a longa negligência do programa de combate à TB é claramente evidenciada pelos índices nacionais. No mesmo documento Dalcolmo relata “os pacientes chegam aos hospitais sem nunca ter tido acesso aos serviços de diagnóstico” (PUBLIC HEALTH WATCH, 2006, p. 39)

O enfermeiro tem em sua história profissional ligação ao controle da tuberculose. Como relatam Antunes, Waldman e Moraes (2000, p. 368)

[...] a personalidade emblemática da enfermeira Anna Nery constituiu importante referência para a Campanha Nacional contra a Tuberculose, nos anos 40. Doença crônica, envolvendo longos períodos de internação, a tuberculose propiciou a projeção social do valor da enfermagem no Brasil.

Entretanto, o termo enfermeiro não está presente como representação sobre o acesso ao diagnóstico de TB, nem mesmo para essa categoria profissional. Pode-se inferir que tal constatação demonstra certo distanciamento desta em seu papel nas ações de controle da patologia. Porém, reconhece no profissional médico esta



responsabilidade, já que o termo **médico** esta presente como elemento da primeira periferia quando se analisa o *corpus* deste grupo de sujeitos (Quadro 11, APÊNDICE F).

No Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil está definida como estratégia operacional ações de toda a equipe de saúde na busca do sintomático respiratório e a sua abordagem para o diagnóstico de TB. No município em estudo o enfermeiro está autorizado por protocolo local a solicitar exames, entre estes o BAAR de escarro. O diagnóstico clínico será estabelecido pelo médico, com a necessária incorporação de toda a equipe na busca ativa dos casos.

Sá *et al.* (2007) em um estudo sobre o tratamento de TB e histórias de abandono, ressaltam a necessidade do estabelecimento de vínculo de toda a equipe com o processo de controle da TB.

Fechando a composição dos termos diferentes para a análise das categorias dos trabalhadores temos a palavra **médico** como elemento central (Quadro 6 e 14, APÊNDICE F) demonstrando a representação do conjunto destes trabalhadores acerca da centralidade do diagnóstico em uma dada categoria profissional. Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais (MERHY, 1999).

O termo médico esteve presente nas representações de todas as categorias de trabalhadores estudadas quando analisadas separadamente, em quadros de

“acesso” e “diagnóstico”, mostrando a dificuldade de superação do modelo médico hegemônico pelo conjunto dos trabalhadores de saúde da atenção básica.

Os quadros relativos à categoria de médicos não apresentam termos evocados diferentes do conjunto das outras categorias e reforçam as representações do conjunto dos trabalhadores em estudo.

Os elementos do NC resultantes da construção dos quadros de quatro casas para os termos indutores “tuberculose”, “diagnóstico” e “acesso” são assim constituídos **sintomas, contagiosa, diagnóstico precoce, exame, atenção secundária, profissionais de saúde**. Sendo o NC o conjunto mais consistente das representações sociais dos trabalhadores de saúde do município em estudo. Pode-se inferir que o reconhecimento dos sintomas e a realização de exames são a base do diagnóstico precoce, reconhecido como de responsabilidade dos profissionais de saúde, com locus de ação na atenção secundária e com o fator complicador de ser contagiosa, com toda a carga histórico cultural do termo.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento da TB no Brasil e a busca pela melhoria dos seus indicadores tem sido uma constante em todos os serviços relacionados diretamente ao tema, entretanto percebemos que o envolvimento de todos os trabalhadores de saúde, estando ou não diretamente relacionados, ainda é um desafio e que a TB ainda possui representações sociais ancoradas em séculos passados.

Embora não permitam generalizações, os resultados deste estudo trouxeram à tona as bases representacionais da realidade estudada, contribuindo para uma melhor compreensão do acesso ao diagnóstico de TB no cotidiano dos trabalhadores de saúde.

A estratégia metodológica do EVOC - 2003 permitiu uma organização das evocações e a contradição de reconhecer a TB como um problema de saúde e ao mesmo tempo não incorporá-la ao cotidiano da atenção básica.

Na primeira periferia os termos **SINTOMAS** e **EXAMES** reforçam o conhecimento sobre as bases do **diagnóstico precoce**, outro termo presente. Entretanto o termo **Atenção secundária** nos remete à não apropriação dos trabalhadores sobre o acesso ao diagnóstico na atenção básica.

Os elementos da primeira periferia que possuem uma alta ordem média de evocação com uma baixa frequência são estruturas que influenciam o NC. São elementos mais susceptíveis a interferências diante das estratégias organizadas e são compostos pelos termos **centralizado**, **morte**, **isolamento** e **burocrático** com uma conotação negativa e em contraste o termo **prevenção** que nos remete principalmente a busca ativa de casos e seu adequado tratamento. O termo **atenção**

**secundária** nos quadros de TB e diagnóstico reforça sua presença como NC no quadro de acesso.

Os elementos da segunda periferia **isolamento**, **morte**, **doença**, **sofrimento** e os de contraste **preconceito** e **pobreza** nos remetem ao caráter histórico e também preconceituoso referido à TB pelos sujeitos em estudo. Já os termos **fácil** e **família** apresentam novamente o contraditório existente na vivência representacional dos mesmos.

As representações sociais encontradas neste trabalho permitem indicar a necessidade de alteração das estratégias para a capacitação dos trabalhadores de saúde em TB, com a inclusão de uma abordagem histórico-cultural que permita uma reflexão sobre a TB no momento atual e seus embricamentos com outros problemas de saúde pública. Neste sentido, a base teórica destas capacitações deveriam ser ampliadas com a inclusão de temas e autores que abordem questões relativas ao papel dos trabalhadores da atenção básica no controle da TB, abrindo espaço para elaborações coletivas e criação de estratégias de ação neste nível de atenção.

Pode-se perceber a necessidade de outros estudos que abordem questões relativas ao olhar dos usuários sobre o acesso ao diagnóstico de TB, contribuindo para um aprofundamento e ampliação na abordagem do tema.

Outro aspecto a ser considerado é a macro e micro política para o estabelecimento de planos que possam efetivamente implantar todas as etapas do controle da TB de forma descentralizada com níveis hierárquicos bem estabelecidos e atuantes.

A TB representa um desafio e a busca da compreensão dos mecanismos de controle da mesma é fundamental. O presente estudo nos leva a refletir sobre como as representações sociais são importantes para buscar estratégias de ação que

possam realmente impactar no cotidiano dos trabalhadores e mudar o quadro epidemiológico ora apresentado.

# **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRIC, J. C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on Social Representations**, v. 2, p. 75-78, 1998.
- ABRIC, J. C. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: ABRIC, J. C. (ed). **Pratiques sociales et représentation**. Paris: PUF, 1994. p. 59-82.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav.**, v. 36, p. 1-10, 2006.
- ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 367-379, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7101.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2010.
- BERTOLLI FILHO, C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v. 6, n. 3, p. 493-522, 2001.
- BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 133-143.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose; Comitê Assessor para Coinfecção HIV - Tuberculose. **Tuberculose: Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010.
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.
- DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press; 2003.
- FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1541-1552, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a28v14s1.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2011.
- FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc.**



**saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a35.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Rev. bras. educ. med.**, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lang=pt)>. Acesso em: 10 jan. 2011.

HINRICHSEN, S. L. **DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: MEDSI, Guanabara Koogan, 2005.

JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

LINDOSO, A. A. B. P. *et al.* Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 805-812, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6947.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

MACIEL, E. L. N. *et al.* O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1377-1386, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/18.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2010.

MACIEL, E. L. N. *et al.* O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1395-1402, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a12v14s1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2010.

MENDES, A. G. Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, suppl. 1, p. 1627-1628, 2009.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, abr 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose**. 2 ed. Belo Horizonte: SES, 2007.

MONROE, A. A. *et al.* Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a07.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2010.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representação Social: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 404p.

NOGUEIRA, J. A. *et al.* O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 125-131, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/16.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2010.

NUNES, C. S. S. **Sistemas de avaliação e desempenho das organizações de saúde**. Lisboa: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S. M. (Eds.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora UFPB, 2005. p. 573-603.

PENNA, C. M. M. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro. **Texto contexto - enferm.** [online], v. 16, n. 1, p. 80-88, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a10v16n1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. **J. bras. pneumol.**, v. 35, n. 11, p. 1100-1106, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a07.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2010.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 43-49, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2010.

PROTTI, S. T. *et al.* A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev. esc. enferm. USP**. 2010, v. 44, n. 3, p. 665-670. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/16.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2010.

PUBLIC HEALTH WATCH. **Política de TB no Brasil**: uma perspectiva da sociedade civil. Rio de Janeiro: Open Society Institute, 2006.

RUFFINO NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 189p.

SÁ, L. D. *et al.* Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto contexto**, v. 16, n. 4, p. 712-718, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2010.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 89-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6546.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2010.

SANTOS, M. L. S. G. *et al.* A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto contexto - enferm.**, v. 19, n. 1,

p. 64-69, jan.-mar. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a07.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto contexto - enferm.**, v. 18, n. 4, p. 652-660, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/06.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

SCATENA, L. M. *et al.* Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 389-397, maio 2009.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta paul. enferm.**, v. 23, n.1, p. 23-28, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/04.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

STARFIELD, B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. **Rev Panam Salud Publica**, v. 12, n. 6, p. 384-387, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a06v12n6.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suppl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2010.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v21n5/09.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

VENDRAMINI, S. F. *et al.* Análise espacial da co-infecção tuberculose/HIV: relação com níveis socioeconômicos em município do sudeste do Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 43, n. 5, p. 536-541, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n5/v43n5a13.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

VERGÈS, P. A evocação do dinheiro: um método para a definição do núcleo central de uma representação. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S. M. (eds.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora UFPB, 2005. p. 471-488.

VERGÈS, P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELLI, Ch. (Ed.) **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 233-253.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Questionário

ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TBC PULMONAR NO COTIDIANO DE TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA  
COLETA DE EVOCAÇÕES N.º \_\_\_\_\_

#### I – IDENTIFICAÇÃO

IDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE FORMAÇÃO: \_\_\_\_ ANOS

LOCAL DE ATUAÇÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE TRABALHO: \_\_\_\_ ANOS \_\_\_\_ MESES

TREINAMENTO SOBRE TBC: \_\_\_\_ SIM \_\_\_\_ NÃO

HÁ QUANTO TEMPO: \_\_\_\_

#### II – COLETA DE EVOCAÇÕES:

Agora, você deverá falar cinco palavras ou expressões que vêm imediatamente à sua cabeça em relação às palavras que vou dizer:

##### TUBERCULOSE

+ ou -	Ordem de importância
( ) _____	( )
( ) _____	( )
( ) _____	( )
( ) _____	( )
( ) _____	( )

##### DIAGNÓSTICO

+ ou -	Ordem de importância
( ) _____	( )
( ) _____	( )
( ) _____	( )
( ) _____	( )
( ) _____	( )

##### ACESSO

+ ou -	Ordem de importância
( ) _____	( )
( ) _____	( )
( ) _____	( )
( ) _____	( )
( ) _____	( )

FAVOR EXPLICAR A ORDEM DE PRIORIDADE

---

---

---

---

---

---

---

JUSTIFICAR OS TERMOS CASO HAJA NECESSIDADE

---

---

---

---

## APÊNDICE B

### Dicionário de palavras evocadas

PALAVRAS PADRONIZADAS	PALAVRAS EVOCADAS
ACEITAÇÃO	Aceitar, aceitar tratamento
ACOLHIMENTO	Acesso, acompanhamento, acolhedor, acolhido, busca, busca ativa, acessível
ACS	ACS
AMBIENTE	Alimentação, material, local atendimento, aglomerado, convivência, gotículas, higiene, inalação, mãos, pouca luminosidade, sócio-econômico, sujeira, trabalho, ambiente arejado, baixa escolaridade, coisas, geográfico, luva, mascara, materiais
ATENÇÃO	Apoio, compromisso, conduta, confiança, diálogo, responsabilidade, ética, respeito, responsável
ATENÇÃO PRIMÁRIA	Atenção básica, USB referência, unidade de saúde, USF, PSF, saúde pública
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	Policlínica, UISA, especialista, secundário, SAN, programa
ATENÇÃO TERCIÁRIA	Hospital, hospitalar, terciário, urgente, urgência, pronto-socorro, avançado, alta
AVALIAÇÃO CLÍNICA	Ausculta, propedêutico, analisar, análise, consulta, atendimento, clínico, consulta médica, consultar, consultório, exame clínico, avaliação, anamnese, exame físico, exame do fígado, ausculta pulmonar, histórico, histórico paciente
BACILO	Bacilos, agente etiológico, fator causador
BUROCRÁTICO	Burocracia, burocracia do sistema, cansativo, centralização, complexo, complicado, demora, demorado, difícil, dificultoso, dificuldade, acesso limitado, fila, restrito, impossível, tardio, não prioridade, paralisado, espera, triagem, paciência, problema
CENTRALIZADO	Centralização
CIGARRO	Fumo
CONHECIMENTO	Conhecer
CONTAGIOSA	Contagável, contágio, contactação dos doentes, contagioso, contaminação, transmissível, transmissibilidade, transmissão, infecção, contato, contato com portadores, contato domiciliar, risco de transmitir
CUIDADO	Cuidados, cuidar, cura, cuidado com outros da família, cauteloso, cautela, ajuda
DIAGNÓSTICO PRECOCE	Descoberta, descobrir, diagnóstico, descoberta, precoce
DOENÇA	Doença pulmonar, gripe, HIV/AIDS, alcoolismo, câncer, patologia, pneumonia, tabagismo, pulmão, respiratório
EDUCAÇÃO	Treinamento, saber, sabedoria, atividade, esclarecimento, esclarecimento população, estudo, informação, orientação, orientações, conscientização, explicar, explicativo
ENCAMINHAMENTO	Encaminhar, referência, agendamento
ENFERMEIRA	Enfermeiro
EXAME	BAAR, baciloscopia, exames, exames específicos, exame pulmão, exame laboratorial, exame de sangue, PPD, radiologia, raios-X, laboratórios, ECG, escarro, escarros, hematologia, resultado de exame, resultados, microbiologia, imunologia, bactérias, bacilo, apalpar, positivo, aparelho
FÁCIL	Facilidade, facilidade medicamentos
FAMÍLIA	Identificação de outros da família, hereditariedade
ISOLAMENTO	Isolamento
MEDICAÇÃO	Isoniazida, medicamento, remédios, remédio, medicar, perazinamida, rifampicina, medicamento
MÉDICO	Médicos
MORTE	Medo, mata, perigo, perigosa, grave

PALAVRAS PADRONIZADAS	PALAVRAS EVOCADAS
NEGLIGÊNCIA	Péssimo, precário, pouca importância, sem importância, falta de interesse, descaso
POBREZA	Pobreza
POLÍTICA	Secretaria de saúde, população, fonte de dados, processo, público, serviço estruturado, dinheiro, campanha, cota, sistema, recursos
PRECONCEITO	Exclusão, promiscuidade, discriminação, ignorância, rejeição, preconceitos, constrangimento, discriminativo, abandono, indignação
PREVENÇÃO	BCG, vacina
PRIORITÁRIO	Imediato, importante, obrigatório, preciso, prioridade, rapidez, rapidez descoberta, rápido, prioridade de atendimento, rápida coleta, efetividade
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Profissional, profissionais, profissional capacitado, profissionalismo, equipe multiprofissional, equipe de saúde
SAÚDE	Vida, vital
SIGILOSO	Sigilo, seguro
SINTOMAS	Apetite, adinamia, calafrios, cansaço, anorexia, catarro, cefaléia, desnutrição, dispnéia, dor, emagrecimento, falta de apetite, falta de ar, febre, fraqueza, inapetência, magreza, raquitismo, sudorese, suor, tosse, cicatriz, derrame pleural, magro, peso, anemia, cansaço, hiporexia, sinais e sintomas, sintomatologia, secreção, prostração, seqüela pulmonar, sangue, mal estar, imunidade, reconhecimento
SOFRIMENTO	Tristeza, desespero, vergonha, depressão, deprime
SOLIDÃO	Separação, negação, afastamento
TRATAMENTO	Tratamento contínuo, tratamento ininterrupto, tratada, tratamento na rede pública, tratamento prolongado, tratar, assistência, núcleo de tratamento



## APÊNDICE C

### Exemplos do cálculo das ordens médias das evocações livres (RANGMOT) referentes ao termo indutor “tuberculose”

fichier initial : C:\DOCUME~1\Claudia\Desktop\sandra\PL 01tb.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier: C:\DOCUME~1\Claudia\Desktop\sandra\PL 01tb.Tm2

ON CREE LE FICHIER: C:\DOCUME~1\Claudia\Desktop\sandra\PL 01tb.dis et  
C:\DOCUME~1\Claudia\Desktop\sandra\PL 01tb.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS
:FREQ.:	1 * 2 * 3 * 4 * 5 *
aceitação	: 2 : 2*
acessível	: 5 : 5*
ambiente	: 18 : 18*
moyenne :	1.00
atenção	: 1 : 1*
atenção-primária	: 2 : 2*
atenção-terciária	: 13 : 13*
moyenne :	1.00
avaliação	: 3 : 3*
avaliação-clínica	: 2 : 2*
bacilo	: 8 : 8*
burocrático	: 7 : 7*
clínica	: 3 : 3*
contagiosa	: 66 : 66*
moyenne :	1.00
cuidado	: 38 : 38*
moyenne :	1.00
diagnóstico	: 2 : 2*
diagnóstico-precoce	: 6 : 6*
doença	: 49 : 49*
moyenne :	1.00

educação : 8 : 8\*

encaminhamento : 15 : 15\*

moyenne : 1.00

exame : 20 : 20\*

moyenne : 1.00

familia : 1 : 1\*

família : 3 : 3\*

morte : 27 : 27\*

moyenne : 1.00

necessario : 1 : 1\*

necessário : 3 : 3\*

precoce : 2 : 2\*

preconceito : 36 : 36\*

moyenne : 1.00

prevenção : 6 : 6\*

prioritário : 2 : 2\*

profissionais : 1 : 1\*

saúde : 6 : 6\*

sintomas : 289 : 289\*

moyenne : 1.00

solidão : 7 : 7\*

tratamento : 66 : 66\*

moyenne : 1.00

DISTRIBUTION TOTALE : 718 : 718\* 0\* 0\* 0\* 0\*

RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots differents : 33

Nombre total de mots cites : 718

moyenne generale : 1.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots *	Cumul evocations	et cumul inverse		
1 *	4	4	0.6 %	718	100.0 %
2 *	6	16	2.2 %	714	99.4 %
3 *	4	28	3.9 %	702	97.8 %
5 *	1	33	4.6 %	690	96.1 %
6 *	3	51	7.1 %	685	95.4 %
7 *	2	65	9.1 %	667	92.9 %
8 *	2	81	11.3 %	653	90.9 %
13 *	1	94	13.1 %	637	88.7 %
15 *	1	109	15.2 %	624	86.9 %
18 *	1	127	17.7 %	609	84.8 %
20 *	1	147	20.5 %	591	82.3 %
27 *	1	174	24.2 %	571	79.5 %
36 *	1	210	29.2 %	544	75.8 %
38 *	1	248	34.5 %	508	70.8 %
49 *	1	297	41.4 %	470	65.5 %
66 *	2	429	59.7 %	421	58.6 %
289 *	1	718	100.0 %	289	40.3 %

## APÊNDICE D

### Exemplo de Bloco de Notas para uso no EVOC

1;3;1;1;2;0;4;sintomas sintomas sintomas sintomas preconceito  
 2;1;1;1;2;0;4;doença-contagiosa morte encaminhamento cuidado necessário  
 3;2;1;1;2;0;4;sintomas sintomas morte preconceito encaminhamento  
 4;2;1;1;2;0;4;sintomas sintomas sintomas sintomas doença-contagiosa  
 5;4;1;1;2;0;4;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 6;1;1;1;2;0;4;doença-contagiosa morte sintomas morte doença-contagiosa  
 7;1;1;1;2;0;4;cuidado doença-contagiosa doença-contagiosa sintomas diagnóstico-precoce  
 8;1;1;2;1;5;4;sintomas doença-contagiosa cuidado morte doença-contagiosa  
 9;3;2;1;2;0;4;sintomas doença-contagiosa sintomas sintomas doença-contagiosa  
 10;1;1;1;2;0;4;doença-contagiosa cuidado doença-contagiosa preconceito preconceito  
 11;1;1;1;1;2;2;sintomas sintomas sintomas diagnóstico-precoce doença-contagiosa  
 12;2;2;1;1;1;2;exame exame tratamento tratamento tratamento  
 13;3;4;2;1;5;2;sintomas preconceito preconceito necessário profissionais-de-saúde  
 14;3;4;4;2;0;3;sintomas saúde sintomas tratamento família  
 15;3;2;2;2;0;3;prevenção doença-contagiosa doença-contagiosa solidão tratamento  
 16;4;4;4;2;0;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 17;3;1;1;2;0;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 18;2;4;3;1;5;3;sintomas bacilo tratamento tratamento sintomas  
 19;3;3;1;1;5;3;educação solidão cuidado solidão preconceito  
 20;2;1;1;1;2;1;sintomas sintomas sintomas sintomas bacilo  
 21;2;1;1;1;3;1;sintomas exame sintomas sintomas doença-contagiosa  
 22;1;2;1;1;2;1;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 23;3;2;1;1;2;3;doença-contagiosa morte sintomas sintomas prevenção  
 24;4;4;2;1;5;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 25;2;3;1;1;5;2;doença-contagiosa sintomas morte preconceito cuidado  
 26;2;3;2;1;2;1;exame exame sintomas tratamento necessário  
 27;2;1;1;1;2;3;doença-contagiosa morte solidão tratamento tratamento  
 28;1;2;1;2;0;3;sintomas sintomas sintomas tratamento sintomas  
 29;3;4;4;2;0;3;sintomas encaminhamento acessível encaminhamento avaliação-clínica  
 30;3;1;1;2;0;4;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 31;3;2;1;2;0;3;cuidado tratamento cuidado sintomas ambiente  
 32;1;1;1;2;0;3;sintomas sintomas doença-contagiosa exame sintomas  
 33;1;2;1;2;0;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 34;1;2;1;1;3;1;acessível atenção-primária tratamento diagnóstico-precoce necessário  
 35;1;1;1;2;0;4;sintomas sintomas sintomas doença-contagiosa sintomas  
 36;3;1;1;2;0;4;sintomas sintomas doença-contagiosa sintomas sintomas  
 37;3;1;1;2;0;4;sintomas sintomas sintomas sintomas doença-contagiosa  
 38;2;3;2;1;5;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 39;2;1;1;2;0;3;sintomas sintomas tratamento avaliação-clínica educação  
 40;2;2;2;1;5;3;encaminhamento encaminhamento tratamento atenção educação  
 41;3;4;4;2;0;2;sintomas sintomas sintomas preconceito sintomas  
 42;3;1;3;2;1;2;sintomas encaminhamento preconceito sintomas encaminhamento  
 43;4;4;3;1;5;1;sintomas exame sintomas sintomas sintomas

44;2;2;1;1;1;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 45;2;2;1;1;5;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 46;1;1;1;2;0;1;ambiente bacilo ambiente doença-contagiosa sintomas  
 47;4;4;4;1;5;2;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 48;4;3;2;1;5;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 49;2;1;1;1;1;4;doença-contagiosa tratamento doença-contagiosa preconceito cuidado  
 50;3;4;4;1;5;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 51;1;1;1;1;1;4;doença-contagiosa cuidado sintomas doença-contagiosa tratamento  
 52;2;1;1;1;1;4;doença-contagiosa morte burocrático cuidado burocrático  
 53;2;1;1;1;1;4;doença-contagiosa familia morte morte atenção-primária  
 54;1;1;1;1;1;4;doença-contagiosa cuidado morte sintomas tratamento  
 55;1;1;1;1;1;4;sintomas sintomas doença-contagiosa sintomas doença-contagiosa  
 56;1;1;1;1;1;4;aceitação diagnóstico-precoce tratamento preconceito exame  
 57;1;1;1;1;1;4;diagnóstico-precoce tratamento cuidado aceitação cuidado  
 58;1;1;1;1;1;4;sintomas sintomas sintomas doença-contagiosa tratamento  
 59;2;1;1;2;0;4;morte doença-contagiosa sintomas doença-contagiosa morte  
 60;2;1;1;1;1;4;sintomas sintomas sintomas sintomas preconceito  
 61;3;1;1;1;1;4;doença-contagiosa sintomas doença-contagiosa sintomas doença-contagiosa  
 62;1;1;1;1;1;4;morte tratamento tratamento acessível educação  
 63;2;1;1;1;1;4;sintomas doença-contagiosa encaminhamento saúde cuidado  
 64;2;1;1;2;0;4;preconceito sintomas sintomas solidão sintomas  
 65;1;1;1;1;1;4;sintomas doença-contagiosa cuidado morte tratamento  
 66;1;1;1;1;1;4;doença-contagiosa cuidado sintomas tratamento sintomas  
 67;1;1;1;1;1;4;sintomas ambiente ambiente ambiente doença-contagiosa  
 68;1;1;1;1;1;4;exame preconceito doença-contagiosa exame encaminhamento  
 69;2;1;1;1;1;4;sintomas morte doença-contagiosa doença-contagiosa ambiente  
 70;3;1;1;1;1;4;cuidado preconceito tratamento doença-contagiosa sintomas  
 71;1;1;1;1;1;4;sintomas doença-contagiosa doença-contagiosa burocrático preconceito  
 72;3;3;2;1;2;1;atenção-terciária solidão preconceito ambiente preconceito  
 73;4;4;4;1;3;2;preconceito atenção-terciária atenção-terciária tratamento preconceito  
 74;1;1;1;1;1;1;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 75;1;1;1;2;0;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 76;2;1;1;2;0;4;sintomas ambiente preconceito cuidado prevenção  
 77;3;1;1;2;0;4;doença-contagiosa doença-contagiosa educação preconceito atenção-terciária  
 78;2;1;1;1;1;4;bacilo doença-contagiosa sintomas morte preconceito  
 79;1;1;1;1;1;4;sintomas bacilo doença-contagiosa tratamento morte  
 80;3;1;1;1;1;4;doença-contagiosa tratamento diagnóstico-precoce tratamento preconceito  
 81;2;1;1;1;1;4;tratamento doença-contagiosa tratamento tratamento avaliação-clínica  
 82;3;1;1;1;1;4;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 83;2;1;1;1;1;4;bacilo doença-contagiosa sintomas sintomas sintomas  
 84;1;1;1;1;1;4;diagnóstico-precoce morte tratamento cuidado morte  
 85;1;1;1;1;1;4;doença-contagiosa sintomas exame bacilo sintomas  
 86;1;1;1;2;0;4;doença-contagiosa sintomas sintomas sintomas sintomas  
 87;2;1;1;2;0;4;saúde acessível ambiente encaminhamento saúde  
 88;2;1;1;2;0;4;doença-contagiosa tratamento sintomas bacilo morte  
 89;3;1;1;2;0;4;doença-contagiosa atenção terciária tratamento sintomas tratamento  
 90;1;1;1;2;0;4;doença-contagiosa sintomas doença-contagiosa sintomas tratamento

91;3;1;1;2;0;4;sintomas sintomas preconceito sintomas sintomas  
 92;1;1;1;1;4;sintomas sintomas sintomas sintomas doença-contagiosa  
 93;1;1;1;2;0;4;sintomas sintomas preconceito sintomas sintomas  
 94;1;1;1;1;4;sintomas cuidado exame sintomas sintomas  
 95;3;1;1;2;0;4;doença-contagiosa sintomas sintomas preconceito doença-contagiosa  
 96;2;1;1;2;0;4;sintomas doença-contagiosa morte atenção-terciária tratamento  
 97;1;1;1;2;0;4;doença-contagiosa morte cuidado preconceito educação  
 98;1;1;1;2;0;4;doença-contagiosa sintomas cuidado prioritário tratamento  
 99;2;1;1;1;4;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 100;2;1;1;2;0;4;doença-contagiosa sintomas sintomas sintomas família  
 101;4;1;1;1;4;sintomas exame sintomas sintomas sintomas  
 102;2;1;1;1;4;doença-contagiosa tratamento encaminhamento tratamento sintomas  
 103;1;1;1;1;4;doença-contagiosa tratamento tratamento educação burocrático  
 104;2;1;1;2;4;doença-contagiosa tratamento cuidado tratamento cuidado  
 105;2;1;1;1;4;doença-contagiosa tratamento morte morte cuidado  
 106;1;1;1;2;4;doença-contagiosa doença-contagiosa tratamento sintomas cuidado  
 107;1;1;1;1;4;doença-contagiosa tratamento cuidado encaminhamento preconceito  
 108;2;1;1;2;4;doença-contagiosa sintomas tratamento encaminhamento cuidado  
 109;1;1;1;1;4;doença-contagiosa burocrático cuidado família burocrático  
 110;1;1;1;1;4;sintomas sintomas doença-contagiosa exame cuidado  
 111;1;1;1;1;4;doença-contagiosa tratamento tratamento cuidado doença-contagiosa  
 112;2;2;1;1;4;doença-contagiosa exame doença-contagiosa exame sintomas  
 113;1;1;1;2;0;1;sintomas sintomas sintomas sintomas atenção-terciária  
 114;2;1;1;2;1;doença-contagiosa doença-contagiosa sintomas doença-contagiosa  
 atenção-terciária  
 115;3;1;4;1;4;doença-contagiosa preconceito tratamento cuidado preconceito  
 116;2;1;1;1;1;preconceito prioritário ambiente ambiente acessível  
 117;1;1;1;2;0;1;sintomas doença-contagiosa doença-contagiosa sintomas tratamento  
 118;2;2;1;2;0;3;ambiente doença-contagiosa doença-contagiosa sintomas sintomas  
 119;2;2;1;1;1;1;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 120;1;1;1;1;2;sintomas tratamento tratamento doença-contagiosa exame  
 121;2;1;1;1;2;1;doença-contagiosa tratamento acessível cuidado doença-contagiosa  
 122;3;4;4;1;2;3;tratamento sintomas tratamento tratamento cuidado  
 123;2;2;1;1;1;2;sintomas sintomas sintomas exame sintomas  
 124;1;1;1;1;3;1;sintomas exame sintomas prevenção ambiente  
 125;2;2;1;1;1;3;doença-contagiosa tratamento doença-contagiosa sintomas  
 encaminhamento  
 126;2;2;1;1;1;3;sintomas tratamento doença-contagiosa doença-contagiosa preconceito  
 127;2;1;1;1;1;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 128;2;1;1;1;1;2;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas  
 129;2;2;1;1;1;1;sintomas preconceito tratamento tratamento doença-contagiosa  
 130;3;4;4;1;5;3;doença-contagiosa tratamento sintomas doença-contagiosa cuidado  
 131;2;3;3;1;5;2;sintomas sintomas atenção-terciária ambiente doença-contagiosa  
 132;3;1;1;1;1;1;doença-contagiosa doença-contagiosa sintomas sintomas prevenção  
 133;1;1;1;1;1;1;sintomas sintomas ambiente ambiente prevenção  
 134;1;1;1;1;1;3;doença-contagiosa sintomas tratamento cuidado tratamento  
 135;1;1;1;2;0;3;sintomas exame sintomas doença-contagiosa morte

136;2;1;1;1;2;1;doença-contagiosa doença-contagiosa doença-contagiosa atenção-terciária  
burocrático

137;2;2;3;1;5;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas

138;2;1;1;1;2;1;sintomas doença-contagiosa atenção-terciária doença-contagiosa  
preconceito

139;4;4;4;1;5;3;doença-contagiosa solidão cuidado diagnóstico-precoce saúde

140;1;4;4;1;5;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas

141;2;1;1;1;2;1;sintomas sintomas sintomas preconceito atenção-terciária

142;3;4;4;1;5;3;sintomas sintomas sintomas sintomas sintomas

143;2;1;1;1;2;1;doença-contagiosa sintomas ambiente doença-contagiosa atenção-terciária

## APÊNDICE E

### Exemplo de Planilha Excel para uso no EVOC

Há Quanto Tempo	Profissão	Palavras			
0	4	exame avaliação clínica tratamento educação acessível	1	2	acessível prevenção política política política burocrático burocrático
0	4	ambiente contagiosa encaminhamento cuidado ambiente	5	2	educação acessível exame tratamento
0	4	atenção primária médico tratamento cuidado acs	0	3	atenção primária atenção terciária tratamento ambiente cuidado
0	4	atenção primária acs avaliação clínica atenção secundária acessível	0	3	atenção primária atenção terciária atenção primária prioritário educação
0	4	atenção primária atenção secundária tratamento avaliação clínica acessível	0	3	atenção primária exame atenção primária atenção secundária
0	4	prioritário burocrático exame avaliação clínica acessível	0	3	atenção primária atenção secundária atenção secundária exame
0	4	tratamento atenção primária tratamento médico encaminhamento	5	3	tratamento tratamento diagnóstico precoce necessário contagiosa
5	4	atenção primária acessível doença exame tratamento	5	3	burocrático cuidado burocrático prioridade prioritário
0	4	solidão morte solidão preconceito	2	1	atenção primária atenção terciária atenção secundária burocrático burocrático
0	4	burocrático burocrático tratamento encaminhamento atenção	3	1	acs atenção primária enfermeira médico
2	2	diagnóstico precoce tratamento avaliação clínica	2	1	atenção terciária atenção primária atenção primária encaminhamento atenção secundária burocrático



2	3	prioritário atenção primária acessível tratamento			tratamento acessível educação educação
5	3	encaminhamento atenção primária médico exame tratamento	0	4	acessível tratamento prioritário educação educação
5	2	tratamento prioritário encaminhamento necessário educação educação	0	4	acessível prioritário tratamento educação exame
2	1	encaminhamento atenção primária acs educação prioritário	5	3	prioritário prioritário tratamento acessível encaminhamento
2	3	atenção primária tratamento cuidado tratamento	0	3	atenção primária prioritário educação tratamento tratamento
0	3	atenção terciária profissionais de saúde prioritário atenção tratamento	5	3	prioritário acessível encaminhamento prioritário burocrático
0	3	sigiloso acessível profissionais de saúde burocrático política	0	2	burocrático burocrático burocrático preconceito burocrático
0	4	encaminhamento atenção primária profissionais de saúde tratamento atenção terciária família	1	2	burocrático burocrático burocrático burocrático burocrático
0	3	atenção primária atenção terciária solidão burocrático burocrático	5	1	encaminhamento burocrático encaminhamento prioritário burocrático
0	3	atenção primária exame exame atenção terciária tratamento	1	3	prioritário encaminhamento médico tratamento prioritário
0	3	atenção primária atenção terciária prioritário exame tratamento	5	3	encaminhamento médico tratamento tratamento prioritário
3	1	prioritário educação necessário profissionais de saúde política	0	1	prioritário encaminhamento burocrático encaminhamento burocrático
0	4	prioritário	5	2	burocrático burocrático exame

5	3	atenção secundária tratamento avaliação clínica exame avaliação clínica tratamento	1	4	necessário atenção secundária tratamento tratamento educação necessário
1	4	encaminhamento burocrático necessário encaminhamento encaminhamento necessário	1	4	encaminhamento educação médico atenção primária diagnóstico precoce contagiosa
5	3	avaliação clínica exame encaminhamento avaliação clínica tratamento	1	4	profissionais de saúde prioritário tratamento contagiosa prioritário
1	4	encaminhamento prioritário necessário encaminhamento prioritário tratamento	1	4	atenção terciária burocrático burocrático tratamento atenção primária atenção secundária
1	4	atenção primária atenção terciária atenção terciária atenção secundária	0	4	atenção secundária atenção secundária atenção secundária tratamento
1	4	tratamento prioritário burocrático atenção primária atenção terciária	1	4	tratamento sigiloso burocrático burocrático preconceito atenção secundária
1	4	exame tratamento acessível atenção atenção	1	4	avaliação clínica exame tratamento acessível prioritário
1	4	avaliação clínica médico tratamento exame exame	1	4	necessário necessário enfermeira contagiosa contagiosa prioritário
1	4	prioritário prioritário acessível enfermeira acs	1	4	encaminhamento preconceito acessível educação encaminhamento
1	4	atenção primária médico enfermeira acs tratamento	1	4	encaminhamento encaminhamento sintomas tratamento sintomas
1	4	educação encaminhamento profissionais de saúde tratamento exame	1	4	burocrático burocrático tratamento preconceito burocrático
0	4	atenção primária avaliação clínica diagnóstico precoce tratamento	1	4	burocrático encaminhamento burocrático burocrático burocrático

2	1	burocrático burocrático burocrático burocrático			educação prioritário prevenção tratamento
3	2	burocrático burocrático burocrático burocrático	1	4	atenção primária educação prioritário sigiloso
1	1	educação burocrático burocrático burocrático	0	4	encaminhamento atenção terciária avaliação clínica tratamento cuidado
0	3	burocrático avaliação clínica avaliação clínica tratamento encaminhamento	0	4	diagnóstico precoce atenção primária ambiente prevenção exame
0	4	exame tratamento necessário prioritário atenção exame	0	4	família educação encaminhamento necessário encaminhamento burocrático
0	4	exame prioritário encaminhamento prioritário sigiloso educação	0	4	avaliação clínica exame tratamento avaliação clínica prioritário
1	4	educação burocrático necessário necessário burocrático	0	4	tratamento tratamento acessível exame prioritário
1	4	avaliação clínica educação encaminhamento necessário encaminhamento	0	4	acessível tratamento exame exame médico
1	4	encaminhamento prioritário política burocrático preconceito encaminhamento	1	4	tratamento exame acessível avaliação clínica exame
1	4	encaminhamento prioritário encaminhamento encaminhamento necessário	0	4	acessível tratamento exame exame médico
1	4	atenção terciária atenção primária burocrático educação tratamento	1	4	atenção primária educação prevenção tratamento
1	4	exame educação educação educação encaminhamento	0	4	atenção terciária prioritário tratamento tratamento atenção
1	4	tratamento prioritário	0	4	educação atenção primária tratamento

0	4	exame preconceito atenção educação exame prioritário tratamento necessário	1	4	tratamento avaliação clínica prioritário sigiloso prioritário acessível encaminhamento
0	4	atenção secundária prioritário cuidado encaminhamento	1	4	acessível avaliação clínica encaminhamento tratamento cuidado
1	4	exame atenção terciária atenção secundária burocrático burocrático	1	4	encaminhamento acessível acessível prioritário sigiloso
0	4	atenção primária atenção secundária acs acessível atenção terciária	4	1	preconceito burocrático burocrático diagnóstico precoce tratamento avaliação clínica
1	4	acessível avaliação clínica encaminhamento tratamento acessível	0	1	avaliação clínica avaliação clínica necessário encaminhamento cuidado
1	4	atenção primária acessível médico tratamento exame	2	1	burocrático atenção secundária encaminhamento acessível encaminhamento
1	4	encaminhamento necessário burocrático preconceito prioritário	4	1	burocrático encaminhamento encaminhamento burocrático acessível contagiosa
2	4	atenção primária atenção terciária atenção secundária exame acessível	1	1	encaminhamento prioritário prioritário ambiente encaminhamento
1	4	atenção primária atenção secundária enfermeira médico tratamento	0	1	sintomas exame família burocrático burocrático
2	4	atenção primária atenção secundária atenção secundária exame atenção terciária	0	3	política prioritário prioritário exame educação
1	4	educação sintomas família acessível encaminhamento	2	1	burocrático burocrático burocrático burocrático
2	4	atenção primária atenção secundária atenção terciária	1	2	burocrático tratamento exame tratamento avaliação clínica

2	1	acessível atenção secundária tratamento educação burocrático necessário	1	1	prioritário encaminhamento encaminhamento atenção primária atenção terciária burocrático
2	3	atenção secundária exame tratamento médico exame	1	3	burocrático burocrático tratamento médico política
1	2	prioritário atenção médico cuidado tratamento	0	3	acessível exame preconceito preconceito burocrático
3	1	encaminhamento ambiente tratamento educação prioritário	2	1	prioritário atenção primária encaminhamento atenção secundária encaminhamento
1	3	acessível tratamento exame avaliação clínica necessário	5	3	burocrático atenção terciária atenção primária atenção secundária atenção secundária
1	3	burocrático política encaminhamento burocrático prioritário	2	1	atenção secundária exame cuidado preconceito burocrático burocrático
1	3	burocrático burocrático aceitação profissionais de saúde morte	5	3	atenção terciária burocrático exame diagnóstico precoce exame educação
1	2	prioritário burocrático encaminhamento encaminhamento burocrático	5	3	tratamento atenção primária atenção secundária atenção secundária
1	1	burocrático burocrático avaliação clínica exame	2	1	exame cuidado atenção primária atenção terciária atenção secundária
5	3	acessível tratamento avaliação clínica necessário	5	3	encaminhamento burocrático prioritário burocrático
5	2	atenção terciária política burocrático burocrático política	2	1	encaminhamento encaminhamento burocrático atenção terciária atenção secundária
1	1	atenção terciária educação encaminhamento			atenção primária burocrático burocrático

## APÊNDICE F

### Quadros de Quatro Casas

#### QUADRO 1

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “tuberculose” relativo aos trabalhadores da categoria TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
26	Elementos centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Sintomas	33	2,901	Atenção secundária	26	3,636
	Isolamento	31	2,802	Doença	24	3,150
26	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Conhecimento	10	2,497	Educação	11	3,382

#### QUADRO 2

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “diagnóstico” relativo aos trabalhadores da categoria TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM. Ipatinga, 2011.**

OME	2,7			2,7		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
28	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Exame	36	2,598	Isolamento	22	3,298
	Diagnostico Precoce	36	2,481	Ambiente	20	3,153
	Ambiente	30	2,378			
28	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Fácil	10	1,881	Sigiloso	18	3,421
	Atenção Secundária	10	1,792	Educação	16	3,371

#### QUADRO 3

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “acesso” relativo aos trabalhadores da categoria TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
28	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Atenção Secundária	30	2,671	Burocrático	20	3,321
	Médico	29	2,598	Centralizado	20	3,290
28	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Política	10	2,032	Avaliação clínica	16	3,401
	Exames	09	2,000	Medicação	14	3,328
	Tratamento	09	1,998			

**QUADRO 4**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “tuberculose” relativo aos trabalhadores da categoria MÉDICO. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
28	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Sintomas	24	2,798	Prevenção	20	3,982
	Exames	23	2,661	Atenção Secundária	20	3,771
28	Medicação	23	2,491	Elementos da 2ª periferia		
	Elementos de Contraste			Morte		
	Pobreza	8	2,098	Saúde	10	3,801

**QUADRO 5**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “diagnóstico” relativo aos trabalhadores da categoria MÉDICO. Ipatinga, 2011.**

OME	2,7			2,7		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
27	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Exame	39	2,652	Centralizado	26	3,198
	Médico	33	2,551	Profissionais de Saúde	22	3,000
27	Sintomas	32	2,462	Sofrimento	20	2,989
	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Sigiloso	13	1,957	Família	19	3,472
	Isolamento	10	1,881	Medicação	19	3,381

**QUADRO 6**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “acesso” relativo aos trabalhadores da categoria MÉDICO. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
29	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Centralizado	38	2,751	Fácil	21	3,071
	Atenção Secundária	32	2,522	Medicação	20	2,982
				Política	18	2,775
29				Prioritário	18	2,601
	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Burocrático	13	2,302	Avaliação Clínica	16	3,021
				Exames	16	3,000
			Prevenção	09	2,871	
			Tratamento	08	2,721	

**QUADRO 7**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “tuberculose” relativo aos trabalhadores da categoria ENFERMEIRO. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
26	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Sintomas	26	2,399	Isolamento	30	3,721
	Prevenção	25	2,370	Tratamento	26	3,662
26	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Preconceito	13	2,449	Família	15	3,600

**QUADRO 8**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “diagnóstico” relativo aos trabalhadores da categoria ENFERMEIRO. Ipatinga, 2011.**

OME	2,7			2,7		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
29	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Diagnóstico Precoce	38	2,598	Centralizado	25	3,078
	Bacilo	36	2,499	Atenção Secundária	24	3,000
				Atenção terciária	24	2,899
29	Elementos de Contraste			Atenção terciária	23	2,872
	Atenção primária	14	1,998	Elementos da 2ª periferia		
	Isolamento	10	1,872	ACS	16	3,272
			Família	16	3,109	

**QUADRO 9**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “acesso” relativo aos trabalhadores da categoria ENFERMEIRO. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
26	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Exame	19	2,575	Atenção Secundária	12	3,251
	Prevenção	13	2,156	Atenção Terciária	11	3,012
	Avaliação Clínica	11	2,187			
26	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Fácil	8	2,500	Burocrático	10	3,501
	Família	8	1,752	Política	9	3,000
	Centralizado	7	2,153	Acolhimento	9	2,771
				Prevenção	9	2,662



**QUADRO 10**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “tuberculose” relativo aos trabalhadores da categoria AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
30	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Sintomas	42	2,788	Ambiente	32	3,852
	Contagiosa	39	2,661	Bacilo	28	3,661
	Atenção Secundária	38	2,571	Profissionais de Saúde	26	3,421
30	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Preconceito	12	2,421			
	Doença	10	2,330	Isolamento	20	3,641
	Morte	10	2,298			

**QUADRO 11**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “diagnóstico” relativo aos trabalhadores da categoria AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. Ipatinga, 2011.**

OME	2,7			2,7		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
30	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Exame	40	2,559	Morte	25	3,201
	Diagnóstico precoce	39	2,421	Isolamento	25	3,182
				Atenção Secundária	24	3,098
30	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Solidão	12	1,899	Educação	24	3,357
				Médico	23	3,421
				Profissionais de Saúde	23	3,491

**QUADRO 12**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “acesso” relativo aos trabalhadores da categoria AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
30	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Burocrático	33	2,721	Política	20	3,571
	Negligência	32	2,601	Encaminhamento	18	3,456
				Atenção Secundaria	18	3,201
30	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Fácil	10	2,072	Exames	14	3,072
				Medicação	12	3,000
				Medico	12	2,992

**QUADRO 13**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “tuberculose” relativo ao conjunto de sujeitos pesquisadores. Ipatinga, 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
32	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Sintomas contagiosa	47	2,405	Atenção Secundária	32	3,636
		41	2,335	Prevenção	28	3,000
32	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
				Isolamento	21	3,364
	Preconceito	12	2,500	Morte	21	3,000
	Pobreza	10	2,667	Doença	18	4,000
				Tratamento	15	3,600
				Sofrimento	15	3,000

**QUADRO 14**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “diagnóstico” relativo ao conjunto de sujeitos pesquisadores. Ipatinga 2011.**

OME	2,7			2,7		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
30	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Diagnóstico-precoce	43	2,673	Centralizado	28	3,115
	Sintomas	43	2,621	Morte	27	3,096
	Exame	38	2,482	Isolamento	25	3,000
				Atenção Secundária	24	
30	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
	Fácil	12	2,501	Sigiloso	21	3,091
	Negligencia	12	1,752	Tratamento	16	3,505
	Atenção Primaria	10	2,40	Educação	15	2,751

**QUADRO 15**

**Quadro de Quatro casas referente ao termo aditivo indutor “acesso” relativo ao conjunto de sujeitos pesquisadores. Ipatinga 2011.**

OME	2,8			2,8		
Frequência média	Termo evocado	Frequência	OME	Termo evocado	Frequência	OME
32	Elementos Centrais			Elementos da 1ª periferia		
	Atenção Secundária	29	2,571	Burocrático	20	3,250
	Profissionais-de-saúde	27	2,151	Centralizado	19	3,227
32	Elementos de Contraste			Elementos da 2ª periferia		
				Avaliação Clínica	11	3,090
	Fácil	12	2,501	Exames	10	3,500
	Família	12	2,409	Política	9	3,000
				Medicação	9	2,771
				Prevenção	9	2,663

**ANEXOS**

**ANEXO A**  
**Carta de autorização para realização da pesquisa na Prefeitura**  
**Municipal de Ipatinga**

Autorização para realização de pesquisa

Ipatinga, 14 Junho de 2010

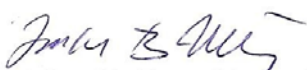
Assunto: Autorização para realização de pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde do município de Ipatinga

Pelo presente, o Senhor Secretário Municipal de Saúde do município de Ipatinga, autoriza a participação dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa "Acesso ao diagnóstico de tuberculose pulmonar no cotidiano dos trabalhadores de saúde da atenção básica", da mestrandia Sandra Maria Coelho Diniz Margon, tendo como orientadora a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Maria Mattos Penna.

Atenciosamente,

*Autorizado,*

*16.06.10*

  
José Geraldo Braga Mercante

José Geraldo Braga Mercante  
CPF: 469.804.827-34  
Secretário Municipal de Saúde  
Ipatinga - MG - SMS

## ANEXO B

### Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “Acesso ao diagnóstico de tuberculose pulmonar no cotidiano dos trabalhadores de saúde da atenção básica”, de minha responsabilidade Sandra Maria Coelho Diniz Margon, que é requisito para obter o título de Mestre de Enfermagem, orientado pela Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O objetivo da pesquisa é analisar o acesso ao diagnóstico de tuberculose pulmonar no cotidiano dos profissionais de saúde da atenção básica no município de Ipatinga, Minas Gerais.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas. Você será convidado a dizer o que pensa sobre a doença tuberculose e seu diagnóstico por meio de uma técnica que se chama evocação. As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, se assim o desejar.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender os mecanismos de ingresso ou não da população usuária ao diagnóstico de tuberculose, aos serviços públicos de saúde, como também, o tipo de atendimento e tratamento dispensado, de forma a caracterizar as situações que permeiam o acesso aos serviços de saúde e buscar estratégias conjuntas para as melhorias de acesso e atendimento se for o caso.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica, e as gravações ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética[1] para esclarecimentos. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Sandra Maria Coelho Diniz Margon

Cláudia Maria de Mattos Penna

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

[1] Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270-901. Tel: (31) 3409-4592.

Profª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. Tel: (31) 3409-9867. Escola de Enfermagem da UFMG.

Sandra Maria Coelho Diniz Margon. Tel: (31) 3821-5387

## ANEXO C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para o paciente para TCTH)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. **ETIC 0250.D.203.000-10**

**Interessado(a):** **Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna**  
**Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e**  
**e Saúde Pública**  
**Escola de Enfermagem - UFMG**

#### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de junho de 2010 o projeto de pesquisa intitulado "**Acesso ao diagnóstico da tuberculose pulmonar no cotidiano de trabalhadores de saúde da atenção básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**